



Protocolos del GVR (P-GVR-7)

Sinusitis

El Pediatra de Atención Primaria y la Sinusitis

Autor:

Grupo de Vías Respiratorias de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap)

Redactores:

Jesús M Pascual Pérez
Maite Callén Blecua

Revisión por pares:

Grupo de Vías Respiratorias: Jose Luis Montón Alvarez (Madrid), Ignacio Carvajal Uruña (Asturias), Juan José Morell Bernabé (Extremadura), Carlos A. Díaz Vázquez (Asturias), Carmen Fernandez Carazo (Andalucía), Luis Bamonde Rodriguez (Galicia), Alfredo Cano Garcinuño (Castilla-León), Pablo Mola Caballero de Rodas (Asturias), Isabel Mora Gandarillas (León), Agueda García Merino (Asturias), Manuel Praena Crespo (Andalucía), Alfonso Lora Espinosa (Andalucía), Pepa Torregrosa Bertet (Cataluña), Luciano Garnelo Suárez (Galicia), Javier E. Blanco González (Madrid), Begoña Domínguez Aurrecoechea (Asturias), Antonio Jimenez Cortés (Andalucía), Jose Antonio Castillo Laita (Aragón), Carlos Pardos Martínez (Aragón), Maite Callen Blecua (País Vasco), Antonio Pons Tubío (Andalucía), Jesus M. Pascual Pérez (Madrid), Isabel Ubeda Sansano (Valencia), Jose Murcia Garcia (Andalucía), Javier Perez Porcuna (Cataluña)

Fecha de publicación:

19 de Octubre del 2006

Cómo citar este protocolo:

Pascual Perez JM, Callen Blecua M y Grupo de Vías Respiratorias. *Protocolo de Sinusitis. El Pediatra de Atención Primaria y la Sinusitis*. Protocolo del GVR (publicación P-GVR-7) [consultado día/mes/año]. Disponible en: www.aepap.org/gvr/protocolos.htm

NOTA

Los conocimientos científicos en que se basa el ejercicio de la medicina son constantemente modificados y ampliados por la investigación. Los textos médicos con frecuencia se ven pronto superados por el desarrollo científico. Los autores y editores de este documento han procurado en todo momento que lo que aquí se publica esté de acuerdo con los más exigentes principios aceptados hoy día para la práctica médica. Sin embargo, siempre cabe la posibilidad de que se hayan producido errores humanos al presentar la información. Además, avances en los conocimientos científicos pueden hacer que esa información se vuelva incorrecta algún tiempo después. Por estos motivos, ni los autores, editores, u otras personas o colectivos implicados en la edición del presente documento pueden garantizar la exactitud de todo el contenido de la obra, ni son responsables de los errores o los resultados que se deriven del uso que otras personas hagan de lo que aquí se publica. Los editores recomiendan vivamente que esta información sea contrastada con otras fuentes consideradas fiables. Especialmente en lo relativo a la dosificación e indicaciones de los fármacos, se aconseja a los lectores que lean la ficha técnica de los medicamentos que usen, para asegurar que la información que se proporciona en este documento es correcta.

Este documento está dirigido a profesionales sanitarios y no a público general.

El pediatra de Atención Primaria y la Sinusitis.

Introducción y justificación.....	4
Etiopatogenia: etiología y microbiología	4
Diagnóstico: Anamnesis, exploraciones complementarias y derivación.....	4
Tratamiento: Evidencias y Uso racional del Medicamento	5
Manejo en Atención Primaria: Flujograma y Conclusiones.....	6
Bibliografía.....	7
Tabla I: Microbiología de la sinusitis aguda.....	7
Figura 1: Manejo de la Rinosinusitis en Atención Primaria.....	10

Introducción y Justificación

La sinusitis se define como la inflamación de la mucosa de los senos paranasales, pero habitualmente implica siempre un grado de afectación de la mucosa nasal (rinosinusitis). Se subdivide en aguda, subaguda o crónica según la duración de los síntomas sea inferior a 30 días, entre 30 y 90 días o superior a 3 meses.

