

# *Sinusitis: Dificultades Diagnósticas y Diagnóstico Diferencial*

*Mesa Redonda*

Moderador: **Washington Almeida**

Participantes: **Bernardo Kiertsman, Elisabeth Araújo,  
Júlio Heinichen y Rainer Haetinger**

**Washington Almeida (Otorrinolaringólogo)**

*Sabemos de las dificultades que hay para diagnosticar una rinosinusitis en el niño. El niño, dependiendo de la edad, no relata bien los síntomas y, la madre, muchas veces, subestima o superestima estos síntomas. En otras ocasiones, nos encontramos con cuadros más difíciles. Elisabeth, cuáles son los criterios para diagnosticar y clasificar las rinosinusitis?*

**Elisabeth Araújo (Otorrinolaringóloga)**

El niño presenta más infecciones virales que bacterianas. De las casi 10 infecciones virales que puede tener durante el año, apenas 0,5-5% van a evolucionar para una rinosinusitis bacteriana.

Para clasificar la rinosinusitis tomamos en consideración principalmente el tiempo de duración de los síntomas. Ella se clasifican como aguda, cuando los síntomas duran <10 días, ya que la mayoría de las infecciones virales van a mejorar espontáneamente en este período. Rinosinusitis aguda recurrente, cuando el paciente tiene mas de tres episodios por seis meses o cuatro episodios por año, quedando asintomático entre as crisis. La rinosinusitis crónica se caracteriza por síntomas mas leves e mas continuos que duran por >12 semanas, como por ejemplo, niños que presentan tos nocturna recurrente.

Se clasifica como rinosinusitis aguda complicada, cuando independientemente del tiempo de evolución, el niño presenta signos de toxemia, fiebre, o celulitis peri-orbitaria, o cefalea importante.

**Washington Almeida**

*Bernardo, un niño que presenta tos persistente durante la noche, despertó con fiebre, secreción y obstrucción nasal. Fue al Pediatra que diagnosticó una rinosinusitis, diagnóstico éste, confirmado por el Otorrinolaringólogo. Este cuadro se trata realmente de una rinosinusitis? Me gustaría también saber como se hace el diagnóstico diferencial entre una rinosinusitis viral y una bacteriana.*

**Bernardo Kiertsman (Neumopediatra)**

El diagnóstico de rinosinusitis es eminentemente clínico. En el pasado, teníamos por norma en el triaje de los niños, en nuestro ambulatorio de Neumopediatría, la realización de radiografías de los senos paranasales, método que dejamos totalmente en la actualidad. Uno de los signos es la secreción que baja por la

rinofaringe (goteo nasal posterior).

Es muy difícil realizar un diagnóstico diferencial entre virus y bacterias por medio de la clínica. Los exámenes complementarios también son inespecíficos para el diagnóstico. Como conclusión, gran parte de los niños se tratan indebidamente con antibióticos o no necesitarían usarlos. Muchas veces, esos niños solo necesitan quedar bajo observación y sin tratamiento.

**Washington Almeida**

*Rainer, cual es el papel del rayo-X simple (RX) y de la tomografía computadorizada (TC) de la cara en el diagnóstico de la rinosinusitis aguda en el niño? Si se utilizan, a partir de que edad deben ser solicitados?*

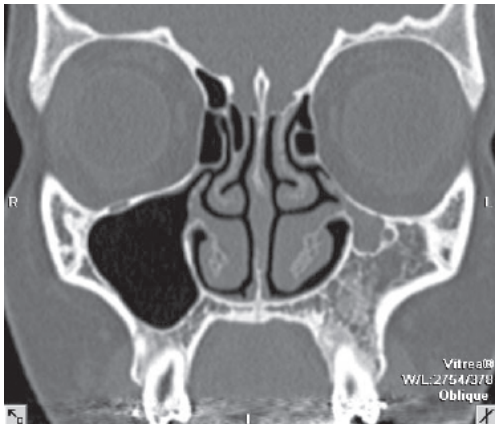
**Rainer Haetinger (Radiólogo)**

Para un niño con pocos días de evolución de los síntomas ciertamente no habría indicación de un estudio radiológico. En los primeros 7-10 días no hay necesidad de hacer un estudio radiológico para confirmar un diagnóstico que puede establecerse clínicamente.

