

*Rinorrea Nasal Posterior:
Diagnóstico Diferencial y Manejo
Mesa Redonda*

*Eulália Sakano, Antônio Carlos Cedin,
José Antônio Patrocínio, Luiz Vicente Ferreira da Silva Filho
y Maria Beatriz Rotta Pereira*

Eulália Sakano

La correlación entre la secreción en la cavidad nasal o en la pared posterior de la faringe (rinorrea posterior) y sinusitis es muy común, por lo tanto se utilizan antibióticos cuando se observan estos signos.

En esta mesa redonda vamos a presentar algunos casos clínicos, con el fin de discutir el diagnóstico diferencial principal en la rinorrea posterior.

El primer caso es un paciente de tres años de edad que presenta frecuentes cuadros de descargas nasales, a veces serosas o mucosas de color amarillento, y tos esporádica simultánea, pero afebril. Durante las crisis ha sido tratado frecuentemente con antibióticos y con ello refiere una leve mejoría. La madre generalmente utiliza solución salina para la higiene nasal, varias veces al día. El niño ha asistido a la escuela desde que tenía un año de edad y no tiene antecedentes familiares ni personales de la historia de alergia. El rayo X de la nasofaringe no muestra hipertrofia de adenoides. El examen físico mostró una pequeña cantidad de secreción espesa sobre la pared posterior de la orofaringe bilateral y secreción nasal mucosida. No se observó hipertrofia de adenoides en la fibroscopía nasal. Teniendo en cuenta estos datos, ¿cómo manejaría la mesa redonda este caso? Vamos a comenzar con el pediatra aquí presente, Luis Vicente. ¿Le importaría hacer comentarios sobre este caso?

Luis Vicente Ferreira da Silva Filho

Creo que esto es un cuadro que se ve muy comúnmente en nuestra práctica. Estos niños han tenido rinofaringitis recurrente y, a veces, algunos datos de la historia nos hace pensar, por ejemplo, en una posible rinitis alérgica. Aunque usted dice que no hay antecedentes familiares de atopía, creo que mi planteamiento sería el uso de corticosteroides intranasales tópicos. ¿Y por qué digo eso? Debido a que se informó que la madre utiliza una solución salina para la higiene diaria, y no hay otras pruebas, al menos de este examen (y al niño ya se le ha realizado una nasofibroscopia) no mostrando adenoides con hipertrofia o cualquier otra complicación más grave. Y de lo que hemos escuchado aquí, el niño ha evolucionado bastante bien. No veo que se haya mencionado la tos. Hemos leído recientemente que existe una fuerte resistencia al **diagnóstico de rinorrea posterior o goteo nasal posterior, como una enfermedad. Es más bien considerado un signo asociado con varias entidades** que debe ser tratado adecuadamente. **Por lo tanto,**

no hay tratamiento específico para la condición (rinorrea posterior). Se trata más bien de **un marcador de una condición clínica.**

Eulália Sakano

¿Solicitaría inmediatamente un examen, o iniciaría un corticosteroide tópico nasal?

Luís Vicente Ferreira da Silva Filho

Creo que lo introduciría inmediatamente, y creo que yo le realizaría un ensayo terapéutico con los corticosteroides tópicos. No creo que sea necesario llevar a cabo cualquier examen o evaluación de atopia, porque a esa edad es muy frecuente encontrar un aumento de IgE en suero y las pruebas RAST, por ejemplo, son negativos, sin correlación clínica. Tras la evolución, en estos niños es muy probable terminar con pruebas positivas. Por lo tanto, esa sería mi abordaje en este caso.

Eulália Sakano

María Beatriz, ¿algún comentario sobre esa conducta?

Maria Beatriz Rotta Pereira

En este caso particular, cabe recordar que muchos de los episodios de rinorrea pueden haber sido de origen viral y fueron tratados erróneamente con antibióticos. El uso frecuente de antibióticos puede promover la erradicación de las bacterias saprófitas, y esto favorecerá la aparición de nuevas infecciones. Es importante hablar con los padres sobre la importancia de esperar, especialmente cuando no hay fiebre y el niño va bien en general. La higiene nasal debe ser recomendada, y analgésicos también siempre que sea necesario. Si hay obstrucción nasal importante e hipertrofia de cornetes, me permito sugerir el uso de corticosteroides nasales tópicos, en asociación sí o nó con un descongestionante sistémico.

Eulália Sakano

José Antonio: ¿Cuál es su opinión sobre estos comentarios?

José Antônio Patrocínio

Me gustaría comprobar que la madre esté irrigando correctamente la fosa nasal. Iniciaría los corticosteroides orales durante cinco o seis días, una dosis única por la mañana. Yo no uso descongestionante sistémico. Me gustaría introducir corticosteroides tópicos nasales y hacer un seguimiento para ver cómo reacciona la mucosa de la nariz. El factor predisponente en el caso de este niño es probablemente la escuela. ¿Verdad?