El papel de la infección bacteriana como causa primaria de sinusitis crónica es controvertido, siendo más consecuencia de factores no infecciosos (alérgicos, irritantes, fibrosis quística...), por lo que su manejo queda excluido de este protocolo al precisar de Atención Especializada.

La remisión espontánea es tan alta (70%) que aunque el tratamiento con antibióticos parece ser superior a placebo, su significación clínica es dudosa.

Etiopatogenia: etiología y microbiología

Las infecciones víricas predisponen al desarrollo de la sinusitis bacteriana (80% de los casos), mientras que el componente alérgico es significativo en el 20% restante. La sinusitis bacteriana casi siempre surge como complicación de una de las anteriores.

La microbiología de la sinusitis bacteriana aguda (SBA) es semejante a la de la otitis media aguda, así como sus resistencias (**Tabla 1**).

Diagnóstico: Anamnesis, exploraciones complementarias y derivación

El diagnóstico de la SBA en pediatría es clínico: presencia de síntomas respiratorios altos más persistentes o más severos que los esperables en un catarro no complicado. Existen dos situaciones clínicas que nos hacen sospechar una SBA:

1. Síntomas catarrales leves (rinorrea, tos diurna) que no ha empezado a mejorar tras 10 días (criterio de Persistencia): es la presentación más habitual y debe diferenciarse de los catarros encadenados.
2. Concurrencia de fiebre elevada (≥ 39 °C) y rinorrea mantenidas 3 días (criterio de Gravedad) con afectación del estado general. El dolor de cabeza y facial están presentes sólo en un tercio de los niños y es poco frecuente en los pequeños.

Por tanto, la diferenciación entre rinosinusitis vírica y la sinusitis bacteriana ha de basarse en la duración, pero no en el aspecto del exudado nasal. La presencia de rinorrea prolongada de más de 10 días permite predecir alteraciones radiológicas asociadas a una infección bacteriana (90% en edades entre 2 y 6 años, y 70% en mayores de 6 años).

En general el uso de la radiología simple no está indicado en el manejo de sinusitis en Atención Primaria [Evidencia B]. La presencia de un catarro común sin sinusitis puede provocar alteraciones radiológicas similares, que permanecen hasta dos semanas después de la mejoría clínica. Además no distingue entre una sinusitis bacteriana, viral, o de otras causas.

Las pruebas de imagen deben reservarse a casos de fracaso terapéutico o empeoramiento de síntomas, y no están recomendadas en menores de 6 años. El tratamiento empírico estaría pues justificado sin realizar ninguna prueba previa.

Los cultivos de secreción nasal o exudado faríngeo no tienen correlación con los sinusales. La punción y aspiración directa del seno es el patrón oro diagnóstico, pero sólo está

indicada en contados casos hospitalarios (enfermedad grave con aspecto tóxico, inmunodeficiencias y complicaciones supurativas intracraneales) [A].

Son indicaciones de derivación hospitalaria urgente la afectación severa del estado general (aspecto séptico, cefalea facial intensa), la sospecha de complicaciones (craneales, endocraneales y oculoorbitarias, salvo la celulitis preseptal que puede tratarse inicialmente en Primaria) o tumor (síntomas unilaterales persistentes como epistaxis, obstrucción y rinorrea, siendo la deformidad facial un síntoma tardío) y la existencia de un entorno familiar de riesgo que no garantice cuidados generales, cumplimiento terapéutico y vigilancia eficaz. En rinorrea persistente unilateral siempre se descartará la presencia de un cuerpo extraño nasal.

Se derivará a Especializada en caso de fracaso terapéutico (duración de más de 3 semanas a pesar de tratamiento antibiótico adecuado), recurrencia (3 ó más episodios en un año, con intervalo libre de síntomas de 10 días) o ante la sospecha de anomalía estructural.

