

*Sinusitis: Dificultades Diagnósticas
y Diagnóstico Diferencial
Mesa Redonda: Debate Multidisciplinario*

*Richard Voegels, Joaquim Rodrigues,
Nelson Augusto Rosário Filho, Rainer Haetinger,
Renato Roithman y Washington de Almeida*

Richard Voegels (Otorrino)

Vamos a intentar presentar algunos puntos de controversia o puntos importantes de la rinosinusitis. Ya he conversado con los componentes de la mesa pidiéndoles respuestas objetivas, para que podamos comentar lo máximo posible sobre este tópico.

Comenzaré por hablar un poco sobre la rinosinusitis aguda, después sobre la rinosinusitis crónica. Los conceptos que voy a exponer tienen como base las directrices europeas de rinosinusitis, publicadas por la EPO (European Position Paper) en julio de 2007, (Fokkens WJ, Lund VJ, Mullol J et al., European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2007 *Rhinology* 2007;45; suppl. 20: 1-139) muy parecidos con los de la Academia Americana que salieron en Octubre de 2007, (Rosenfeld R, Bhattacharyya N, Haydon III R, Marple B, Smith T. Evidence-Based Management of Adult Rhinosinusitis. *Otolaryngology - Head and Neck Surgery* 2007; Volume 137, Issue 2, Pages P82 - P82), con algunas novedades que vamos a poder discutir aquí con los componentes de la mesa redonda y ver si están de acuerdo o no.

El primer tópico sería la definición de rinosinusitis. Obviamente esto es difícil. No existe una definición ideal. En esas últimas directrices la rinosinusitis se clasifica como siendo solo aguda y crónica. Se retiraron los otros términos: subaguda, crónica recurrente o persistente, intermitente.

Me gustaría preguntarle a la mesa, que piensan de esa clasificación? En esta se clasifica como aguda (menor de 12 semanas) y crónica (mayor de 12 semanas) y no se sabe si la rinosinusitis crónica sería una evolución de la aguda, que sería lo natural si creyéramos o que la crónica sería decurrente de una rinosinusitis aguda mal tratada. Con relación a esta última (la crónica sería decurrente de una rinosinusitis aguda mal tratada), existen evidencias que indican que no es lo que ocurre realmente. Y dentro de ese cuadro, todavía existirían:

- la rinosinusitis aguda viral con hasta 10 días con síntomas;
- y la rinosinusitis aguda no-viral - el empeoramiento de los síntomas después de cinco días del cuadro o síntomas que permanecieron por más de 10 días y menos de 12 semanas.

Comenzaré preguntándole a Renato Roithman. Estas de acuerdo con esa clasificación, o ve algún problema con la misma?

Renato Roithman (Otorrino)

Concuerdo con esa clasificación. Toma como base la historia clínica, la anamnesis. Y esto lo hace más fácil para que todos lo realicemos. Solo tenemos que preguntarle al paciente. Generalmente hago un dibujo, para establecer el tiempo de evolución, cuándo fue el inicio del cuadro, dónde se encuentra en el momento el paciente en el dibujo. Creo que es muy válido. Coloco el día cero a la izquierda y voy siguiendo para poder establecer si el cuadro es más para lo agudo o si ya persiste por más tiempo. Esto es importante, por causa de la bacteriología: cuanto más agudo, más para el lado de virus, cuanto más crónico vamos a pensar en bacterias. Por lo tanto, sí concuerdo con esa clasificación.

Richard Voegels

OK. Si durante la discusión, alguien quisiera regresar a ese asunto, no hay problema. Voy a pasar, ahora, para la gravedad de la rinosinusitis, que es otra dificultad que tenemos. Identificar si el cuadro es más o menos grave. Obviamente en los niños, esto es un poco más complicado. Cuanto menor sea el niño, mayor será la dificultad. Pero los estudios, de modo general, aceptan una escala, con evidencia científica, reproducible, que es la escala visual análoga (VAS - *visual analogic scale*). En esta escala, el paciente, cuando sea posible, le va a decir cuál es la intensidad de su síntoma, siendo el cero reservado para el paciente sin quejas y diez para el síntoma más intenso. Esa clasificación es importante en relación a la calidad de vida, siendo que los síntomas mayores de cinco son los que afectan la calidad de vida. Por eso la dividimos en rinosinusitis leves, moderadas, que serían de tres a siete, y graves, mayor de siete. ¿Que cree usted de esta clasificación, Washington?

