

TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO DE LA RINOSINUSITIS AGUDA RESISTENCIAS BACTERIANAS

Ramón Ugarte
Pediatra
Centro de Salud Olaguibel
rugarte@gmail.com



Definimos como sinusitis aguda o más adecuadamente como rinosinusitis aguda al proceso infeccioso producido por virus, bacterias u hongos que afecta a los senos paranasales y que no supera las 4 semanas de evolución. No se hace referencia a las rinosinusitis producidas por alergia, irritantes ambientales, cuerpos extraños o vinculadas a enfermedades sistémicas. Las complicaciones de las rinosinusitis bacterianas pueden ser muy graves en forma de celulitis orbital o periorbital, empiema subdural, absceso cerebral y osteítis.

Conviene recordar que los senos maxilares y etmoidales están presentes al nacimiento aunque con un volumen mínimo. Los senos frontales y esfenoidales se neumatizan a partir de los 5-8 años.

La mayoría de las rinosinusitis son de origen vírico y evolucionan favorablemente hacia la curación sin tratamiento específico.

La Academia Americana de Pediatría¹ en su guía de 2013 establece que el diagnóstico de rinosinusitis bacteriana se debería hacer cuando en un proceso catarral se da alguna de estas circunstancias:

- Enfermedad persistente con secreciones nasales de cualquier tipo, tos nocturna o ambas que se prolonga durante más de 10 días sin experimentar mejoría.
- Empeoramiento en su curso clínico o comienzo de nuevo de secreción nasal, tos nocturna o fiebre después de una mejoría inicial.
- Inicio grave con fiebre alta (mayor de 39°C) y secreción purulenta de al menos tres días consecutivos.

La radiografía de senos paranasales no debe solicitarse de manera rutinaria porque no aporta elementos de valor para su terapéutica. Únicamente cuando se sospechan complicaciones de estructuras anatómicas próximas, como celulitis orbitaria, están indicadas pruebas de imagen como tomografía computarizada o resonancia magnética.

El tratamiento de elección es la amoxicilina en las rinosinusitis no complicadas y sin sospecha de resistencias antibióticas. Hay que considerar factores de riesgo adicionales como son la asistencia a guarderías y haber recibido antibioterapia en las 4 semanas previas.

En niños de más de 2 años que no tienen factores de riesgo, que no acuden a guarderías y que no han recibido tratamiento antibiótico en las 4 últimas semanas. La dosis recomendada es de 45mg/kg/día en dos dosis. Si hay resistencias a estreptococo neumonía la dosis será de 80-90 mg/Kg/día.

Tabla 1. Tratamiento de la rinosinusitis bacteriana aguda. AAP.

Edad	Factores de riesgo *	Tratamiento	Pauta mg/kg/día	Dosis
------	----------------------	-------------	-----------------	-------

RINOSINUSITIS NO COMPLICADAS

< 2 años		Amoxicilina-clavulánico	80-90amoxicilina 6,4 clavulánico	2/día
> 2 años	Ausentes	Amoxicilina	45	2/día
> 2 años	Presentes	Amoxicilina	80-90	2/día

RINOSINUSITIS MODERADAS - GRAVES

> 2 años		Amoxicilina-clavulánico	80-90 amoxicilina 6,4 clavulánico	2/día
----------	--	-------------------------	--------------------------------------	-------

*Asistencia a guardería. Tratamiento antibiótico en las 4 semanas previas. Resistencias bacterianas altas a neumococo

La antibioterapia más usada por los pediatras norteamericanos para el tratamiento de la rinosinusitis bacteriana es la amoxicilina a dosis altas, la amoxicilina a dosis estándar, la amoxicilina-clavulánico a dosis altas y en menor frecuencia amoxicilina-clavulánico a dosis estándar. Cefalosporinas de segunda y tercera generación, macrólidos y TMP-SMX apenas se emplean².

La Guía ABE³ preconiza una actitud expectante con analgésicos si la sinusitis es de corta evolución y no se asocian criterios de gravedad.

Situación clínica	Tratamiento ambulatorio	Niños ingresados
Sin criterios de duración ni gravedad	Analgésicos	

Solo criterio de duración o gravedad sin afectación importante del estado general

Amoxicilina VO , 10 días (o hasta 7 días después de la mejoría)

Gravedad con afectación importante del estado general (cefalea intensa, fracaso terapéutico a las 48-72 h o riesgo de resistencia a penicilina)	Amoxicilina/clavulánico VO, 10 días	Amoxicilina/clavulánico IV o cefuroxima IV, 10 días Si foco dental: amoxicilina/clavulánico IV
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------

Amoxicilina VO: 40-50 mg/kg/día, en 3 dosis.

Amoxicilina/clavulánico VO: 80-90 mg/kg/día (de amoxicilina), en 3 dosis (relación amoxicilina/clavulánico de 8/1).

Amoxicilina/clavulánico IV: 100 mg/kg/día (de amoxicilina), en 3-4 dosis

Cefuroxima IV: 100 mg/kg/día, en 3-4 dosis. **Cefuroxima VO:** 15-30 mg/Kg/día, en 2

Un metanálisis sobre la eficacia de los antibióticos en el tratamiento de la rinosinusitis aguda justifica su uso aunque su eficacia no está suficientemente demostrada⁴.

Bibliografía

1. Wald E R et al. Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of Acute Bacterial Sinusitis in Children Aged 1 to 18 Years. *Pediatrics* 2013;132:e262-e280
2. McQuillan L, Crane LA, Kempe A. Diagnosis and Management of Acute Sinusitis by Pediatricians. *Pediatrics* 2009;123:e193
3. Pascual Pérez JM. Rinosinusitis (v.2/2007). Guía_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 21/11/2007; consultado el 20/11/2014]. Disponible en <http://infodoctor.org/gipi/>
4. Cronin MJ, Khan S, Saeed S. The role of antibiotics in the treatment of acute rhinosinusitis in children: a systematic review. *Arch Dis Child* 2013;00:1-5.