

## RINOSINUSITIS AGUDA



Enfermedades de ORL y boca

### INTRODUCCIÓN

La rinosinusitis aguda es un proceso inflamatorio que afecta a la mucosa nasal y a la de uno o más de los senos paranasales, generalmente es autolimitada y dura menos de cuatro semanas. En la mayoría de los casos es una complicación viral de cuadros catarrales. La actitud debe ser expectante en pacientes sin patología ni antecedentes de interés y el tratamiento sintomático. Menos 2% evolucionan a cuadros bacterianos. Habitualmente no es bacteriana cuando hay prurito oculonasal, moco acuoso, estornudo, congestión nasal y goteo retronasal. El diagnóstico de la rinosinusitis aguda bacteriana es clínico, en base de criterios mayores (tos, rinorrea anterior o posterior) y menores (cefalea, otalgia, odinofagia, algia facial, halitosis, edema y fiebre). El diagnóstico es probable cuando hay dos o más criterios mayores o uno mayor y dos o más menores que persisten más de 7 ó 10 días sin aparente mejoría o empeoramiento (rinosinusitis persistente). Los gérmenes implicados son el *Streptococcus pneumoniae* ( $\pm$  40%), *Haemophilus influenzae* ( $\pm$ 20%) y *Moxarella catarrhalis* ( $\pm$  5%), y otros. El 70-80% de los pacientes inmunocompetentes mejoran en dos o tres semanas sin tratamiento antibiótico.

La radiología simple generalmente no está indicada ya que presenta menor sensibilidad y especificidad que la clínica. No permite distinguir entre etiología vírica y bacteriana y las diferencias interobservador son muy grandes.

### SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
RINOSINUSITIS AGUDA	<b>Paracetamol</b>  500-1.000 mg/6-8h vo (máx. 4 g/d) <b>o</b> <b>Ibuprofeno</b>  400-600 mg/8h vo (máx. 2,4 g/d)	
SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Rinosinusitis bacteriana	<b>Amoxicilina</b> 500 mg/8h ó 750-1.000 mg/8-12h vo, 5-7 días. Usar dosis altas (1g/8h) si se sospecha neumococo con baja sensibilidad a amoxicilina (consultar mapas de resistencias locales), valorando las circunstancias del	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
	paciente y la gravedad del proceso.	
Falta de respuesta a las 48-72 h	<b>Amoxicilina/ Ác. Clavulánico</b> 500-875/125 mg/12 h vo, 5-7 días	
Alergia a betalactámicos	<b>Azitromicina</b> 500 mg/24h vo, 3 días	<b>Levofloxacin</b> 500 mg/24h vo, 5-7 días

## MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Ingesta abundante de líquidos, humidificación ambiental. Dormir con la cabeza elevada y evitar el humo del tabaco y el aire demasiado frío o seco. Los lavados nasales con suero salino pueden aliviar los síntomas.

## OBSERVACIONES GENERALES

### A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Tratamiento sintomático: Pacientes con rinosinusitis viral.

Tratamiento antibiótico: se reserva para pacientes con sospecha de sinusitis aguda bacteriana y manifestaciones clínicas graves (temperatura > 38°C, dolor facial grave de 3 o más días de duración, edema, eritema o dolor facial espontáneo o a la presión y ante el empeoramiento progresivo de un cuadro no grave al inicio o si tiene alto riesgo de complicaciones). Valorar comenzar con amoxicilina/ác. clavulánico en pacientes con comorbilidades (diabetes, cardiopatía, nefropatía, inmunosupresión).

### SEGURIDAD

**Ibuprofeno:** La prescripción de los AINE debe realizarse valorando adecuadamente los factores de riesgo cardiovascular y gastrointestinal de cada paciente. (Ver Notas informativas AEMPS 2006/07, [2006/10](#), 2012/15, [2015/04](#)):

- Actualización sobre los riesgos de tipo aterotrombótico de los coxibs y AINE tradicionales ([Ver Nota informativa 2006/10](#)).
- Riesgo cardiovascular de dosis altas de ibuprofeno o dexibuprofeno: recomendaciones de uso ([Ver Nota informativa 2015/04](#))
- Actualización sobre la evaluación de riesgos de los AINE ([Ver Comunicación sobre riesgos de medicamentos para profesionales sanitarios 2006/07](#)).
- Seguridad cardiovascular de los AINE tradicionales: conclusiones de la revisión de los últimos estudios publicados ([Ver MUH \(FV\), 15/2012](#))

