

## SINUSITIS EN URGENCIAS

**Marina Carrasco Gómez.** Médico Residente de medicina de Familia y Comunitaria. Hospital General Universitario Reina Sofía - Murcia.

**Pascual Piñera Salmerón.** Jefe de Servicio de Urgencias. Hospital General Universitario Reina Sofía - Murcia.

### CONCEPTO:

La sinusitis se define como la inflamación e infección de la mucosa que recubre los senos paranasales, los cuales a consecuencia de ello se llenan de material mucopurulento.

Clasificación:

- **Sinusitis aguda:** Duración menor de 4 semanas.
- **Sinusitis subaguda:** Duración comprendida entre 4 y 12 semanas
- **Sinusitis crónica:** Duración superior a 12 semanas. Los pacientes presentan sintomatología respiratoria persistente como tos, rinorrea u obstrucción.
- **Sinusitis aguda recurrente:** Cuatro o más episodios de sinusitis aguda en un año con un intervalo mínimo de 10 días libre de síntomas entre los episodios.
- **Pansinusitis:** Afectación de todos los senos unilaterales o bilaterales.
- **Polisinusitis:** Afectación de varios senos.

### ETIOLOGÍA:

Los senos paranasales son normalmente estériles. Es fundamental la obstrucción del ostium y la retención de secreciones para el desarrollo de la sinusitis. Los senos maxilares son los que se afectan con mayor frecuencia.

Factores favorecedores:

<b>LOCORREGIONALES</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪Inflamación local</li><li>▪Disminución de la actividad ciliar (frio, sequedad ambiental, tabaco...)</li><li>▪Patología estructural (desviación septal,pólipos,hipertrofia de cornetes)</li><li>▪Barotraumas</li><li>▪Hiperproducción de moco. En niños hay que descartar cuerpo extraño nasal, atresia de coanas y adenoiditas.</li></ul>
<b>SISTÉMICOS</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Metabólicas (corticocoterapia, DM...)</li><li>▪ Autoinmunes (pénfigo, wegener, esclerodermia)</li><li>▪ Alergias</li><li>▪ SIDA</li><li>▪ Genética (fibrosis quística)</li></ul>

Microorganismos implicados:

▪ Bacterias:

- *Streptococcus pneumoniae* (40%)
- *Haemophilus influenzae* (35%)
- *Staphylococcus Aureus*
- *Streptococcus pyogenes*
- *Moraxella catarralis*
- Bacterias anaerobias

▪ Virus:

- Rinovirus
- Virus Influenza y Parainfluenza
- Adenovirus

▪ Hongos:

- Aspergilosis y mucormicosis ( propias de pacientes inmunodeprimidos y diabéticos mal controlados)

### **DIAGNÓSTICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS:**

El diagnóstico de la sinusitis aguda descansa en la historia clínica y exploración:

▪ **Clinica:**

A la inspección el paciente puede presentar una facies congestiva, rinolalia cerrada o voz nasal. Sobre el área sinusal afecta, si es maxilar o frontal, podemos observar grados variables de inflamación, desde discreto rubor hasta celulitis franca; A la palpación y percusión de dichos senos aparece dolor. En la afectación de las celdillas etmoidales, el paciente suele referir dolor en el canto interno del ojo y pared interna de la órbita, en casos grave se puede llegar a producir celulitis periorbitaria y exoftalmos.

En el caso de la sinusitis esfenoidal el paciente se queja de cefalea occipital sin signos de insuficiencia respiratoria nasal.

Como síntomas acompañantes a los cuadros de sinusitis aguda no es infrecuente encontrar: fiebre en grado variable y rinorrea mucopurulenta.

Como complicaciones encontramos:

- Afectación orbitaria (exoftalmos, ptosis y edema orbitario)
- Afectación del sistema nervioso central, más frecuente en la sinusitis frontales, etmoidales y esfenoidales (meningitis, encefalitis, abscesos cerebrales)
- Trombosis séptica del seno cavernoso (parálisis de los VI, VI y III pares craneales con ojo fijo y doloroso, midriasis arreactiva, anestesia del territorio del V par)
- 

▪ **Exploración física:** A todo paciente que consulte en el SU por clínica compatible con sinusitis aguda se le debe realizar minuciosamente:

- Inspección facial y orbitaria, con percusión y palpación de los senos.
- Inspección de la faringe: Observar si existe rinorrea posterior.
- Palpación cervical: Para estudiar la presencia de adenopatías.

▪ **Exploraciones complementarias:**

- **Radiografía simple de senos** (proyección de Cadwel para el seno etmoidal y Waters para el seno maxilar) aunque en general por la baja especificidad y sensibilidad de dicha prueba cada vez se emplea menos. Su utilidad es baja y su indicación, probablemente, ninguna.
- 
- **Ecografía y Transiluminación de senos** (frontal y maxilar) Pueden servir para control evolutivo no presentando otra indicación.
- 
- **TC.** Siempre que exista sospecha sinusitis complicada y sinusitis crónicas.
- 
- **Punción sinusal:** Es la única exploración complementaria que permite establecer con certeza la etiología bacteriana de una sinusitis pero, al tratarse de una prueba invasora, su utilización clínica es excepcional.
- 

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

1. Neuralgia del trigémino
2. Neuralgia de origen dentario
3. Migrañas
4. Arteritis de la temporal, patología tumoral sinusal.

