

HOSPITAL PROVINCIAL UNIVERSITARIO
"ARNALDO MILIÁN CASTRO"
SANTA CLARA, VILLA CLARA

COMUNICACIÓN

RINOSINUSITIS: RELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS CLÍNICOS, HALLAZGOS
ENDOSCÓPICOS NASALES Y ESTUDIO POR IMÁGENES

Por:

MSc. Dra. Mayté Treto Fernández¹, Dr. Osmany Enrique Gámez Díaz² y Dr. Amado Luis Figueroa Álvarez³

1. Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Otorrinolaringología. Máster en Infectología. Hospital Provincial Universitario "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara, Villa Clara. Instructora. UCM-VC. e-mail: maytetf@hamc.vcl.sld.cu.
2. Especialista de I Grado en Otorrinolaringología. Hospital Provincial Universitario "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara, Villa Clara. Instructor. UCM-VC. e-mail: osmaorl2007@yahoo.es
3. Especialista de II Grado en Otorrinolaringología. Hospital Provincial Universitario "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara, Villa Clara. Profesor Auxiliar. UCM-VC. e-mail: amadofig@yahoo.es

Descriptor DeCS:

RINITIS/diagnóstico
SINUSITIS/diagnóstico
ENDOSCOPIA
DIAGNOSTICO POR IMAGEN

Subject headings:

RHINITIS/diagnosis
SINUSITIS/diagnosis
ENDOSCOPY
DIAGNOSTIC IMAGING

Las infecciones del tracto respiratorio superior es una de las enfermedades más comunes de la población en general, y aproximadamente el 10 % de ellas pueden complicarse con sinusitis aguda. Los pacientes con rinosinusitis crónica no tratada pueden padecer graves complicaciones¹. La rinosinusitis se define como una respuesta inflamatoria que compromete las membranas mucosas de la nariz, los senos paranasales, los líquidos que están dentro de estas cavidades o el hueso subyacente².

Ziem de Dantzig fue el primero, que en 1886, demostró que en la inmensa mayoría de las ocasiones el empiema del seno maxilar es una afección latente, que se manifiesta tan solo por un derrame purulento en el meato medio, a nivel del cual existen, a veces, producciones polipoideas³. Actualmente existe consenso en que el término correcto que debe utilizarse es el de rinosinusitis, ya que la inflamación de las cavidades paranasales rara vez es aislada, y frecuentemente se acompaña por una inflamación de la mucosa nasal, lo que ha cambiado la nomenclatura de las afecciones de esta área⁴.

Alrededor del 5% de las infecciones respiratorias altas se complican con sinusitis, y es más común en adultos. Por consiguiente, el número absoluto de personas con signos y síntomas compatibles con sinusitis es alto, por lo que puede decirse que la sinusitis constituye un problema de salud relevante⁵. Los microorganismos más frecuentemente encontrados en los exudados nasosinuales son: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* y *Streptococcus* grupos A o B^{6,7}.

La rinosinusitis produce un alto impacto en la calidad de vida de los pacientes, y ello se observa no solo en los efectos fisiopatológicos, sino también en un gran desgaste emotivo y funcional, solo comparable con otras enfermedades crónicas debilitantes, como la diabetes mellitus o la falla cardíaca congestiva. Es una afección que posee una gran variabilidad en su presentación clínica, debido a múltiples factores causales subyacentes. Si estas manifestaciones son dudosas o escasas, se debe insistir en realizar un correcto diagnóstico, ya que son muchos los síntomas erróneamente catalogados como sinusitis, en especial crónica, sin que exista evidencia de ella. El otorrinolaringólogo, por lo general, es más acucioso en su anamnesis, y cuando sospecha una sinusitis, además de guiarse por las recomendaciones de la Asociación Americana de Otorrinolaringología, solicita frecuentemente un estudio imagenológico y el estudio endoscópico nasal⁸.

Desde épocas remotas, en las ruinas de Pompeya, fueron encontrados indicios que evidenciaron la tentativa de inspección de la vía aérea a través de instrumentos. En 1897, Gustav Killian, conocido como el "Padre de la broncoscopia" divulgó el uso del broncoscopio. A partir de 1912, Chevalier Jackson desarrolló un broncoscopio rígido para la retirada de cuerpos extraños de la vía aérea, y en abril de 1970 el Dr. Shigeto Ikeda presentó su instrumento. Desde entonces, el broncoscopio flexible resultó de gran importancia para el diagnóstico de varias enfermedades de las vías aéreas. En la nasofibroscopia puede comprobarse con precisión el diagnóstico de sinusitis en una gran parte de los pacientes, cuando se comprueba la salida de secreción a través de los ostiums sinusales o cuando se permite la propia observación sinusal. Se realizó un estudio descriptivo longitudinal y prospectivo en el Hospital Provincial Universitario "Arnaldo Milán Castro" de la provincia de Villa Clara, en el período comprendido entre agosto de 2006 y agosto de 2008, para determinar la relación entre el diagnóstico clínico, resultados objetivos del estudio por imágenes de senos paranasales y la nasofibroscopia en pacientes remitidos con diagnóstico de rinosinusitis. Se recibieron 210 pacientes, de los cuales se excluyeron 10 de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión. A todos se les realizó una endoscopia nasal y una tomografía de senos paranasales.