Washington de Almeida (Otorrino)

La clasificación anterior no contemplaba esa situación de la gravedad. Muchas veces tenemos pacientes con síntomas leves y pacientes con síntomas graves que tendrán un manejo diferente. Por lo tanto concuerdo con esta clasificación de la rinosinusitis, tanto de la aguda como de la crónica.

Richard Voegels

El primer caso para ilustrar será el de Pedro, de seis años de edad, con una historia de dos días de evolución, que comenzó con un cuadro de congestión nasal, coriza y fiebre. Un cuadro típico de resfriado. El paciente también refirió cefalea frontal, sin ninguna otra queja asociada. Con ese cuadro, muy común en nuestros consultorios, le preguntaré a Joaquim Rodrigues, (Washington Almeida y Renato Roithman son otorrinos y Joaquim Rodrigues es Neumopediatra, Nelson Rosário es Inmunólogo Pediátrico y Rainer Haetinger es Radiólogo): ¿Cuándo Pedro llega a su consultorio, como lo evaluaría?

Joaquim Rodrigues (Neumopediatra)

Esa es una situación muy frecuente en el consultorio del pediatra; el niño que llega con esos síntomas. Síntomas agudos de fiebre, coriza y obstrucción nasal. En la mayoría de los casos se trata de una infección viral. Es muy común que el niño tenga otros síntomas relacionados, tipo cefalea, dolor abdominal, lo que no

es poco frecuente en niños con infección de las vías aéreas superiores (IVAS). En esa situación, con ese tiempo de evolución, debemos solo observar. Tratar a Pedro como si realmente tuviese una infección aguda de las vías aéreas superiores (IVAS) y esperar la evolución e ir evaluando a Pedro, y en caso que esos síntomas persistieran, o si la fiebre persistiera por un período mayor de tres a cinco días.

Richard Voegels

Continuando con el caso de Pedro, Rainer, cual es el papel de la radiografía simple de las cavidades sinusales? Cree que debemos pedir un Rayo-X en ese tipo de paciente? O no? Cual es el papel del Rayo-X de las cavidades sinusales en los cuadros agudos, en esta localización?

Rainer Haetinger (Radiólogo)

En verdad, en la fase aguda, no complicada, no existe necesidad de realizar Rayo-X. La radiografía convencional, por lo menos. En los primeros 12 meses de vida, de cualquier forma, la radiografía es inespecífica y en la mayoría de los casos, no debe solicitarse. A partir de esto, la radiografía solo confirmará el diagnóstico clínico. Por lo tanto, sería redundante. No hay por qué realizar un estudio radiológico convencional en esa fase, si no hay complicaciones.

Richard Voegels

Y bien. Al principio, por lo que he entendido aquí en la mesa, no se debe prescribir antibiótico y tampoco Rayo-X de las cavidades sinusales. Ahora, digamos que Pedro, con seis años de edad, no evolucionó tan bien y, después del quinto día, comenzó con una secreción nasal purulenta, tuve un empeoramiento de la cefalea frontal, principalmente matutina. Por lo tanto Pedro comenzó a empeorar después del quinto día. Voy a preguntarle a Renato: qué piensa en relación a que Pedro empeoró y cuales son los principales síntomas de una rinosinusitis aguda bacteriana?

Renato Roithman

Si Pedro empeoró a partir del quinto día, debemos saber exactamente lo que significa. La tendencia actual es intentar esperar un poco más para utilizar antibiótico. No solicitaría todavía un estudio por imagen para Pedro, a pesar de que, frente a una cefalea frontal en niño, tenemos que estar alertas, pues eventualmente, puede hasta ser el inicio de una complicación. ¿Pedro está o no con fiebre?

Richard Voegels

No tiene fiebre. Solo empeoró la congestión nasal y la secreción cambió a amarilla.

Renato Roithman

Este es exactamente lo que llamo el punto de corte, donde por las tendencias actuales: se decide el usar o no antibiótico.

Talvez yo esperaría un poco para usar antibioticoterapia, continuaría con el tratamiento médico, observaría por otros dos o tres días para ver la evolución, siguiendo al niño muy de cerca.