Antônio Carlos Cedin

Estos casos pueden dar lugar a mal conducción diagnóstica cuando los médicos que no son otorrinolaringólogos evalúan a los niños en el hospital en las unidades de atención de emergencia. En el caso que nos ocupa, hay dos posibilidades: o bien es la infección o alergia. Debe hacerse el diagnóstico correcto y hacer el seguimiento durante algún tiempo, para ver qué está sucediendo realmente. Si se trata de una infección: ¿Cuántos de estos episodios realmente requieren tratamiento?

El medio ambiente donde vive el niño, ha de ser evaluado. Como dice José Antonio, es el entorno escolar. Los niños en estos ambientes están expuestos no sólo a la contaminación, sino también a un “reciclado” de los microorganismos. A veces en la escuela hay polvo, la gente fuma, y el uso de productos de limpieza los cuales le pueden afectar. La historia es importante. En casa se aplica lo mismo. A veces el niño se queda en casa con personas que fuman, una sirvienta o una

niñera o un pariente. El medio ambiente en el hogar no es apropiado. En cuanto al tratamiento específico, sin duda, si se trata de un proceso infeccioso debe ser tratado como tal. Si la historia ha demostrado hipersensibilidad, o antecedentes familiares de ella, el niño debe ser tratado adecuadamente. En crisis aguda, el uso de medicación sistémica específica, y la medicación tópica para el mantenimiento. Hay soluciones salinas que no contienen conservantes que son realmente útiles, habida cuenta de que en algunos casos la “irritabilidad” deriva de los conservantes en el medicamento. Por lo tanto, hemos de considerar el lavado nasal, higiene ambiental, la medicación en la crisis, y los medicamentos tópicos nasales, ya sea cromona (cromoglicato) o corticosteroides, para su mantenimiento.

Eulália Sakano

En cuanto al lavado nasal: ¿Que podría hacer el grupo? ¿Mantendría o daría alguna orientación a la madre, acerca de la cantidad de lavados? ¿Utilizaría una solución específica o no?

Antônio Carlos Cedin

La nariz tiene que limpiarse, pero hay que evitar hacerlo de más. Hoy en día existen soluciones hipertónicas nasales disponibles en el mercado. En el pasado, las soluciones nasales se preparaban en el hogar, la mezcla de sal y el agua y el bicarbonato de sodio (la solución de Parson). Hoy en día podemos encontrar soluciones hipertónicas nasales sin bicarbonato. Pero una palabra de cautela: dependiendo del caso, la solución hipertónica puede ser aún más irritante. A veces el niño no tolera aplicaciones hipertónicas. Estaría indicada en una situación de cuadro agudo de la infección, cuando el moco es más espeso, viscoso, y muchas veces contaminado, lo indicando para ayudar a diluir la mucosidad.

Maria Beatriz Rotta Pereira

Es importante limpiar la fosa nasal durante la fase de hipersecreción. La mejor manera de eliminar las secreciones procedentes de la nasofaringe es utilizar una solución salina, o la solución de Parson, irrigado con una jeringa en la fosa nasal a fin de promover la eliminación mecánica de la secreción mucoide espesa. La irrigación nasal no debe utilizarse cuando no hay secreción. La madre debe ser informada de que el lavado está indicado cuando el niño presenta secreción anterior nasal o tos productiva. También tenemos que recordar que las pulverizaciones con solución salina al 0,9% o 0,3% pueden ser utilizado en casos de secreción nasal anterior.

Eulália Sakano

En el caso que nos ocupa, el niño no presenta hipertrofia importante de adenoides. En caso de que se asocie adenoiditis: ¿Cómo tratar el caso?

José Antônio Patrocínio

Me gustaría tratarlo con antibióticos. Sin embargo, una vez que la crisis ha terminado, me gustaría realizar una nasofibroscopía para reevaluar estos adenoides y añadir los resultados a los signos clínicos y síntomas para determinar si el tratamiento deberá ser quirúrgico o no.

Eulália Sakano

Maria Beatriz: ¿Cuáles son los síntomas de un niño con adenoiditis bacteriana?