Un 44 % de los pacientes acudió a la consulta por primera vez en un estadio agudo de la enfermedad, un 34 % venían presentando síntomas y signos de entre 4 y 12 semanas; el resto, es decir, un 22 %, tuvo una evolución crónica. En la rinosinusitis aguda un 100 % de los pacientes presentó cefalea, obstrucción nasal y rinorrea. En la rinosinusitis subaguda aparecen, en orden de frecuencia, la cefalea en un 94,2 %, la rinitis en un 85,2 %, la obstrucción nasal y la rinorrea en un 83,8%. En la rinosinusitis crónica, la obstrucción nasal se presentó en el 83,7 %, la cefalea y las perturbaciones del olfato en el 81,3 %.

Las alteraciones encontradas en la nasofibroscopia se relacionan con el tiempo de evolución de la enfermedad; en la rinosinusitis aguda, el 100 % presentó congestión de la mucosa nasal; un 89,8% tuvo secreción por las fosas nasales, hecho frecuente en los casos agudos y desviación septal en un 67,4 %. En los casos subagudos, se encontró la desviación septal en un 86,7 %, lo cual condiciona la aparición de la rinosinusitis; la hipertrofia de cornetes apareció en un 80%, relacionado con la rinosinusitis alérgica, de evolución subaguda o crónica, y la congestión de la mucosa en un 79,4 %.

En la rinosinusitis crónica se observó la hipertrofia de cornetes en el 97,6 %, desviación septal en el 88,3 %, la secreción por las fosas nasales y los pólipos nasales en el 79 %. Al realizar la tomografía de senos paranasales, en vistas coronales y axiales, se encontró en la rinosinusitis aguda edema y engrosamiento de la mucosa nasosinusal en el 100 % de los pacientes, y colección de líquido, pus o sangre en un 89,8 %, propios de la causa infecciosa. En los casos de rinosinusitis subaguda, apareció en un 86,7 % la desviación del septum nasal, y en un 82,3 % la hipertrofia de cornetes, lo que es indicio de afección alérgica. En la rinosinusitis crónica, se presentó la desviación septal en un 86 %, la hipertrofia de cornetes y los pólipos nasales en un 81,3 %.

Existe una relación entre los hallazgos endoscópicos nasales y los síntomas referidos por el paciente; la endoscopia nasal resultó ser un examen muy útil, pues mostró elementos importantes en el diagnóstico de la rinosinusitis, que se comprobaron con la realización de la tomografía axial computadorizada.

En la actualidad, el médico especialista otorrinolaringólogo dispone de estos métodos de diagnóstico objetivos, los que se han convertido en un gran apoyo en el momento del diagnóstico y para decidir el tratamiento correcto⁸.

Referencias bibliográficas

1. Shukla S, Keh SM, Andrews P, Saleh H. Isolated inflammatory sphenoiditis with multiple unilateral cranial nerve palsies. *J Laryngol Otol.* 2007 Feb;121(2):186-8.
2. Kim HY, Dhong HJ, Chung SK, Chung YJ, Kim MG. Clinical characteristics of chronic rhinosinusitis with asthma. *Auris Nasus Larynx.* 2006 Dec;33(4):403-8.
3. Botey R. Patología y terapéutica rinológica especial. En: *Tratado de Otorrinolaringología.* Barcelona: Salvat; 1902. p. 503-21.
4. Vergara N, Paz Salin M, Caro J. Sinusitis: Relación entre signos y síntomas clínicos y hallazgos endoscópicos nasales y en estudio por imágenes. *Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello.* 2005;65:83-91.
5. Lim M, Lew-Gor S, Darby Y, Brookes N, Scadding G, Lund VJ. The relationship between subjective assessment instruments in chronic rhinosinusitis. *Rhinology.* 2007 Jun;45(2):144-7.
6. Bichuetti DB, Yamaoka WY, Bastos JR, Carvalho Dde S. Bilateral SUNCT syndrome associated to chronic maxillary sinus disease. *Arq Neuropsiquiatr.* 2006 Jun;64(2B):504-6.
7. Brook I. Microbiology of intracranial abscesses associated with sinusitis of odontogenic origin. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2006 Dec;115(12):917-20.
8. Chen B, Antunes MB, Claire SE, Palmer JN, Chiu AG, Kennedy DW, et al. Reversal of chronic rhinosinusitis-associated sinonasal ciliary dysfunction. *Am J Rhinol.* 2007 May-Jun;21(3):346-53.

Recibido: 28 de enero de 2009

Aprobado: 8 de abril de 2009