Richard Voegels

Le pregunto a Nelson, cuales son los factores asociados al cuadro de rinosinusitis aguda? ¿Qué puede facilitar un cuadro de rinosinusitis aguda?

Nelson Augusto Rosário Filho (Inmunólogo pediátrico)

Pienso que es el de un cuadro de IVAS que está evolucionando para una complicación bacteriana. Creo que en esta fase se debe limpiar bien la nariz y esperar. Sin ningún examen complementario. Puede estar asociado, eventualmente, una enfermedad de base, pero no me preocuparía.

Richard Voegels

Joaquim, cual es su opinión sobre Pedro, y por favor complemente su opinión con su experiencia en el Cuarto de Urgencias: ¿Que ocurre con este tipo de pacientes? ¿Como es la atención que reciben?

Joaquim Rodrigues

Les comentaré sobre lo que realmente ocurre en un Cuarto de Urgencias pediátrico. Es muy común que a los niños con un cuadro de IVAS, con fiebre, eventualmente con otros síntomas asociados, se les pida una radiografía de las cavidades sinusales. No es infrecuente que al final se le tomen radiografías. Esto es muy importante. Tenemos que considerar que los Rayo-X son perjudiciales. Ya he visto a niños que, por IVAS de repetición (tenemos que recordar que un niño normalmente tienen entre ocho a diez resfriados por año) se les hacen entre cinco a seis radiografías de cavidades sinusales en un año. La radiografía en un cuadro agudo no tiene valor. Según la Academia Americana de Pediatría, el diagnóstico de sinusitis aguda es clínico. En nuestra práctica diaria observamos que, si el niño tiene una rinorrea purulenta, con un drenaje purulento en la región nasal posterior, es suficiente, principalmente en niños menores de seis años, para hacer el diagnóstico de sinusitis aguda, sin pedir una radiografía de las cavidades sinusales.

Richard Voegels

Me gustaría comentar un poco sobre el tratamiento de las rinosinusitis agudas. Tenemos ahora un documento, que son las guías. Este es un documento con más de 300 páginas, mas de 1.000 referencias, siendo muchas basadas en la evidencia, y se mencionan los fármacos. El nivel de evidencia, cuando es bajo, no quiere decir que el fármaco no sirve. Puede ser que esto ocurra, porque aun no hay estudios que demuestren que el fármaco sea útil o no. De un modo general, lo que ese documento preconiza, es que el antibiótico oral sea utilizado en aquellos casos en que se sospecha de sinusitis aguda bacteriana, o sea, el empeoramiento después del quinto día, o un cuadro mas grave de sinusitis. Lo que se ha demostrado en los estudios es el beneficio del uso del corticoide intranasal. Son estudios bien realizados, mostrando que el corticoide tópico nasal realmente hace una diferencia en el tratamiento de la sinusitis aguda. Pregunto a la mesa, cual es su experiencia con el uso del corticoide tópico nasal? Washington: ¿Que le parece el uso del corticoide tópico nasal en el tratamiento de la sinusitis aguda?

Washington Almeida

Quisiera comentar el caso de Pedro. Tenemos una tendencia en la cual, al ver un cuadro exuberante con secreción purulenta en la fosa nasal, iniciamos inmediatamente con antibióticos. Pensamos que ya se trata de una contaminación secundaria por la coloración amarillenta de la secreción, sin embargo es importante recordar que este hecho puede estar relacionado apenas con la presencia de

neutrófilos en la secreción y no de una verdadera contaminación bacteriana. Por lo tanto, el criterio para el uso del antibiótico es clínico y no por el aspecto de la secreción. Sobre el corticoide tópico, cuando tenemos un paciente con edema nasal intenso, que es uno de los principales signos de una rinosinusitis aguda, utilizo el corticoide por vía oral (prednisona o prednisolona) durante dos, tres o hasta cuatro días para mejorar ese estadio y después cambio para el corticoide tópico. En estos casos, la introducción solamente del corticoide tópico será ineficaz, pues él actuará solo en la cabeza del cornete, y no hay una buena distribución por las cavidades sinusales. Aunque se hagan lavados nasales con solución salina hipertónica el resultado no será bueno. Se necesita tener una buena permeabilidad en las fosa nasales y hay evidencias que demuestran su eficacia.