Tratamiento: Evidencias y Uso Racional del Medicamento

Los objetivos del tratamiento son aliviar los síntomas y reducir el riesgo de complicaciones y sinusitis crónica. Alrededor de dos tercios de los pacientes con SBA mejoran sólo con placebo, sin recibir antibióticos (aunque éstos son superiores a placebo).

La evidencia disponible sobre la eficacia de los antibióticos en la SBA de los niños se deriva de una revisión Cochrane que incluye solo seis ensayos clínicos aleatorizados (ECAs) de poca población. El beneficio es modesto: tratar durante 10 días reduce la probabilidad de que persista la sinusitis a corto-medio plazo, siendo necesario tratar a 8 niños para obtener una curación adicional (NNT 8, IC 95% 5-29). No se han documentado beneficios a más largo plazo.

Por tanto, el uso de antibióticos inicialmente no está indicado en la mayoría de los casos si no presenta criterios de gravedad o persistencia. Como tratamiento sintomático analgésico y antipirético son efectivos paracetamol e ibuprofeno. Suelen ser necesarios pocos días. [D]

No hay evidencia suficiente para recomendar uno u otro antibiótico; la recomendación se hace según criterios de eficacia en ECAs publicados, efectos adversos, experiencia clínica, patrón de sensibilidad bacteriana local y coste.

Teniendo en cuenta los microorganismos habituales (Tabla 1), la amoxicilina (40–50 mg/Kg/día) es el antibiótico de primera elección. El fracaso terapéutico por resistencia antibiótica se debe en el caso del neumococo (40%) por cepas con susceptibilidad disminuida, mientras que para *Haemophilus influenzae* (20%) y *Moraxella catharralis* (80%) son por producción de betalactamasas. Por todo lo cual si no existe mejoría con el tratamiento inicial se utilizará Amoxicilina-clavulánico (80 mg/Kg/día) como segundo nivel de antibioterapia. No obstante, puede ser usado como primera elección en caso de riesgo alto de resistencia (edad menor de 2 años, toma reciente de antibiótico o zonas de alta prevalencia de neumococo resistente).

Aunque hay pocos estudios, no se han encontrado diferencias entre el tratamiento antibiótico de corta y larga duración, no han encontrado diferencia entre ellos. La mayoría de ensayos se han realizado con 10 días de duración, y una aceptable opción es completar 7 días tras la mejoría evidente [D].

Corticoides intranasales pueden ser beneficioso si se asocian al tratamiento antibiótico en sinusitis crónica y recurrente de etiopatogenia alérgica. [B]

Los Antihistamínicos no deben ser utilizados (dificultan el drenaje de las secreciones). [D]

No hay evidencia que avale el empleo de mucolíticos, ni de antibióticos ni corticoides supuestamente tópicos en forma de aerosol o nebulizador. [D]

Hay controversia sobre la eficacia de Descongestionantes orales o tópicos: quizás pudieran mejorar (al menos inicialmente) el drenaje, pero nunca se deben de usar más de una semana.[D]

Manejo en Atención Primaria: Flujograma y Conclusiones

En base a las pruebas y las conclusiones obtenidas proponemos un esquema de diagnóstico y tratamiento (**Figura 1**) basado en la evidencia, eficacia, seguridad y uso racional de los distintos medicamentos. Las principales conclusiones son:

