

# *Diagnóstico Diferencial entre Adenoiditis, Rinosinusitis y Rinofaringitis*

*Jayme Murahovshi*

*Caetana, de 23 meses. Tiene tos, drenaje nasal posterior por la rinofaringe, obstrucción nasal y febrícula. ¿Cómo hacer el diagnóstico diferencial entre adenoiditis, rinosinusitis y rinofaringitis?*

Cuando leí el enunciado de éste caso tuve una sensación de “de dónde viene la sensación de algo raro”? De ese término *rinofaringitis*. Y por qué me causa la sensación de algo raro? Porque me dió la sensación o impresión de un termino que ya se usó bastante, pero que prácticamente no se usa mas, a tal punto, que no consta en los libros de referencia pediátrica y de otorrinolaringología. En conclusión, rinofaringitis no existe, lo que me facilita el diagnóstico diferencial porque ahora en vez de tres solo tengo dos posibilidades. Pero por qué se usaba tanto y ahora no se usa mas? Porque la rinofaringitis era considerada la expresión del resfriado. Hoy se sabe que el resfriado no es una rinofaringitis, sino en realidad una **rinosinusitis**. Qué ocurre? Los rinovirus, causadores de los resfriados, invaden la mucosa nasal, producen una inflamación no piogenica de esa mucosa, la cual se caracteriza por aumento de la secreción y edema, y eso lleva a la obstrucción nasal y la obstrucción de los ostios paranasales que son los orificios de desembocadura de las cavidades paranasales en el meato nasal medio. Entonces, el resfriado es una rinosinusitis, o más rigurosamente una rinosinusitis aguda *no purulenta*. Cómo es que se manifiesta el resfriado en la práctica común? Rinorrea, un poco de tos y esa tos es principalmente al acostarse, por causa del drenaje retro-nasal, un estado infeccioso leve (prácticamente no hay fiebre, o fiebre baja solo en los dos primeros días) y la duración es corta. Quiere decir, hay una curación espontánea en hasta una semana. Sin embargo, ni siempre ocurre así y con cierta frecuencia en el niño, ocurre una infección bacteriana, y aquella rinosinusitis aguda no purulenta, ahora se transforma en una rinosinusitis aguda *purulenta*. ¿Cuál es la expresión clínica de la rinosinusitis aguda purulenta, mas conocida por el nombre abreviado de *sinusitis*? Existen dos tipos de presentación. Lo más común es lo que se conoce como **resfriado prolongado**. Ahora, el resfriado no es prolongado por naturaleza, el se cura en una semana. Entonces, qué es lo que se llama resfriado *prolongado*? Es aquel que dura más; en la práctica, es aquel que dura más de diez días sin tendencia a la mejoría. Y qué es lo que se prolonga? Son dos cosas; ambas, o una de las dos: la rinorrea, o la tos, solo que ahora es

una tos diurna que puede empeorar después de acostarse, pero **lo que realmente caracteriza esa sinusitis, tipo resfriado prolongado es una tos irritativa** durante el día. Y el segundo tipo de rinosinusitis, se puede llamar de **resfriado grave**. Ahora, vimos también que el resfriado, por su naturaleza, no presenta un estado infeccioso grave; en este caso, el estado infeccioso va a agravarse, con la aparición de fiebre alta después del tercer día de evolución, y el aparecimiento de una secreción nasal, ahora purulenta. En vez de aquella secreción sero-hialina, tendremos ahora una muco-purulenta. ¿Y la **adenóide**?

La adenoide es más conocida por su expresión crónica de hipertrofia adenoidea que, clínicamente, se expresa por una respiración bucal, (el niño que respira siempre con la boca abierta) y el ronquido nocturno alto, aquel ronquido que se oye hasta el otro cuarto. ¿Y la **adenoiditis aguda**? La adenoiditis aguda puede ocurrir concomitante a la amigdalitis y/o una reagudización de un proceso crónico de hipertrofia. En esos casos ocurre fiebre y secreción retro-nasal la cual evidentemente también puede ocurrir en la rinosinusitis. De modo que, en el caso que nos presentaron, **no existen datos clínicos suficientes para hacer el diagnóstico diferencial entre rinosinusitis y adenoiditis**. En la **práctica eso no tiene importancia**, porque queda bien caracterizado que **se trata de un resfriado con infección bacteriana secundaria**. La infección bacteriana se trata con antibiótico? Bueno, no siempre. No es obligatorio el uso de antibióticos en toda infección bacteriana y la otitis es un óptimo ejemplo en que muchos casos se curan sin antibiótico. En el caso presentado, la niña tiene 23 meses de vida. Esto significa que tiene menos de dos años, y hasta los 2 años los niños están en riesgo infeccioso mayor, de modo que sería otra indicación, en este caso, para el uso de antibióticos. Sin embargo si el pediatra tuviese un óptimo vínculo con la familia para el control del paciente **podría esperar un poco, no usar antibiótico inmediatamente, hacer un lavado nasal con solución salina hipertónica y aguardar 48 horas, y si no hubiese mejoría, entonces si, utilizar los antibióticos indicados**.

### Lecturas recomendadas

1. Schwartz B. Rinossinusite viral ou bacteriana. In: SIH T. Infectologia em Otorrinopediatria. Revinter, Rio de Janeiro, 2002:103.
2. Wald E. Sinusite bacteriana aguda. In: Sih T. Manual de Otorrinopediatria da IAPO, Lys Gráfica & Editora, Guarulhos, 2006:145.
3. Camargos PAM. Faringite, adenoidite e amigdalite. In: Torelli E. Doenças Infecciosas na Infância e na Adolescência. Medisii, São Paulo, 2000:1566-1569.