Richard Voegels

Un comentario. Esos estudios que tienen como base esos documentos son realizados con un corticoide tópico, que es una mometasona, solo que en gotas. No es la presentación en *spray*. Nelson, y Ud.? Cual es su experiencia?

Nelson Augusto Rosário Filho

Estoy de acuerdo también. La pregunta es si el corticoide tópico substituye o no al antibiótico sistémico. Existen estudios que comparan la amoxicilina dada por 14 a 21 días, con la mometasona tópica, mostrando que la respuesta al corticoide tópico nasal es tan eficaz como al antibiótico. Esta es la pregunta. Pero estoy de acuerdo plenamente con lo que Ud. ha presentado: limpieza, descongestionante, para que la medicación anti-inflamatoria pueda tener acceso y funcionar donde debe.

Richard Voegels

Ahora, volviendo al caso de Pedro que comienza a recibir amoxicilina y, en la secuencia, evolucionó con una proptosis palpebral, fácilmente visible. Mi pregunta es para Joaquín. Digamos que Pedro venga a su consultorio con proptosis, que pensaría, y que solicitaría? Le pregunto: cuándo un paciente con rinosinusitis debe ser referido para un especialista, sea este un Otorrino o un Alergólogo?

Joaquim Rodrigues

La última vez que vi a un paciente en estas condiciones además de la proptosis, tenía alteración del nivel de conciencia. Por esto es importante realizar un examen neurológico – mi paciente tenía una diferencia de la abertura pupilar y, además de proptosis, tenía meningitis y un absceso intracraniano. Realmente es una situación delicada, una situación de urgencia. Este niño debe ser admitido al hospital, y sometido a una tomografía computarizada (TC) no solo de las cavidades sinusales, pero si hubieran alteraciones en el examen neurológico, se debe realizar una TC cerebral, para ver si hay absceso intracraniano o, eventualmente, una trombosis del seno cavernoso. Debe recibir antibioticoterapia endovenosa, pues realmente es una enfermedad grave, o sea, una sinusitis que se complicó y probablemente ese niño tiene un absceso periorbitario que está causando esa proptosis. Generalmente, en esa situación, usamos ceftriaxona endovenosa o existe hasta la posibilidad, de utilizar amoxicilina/clavulanato por vía endovenosa. Pero, normalmente utilizamos la ceftriaxona.

¿En qué momento el Pediatra debería solicitar la evaluación por un especialista? Particularmente en aquellos niños que evolucionan con una sinusopatía crónica.

La definición de tiempo ya fue comentada aquí, pero en aquellos niños que tienen sinusopatías recurrentes o que tienen una sinusopatía crónica, en verdad deberían tener una evaluación otorrinolaringológica, ya que existen factores que deben investigarse.

Por ejemplo, es muy común que la sinusopatía crónica se presente después de un cuadro de alergia. Por lo tanto, la rinitis es un factor muy importante y, a veces, el tratamiento de la rinitis resuelve el problema.

En los niños con sinusopatía crónica y asma, si tratamos su sinusitis, hay mejoría del asma.

Existen otros factores que pueden predisponer a la sinusopatía. La hipertrofia de adenoides es un factor importante. Realmente merece una evaluación por parte del ORL con examen endoscópico (nasofibroscofia) de la vía aérea superior. Existen situaciones en que el Pediatra debería consultar al Neumólogo – pues en la sinusopatía crónica podemos tener un diagnóstico “escondido” de fibrosis quística, principalmente cuando existe una poliposis nasal asociada. Llamo su atención para este punto: cuando se presente poliposis nasal, siempre se debe pensar en fibrosis quística – y disquinesia ciliar, que es un diagnóstico poco recordado por Pediatras y Otorrinolaringólogos, siendo relativamente frecuente. Hay un estimado en el cual cerca de 20% de los niños a quienes se colocaron tubos de ventilación por otitis media con efusión son portadoras de disquinesia ciliar, así como aquellos niños que tienen sinusitis recurrente o sinusopatía crónica.

Richard Voegels

Vou a pedirle a Rainer que comente la tomografía computarizada (TC). Cuando debemos pedir una TC en el caso de rinosinusitis aguda o crónica.