En estos dos ejemplos de niños en un grupo de edad de 3-4 años, cuando se realiza un rayo X (RX) en una fase aguda, lo que se va a encontrar es una cavidad paranasal velada o un engrosamiento mucoso de moderado a acentuado. En esta situación tendremos invariablemente un diagnóstico radiológico de sinusopatía inflamatoria. No hay como describir de otra manera este RX. Sinusopatía inflamatoria no quiere decir infecciosa y, por lo tanto, debe pensarse en una infección viral en esos primeros días de evolución.

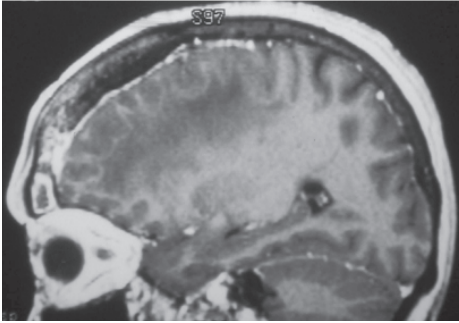
A partir de cuándo se debe tomar la RX? En los primeros 12 meses de vida no hay indicación de realizar exámenes radiológicos y algunos autores consideran este rango hasta los 18 meses. En esa fase, la radiografía será inespecífica porque en los primeros meses de vida el etmoides acostumbra ser hipo transparente porque existe el engrosamiento mucoso fisiológico. Si hubiese un engrosamiento mucoso, deberá ser valorizado solo si es de más de 4mm. En la fase aguda, la indicación de un examen radiológico sería apenas para los casos de complicación de rinosinusitis. Entre las complicaciones podemos tener la celulitis orbitaria, absceso peri-orbitario, trombosis de la vena oftálmica y micro-trombosis del seno cavernoso.

(Figura 1)



En estos casos siempre va a haber una indicación de tomografía computadorizada (TC) en la fase aguda, preferentemente, con el uso de contraste yodado intravenoso.

Debemos recordar, sin embargo, que a TC debe realizarse vía de regla fuera de una crisis aguda, en los casos de rinosinusitis de repetición o de rinosinusitis crónica, principalmente para investigar factores obstructivos. Algunas veces se puede encontrar un seno maxilar hipoplásico, como



(Figura 2)

diagnóstico de rinosinusitis fúngica.

**Washington Almeida**

*Según varios autores existe una correlación alrededor de 80%, entre los microorganismos obtenidos de la secreción del meato medio con el seno maxilar. Con base a este concepto, Usted utiliza la toma de la secreción para el cultivo en caso de rinosinusitis crónica? Si lo utiliza, lo hace por punción del seno o por toma directa del material? Tendría también indicación en la rinosinusitis aguda?*

**Júlio Heinichen (Otorrinolaringólogo)**

Normalmente no hacemos un cultivo en rinosinusitis agudas, a no ser que estemos tratando un niño inmunodeprimido o en aquel niño en que no se haya obtenido una respuesta con la antibióticoterapia empleada. En las rinosinusitis crónicas hay que considerar todas las etiologías posibles en un cuadro crónico. Se deben eliminar los factores locales como cuerpos extraños y sonda nasogástrica. Si hay persistencia de la secreción en el meato medio está indicada una punción o un cultivo guiada endoscópicamente. Podemos hacer la toma del material con una sonda de drenaje común o haciendo una biopsia con una pinza delicada guiadas con el endoscopio rígido.

**Elisabeth Araújo**

El cultivo del meato medio es completamente diferente del “swab” nasal. El cultivo de secreción del meato medio debe realizarse con el uso del endoscopio para visualización y toma de la secreción (aspirada o tomada por micro “swab” directo en el meato medio).

