

Rinofaringitis infantiles

V. Couloigner

Las rinofaringitis son infecciones virales de las vías respiratorias superiores. En los niños pequeños, son muy frecuentes (entre 6-8 al año como promedio) debido a la inmadurez del sistema inmunitario entre los 6 meses y los 5 años. Se utiliza el término de enfermedad de adaptación. Estas infecciones carecen de gravedad en sí mismas y sólo requieren un tratamiento sintomático con analgésicos/antipiréticos y lavados nasales con suero salino. En cambio, pueden ser el punto de partida de otras infecciones (otitis, sinusitis, adenitis, conjuntivitis, infecciones broncopulmonares), inducir una deshidratación o convulsiones febriles y desencadenar crisis de asma. Favorecen las complicaciones respiratorias durante las intervenciones bajo anestesia general. Las rinofaringitis de repetición requieren que se busque si es posible un cierto número de factores de riesgo: frecuentación de colectivos infantiles, tabaquismo pasivo, ferropenia, reflujo gastroesofágico, alergia. La adenoidectomía no está justificada en las rinofaringitis aisladas no complicadas.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras Clave: Rinofaringitis; Enfermedad de adaptación; Otitis; Sinusitis; Adenitis; Adenoidectomía

Plan

■ Introducción	1
■ Epidemiología	1
■ Agentes infecciosos responsables	1
■ Cuadro clínico	2
■ Evolución	2
■ Complicaciones infecciosas	2
Sistémicas	2
Locorregionales	2
Asma	2
Rinofaringitis y anestesia general	2
■ Tratamiento	3
Tratamiento sintomático	3
Ausencia de indicación de antibióticos	3
Vigilancia bajo tratamiento sintomático	3
■ Rinofaringitis de repetición	3
Inmadurez fisiológica del sistema inmunitario	3
Elementos clínicos que permiten distinguir las rinofaringitis repetidas banales de una afección más grave	3
Factores que favorecen las rinofaringitis de repetición	3
Prevención de las recidivas	4
■ Conclusión	5

■ Introducción

Las rinofaringitis son infecciones virales que afectan a todas las vías respiratorias infantiles, desde las fosas nasales hasta la laringe. Son frecuentes durante el período de maduración fisiológica del sistema inmunitario, entre los 6 meses y los 4-5 años. Debido a su origen viral, no necesitan antibióticoterapia. Provocan complicaciones infecciosas frecuentes, virales o

bacterianas de vecindad (otitis, sinusitis, laringitis, adenitis), que deben sospecharse cuando aparecen nuevos signos clínicos o si no hay una evolución favorable de la infección en el plazo habitual.

■ Epidemiología

Las rinofaringitis constituyen la primera enfermedad infecciosa y el primer motivo de consulta en pediatría. En Francia, por ejemplo, la incidencia anual de rinofaringitis en niños menores de 7 años se estima en 5 millones [1]. El número medio anual de rinofaringitis en los niños pequeños es de 6-8 [2-4].

■ Agentes infecciosos responsables

Las rinofaringitis agudas no complicadas son de origen viral [5] y puede haber más de 200 virus implicados [6-8]. Los rinovirus son los más frecuentes: son responsables del 30-50% de todas las enfermedades respiratorias [2, 9].

La contagiosidad es grande para todos los virus respiratorios, en especial para los rinovirus, el virus respiratorio sincitial (VRS) y el virus de la gripe. El contagio se realiza por contacto manual con las secreciones contaminadas o bien por vía aérea, debido a la presencia de partículas contaminadas en suspensión en el aire [5].

Pueden producirse reinfecciones por un mismo virus durante toda la vida, aunque su sintomatología se atenúa con la edad y el número de reinfecciones.

El diagnóstico de etiología viral, que no se realiza de forma habitual por su coste, su laboriosidad y su inutilidad, se basa en los cultivos virales, las serologías o la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) [5].

■ Cuadro clínico

La rinofaringitis aguda infantil se suele producir entre los 5 meses y los 8 años. Asocia rinorrea, obstrucción nasal, dolor faríngeo, fiebre, tos y estornudos. Estos signos, sobre todo la fiebre, son inconstantes. El estado general está conservado si no hay complicaciones. La exploración física muestra una inflamación nasal y faríngea difusa, así como rinorrea anterior y/o posterior que puede ser seromucosa o purulenta. Es habitual que haya una ligera congestión timpánica, sin que se deba hablar de otitis media aguda. La existencia de fiebre, incluso elevada, y el carácter purulento de la rinorrea no son sinónimos de infección bacteriana [10-13]. Una rinorrea purulenta unilateral debe hacer que se busque un cuerpo extraño nasal. Si no hay complicaciones, es inútil tomar muestras bacteriológicas de las secreciones nasales y realizar pruebas virológicas.

■ Evolución

Durante las rinofaringitis agudas infantiles, los síntomas suelen alcanzar su máxima expresión tras 2-3 días de evolución y después se atenúan. La curación espontánea se produce en 7-10 días. La fiebre no suele durar más de 4 días [14] y la rinorrea y la tos se prolongan más de 1 semana en menos del 10% de los casos [15].

■ Complicaciones infecciosas

Sistémicas

Se trata sobre todo de las complicaciones de la fiebre, convulsiones hipertérmicas y deshidratación, que siempre deben temerse en los niños de corta edad. Su prevención constituye el aspecto esencial del tratamiento de la rinofaringitis.

