

TEMA 16 – SINUSITIS, POLIPOSIS NASOSINUSAL

<p>SINUSITIS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proceso inflamatorio/infeccioso de la mucosa de los senos paranasales. • Afectación única o múltiple de los senos (pansinusitis) • Factor etiopatogénico más frecuente relacionado con alteración en orificio drenaje del seno (complejo osteomeatal) • Forma especial en la infancia por el diferente desarrollo cronológico de los senos. • Parasinusitis (pueden afectar a más de un seno) • Seno maxilar es el más frecuentemente afectado • Seno esfenoidal frecuentemente como hallazgo casual en RMN. <p>Factores Etiopatogénicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infecciones vía aérea superior de repetición (“resfriado nasales” “catarros nasales”) • Rinitis alérgica • Cambios hormonales • Iatrogenia • Patología dental / extracciones (odontógena) • Barotrauma sinusal • Inmunodeficiencias (SIDA) • Fibrosis Quística • Asma bronquial y/o intolerancias a AAS • Hipertrofia adenoidea • Alteraciones anatómicas <p>Clasificación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sinusitis aguda <ul style="list-style-type: none"> ◦ Infecciosa (de origen rinógeno) ◦ Odontógena ◦ Barotraumática • Sinusitis crónica 	<p>Diagnóstico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rinoscopia/Endoscopia <ul style="list-style-type: none"> ◦ Hiperemia mucosa ◦ Secreción purulenta en meato medio • RX senos <ul style="list-style-type: none"> ◦ Imagen de ocupación con nivel • TC <ul style="list-style-type: none"> ◦ Ocupación sinusal <p>Tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analgesia • Corticoides • Vasoconstrictores locales (< 1 semana) • Antibioterapia oral <ul style="list-style-type: none"> ◦ Amoxicilina/Clavulánico ◦ Cefuroxima ◦ Quinolonas • Cirugía (CENS) <ul style="list-style-type: none"> ◦ Clínica persistente ◦ Complicaciones <p>Complicaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orbitarias <ul style="list-style-type: none"> ◦ Celulitis/Absceso periorbitario: edema palpebral, dolor ocular, diplopía y fiebre ◦ Absceso subperióstico • Endocraneales <ul style="list-style-type: none"> ◦ Tromboflebitis del seno cavernoso ◦ Absceso rinógeno (epidural, subdural, encefálico) ◦ Meningitis <p>(realizar RM maxilo-facial y cerebral en caso de sospecha de complicación endocraneal)</p>
<p>SINUSITIS AGUDA INFECCIOSA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infección de la mucosa que recubren los senos paranasales • Reparación completa de las lesiones • Posibilidad complicaciones <p>Etiología</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bacteriana: Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, Moraxella catarrhalis • Vírica: mixovirus, adenovirus <p>Clínica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Malestar general y fiebre • Rinorrea espesa (blanquecina amarillenta) <ul style="list-style-type: none"> ◦ Anterior (maxilar/etmoidal) ◦ Posterior (esfenoidal) • Obstrucción nasal • Hiposmia/Anosmia • Sensación de presión a nivel local • Cefalea que se acentúa con la presión en región de proyección del seno afectado. 	<p>SINUSITIS ODONTÓGENA</p> <p>Concepto / Clínica / Tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sinusitis maxilar secundaria: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Fístula bucosinusal 2ª a manipulación dentaria ◦ Secundaria a absceso apical odontógeno (1º - 2º premolar superior) ◦ Secundaria a quiste radicular infectado • Sintomatología sugestiva de sinusitis maxilar (dolor maxilar, rinorrea, obstrucción) asociada a proceso odontológico (± manipulación dentaria) • Clínica y diagnóstico de sinusitis maxilar • Tratamiento <ul style="list-style-type: none"> ◦ Revisión del proceso odontológico ◦ Antibioterapia ◦ Plastia en caso de comunicación bucosinusal persistente
<p>SINUSITIS MAXILAR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor a la presión salida nervio suborbitario (área proyección seno maxilar) • 10% origen odontógeno <p>SINUSITIS ETMOIDAL (ETMOIDITIS)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escasa sintomatología • Dolor suborbitario, interciliar, ángulo interno rojo (punto de Ewing) <p>SINUSITIS FRONTAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor y pesadez frontal que aumenta en bipedestación (postural) <p>SINUSITIS ESFENOIDAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cefalea Retroocular • Frecuentemente hallazgo casual de imagen ocupación en RMN 	<p>SINUSITIS BAROTRAUMÁTICA</p> <p>Concepto / Clínica / Tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asociada a buceo (diferencia de presión entre el medio subacuático y las cavidades sinusales) • Frecuentemente asociada a patología nasosinusal preexistente • Tratamiento habitual de la patología nasosinusal aguda y/o crónica • Evitar la causa en caso de patología recidivante <p>SINUSITIS CRÓNICA</p> <p>Concepto y Etiopatogenia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipertrofia epitelial mucosa secundaria a infección persistente provocada por alteración de la aireación del seno. <p>Clínica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obstrucción nasal y rinorrea persistente (>8 semanas) con frecuentes reagudizaciones (sintomatología sinusal aguda) • Sensación de pesadez

