

## **Rinosinusitis aguda bacteriana (SBA)**

**Dra. Liliana María Londoño Gómez  
Pediatra U. De Antioquia**

**Abril 2015**

**Antes se llamaba sinusitis bacteriana aguda, ahora rinosinusitis porque afecta también la mucosa nasal 1**

**Es una complicación de las infecciones virales del tracto respiratorio superior (ITRS).**

**En el 80% de los pacientes es precedida por una infección viral. 5,6 El otro precipitante frecuente es la rinitis alérgica. 5,6**

**Los 3 agentes etiológicos (causantes) mas frecuentes de esta infección son el S. Pneumoniae (30%), H. Influenzae no tipificable (30%), M. Catarrhalis (10%) 1**

**El S. Aureus, aunque muy infrecuente (1% de los pacientes), es la principal causa de complicaciones orbitales e intracraneales. 1**

**El diagnostico en los casos no complicados es solo por historia clínica, por lo que es muy importante consultar con el pediatra. 1, 4**

**Los síntomas frecuentes en niños(as) son tos en 80 % de los pacientes, secreción nasal en 76 % y fiebre en 63 % de los pacientes. 2,9**

**La triada clásica de los adultos: dolor facial, fiebre y cefalea solo se presenta en la adolescencia. 2, 6C**

**No es necesaria ninguna imagen (radiografía, ecografía, tomografía axial computarizada con contraste ni resonancia magnética nuclear) para el diagnostico de SBA no complicada, ya que desde 1940 se ha encontrado iguales hallazgos en niños sanos, en niños con ITRS que los encontrados con SBA, llevando a tratar con antibióticos niños no enfermos, irradiándolos o dándoles sedantes con el fin de que se dejen hacer el examen, aumentado riesgos. 1B fuerte recomendación**

**El principal diagnóstico diferencial es ITRS no complicada. Los otros son primer episodio de rinitis alérgica, poliposis (masas) nasal, cuerpo extraño intranasal y adenoiditis (inflamación de las adenoides) aguda. 1,7, 8, 9**

Hay niños con alto riesgo de tener gérmenes resistentes (que no les sirven los antibióticos comunes) como son: menores de 2 años de edad, asistencia a jardín (guardería), haber estado hospitalizados 5 días antes y haber recibido antibióticos el mes anterior. 1, 2, 3, 5, 6, 17, 18

Se puede prevenir: evitando alérgenos (sustancias que producen alergias), vacunando contra influenza cada año y contra neumococo. 1,3

Tiene 3 sitios donde se localizan las complicaciones: orbitarias, intracraneales y óseas.

Las complicaciones mas frecuentes son las orbitarias y de esta la mas frecuente es la celulitis,. Las complicaciones intracraneanas aunque no son las mas frecuentes si son las mas graves. Además puede llevar a ceguera permanente e incluso a la muerte. 1,3,4,6,12

La muerte se puede dar x tratamiento no adecuado o no oportuno 1

El tratamiento cuando se necesite antibióticos puede durar de 10 a 28 días.1

Si no mejora en 72 horas debe consultar nuevamente con el pediatra. 1,5

Si su hijo(a) se le dix SBA y tiene edema (hinchado) y/o eritema (rojo) palpebral, no puede mover bien los ojos, fotofobia (ardor ocular), proptosis (ojo como salido), cefalea (dolor de cabeza), convulsiones (movimiento anormales), alteración de su conducta, debe consultar inmediatamente a urgencias. 1, 4, 12, 13

#### Bibliografía:

1. Ellen R. Wald, Kimberly E. Applegate, Clay Bordley, David H. Darrow, Mary P. Glode, S. Michael Marcy, Carrie E. Nelson, Richard M. Rosenfeld, Nader Shaikh, Michael J. Smith, Paul V. Williams and Stuart T. Weinberg. **Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of Acute Bacterial Sinusitis in Children Aged 1 to 18 Years.** *Pediatrics*; originally published online June 24, 2013;DOI: 10.1542/peds.2013-1071
2. Chow A, Benninger M, Brook, Brozek E, Goldstein E, Hicks L, Pankey G, Seleznick M, Volturo G, Wald E, y File T. IDSA Clinical Practice Guideline for Acute Bacterial Rhinosinusitis in Children and Adults. *Clinical Infectious Diseases* 2012; 54 (8): e72-112
3. Ferrer E. Sinusitis. *Fundamentos de pediatría*, Tomo V, Ed. 4. 2014
4. Martínez J. Nuñez E. Rinosinusitis bacteriana aguda. Guía esencial de diagnostico y terapéutica en pediatría. Ed. Panamericana. 2011
5. Munera M. Sinusitis aguda en niños. *Enfoques en pediatría*. 2004
6. Galindo M, Caicedo A, García C, López D, Rodríguez M. Sinusitis aguda. *Guías de pediatría basadas e la evidencia*, Ed Panamericana 2003
7. Martínez L, Albañil R; Bru J, Piñeiro P, Baquero F, Alfayate S, Moraga F, Cilleruelo M, Clavo C. Consensus document on tha aetiology, diagnosis and treatment of sinusitis. *Anales de pediatría*. V 79 N 5. 2013
8. Gómez L, Amígdalas adenoides. *Manual de pediatría ambulatoria*. Ed 1, 2007
9. Herendeen N, Szilagy P. Infecciones de vías respiratorias superiores. Nelson. Ed. McGraw\_Hill. Interamericana

10. Brook I, Gober AE. Frequency of recovery of pathogens from the nasopharynx of children with acute maxillary sinusitis before and after the introduction of vaccination with the 7-valent pneumococcal vaccine. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2007;71(4):575–579
11. Shaikh N, Wald ER. Signs and symptoms of acute sinusitis in children. *Pediatr Infect Dis J.* 2013; in press
12. Brook I. Microbiology and antimicrobial treatment of orbital and intracranial complications of sinusitis in children and their management. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2009;73(9):1183–1186
13. Wald ER. Periorbital and orbital infections. *Infect Dis Clin North Am.* 2007;21(2):393–408
14. Liao S, Durand ML, Cunningham MJ. Sinogenic orbital and subperiosteal abscesses: microbiology and methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* incidence. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2010;143(3):392–396
15. Oxford LE, McClay J. Medical and surgical management of subperiosteal orbital abscess secondary to acute sinusitis in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2006;70(11):1853–1861
16. American Academy of Pediatrics, Subcommittee on Management of Sinusitis and Committee on Quality Improvement. Clinical practice guideline: management of sinusitis. *Pediatrics.* 2001;108(3):798–808
17. Casey JR, Adlowitz DG, Pichichero ME. New patterns in the otopathogens causing acute otitis media six to eight years after introduction of pneumococcal conjugate vaccine. *Pediatr Infect Dis J.* 2010;29(4): 304–309
18. Garbutt J, St Geme JW, III, May A, Storch GA, Shackelford PG. Developing community-specific recommendations for first-line treatment of acute otitis media: is high-dose amoxicillin necessary? *Pediatrics.* 2004;114(2):342–347