**Washington Almeida**

*Bernardo, el endoscopio flexible es para mirar las alteraciones encontradas en el meato medio, en el complejo osteomeatal, área clave de los procesos nasosinusales y la tomografía computadorizada (TC) es importante para el diagnóstico de la rinosinusitis crónica. Con estos exámenes en mente, puede hacerse el diagnóstico de rinosinusitis en el niño ?*

**Bernardo Kiertsman**

El tratamiento basado en la evidencia de la Rinosinusitis Aguda, publicado en el Pediatrics de 2002, afirma lo que es la realidad para quien está habituado a hacer endoscopia. Aún en el niño pequeño, se puede tener una visualización completa del meato medio durante el examen nasofaringoscópico. No se utiliza

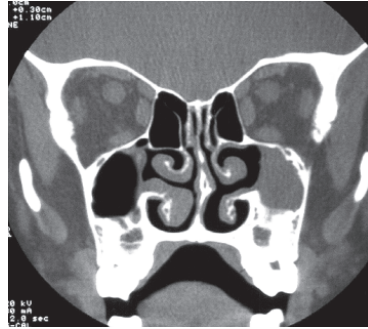
se ve en el TC al lado (**Figura 1**).

La resonancia magnética (RM) está indicada en la fase aguda cuando se busca una complicación neurológica, encefálica, como es el caso de la RM al lado (**Figura 2**), de una meningitis asociada con una encefalitis, donde el proceso surgió a partir de una rinosinusitis frontal. Fuera de la fase aguda, la RM puede ser útil en el

ninguna sedación. Se coloca un vasoconstrictor mezclado con un poco de anestésico tópico. En relación a la TC, creo que existen evidencias científicas que la consideran importante para el diagnóstico de las rinosinusitis crónicas.

**Elisabeth Araújo**

Este caso (**Figura 3**) ejemplifica por qué la TC es importante. Este es un niño de nueve años con una queja de asma e problemas de aprendizaje. Observamos una opacificación de la cavidad paranasal maxilar izquierda y una alteración en el meato medio con el proceso unciforme más retraído. Este niño ya había recibido muchos cursos prolongados de corticoide y, cuando se abrió el meato medio, por una cirugía endoscópica mínimamente invasiva, se observó la presencia de “glue”, en gran cantidad, semejante a lo que encontramos en el oído medio, cuando colocamos un tubo de ventilación.



(Figura 3)

**Júlio Heinichen**

A veces podemos encontrar un niño con hallazgos tomográficos sin síntomas y pensamos en un cuadro crónico. Solamente deberíamos tratar a un niño con síntomas. No debemos tratar a ese niño apenas por el resultado tomográfico. No vamos a tratar una tomografía, vamos a tratar un niño con síntomas.

**Washington Almeida**

*Bernardo, cual es la importancia de las inmunoglobulinas e del reflujo gastroesofágico en la patología de la rinosinusitis?*

**Bernardo Kiertsman**

Se puede encontrar en niños con rinosinusopatía de repetición, una deficiencia inmunológica, principalmente de IgA, pero eso no quiere decir que los niños con resultado normal de inmunoglobulinas no tengan rinosinusitis de repetición. Los niños que frecuentan más precozmente las guarderías son más propensos a presentar infecciones recurrentes.

**Lecturas recomendadas**

1. Araujo E. Microbiologia do meato médio em pacientes com rinossinusite crônica. Porto Alegre, 2001. 126p. Tese (doutorado) – Departamento de Pneumologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
2. Clement PAR, Bluestone CD, Goedts F, Lusk RP, Otten FW, Goosens H et al. Management of rhinosinusitis in children: consensus meeting, Brussels, Belgium, September 13, 1996. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1998;124(1):31-4.
3. Lusk R P, Lazar R, Muntz H. The diagnosis and treatment of recurrent and chronic sinusitis. Pediatr. Clin. North AM., vol. 36, p. 1411-21, 1989.

4. Orobello PW JR, Park RI, Belcher LJ, Eggleston P, Lederman H.M et al. Microbiology of chronic sinusitis in children. Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg., v. 117, p. 980-3, 1991.
5. Sih T, Clement PAR. Pediatric Nasal and Sinus Disorders. Taylor & Francis Publishing Co. Boca Raton, Florida. 2005.
6. Wald ER . Sinusitis in infants and children. Ann Otol Rhinol Laryngol, 101:37-41, 1992.
7. Wang D, Clement P, Kaufman L, Derde MP. Fiberoptic evaluation of the nasal and nasopharyngeal anatomy in children with snoring. J Otolaryngol 1994;23(1):57-60.