Rainer Haetinger

Muy bien. Aquí tenemos una TC, realizado con contraste endovenoso, que es lo correcto. Cada vez que se busca hacer diagnóstico de una complicación de una sinusitis, existe una indicación para utilizar contraste endovenoso en la TC, para diferenciar si existe un absceso o no, o si solo hay edema en la región comprometida. Por lo tanto, cuando se inyecta el contraste, es posible verificar que persisten áreas hipodensas, sin impregnación, siendo esto indicativo de una colección. Cuando existe solo edema, tenemos otro tipo de aspecto: existe infiltrado y no un área tan hipodensa. Por lo tanto, para caracterizar una colección líquida, el contraste es importante. Cuando se esta evaluando al paciente, realmente la TC es la primera opción, pero en la consulta debe investigarse si el paciente presenta alguna contra-indicación para el uso del contraste yodado. En este caso, una opción es la resonancia magnética (RM), que también permite hacer el diagnóstico de absceso periorbitario, siendo una indicación principalmente para complicaciones intracranianas. Toda vez que hayan síntomas neurológicos, la indicación es la de realizar la RM, que, inclusive a título de información, no tiene radiación ionizante.

Por lo tanto, si hiciéramos una TC sin contraste en un paciente como este y no diagnosticáramos el absceso, haríamos una TC sin necesidad. De esta manera el paciente habría recibido radiación ionizante (a través de la TC) sin diagnóstico. Por lo tanto, la RM estaría indicada. Creo que esas serían las indicaciones en la

fase aguda, con esos métodos. La TC tiene una indicación en el proceso realmente más crónico, de modo general, después de la fase aguda.

Richard Voegels

Nelson, tiene algun comentario?

Nelson Augusto Rosário Filho

Joaquim recordó bien las enfermedades sistémicas que pueden tener como exteriorización clínica la rinosinusitis de repetición. Solo complementaria diciendo que los pacientes que tienen inmunodeficiencias, principalmente con defecto de producción de anticuerpos contra microorganismos encapsulados, pueden también tener como manifestación clínica una rinosinusopatía crónica.

Richard Voegels

Cuando existe un absceso de órbita, indicamos la cirugía para drenar ese absceso. En la literatura existen algunos autores que defienden un tratamiento clínico. Son la minoría.

Le pregunto a Renato, si en algún caso Ud dejaría de drenar un absceso.

Renato Roithman

Absolutamente no. Esto porque sabemos que el absceso, en cualquier parte del organismo, debe ser drenado quirúrgicamente. Pienso que, si el cuadro responde a antibióticos y corticoide, el diagnóstico mismo de absceso está errado. Era, muy probablemente, una celulitis periorbitaria.

Un aspecto importante, para una platea diversa, con Pediatras, Infectólogos, Neumólogos, Inmunólogos, es cuando debemos referir a esos pacientes para el Otorrinolaringólogo, para hacer la nasofibroscofia. Creo que lo más importante aquí es resaltar que en pacientes con rinitis alérgica, los síntomas unilaterales, en solo un lado de la nariz, no se deben a rinitis alérgica. Cierto? Rinitis alérgica unilateral no existe. Pacientes con síntomas unilaterales, pienso que dan una señal de peligro durante la evaluación. Otros serían los pacientes que no responden al tratamiento médico, cuadros atípicos o el dolor de cabeza persistente. Claro que un síntoma ocular, evidente como ese, es sinónimo de un paciente que debe ser referido a un Servicio de Urgencias, inclusive, para hacer un estudio por imagen, para ser hospitalizado, como ya comentó un colega, y el tratamiento es, en mi opinión, el drenaje quirúrgico, si se diagnostica un absceso.

Richard Voegels

Algun otro comentario?

Washington Almeida

A los colegas más jóvenes, soliciten también una evaluación oftalmológica, pues muchas veces el profesional no pide esa evaluación antes del drenaje.

Richard Voegels

Esto es muy importante. Cuando un paciente com problemas en los ojos va para cirugía, se debería evaluar para ver si el area oftalmológica está com algun problema, caso contrario el paciente podria decir que fue la cirugía la que causó el problema al ojo comprometido.

Abordaremos ahora algunos tópicos de rinosinusitis crónica que aparecen en el consultório. Por ejemplo aquel niño con catarro frecuente durante todo el año. Entre los diagnósticos diferenciales, uno de ellos seria el aumento de adenoides,

por lo menos en el grupo etáreo de dos a seis años. A través del examen en la nasofibroscofia, examinando por la nariz, podemos identificar muy bien las adenoides. Le pregunto a Joaquim, en su experiencia, en ese grupo de niños de 2-6 años con cuadros de catarro crónico cuál es el papel de los adenoides?

