

SINUSITIS AGUDA

MANEJO EN URGENCIAS Y

ASISTENCIA PRIMARIA

Autores:

Dra. M^o Encarnación Fernández Ruiz

Médico Interno Residente ORL Hospital Clínico Universitario Virgen Victoria Málaga

Dr. Gabriel Rodríguez Baró

Facultativo Especialista ORL Jefe Servicio ORL Hospital Clínico Universitario Virgen Victoria Málaga

Dra. M^o del Carmen Delgado Fernández

Médico Adjunto Urgencias Hospital Clínico Universitario Virgen Victoria Málaga

Dra. Carmen Rosa Aguilera Podadera

Médico de Familia. Centro de Salud de Carranque. Malaga

Dra. Valentina Morell Jimenez MFC

Médico de Familia. Urgencias Hospital Clínico Universitario Virgen Victoria Málaga

Dra. Begoña Torres Muros R^o ORL

Médico Interno Residente ORL Hospital Clínico Universitario Virgen Victoria Málaga

Contacto:

Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga.

Colonia Sta. Inés S/N, 29010 Málaga.

Telf. 952-649400. Extensión: 2232 (ORL) y 2396 (urgencias).

INDICE

- I. INTRODUCCION**
- II. CLINICA**
- III. DIAGNOSTICO**
- IV. TRATAMIENTO**
- V. COMPLICACIONES DE LAS SINUSITIS AGUDAS.**

I. INTRODUCCION

La sinusitis aguda supone la inflamación y la infección de la mucosa que recubre los senos paranasales, los cuales a consecuencia de ello se llenan de material mucopurulento. Dependiendo de la localización hablaremos de sinusitis frontal, maxilar, etmoidal y esfenoidal, o bien pansinusitis en caso de afectación de todos los senos. Los factores predisponentes en general son los catarros agudos de vías altas de origen viral, cualquier obstáculo al correcto drenaje de la fosa nasal y los senos paranasales como desviación septal o poliposis nasosinusal, y las rinitis alérgica en sus periodos de exacerbación. La sinusitis frontal también puede verse favorecida por los baños al llenarse el seno de agua que se estanca en su interior.

Los gérmenes causantes de la infección son saprófitos de la fosa nasal y de los senos, apareciendo más frecuentemente cultivos positivos para *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae*. Pueden asociarse anaerobios cuando la infección se prolonga en el tiempo y hay que tenerlos presentes en caso de resistencia al tratamiento.

II. CLINICA

El motivo de consulta del paciente es el dolorimiento facial con grados variables de celulitis, en el caso de afectación maxilar, la cefalea y pesadez en el área frontal con abombamiento en mayor o menor grado en caso de sinusitis frontal, y es en los senos etmoidal y esfenoidal donde la clínica es menos llamativa, refiriendo el paciente una sensación de cefalea periorbitaria o retroorbitaria, con pesadez al descender la cabeza. Por otra parte, la afectación aislada del seno esfenoidal de forma aguda es rara, y suele darse en el contexto de una pansinusitis. Acompañando estos síntomas, presenta rinorrea mucopurulenta, verdoso amarillenta uni o bilateral, según el área afecta. El paciente puede estar febril, pero no debe presentar signos de gravedad que nos puedan hacer sospechar la aparición de complicaciones.

III. DIAGNOSTICO

La exploración en el área de urgencias, empieza por comprobar que el paciente no tiene signos de gravedad que nos obligan a consultar con el especialista ORL para su tratamiento con ingreso hospitalario. A la inspección el paciente puede presentar una facies congestiva, como si todavía estuviese acatarrado, con rinolalia cerrada o voz nasal. Sobre el área sinusal afecta, si es maxilar o frontal, podemos ver grados variables de inflamación, desde discreto rubor hasta

abombamiento con signos inflamatorios y celulitis. En la afección de las celdillas etmoidales, el paciente suele referir dolor en el canto interno del ojo y en la pared interna de la órbita, y podemos apreciar en casos graves celulitis periorbitaria con exoftalmos. A la palpación y percusión de los senos maxilar y frontal aparece dolor, que también se desencadena a la presión sobre el canto interno del ojo en caso de sinusitis etmoidal.

Las técnicas complementarias que se deben de realizar en el área de urgencias en caso de ausencia de signos de gravedad, son una radiografía de senos paranasales y analítica general con hemograma y tiempos de coagulación, por si fuera preciso su abordaje quirúrgico en caso de complicación.