Maria Beatriz Rotta Pereira

En la mayoría de los casos, la adenoiditis es de origen viral y puede resolverse espontáneamente, sobre todo con la adecuada limpieza y tratamiento sintomático. Por otro lado, en los pacientes con fiebre alta y postración nos debería hacer pensar en una infección bacteriana. Permítanme darles un ejemplo. He visto un paciente recientemente en mi práctica, el niño evolucionó con una fiebre alta y postración hacia 48 horas, en la endoscopia presentaba la hipertrofia de cornetes, ausencia de secreción anterior nasal, e hipertrofia de adenoides con secreción mucopurulenta drenando a la nasofaringe. El examen de la orofaringe mostró hipertrofia amigdalina con exudato. El cultivo orofaríngeo cultura mostró *Streptococcus* beta-hemolítico (*Streptococcus pyogenes* del Grupo A), y al niño se medicó con antibióticos.

Eulália Sakano

En adenoiditis, si hay un componente obstructivo: ¿Indicarían corticosteroides sistémicos se asociados a la terapia antibiótica?

Maria Beatriz Rotta Pereira

Yo no uso corticosteroides sistémicos en la presencia de adenoiditis aislada. Los prescribiría en casos de adenoiditis asociada con rinosinusitis con una intensa obstrucción de los ostiums de drenaje y obstrucción nasal importante.

Eulália Sakano

José Antonio, ¿Le gustaría añadir algún comentario?

José Antônio Patrocínio

No, estoy totalmente de acuerdo.

Eulália Sakano

Luis Vicente, al mirar un niño, con rinorrea posterior mucoide: ¿Qué parámetros clínicos considera usted a fin de establecer si se trata de un virus o una infección bacteriana de la vía aérea superior?

Luis Vicente Ferreira da Silva Filho

Creo que en la mayor parte del tiempo, la historia clínica nos ayuda en el diagnóstico diferencial. Por lo general, en condiciones de larga evolución hablamos de sinusitis. Esto es lo que la madre dirá: “mi hijo empezó con fiebre el día de ayer. Creo que tiene sinusitis. Supongo que él debe tomar antibióticos.” “La mayoría de las veces se tratan de infecciones virales. Sin embargo, cuando usted tiene una evolución que ha sido tórpida en una infección viral de las vías respiratorias superiores, y después de siete o diez días no mejora e incluso empeora, con los cambios en el color de la secreción y prolongada historia clínica, creo que estas serían los principales criterios. Recordar de los cuadros que evolucionan con un aspecto más tóxico, sensación de pesadez en la cabeza y, obstrucción nasal severa. Creo que son los signos principales. Pero creo que para nosotros los pediatras es muy difícil tras el examen clínico sin recurrir a una nasofibroscofia e hacer un diagnóstico diferencial con certeza entre aguda y sinusitis aguda adenoiditis, por ejemplo. Desde el punto de vista clínico, no hay manera de que podamos hacerlo en un examen pediátrico. Creo que los criterios para tomar una decisión sobre la terapia con antibióticos son la historia y examen clínico, pero deben abstenerse en lo posible el uso de antibióticos en esta fase inicial. ¿Lo que se ha dicho aquí acerca de la atención

de emergencia en los hospitales es muy importante. Debido a que los médicos en la atención de emergencia sólo tienen una oportunidad de tomar la decisión correcta sobre el tratamiento, se prescriben muchos más antibióticos, ya que no es probable que el vea este paciente de nuevo. Cuando hay una posibilidad de seguir el paciente, es mucho más fácil evitar dar una receta, porque si el paciente no tiene una evolución satisfactoria, Ud. lo vea de nuevo y podrá reajustar su tratamiento.

Eulália Sakano

Por lo tanto, la conclusión de que seguimiento clínico en este caso es de suma importancia en el diagnóstico y en la posibilidad de introducir o no la terapia antimicrobiana.

El segundo caso es un niño de siete años de edad que empezó con estornudos y rinorrea serosa y fiebre de bajo grado desde hace diez días. Hace tres días empezó a presentar rinorrea amarillenta, obstrucción nasal y tos seca. En el examen, presentó mucosa nasal congestionada, una secreción nasal espesa amarillenta, y secreciones en la pared posterior de la faringe. La tos es peor por la noche, especialmente cuando está acostado sobre su espalda. ¿Te gustaría comentar sobre la historia, sugerir un examen o cree usted que esta historia es suficiente para establecer un diagnóstico?

Antônio Carlos Cedim

Creo que se debe ser muy cuidadoso con terapia antibiótica. Usted debe diferenciar entre patología viral o bacteriana. Puede haber complicaciones graves si no usamos antibióticos. Hemos tenido casos de complicaciones después de dos o tres días del inicio de los síntomas. A veces, debido a que el cuadro clínico es unilateral y muy intenso y el niño está toxémico, nos vemos obligados a iniciar de inmediato con antibióticos antes de que se inicie cualquier complicación que, según el niño, podría ser fatal.