Joaquim Rodrigues

Los niños en esta situación, son realmente un problema importante para el Pediatra. El ejemplo típico es el de aquel niño cuya madre llega al consultorio y le dice: “mi hijo vive siempre enfermo, doctor, nunca mejora”. Son niños que, por algún estímulo, sea infeccioso, por infecciones repetidas de las vías aéreas superiores o hasta por cuadros de atopia hacen una hipertrofia adenoidea y terminan desarrollando una respiración bucal. Esto es extremadamente importante, pues observamos que los niños con hipertrofia adenoidea tienen alteraciones relacionadas con el sueño. Son niños que tienen principalmente apnea obstructiva del sueño por hipertrofia adenoidea, son niños que duermen mal y, portanto tienen una pésima calidad de vida. Inclusive son niños que acaban presentando problemas escolares, problemas de desarrollo, problemas posteriores de memoria. Está muy bien descrito en la literatura. Esos niños deben ser evaluados y cuando necesario, eventualmente hasta deberá realizarse una polisomnografía (estudio del sueño) que, si alterada, sería una indicación formal para la adenoidectomía.

Richard Voegels

Fibrosis quística, ya la comentó Joaquim. Son niños que tiene polipo nasal asociado y secreciones bastante espesas. Cuando hayan pólipos asociados, debemos siempre pensar en fibrosis quística.

Para terminar, hablaremos sobre el tratamiento médico de la rinosinusitis crónica. En las guías anteriormente mencionadas, solo existen tres puntos relevantes o por lo menos por las evidencias que ayudan en el tratamiento de las rinosinusitis crónicas. Una de ellas es el antibiótico por más de 12 semanas. Esta conducta fue iniciada por la escuela japonesa, en adultos, con el uso de macrólidos. Fue reproducida en los Estados Unidos, en Japon y en Europa y parece que existe bastante evidencia, con una parte de esos pacientes que mejoran bastante con antibiótico a largo plazo. Con respecto al corticoide tópico nasal, también existe una recomendación, así como con el lavado nasal. Por lo tanto: antibiótico por 12 semanas o más, corticoide tópico y lavados de la nariz. Para terminar, les pido un último comentario sobre el tratamiento médico. Iniciamos con Washington.

Washington Almeida

Existen evidencias de uso de antibiótico oral por 12 semanas o más, sin embargo aun no tengo experiencia.

Richard Voegels

Joaquim? Algun comentario?

Joaquim Rodrigues

En verdad en la práctica, realmente no tenemos esa experiencia con el uso prolongado de de antibiótico oral. Como Pediatras, utilizamos la antibióticoterapia oral por un periodo medio de 14 días, siendo este el consenso en la mayoría de los estudios que muestran que 14 días de antibióticoterapia oral serian suficientes para tratar una rinosinusopatía aguda. Existe una excepción, que son aquellas

rinosinusopatias por el *Staphylococcus aureus*, que en esta situación funcionaria realmente como un absceso. En estos casos, la antibioticoterapia será por lo mínimo, cuatro semanas. Sin embargo pienso que la mayoría de los pediatras concuerda con la utilización por dos semanas de antibioticoterapia por via oral para tratar una rinosinusopatía crónica.

Richard Voegels

Nelson?

Nelson Augusto Rosário Filho

Com relación al antibiótico, en el caso de los macrólidos, que los asiáticos han estado utilizando por largo plazo, lo que se cuestiona no es el efecto del antibiótico en si, si no el efecto inmunomodulador. Porque el macrólido que se usa en la bronquiolitis difusa pós-viral disminuye la producción de interleucina 8 y regula el infiltrado inflamatorio neutrofílico en esas enfermedades que tienen un componente inflamatorio.

Joaquim Rodrigues

Me gustaria comentar un hecho que considero importante. Hay colegas usando macrólidos más de lo que deberían. Hay que recordar lo que ocurrió en Japón. Hoy, debido al uso indiscriminado de macrólidos, 80% de los neumococos son resistentes.

Richard Voegels

Hemos terminado esta mesa redonda. Agradezco la participación de todos ustedes!