

Rinosinusitis: Dificultades Diagnósticas y Diagnóstico Diferencial

Mesa Redonda

Moderador: ***Eulália Sakano***

Participantes: ***Elizabeth Araújo, Rainer Haetinger y
Washington Almeida***

Eulália Sakano. *Hablar de la rinosinusitis en el niño es un tema fundamental porque trata del diagnóstico y del diagnóstico diferencial. El diagnóstico correcto propicia un tratamiento adecuado y, principalmente en el caso de la rinosinusitis, el uso correcto de los antibióticos. El diferenciar entre la rinosinusitis aguda viral y la bacteriana es muchas veces difícil. Lo mismo ocurre con la rinosinusitis alérgica.*

Elizabeth, cómo se puede diferenciar entre una rinosinusitis viral y una bacteriana?

Elizabeth Araújo. La rinosinusitis aguda es una de las causas más comunes de atención médica siendo abordada por los clínicos, pediatras, neumólogos y otorrinolaringólogos. Cerca de 0,5% a 5% de las infecciones de las vías aéreas superiores (IVAS) evolucionan para rinosinusitis bacteriana aguda, y la diferencia entre un cuadro viral y una infección bacteriana no siempre es fácil. El diagnóstico de rinosinusitis se basa en las evidencias clínicas y en la duración de la sintomatología. En el curso de una infección viral de las vías aéreas superiores (obstrucción nasal, rinorrea purulenta, estornudos, presión facial, dolor de garganta, mialgias, tos y fiebre) debemos sospechar de rinosinusitis aguda bacteriana cuando la sintomatología persista por más de 7-10 días o cuando haya un empeoramiento de los síntomas después del quinto día. Aunque los síntomas respiratorios en los cuadros de IVAS puedan no estar completamente resueltos en 10 días, generalmente se espera que haya ocurrido una mejoría significativa. La persistencia de los síntomas, sin mejoría después de 10 días, sugiere la presencia de infección bacteriana secundaria.

Ningún signo o síntoma aislado es específico en el diagnóstico de rinosinusitis aguda. El diagnóstico se realiza cuando hay la presencia de varios signos y síntomas por un período mínimo de 7-10 días sin mejoría. La impresión clínica del médico es más precisa que cualquier hallazgo del examen físico.

La cantidad y la coloración de la secreción nasal no son suficientes para diferenciar el cuadro viral del bacteriano agudo, y no deben ser tomadas en consideración a la hora de prescribir un antibiótico. La presencia de secreción purulenta o el drenaje nasal posterior son de poco valor en el diagnóstico, cuando el tiempo de duración de los síntomas fuese menor que siete días.

La clínica clásica de un cuadro de rinosinusitis aguda se caracteriza por la

presencia de síntomas respiratorios persistentes por más de siete o 10 días, con secreción nasal de cualquier calidad (espesa, purulenta o fina) y tos persistente, generalmente más intensa en la noche. Síntomas menos comunes son el malestar general, temperatura muy alta, halitosis, dolor de garganta u otalgia y edema periorbitario intermitente. En la presencia de los síntomas y signos señalados, asociados a un cuadro de fiebre alta y toxemia importante, puede realizarse el diagnóstico aunque el tiempo de duración de los síntomas sea inferior a siete días. La solicitud de exámenes de laboratorio no está indicada en la evaluación inicial del paciente. La aspiración y el cultivo de la secreción sinusal no están indicados en la enfermedad no complicada, pero deben considerarse en los casos de inmunodeficiencia o en la presencia de complicaciones.

Eulália Sakano. *Y en cuanto a la rinosinusitis alérgica?*

Elisabeth Araújo. La etiopatogenia de la rinosinusitis es de naturaleza multifactorial y el reconocimiento de los factores de riesgo es fundamental en el diagnóstico precoz y en el tratamiento adecuado. Una agresión inflamatoria inicial, una infección respiratoria alta, de etiología alérgica, generan un edema de la mucosa rinosinusal, pudiendo hasta ser identificadas anomalías en la radiografía simple, como el engrosamiento de la mucosa.