En un período de diez días después de la infección viral, estando así en el camino para una complicación bacteriana, nuestra primera sospecha sería de la contaminación de las cavidades paranasales. El examen con nasofibroscopio va a ayudar, y podemos ver la secreción que sale de los meatos, lo que sugiere la contaminación. En este caso, junto con la anamnesis, cuadro clínico, antecedentes y factores predisponentes en la historia del paciente, la nasofibroscopía puede sugerir infección bacteriana.

José Antônio Patrocínio

Pronto todos los pediatras van a pensar que cada paciente tiene que someterse a una nasofibroscopía. En este caso, con una historia típica, no hay necesidad de realizar un examen. Sólo tratarla. Evidentemente, es sinusitis. Usted no necesita nasofibroscopía. Usted no necesita ningún tipo de examen.

Eulália Sakano

¿Qué pasa con los rayos X simple de las cavidades paranasales?

José Antônio Patrocínio

Olvídese de una radiografía de las cavidades sinusales. Eso es jurásico! ¡Terminado! Además, no sería ni siquiera una indicación en el caso que estamos debatiendo ahora.

Maria Beatriz Rotta Pereira

No hay ninguna indicación de rayos X en la fase aguda de la rinosinusitis. El diagnóstico es clínico, y la nasofibroscofia ayuda a confirmar el diagnóstico, ya que permite evaluar el aspecto y la cantidad de la secreción, así como el edema de la mucosa. El tiempo de evolución es esencial. Hay dos situaciones que indican que es posible que se enfrentan con rinosinusitis bacteriana: la primera trata de un niño con sintomatología tórpida sugiriendo infección viral de las vías respiratorias superiores, que no mejora después de siete a diez días, y que mantiene la obstrucción nasal y secreción nasal asociada con tos. El segundo es un niño con fiebre alta, obstrucción nasal, secreción purulenta, tos y, que están presentes desde el comienzo de los síntomas, sin mejoría después de dos o tres días. En ambas presentaciones, la utilización de la terapia antibiótica esta indicada.

Eulália Sakano

¿Todos estamos de acuerdo?

Luis Vicente Ferreira da Silva Filho

Estoy totalmente de acuerdo. Yo creo que incluso en los hospitales que tienen mejores recursos, se debe tener cuidado de no pedir un CT-scan en la primera aparición. Debido a que la tomografía computadorizada de las cavidades sinusales muestre una acumulación de líquido en la cavidad no significa que sea sinusitis bacteriana. Muchos médicos hablan mal acerca de los rayos X, diciendo que no dan buena imagen. Dependiendo de la edad del paciente, las cavidades paranasales no están bien formadas, pero ese no es el punto. El punto es que para hacer una decisión terapéutica los rayos X no son importantes. Lo que importa es la historia clínica, la evolución clínica. Nos cansamos de ver las radiografías realizadas en pacientes de un año de edad. Eso me entristece.

Eulália Sakano

Nuestro último caso es Julio, un niño con fibrosis quística. Me gustaría Luis Vicente, que tiene experiencia en la fibrosis quística, para que comentes sobre la rinorrea posterior en la fibrosis quística.

Luis Vicente Ferreira da Silva Filho

En primer lugar, el 100% de los pacientes con fibrosis quística tienen alteraciones en las cavidades sinusales. Por lo tanto, debemos ser muy cuidadosos en la forma en que llevamos a cabo las intervenciones en estos casos, debido a las repercusiones clínicas. Estos pacientes tienen poliposis nasal y son sometidos a muchos tratamientos. Ellos tienen los quistes de retención y presentan muchos síntomas como dolor, pesadez, presión en la cabeza. La rinorrea posterior en pacientes con fibrosis quística tiene poco valor desde el punto de vista clínico. Dado que somos conscientes de que estos pacientes presentan pansinusitis como parte de las condiciones de la fibrosis quística, la sintomatología y las alteraciones que manifiesta el paciente son las que se deben tener en seria consideración.

Además hay los pacientes que serán sometidos a un trasplante de pulmón, por lo que es un paciente que merece un enfoque inmediato, teniendo en cuenta que las cavidades sinusales se convierten en un reservorio de patógenos específicos de la fibrosis quística, *Staphylococcus aureus* y *Pseudomonas aeruginosa*. El niño debe ser tratado específicamente contra estos mi-

croorganismos, para evitar complicaciones post-trasplante con la inmunosupresión. Estos pacientes se benefician de intervenciones que son casi profilácticas. Por lo tanto, la rinorrea posterior per se no es tan importante para nosotros que tenemos que tratar con los pacientes con fibrosis quística.

Eulália Sakano

Como hemos visto, la rinorrea posterior es un signo asociado con varias condiciones. El diagnóstico diferencial es importante, y es fundamental no utilizar antibióticos simplemente porque haya secreción en la pared posterior de la faringe.

Quiero dar las gracias a todos los miembros de la mesa redonda por su participación.