Locorregionales

Otitis

Las rinofaringitis conllevan un riesgo de otitis media aguda y de otitis seromucosa, por propagación de la inflamación y/o infección de la rinofaringe al oído medio a través de la trompa de Eustaquio. La otitis media aguda es la complicación más frecuente de las rinofaringitis. Se debe distinguir la otitis purulenta, con tímpano abombado y opaco, que suele requerir una antibioticoterapia, y la otitis congestiva (más frecuente), que es la simple inflamación del oído medio de origen viral, sin pus ni proliferación bacteriana, con un tímpano eritematoso pero no abombado y que conserva la transparencia. La otitis congestiva no requiere antibióticos (v. al respecto las recomendaciones publicadas en 2005 por la Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé [AFSSAPS] y que pueden consultarse en internet).

Sinusitis

Las sinusitis agudas bacterianas se producirían en el 0,5-2% de las rinofaringitis [16]. Se trata de etmoiditis agudas, que suelen aparecer en niños de corta edad y que se traducen por un edema bipalpebral unilateral que comienza en el ángulo medial del ojo en un contexto infeccioso, así como de sinusitis maxilares. Estas últimas sólo se observan a partir de los 5 años de edad y se manifiestan por fiebre, dolor local y ocupación sinusal o con un nivel hidroaéreo en la radiografía. Antes de los 5 años de edad, los senos maxilares tienen una gran abertura a la fosa nasal, de modo que:

- no puede haber una infección purulenta por retención en la cavidad sinusal;
- cualquier inflamación nasal se propaga a los senos maxilares, lo que produce opacidades sinusales bilaterales con engrosamiento mucoso (opacidades en «marco»). Estas inflamaciones

no deben tomarse por sinusitis maxilares bacterianas y no requieren antibioticoterapia.

Infecciones broncopulmonares

Una rinofaringitis puede complicarse con una neumopatía. Varios virus respiratorios, como los virus de la gripe, parainfluenza y el VRS, pueden infectar a la vez las vías respiratorias superiores e inferiores. Un estudio reciente basado en hibridaciones in situ realizadas en biopsias bronquiales ha demostrado que el rinovirus también era capaz de replicarse en las vías respiratorias bajas [17]. Algunos estudios sugieren que las afectaciones pulmonares mixtas virales y bacterianas son frecuentes, sobre todo en los niños [18, 19].

Conjuntivitis

Las conjuntivitis purulentas del lactante, que en la mayoría de los casos son de origen bacteriano, pueden ser una complicación de las rinofaringitis. Los microorganismos implicados (*Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, etc.) son comensales habituales de la rinofaringe [20]. El tratamiento es local y la antibioticoterapia por vía sistémica no está indicada. La presencia de una conjuntivitis debe hacer que se busque una otitis media aguda (síndrome otitis-conjuntivitis).

Adenitis

Las rinofaringitis pueden provocar adenitis laterocervicales o perifaríngeas.

Las adenitis laterocervicales pueden ser de origen viral (a menudo múltiples, bilaterales e inferiores a 15 mm) y en tal caso no requieren ningún tratamiento específico. En ocasiones son bacterianas, unilaterales, persistentes, voluminosas y requieren una antibioticoterapia e incluso punción o drenaje.

Las adenitis perifaríngeas son bacterianas y suelen observarse antes de los 6 años de edad. Se traducen por fiebre, dolor faríngeo, rigidez cervical, tumefacción endofaríngea visible con el depresor lingual. Esta tumefacción se localiza en la pared faríngea posterior (adenitis retrofaríngeas) o bien en la pared faríngea lateral, por detrás de la amígdala, con un empastamiento laterocervical palpable a su nivel (adenitis retroestíleas). El tratamiento requiere hospitalización, antibioticoterapia y, en ocasiones, punción o drenaje quirúrgico.

La presencia de nódulos inflamatorios en contacto con los músculos prevertebrales en un contexto de rinofaringitis puede causar un cuadro de tortícolis febril, denominado síndrome de Grisel. Al contrario que en las adenitis perifaríngeas, no hay tumefacción endofaríngea. La tomografía computarizada (TC) cervical permite establecer el diagnóstico en caso de duda. Los antibióticos carecen de utilidad.

Asma

El papel central de las infecciones por rinovirus en el desencadenamiento de las crisis de asma infantil está bien documentado [21, 22].

Rinofaringitis y anestesia general

La rinofaringitis aumenta el riesgo de broncoespasmo, laringoespasmo e hipoxemia durante una intervención bajo anestesia general. Por otra parte, la hipertonía vagal que se asocia en ocasiones a la infección conlleva un riesgo de bradiarritmia e incluso de parada cardíaca. El riesgo de efectos secundarios respiratorios se multiplica por 2-7 en los niños con rinofaringitis e incluso por 11 en caso de intubación traqueal [23]. Este riesgo persiste hasta 6 semanas después de la infección [23]. Se aconseja diferir la cirugía al menos 15 días en caso de rinofaringitis asociada a una alteración del estado general (fiebre elevada, astenia), de sibilancias en la auscultación pulmonar o de necesidad de una intubación traqueal en los niños menores de 1 año [23]. Las rinofaringitis moderadas sin asma ni necesidad de intubación no deben hacer que se retrase un procedimiento quirúrgico menor [23].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3465631>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3465631>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)