Eulália Sakano. *Existe diferencia entre el cuadro clínico del adulto y del niño? Algún síntoma predomina mas en el niño o podemos considerar que son semejantes?*

Elisabeth Araújo. Son semejantes, tanto en el adulto como en el niño. Aunque en el niño, la tos diurna y nocturna con duración mayor de 10-14 días, puede ser la única indicación de rinosinusitis. La cefalea, por otro lado, es mas frecuente en el adulto. Su patrón de localización es extremadamente variable, no debiendo ser sobrevalorizada. Se puede localizar en la región frontal y la cara (rinosinusitis frontal), en las regiones orbitarias y retrorbitaria (rinosinusitis etmoidal), en las regiones maxilares y dientes superiores (rinosinusitis maxilar) y en la región occipital con irradiación frontal (rinosinusitis esfenoidal). La cefalea varía de intensidad, pudiendo ser desde leve hasta incapacitante. En el niño, la presencia de cefalea intensa puede ser sugestiva de rinosinusitis aguda grave o complicada.

Eulália Sakano. *Por lo tanto, vemos que, aisladamente, los signos y síntomas no pueden por si solos diagnosticar una rinosinusitis. El conjunto entre la historia clínica y la evaluación del niño son importantes. Existen niños que mantienen un cuadro de recurrencia. Existen factores que predisponen a esos niños a la recurrencia? Washington, los factores predisponentes en el niño son diferentes a los del adulto? Como haría usted el diagnóstico en esa situación?*

Washington Almeida. Yo diría que si. Algunos factores predisponentes para la recurrencia de las rinosinusitis en el niño difieren del adulto por el hecho que, en el niño, las cavidades paranasales están en desarrollo y su sistema inmunológico inmaduro, lo que propicia mayor número de infecciones. Debemos observar también que la presencia del tejido adenoideo, así como el reflujo gastroesofágico pueden estar relacionados con las recurrencias de las rinosinusitis en el niño.

En cuanto a lo que debe evaluarse, es importante destacar que las cavidades sinusales mas acometidas en las rinosinusitis son las cavidades paranasales

anteriores que drenan para el complejo ósteo-meatal. Para que las cavidades paranasales puedan ejercer, con eficiencia, las actividades de ventilación y drenaje, se requiere el funcionamiento perfecto del sistema mucociliar. Este, por su vez, depende de la **permeabilidad del óstio, la integridad de los cilios y de la calidad del moco**; cualquier alteración en alguno de estos tres elementos podrá llevar a una **recurrencia de la enfermedad o la cronificación de la** misma.

Los niños, debido a su estado de inmunodeficiencia transitoria, son susceptibles a tener mas infecciones virales. En media, ellos presentan de 6-8 crisis al año y, si mantienen mucho contacto con otros niños, como en las guarderías, pueden presentar 20 o más crisis anuales. De acuerdo con la literatura nacional e internacional 0,5 a 2% de estas infecciones virales evolucionan hacia una rinosinusitis bacteriana secundaria, haciendo elevada la incidencia de rinosinusitis en la población infantil. Apesar de esta alta incidencia, el papel de la infección viral como factor predisponente para la recurrencia de las rinosinusitis no está totalmente claro.

La rinitis alérgica talvez sea uno de los factores de riesgo más frecuente. El proceso inflamatorio de la mucosa rinosinusal, desencadenado por la liberación de mediadores inflamatorios, causa edema de la mucosa, comprometiendo la permeabilidad del óstium sinusal y el transporte mucociliar, con riesgo de desarrollar de infección bacteriana. Aunque no haya consenso sobre el papel de la alergia en la patogenia de la rinosinusitis recurrente, es recomendable realizar pruebas de alergia en pacientes con este tipo de enfermedad.