1. La causa más frecuente es una rinosinusitis vírica precedente (80%)
2. El diagnóstico se hace en base a los síntomas.
3. La radiología en la infancia no está indicada salvo duda diagnóstica, sospecha de complicaciones o episodios recurrentes. En general, el uso de la radiología simple no está indicado en el manejo de la sinusitis en Atención Primaria.
4. La remisión espontánea es muy alta (70%) y la tasa de complicaciones baja.
5. El tratamiento inicialmente será sintomático mediante analgésicos y lavados nasales
6. Existen 2 criterios para el uso de antibióticos: gravedad (conurrencia de fiebre elevada y rinorrea mantenida durante 3 días) y/o persistencia (rinorrea de 10 días).
7. La amoxicilina (40 – 50 mg/Kg/día) es el antibiótico de primera elección, manteniéndose hasta 7 días tras la mejoría franca.
8. Sólo en caso de gravedad con afectación importante del estado general (cefalea intensa), fracaso terapéutico a las 48h o alto riesgo de resistencia a penicilina (antibioterapia en los 30 días previos o edad menor de 2 años) se emplearán antibióticos de segunda línea. Por el perfil de resistencias el más recomendable es la amoxicilina-clavulánico a dosis altas (80 mg/Kg/día).
9. No existen evidencias sobre la eficacia de tratamientos coadyuvantes (antihistamínicos y/o descongestivos), ni del uso de medicaciones supuestamente tópicos mediante aerosol o nebulizaciones (mucolíticos, antibióticos ni corticoides).
10. Es criterios de derivación urgente la sospecha de complicaciones, mientras que el fracaso terapéutico, la recurrencia y la sospecha de anomalía estructural anatómica precisan derivación a Atención Especializada.
11. En los casos persistentes y recurrentes, si la clínica lo sugiere, siempre se realizará estudio alergológico. (*Protocolo de Identificación de la Alergia. El Pediatra de Atención Primaria y la Identificación de la Alergia. Protocolo del GVR*)