**ACTITUD:**

Serán subsidiarios de ingreso aquellos pacientes en los que sospechemos sinusitis complicadas.

**Signos y síntomas de alarma ante una sinusitis:**

- Edema palpebral/absceso palpebral
- Inflamación de la mejilla
- Dolor no controlable con analgésicos y dosificaciones habituales
- Fiebre alta, especialmente en adultos y adolescentes
- Disminución del estado de conciencia
- Signos meníngeos
- Parálisis oculomotora
- Cuadro grave en un paciente inmunodeprimido

## TRATAMIENTO:

### ▪ Sintomático:

- Analgésicos: Paracetamol 1gr 1c/8h en caso de ser insuficiente puede asociarse codeína
- 
- Descongestionantes: Son útiles ya que disminuyen el edema nasal. Fenilefrina o clorhidrato de oximetazolina cada 12 horas durante una semana como máximo por el riesgo de inducir rinitis medicamentosas.
- 
- Corticoides: Los corticoides tópicos son útiles en las sinusitis agudas. No se ha demostrado el beneficio del tratamiento con corticoides sistémicos.
- 
- Duchas nasales con suero fisiológico cada 8 horas y aplicación de calor local mediante la inhalación de vapor de agua favorecen el drenaje de las secreciones.

### ▪ Antibioticoterapia:

GRUPO	Atb de elección	Alternativas	Duración
Rinusinusitis maxilar leve en paciente que no ha recibido atb en los últimos 3 meses	Tratamiento sintomático o Amoxi-clav vo 875/125 mg/8h o Cefditoren 400mg /12h	Azitromicina 500mg/24h o Claritromicina 500mg/12h	De 5 a 7 días
Rinusinusitis maxilar moderada/leve en paciente que ha recibido atb en los últimos 3 meses y sinusitis frontal o esfenoidal	Levofloxacino vo 500mg/24h o Moxifloxacino vo 400mg/24h	Amoxi-clav 2000/125mg/12h o Cefditoren 400mg/12h	De 7 a 10 días
Rinusinusitis grave o complicada	Ceftriaxona iv 2gr/24h o Amox-clav iv 2000/200mg/8h	Ertapenem iv 1000mg/24h	>10días
Sinusitis maxilar de origen dental y sinusitis crónica	Amox-clav iv 2000/200mg/8h o Moxifloxacino vo 400mg/24h	Ertapenem iv 1000mg/24h	>10días

## BIBLIOGRAFIA:

1. Gwaltney JM Jr, Phillips CD, Miller RD, Riker DK. Computed tomographic study of the common cold. *N Engl J Med*. 1994 Jan 6; 330(1):25-30
2. Fokkens W, Lund V, Mullol J. European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2007. *Rhinol Suppl*. 2007; (20):1-136
3. Petersen I, Hayward AC. J Antibacterial prescribing in primary care. *Antimicrob Chemother*. 2007 Aug; 60 Suppl 1:i43-47.
4. Rosenfeld RM, Singer M, Jones S. Systematic review of antimicrobial therapy in patients with acute rhinosinusitis. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2007 Sep; 137(3 Suppl):S32-45..
5. Gendy S, Walsh MA, McConn-Walsh R, Costello RW. Recent consensus on the classification of rhinosinusitis--a way forward for research and practice? *Surgeon*. 2007 Apr;5(2):67-8, 70-1.
6. Díez O, Batista N, Bordes A, Lecuona M, Lara M. Diagnóstico microbiológico de las infecciones del tracto respiratorio superior. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2007 Jun-Jul; 25(6):387-93.
7. Chadha NK, Chadha R. 10-minute consultation: sinusitis. *BMJ*. 2007 Jun 2; 334(7604):1165.
8. Etiología, exploraciones y tratamiento empírico de síndromes de causa infecciosa. En: Elsevier Masson, Guía terapéutica antimicrobiana. 17ª ed. Barcelona: Mensa et al, 2007; 448-451.
9. Harvey R, Hannan SA, Badia L, Scadding G. Nasal saline irrigations for the symptoms of chronic rhinosinusitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Jul 18;(3).
10. Tomás Barberán M., Ortega del Álamo P., Mensa Pueyo J., García Rodríguez J.A., Barberán J. Diagnóstico y tratamiento de las rinosinusitis agudas. Segundo consenso. *Rev Esp Quimioter* 2008;21(1):45-59
11. Rinosinusitis. Gañan Albuichech L. Piñera Salmerón P. En: Julián Jiménez A. Manejo de infecciones en urgencias. *Edicomplet* 2007; 31:217-223