Aunque es controversial, muchos autores relacionan las alteraciones anatómicas del meato medio, como factores importantes en la predisposición a la rinosinusitis. El proceso uncinado curvo estrecha la entrada del meato, y su asociación con un cornete medio paradocal o bulhoso, favorece el contacto mucoso y consecuentemente hay enfermedad sinusal. Los desvios septales acentuados y el cornete medio bulhoso parecen tener una participación en la génesis de las rinosinusitis. Existen evidencias, de que la hipertrofia de la bula etmoidal se encuentra más frecuentemente en los pacientes con enfermedad, que en el grupo control.

No hay un acuerdo sobre la participación de las amígdalas palatinas y adenoides en el origen de la rinosinusitis, sin embargo, la hipertrofia de adenoides y las adenoiditis (como reservorio de bacterias en la rinofaringe) se consideran, por muchos autores, como factores de riesgo para rinosinusitis.

Las enfermedades sistémicas como la fibrosis quística, la cual interfiere en la calidad del moco, dificultan el drenaje de las cavidades paranasales, pudiendo llevar a una rinosinusitis.

Los factores ambientales como el aire seco, polución, humo de cigarrillo que además de ser irritante de la mucosa nasal, disminuyen el movimiento ciliar, y constituyen, así, factores de riesgo para rinosinusitis.

Eulália Sakano. *Dr. Rainer, desde el punto de vista del radiólogo, cual es la importancia del examen de imagen, en el diagnóstico de la rinosinusitis?*

Rainer Haetinger. Antes de responder a la pregunta específica, vamos a recordar rápidamente algunos tópicos que, aunque ya hayan sido discutidos en la mesa, pienso que siempre valen la pena enfatizarse también desde el punto de vista

radiológico, o sea: en los primeros siete días no hay ninguna indicación para un estudio radiológico. Realmente, en esa fase donde la infección bacteriana todavía no ha ocurrido, no hay ninguna indicación, y aquí también hay la necesidad de un paréntesis: en los primeros doce meses de vida tampoco hay indicación, a no ser que haya necesidad de investigar alguna complicación extra-sinusal de una rinosinusitis. En el cuadro agudo de rinosinusitis, la Radiografía simple se realiza apenas en caso de duda y, todavía, en casos bastante excepcionales. Respondiendo parte de la pregunta hecha por Eulália, cuándo se encuentra un velamiento de una cavidad paranasal o un nivel líquido? Podemos pensar en un proceso inflamatorio agudo. De cualquier forma, tenemos que tomar en cuenta que el nivel líquido puede no ser solo un proceso bacteriano, pues un proceso alérgico también puede causar un nivel líquido, un proceso viral también puede causar un nivel líquido. Por lo tanto, el nivel líquido por sí solo no es sinónimo de rinosinusitis que tenga que ser tratada como un cuadro bacteriano. En términos del grosor de la mucosa de la cavidad paranasal, se debe valorizar apenas si es más de 4mm. Una mucosa con un grosor menor de 4mm no es indicativa de proceso infeccioso o inflamatorio, y siempre que se encuentra ese hallazgo en la radiografía, nosotros lo describimos apenas como un leve engrosamiento mucoso y no realizamos ninguna conclusión en el reporte. O, si se hace alguna consideración en el reporte, decimos que esto tiene que valorizarse apenas en la correlación con cuadros clínicos específicos. La tomografía computadorizada (TC) está indicada apenas en la fase aguda cuando se busca una complicación. Las complicaciones extra-sinusales serían, por ejemplo, la celulitis periorbitaria, el absceso orbitario o las complicaciones tipo trombosis del seno cavernoso o de la vena oftálmica. La TC tiene su indicación ideal en las rinosinusitis de repetición o en la rinosinusitis crónica, con más de tres meses de evolución. En cuanto a la segunda parte de la pregunta: en la rinosinusitis crónica realmente es posible, desde el punto de vista radiológico, decir algo? En verdad, siempre tiene que haber la correlación clínica, porque no es posible, solo con la radiografía, sin cualquier otra información, decir cuantas semanas de evolución tiene el cuadro clínico. Tenemos los extremos, el cuadro típicamente agudo (con nivel líquido) y el cuadro típicamente crónico, con engrosamiento mucoperiosteal en las paredes de las cavidades paranasales. La resonancia magnética (RM) está indicada en las complicaciones intracraneanas de una rinosinusitis aguda, o en los casos de rinosinusitis fúngica, (cuando pensamos en esa posibilidad) en el caso de niños mayores o adultos, o cuando se quiere hacer algún diagnóstico diferencial con tumores. En la fase aguda con nivel líquido, hoy en día, con el advenimiento de los tomógrafos multicortes, para no tener que cambiar al paciente de decúbito, se obtiene la imagen normal, axial, donde se identifica el nivel líquido, para después realizarse una adquisición en posición oblicua para confirmarlo. En la radiografía convencional los hallazgos son típicos y en ese caso, nuestra conducta es hacer un reporte final, que el cuadro es compatible con algún proceso inflamatorio y solo eso. Nosotros no utilizamos el termino "sinusitis" en los reportes radiológicos, apenas reportamos como "sinusopatía inflamatoria". Así, si el cuadro es inflamatorio o infeccioso, no es, digamos, parte de nuestra conclusión, y si del contexto clínico. Por ejemplo, en el caso de un velamiento de