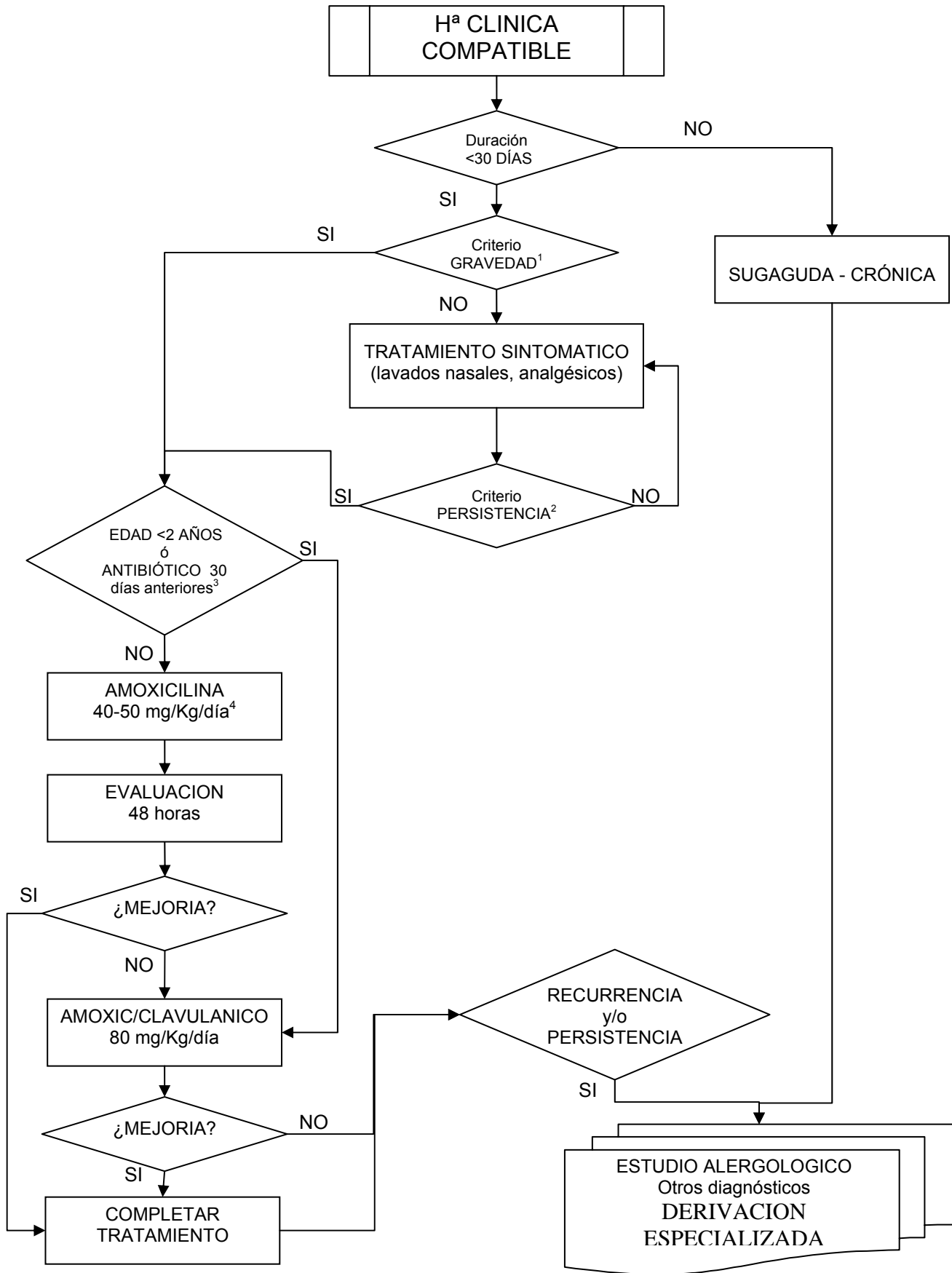
Bibliografía

- Fernández-Cuesta Valcarce MA, Pascual Pérez JM, De Hoyos López MC. Actualización del manejo de faringoamigdalitis, otitis y sinusitis en pediatría. Revista Pediatría de Atención Primaria 2002; 14(VI): 45-59. Disponible en: <http://www.pap.es/num14/pdf/revisiones.pdf>
- Martínez E, Martín AJ, de Mier M, Romero E. Sinusitis. 7/06/2004 Guías Clínicas 2004; 4 (23). Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/PDF/Sinusitis.pdf> [acceso 29/09/2006]
- Morris P, Leach A. Antibióticos para el exudado nasal persistente (rinosinusitis) en niños (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 2, 2006. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com/AbstractsES/ab001094-ES.htm> [acceso 14/05/2006]
- Otorrinología Basada en la Evidencia. [Internet] Disponible en: www.orlevidencia.org [acceso 29/09/2006]
- Prodigy. Clinical Recommendation - Sinusitis. [Internet]. 2006. Disponible en: <http://www.guidance.prodigy.nhs.uk/Sinusitis> [acceso 29/09/2006]

Tabla 1: Microbiología de la Sinusitis Aguda

Situación clínica	Frecuentes	Menos frecuentes
Sin criterios de duración ni gravedad	Rinovirus, adenovirus, virus influenza y parainfluenza	
Criterio de duración (rinorrea ≥ 10 días) y/o gravedad (fiebre $\geq 39^{\circ}$ C con tos diurna ≥ 3 días y/o cefalea intensa con afectación del estado general)	Estéril (30%) <i>Streptococcus pneumoniae</i> (30%) <i>Haemophilus influenzae</i> (20%) <i>Moraxella catharralis</i> (20%)	<i>Streptococcus pyogenes</i> <i>Staphylococcus aureus</i> Gérmenes Gram negativos
Causa dental	Anaerobios	
Subaguda (4 a 12 semanas) y/o crónica (>12 semanas)	Factores no infecciosos	<i>Staphylococcus aureus</i> Anaerobios

Figura 1. Manejo de la Sinusitis Aguda por el Pediatra de Atención Primaria



¹ Fiebre $\geq 39^{\circ}$ C con tos diurna ≥ 3 días y/o cefalea intensa con afectación del estado general

² Rinorrea ≥ 10 días

³ Alto riesgo de neumococo resistente (valorar Amoxicilina sin clavulánico a 80 mg/Kg/día)

⁴ En zonas con alta prevalencia de neumococo resistente valorar Amoxicilina a 80 mg/Kg/día