**Amoxicilina-ac. clavulánico:** riesgo de hepatotoxicidad (Ver Nota informativa AEMPS [2006/01](#)).

**Azitromicina y levofloxacin:** riesgo de prolongación de intervalo QT. Precaución en pacientes con mayor riesgo y si se administran de forma concomitante con otros medicamentos que también puedan ocasionar prolongación del intervalo QT. <https://www.saludcastillayleon.es/portalmedicamento/es/cim-sacyl/ojo-markov/medicamentos-prolongacion-intervalo-qt>.

**Levofloxacin:**

- Se han notificado casos de reacciones adversas graves de la piel como el síndrome de Stevens-Johnson o necrólisis epidérmica tóxica.
- Al igual que otras fluoroquinolonas sistémicas, levofloxacin puede ocasionar reacciones adversas incapacitantes, de duración prolongada, y potencialmente irreversibles que afectan al sistema nervioso y musculoesquelético. En consecuencia únicamente se utilizarán cuando otros antibióticos recomendados no resulten eficaces o no sean tolerados. (Ver [Nota Informativa 14/2018](#)).
- Las fluoroquinolonas sistémicas pueden aumentar el riesgo de aneurisma y disección aórtica. (Ver [Comunicación dirigida a profesionales sanitarios 10/2018](#)).

#### DERIVACIÓN

Remitir urgente al hospital ante fiebre > 39°C, signos de infección sistémica severa, complicaciones intra o periorbitales, cefalea intensa y signos de meningitis o focalidad neurológica. La remisión a ORL se recomienda en caso de anomalías anatómicas, ausencia de mejoría clínica tras 4-6 semanas de tratamiento correcto, 4 ó más episodios/año de rinosinusitis aguda bacteriana o para evaluar la necesidad de tratamiento quirúrgico.

#### OTROS

La Guía NICE recomienda de primera elección la Fenoximetilpenicilina a dosis de 500 mg/6 horas, 5 días.

Los corticoides nasales son eficaces en el alivio de la sintomatología, pero requieren 2-4 semanas para alcanzar su efecto máximo. No deben usarse a demanda. Los descongestionantes tópicos también pueden ser una alternativa de duración limitada (3-5 días).

No se recomienda la utilización de mucolíticos, descongestivos orales, ni antihistamínicos excepto si coexiste rinitis alérgica.

[Véase «Infecciones respiratorias del tracto superior: Generalidades.»](#)

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Guía antimicrobiana del Área Aljarafe. 3ª edición. 2018. Disponible en: URL: [http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/guiaterapeuticaaljarafe/guiaTerapeuticaAljarafe/guia/guia\\_find\\_hsd.asp](http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/guiaterapeuticaaljarafe/guiaTerapeuticaAljarafe/guia/guia_find_hsd.asp)
2. Manual de Enfermedades Infecciosas en Atención Primaria. 4ª edición. Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas de la SemFYC. Disponible

en: URL: <https://www.semfyc.es/formacion-y-recursos/manual-de-enfermedades-infecciosas-en-atencion-primaria-4a-edicion>

3. National Institute for Health and Care Excellence: Sinusitis (acute): antimicrobial prescribing. Octubre 2017. Disponible en: URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng79/resources/visual-summary-pdf-4656316717>
4. Mensa JM et al. Guía de Terapéutica Antimicrobiana 2019. Disponible en: [https://www.berri.es/libreria\\_medica/GUIA-DE-TERAPEUTICA-ANTIMICROBIANA-2018/Mensa/9788488825247/352302/cod=352302&dir\\_volver=1&cat=LM41&numpages=24](https://www.berri.es/libreria_medica/GUIA-DE-TERAPEUTICA-ANTIMICROBIANA-2018/Mensa/9788488825247/352302/cod=352302&dir_volver=1&cat=LM41&numpages=24)
5. UpToDate. Patel ZM. Uncomplicated acute sinusitis and rhinosinusitis in adults: Treatment. Rev sep 2019.