una cavidad paranasal maxilar izquierda en la incidencia de Waters (nasomente) y de las células etmoidales derechas en la incidencia de Caldwell (frontonaso), podemos colocar en el reporte radiológico que existe un cuadro de sinusopatía inflamatoria. Nuevamente no vamos a decir cual es el tipo del cuadro, qué tipo de etiología tiene. Debemos recordar que en relación al etmoides existe un índice de falso negativo que puede llegar a 30, hasta 40%. Por lo tanto, la evaluación del etmoides por Rayo X es muy limitada. Por lo tanto, principalmente en los niños pequeños, lo que se acostumbra es hacer la incidencia de Waters (o nasomente), que acaba siendo suficiente, y muchas veces un perfil, cuando se quiere evaluar también la rinofaringe. En otro ejemplo, donde las cavidades paranasales están prácticamente limpias, excepto la cavidad sinusal maxilar izquierda, donde hay un leve engrosamiento mucoso, el examen no debe ser concluido como rinosinusitis. Por lo tanto, cuando se encuentra una radiografía como esa, donde la mucosa mide menos de 4mm, apenas se hace el reporte descriptivo. En términos de RM, un proceso inflamatorio crónico puede identificarse bien. Cuando tenemos un contenido hiperintenso (o “blanco”) en la imagen ponderada en T1, tendremos una señal de alto contenido proteico. En la imagen ponderada en T2, si la periferia se encuentra hiperintensa, pero el contenido permanece con poca señal, esto indica un proceso con alto contenido proteico y crónico, o inclusive un proceso fúngico. Veán, entonces, que tenemos los extremos: hallazgos típicos del cuadro agudo que puede ser el nivel líquido o el velamiento, o un cuadro crónico o hasta fúngico. Pero, exactamente en el período de tres meses, que sería aquella fase donde se diferencia entre crónico o no, es muy difícil del punto de vista radiológico. Resaltamos también que existen otras causas de hipotransparencia de una cavidad paranasal, como por ejemplo, una displasia fibrosa en la región de la cavidad paranasal maxilar o una hipoplasia de la cavidad sinusal. Por lo tanto, en el caso de hacerse una radiografía de control y persistir un velamiento, debemos pensar qué otras causas pueden llevar a hipotransparencia. El velamiento de una cavidad paranasal no es sinónimo de necesidad de tratamiento, principalmente antibioticoterapia. Debe analizarse siempre dentro de un contexto clínico.

Eulália Sakano. *Finalizando, lo que concluimos de esta Mesa Redonda es que el diagnóstico de la rinosinusitis en el niño y en el adulto es básicamente clínico. Los estudios de imagen ayudan mucho en los puntos en que el Dr. Rainer comentó, pero siempre asociada al cuadro clínico. De esta manera, no se debe tratar al niño por la imagen radiológica pues la clínica es fundamental. Y, con el diagnóstico correcto, se propondrá un uso racional de antimicrobiano para el niño, evitando el uso innecesario del mismo.*