<p>Diagnóstico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clínica sinusal (crónica) • Endoscopia nasal • Pruebas imagen (ocupación) <p>Tratamiento Quirúrgico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía endoscópica nasosinusal (CENS) <ul style="list-style-type: none"> ◦ Aireación permanente de los senos paranasales con ampliación del ostium. <hr/> <p>SINUSITIS FÚNGICA</p> <p>Micosis Nasal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aspergillus • Clínica sinusal • TC: masa densidad partes blandas con calcificaciones (bola fúngica) • Tratamiento: CENS <hr/> <p>RINOSINUSITIS INVASIVA FULMINANTE</p> <p>Mucormicosis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concepto: Infección por hongos saprófitos (mucor, absidia, rhizopus) en pacientes inmunodeprimidos con evolución rápida hacia necrosis facial e invasión endocraneal (alta tasa de mortalidad) • Clínica: rinorrea serosanguinolenta, dolor ocular, edema palpebral, oftalmoplejía (diplopía) • Tratamiento: médico/quirúrgico • Alta tasa de mortalidad 	<p>POLIPOSIS NASOSINUSAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formaciones pediculadas en el interior de fosas y senos constituida por epitelio y edema submucoso • Origen más frecuente en mucosa del etmoides • Afectación bilateral y con posibilidad de recidiva <p>Pólipo Nasal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formación pediculada • Fosas y senos • Epitelio y edema submucoso <p>Etiopatogenia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etiología desconocida • Degeneración edematosa multifocal de la mucosa • Asociaciones frecuentes: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Rinitis intrínseca ◦ Asma ◦ Asma e intolerancia a la aspirina (AINE) (ASA triada / Síndrome de Widal / EREA) (Evitar aspirina, ibuprofeno y otros AINE) <p>Clínica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obstrucción nasal progresiva (frecuentemente bilateral) • Hiposmia / Anosmia • Hiperactividad nasal <p>Diagnóstico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rinoscopia/Endoscopia Masa intranasal de aspecto variable (blanco – amarillo – rojo) • TAC Ocupación nasosinusal por masa densidad partes blandas (estudio extensión) <p>Tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Médico <ul style="list-style-type: none"> - Corticoides tópicos (tratamiento de base) - Corticoides sistémicos (obstrucción importante) - Anticuerpos monoclonales (omalizumab) • Quirúrgico <ul style="list-style-type: none"> - Cirugía endoscópica nasosinusal (CENS) <hr/> <p>PÓLIPO ANTROCOANAL</p> <p>Pólipo de Killian</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etiología desconocida • Origen seno maxilar • Trayecto intranasal hacia coana • Clínica: obstrucción nasal unilateral <u>espiratoria</u> • Exploración/TAC: pólipo unilateral • Biopsia (en caso de pólipo unilateral) • Tratamiento: CENS
---	---