IV. TRATAMIENTO

El tratamiento de la sinusitis aguda debe combinar la antibioterapia, fármacos antiinflamatorios y medicación tópica que facilite la apertura de los meatos de drenaje de los senos, facilitando así la evacuación del contenido mucopurulento. Los antibióticos de primera elección en la actualidad son las quinolonas, puede ser ciprofloxacino a dosis de 500mg/750mg cada 12 horas durante 10 días o bien moxifloxacino 400mg cada 24 horas durante 7 días. Se asocia un antiinflamatorio no esteroideo tipo ibuprofeno de 600mg cada 12 horas durante 10 días, y algún analgésico-antipirético de rescate tipo paracetamol. Para facilitar el drenaje sinusal se instilará cada 6-8horas un nebulizador nasal de efedrina o pseudoefedrina, tras el cual se pueden realizar lavados nasales con suero fisiológico. Se debe ser muy constante en el cumplimiento del tratamiento pues corremos el riesgo de cronificar el proceso, especialmente en la sinusitis maxilar, con el riesgo de aparición de complicaciones.

V. COMPLICACIONES DE LAS SINUSITIS AGUDAS.

Las complicaciones derivadas de la sinusitis aguda deben ser tratadas por el especialista ORL, por lo cual aquí se recogen los signos de alarma que deben alertar al médico de urgencias sobre la aparición de las mismas.

La cronificación de la sinusitis debe ser considerada una complicación, ya que puede conllevar la necesidad de tratamiento quirúrgico en un plazo de tiempo más o menos dilatado. Se debe sospechar la cronificación del proceso infeccioso sinusal ante la persistencia de la cefalea y la aparición periódica de rinorrea mucopurulenta.

Las complicaciones agudas más temibles por la gravedad del proceso son la extensión a la órbita y al sistema nervioso central. La afectación orbitaria se produce bien por vía hematológica o por propagación a través de la lámina papirácea; en ambos casos, el paciente presentará celulitis periorbitaria con exoftalmos, ptosis y edema palpebral. Es necesario explorar la movilidad ocular para valorar el grado de compresión de la órbita. Se debe solicitar estudio preoperatorio y TC en cortes coronales de senos paranasales por vía de urgencias, para valoración completa de la afectación orbitaria y sinusal; puede ser necesario el drenaje sinusal urgente para la descompresión orbitaria. Se ingresa al paciente para control de evolución y tratamiento endovenoso antibiótico y corticoideo.

En la infección de los senos frontales, etmoidales y esfenoidales es donde con más facilidad se puede producir la propagación al sistema nervioso central, apareciendo meningitis, encefalitis o abscesos intracerebrales. Esta complicación es de una gravedad extrema, y se debe realizar una punción lumbar ante la más mínima sospecha; debemos tener en cuenta que el cuadro clínico de afectación meníngea puede tener menor expresividad por el tratamiento médico previo con antibióticos y aines. Por ello es muy importante descartarlo realizando un TAC craneal y de senos paranasales de urgencia.

Por último, otra complicación temible por su gravedad y que puede aparecer más fácilmente en caso de afectación del seno etmoidal y esfenoidal, es la trombosis séptica del seno cavernoso. Tendremos un cuadro clínico caracterizado por un paciente febril, con quebrantamiento visible y gran afectación del estado general, que a la exploración presentará parálisis de rápida aparición de los pares craneales oculomotores VI, IV y III, con ojo fijo y doloroso, en el que se aprecia midriasis arreactiva. Si aparece afectación del nervio óptico puede tener una expresión variable, desde escotomas a amaurosis completa. Si el paciente permanece consciente, puede presentar anestesia del territorio inervado por el V par craneal, rama superior. El tratamiento del mismo comprende el desbridamiento quirúrgico de los senos afectados, acompañado de antibioterapia y corticoterapia endovenosa con estricto control de las constantes vitales, por lo que suele ser preciso su ingreso en la unidad de vigilancia intensiva.

BIBLIOGRAFÍA

- **“Enciclopedia Médico-Quirúrgica de ORL” edición año 2000.**
- **“Otorrinolaringología” P. Abelló- J. Traserra. Ed.Doyma, 1998.**
- **“Manual de ORL”. R. Ramírez Camacho. McGraW-Hill-Interamericana, 1998.**
- **“Otorrinolaringología” Paparella-Shumrick. ED.Panamericana 1987.**