

11236

4



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

HALLAZGOS CLINICO-RADIOLOGICOS  
DEL PACIENTE CON RINOSINUSITIS  
CRÓNICA. SERVICIO DE  
OTORRINOLARINGOLOGIA HE CMN SXXI

**TESIS DE POSTGRADO**

QUE PARA OBTENER EL TITULO EN

**OTORRINOLARINGOLOGÍA**

P R E S E N T A :

**DRA. MAURA MARGARITA ASCENCIO VALDEZ**

**ASESOR DE TESIS**

**DR. ALEJANDRO MARTIN VARGAS AGUAYO**



**IMSS**

México D.F.

FEBRERO 2003



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Doctor

**JOSÉ HALABE CHEREM**

JEFE DE LA DIVISION DE EDUCACIÓN E  
INVESTIGACIÓN MÉDICA  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

Doctor

**ALEJANDRO MARTIN VARGAS AGUAYO**

ASESOR

PROFESOR TITULAR

JEFE DEL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

DELEGACION 3 SUROESTE D.F.  
C.M.N. SIGLO XXI  
IMSS HOSP. DE ESPECIALIDADES

**RECIBIDO**  
08 OCT 2002

DIV. EDUCACION E INVESTIG. MEDICA

**HALLAZGOS CLINICO-RADIOLOGICOS DEL  
PACIENTE CON RINOSINUSITIS CRONICA  
SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO  
MEDICO NACIONAL  
SIGLO XXI**

## INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
OBJETIVO	10
MATERIAL Y METODOS	11
RESULTADOS	12
ANEXOS	20
DISCUSION	22
CONCLUSIONES	25

## **AGRADECIMIENTOS**

**A DIOS** por haberme dado la vida y con ello la oportunidad de finalizar una meta más en mi vida

**A MI MADRE** por haberme impulsado a continuar siempre adelante a pesar de las adversidades, por apoyarme en todo momento y estar conmigo siempre

**A MI HERMANO** ya que ha compartido conmigo momentos agradables y momentos difíciles

A **ANTONIO** por su apoyo emocional en los momentos decisivos de mi vida

**A MIS PACIENTES** porque sin ellos mi formación como especialista no hubiera sido posible

**A MIS MAESTROS** en especial no solo por su calidad como profesionistas sino por su gran calidad humana

## RESUMEN

La rinosinusitis crónica definida como la presencia de signos y síntomas sinusales persistentes durante más de 8 semanas y que no ceden con terapia médica presentando cambios irreversibles en la mucosa, es una entidad muy frecuente en nuestro medio.

Generalmente la rinosinusitis crónica es secundaria a infección de vías aéreas superiores ya que existe alteración de la función mucociliar de transporte, sin embargo existen diversos factores sistémicos predisponentes

Los síntomas que se presentan en esta entidad se clasifican en criterios mayores que incluyen congestión, obstrucción nasal, descarga nasal, cefalea, dolor facial a la presión y alteraciones olfatorias en tanto se consideran criterios menores fiebre y halitosis.

Para realizar el diagnóstico de rinosinusitis crónica además de los criterios clínicos se realiza examen físico, siendo de primordial importancia la endoscopia nasal. Siempre es importante corroborar el diagnóstico con tomografía computada de senos paranasales, la cual no solo nos permite evaluar los cambios en la mucosa si no conocer la existencia de variantes anatómicas concomitantes y valorar zonas de difícil acceso endoscópico

Además de que el estudio tomográfico es considerado como el estándar de oro en la evaluación de la rinosinusitis crónica es de gran valor en el manejo quirúrgico de la misma

## INTRODUCCIÓN

Kennedy et al.<sup>1</sup> definen a la sinusitis crónica como la presencia de signos y síntomas sinusales persistentes durante más de 8 semanas y que no ceden con terapia médica presentando cambios irreversibles en la mucosa, en tanto que la sinusitis aguda recurrente es definida como la infección aguda de los senos paranasales en episodios repetidos que cede con manejo médico y que no presenta cambios irreversibles en la mucosa, para fines de estadificación ambas se comprenden dentro del espectro de la sinusitis crónica.

La enfermedad sinusal crónica es una de las patologías con mayor prevalencia en los Estados Unidos y afecta cerca de 30 millones de norteamericanos en quien se afecta su calidad de vida<sup>2</sup> En la población del Instituto Mexicano del Seguro Social la prevalencia de esta patología es de 91 en 100,000 habitantes<sup>3</sup> presentándose 1339 casos en los últimos 2 años en nuestro servicio, de los cuales 208 fueron de primera vez<sup>4</sup>

La presentación clínica de la sinusitis crónica incluye síntomas como son obstrucción nasal, rinorrea anterior y posterior purulenta, cefalea, dolor facial, o plenitud facial, alteraciones olfatorias, halitosis, fiebre, tos, irritabilidad<sup>1</sup> Estos síntomas se clasifican en criterios mayores (congestión, obstrucción y descarga nasal, cefalea, dolor facial a la presión y alteraciones olfatorias) y menores (fiebre y halitosis) llegando a establecer el diagnóstico clínico con dos criterios mayores o un criterio mayor y dos menores.<sup>3</sup>

Generalmente la rinosinusitis crónica es secundaria a infección de vías aéreas superiores ya que existe alteración en la función mucociliar de transporte, sin embargo existen diversos factores sistémicos predisponentes como son barotrauma, trauma facial, obstrucción mecánica ( desviación septal, variantes anatómicas, tumores benignos o malignos, cuerpos extraños), discinesia ciliar, síndrome de cilio inmóvil, patología sistémica (inmunosupresión, desnutrición, inmunodeficiencias adquiridas o congénitas)<sup>5,6</sup>

Aunque el dolor facial es uno de los síntomas más comunes asociados a sinusitis aguda ocasionalmente se encuentra relacionado con sinusitis crónica y debe realizarse un diagnóstico

diferencial con algunas condiciones neurológicas, vasculares, músculo esqueléticas, dentales y oculares.

Generalmente el dolor relacionado con patología sinusal es descrito por los pacientes como sensación de presión, o dolor sordo periorbital usualmente irradiado a los oídos, de mayor intensidad en la mañana, disminuye con el transcurso de las horas, siempre asociado a obstrucción nasal, no asociado a náuseas o problemas visuales y que no necesariamente cede con la administración de antihistamínicos o descongestionantes en combinación con analgésicos, no encontrando relación entre la severidad del dolor y la extensión o localización de la enfermedad de la mucosa<sup>7</sup>

Otro síntoma primordial a evaluar en el paciente con sinusitis crónica es la obstrucción nasal, en este punto es importante señalar que la obstrucción nasal puede estar ocasionada por congestión nasal por acción del tejido cavernoso a nivel de los cornetes destacando así la importancia que tiene realizar un diagnóstico diferencial con patologías que pueden ocasionar congestión nasal.<sup>8</sup>

La hiposmia de tipo conductivo que se presenta como síntoma de patología sinusal en un 25-30 % de los pacientes representa generalmente un problema difícil de evaluar y que frustra tanto al médico como al paciente. Se han utilizado esteroides tópicos y sistémicos para el tratamiento de la misma, basados en su efecto anti-inflamatorio y de reducción del edema de la mucosa, encontrando que no son la solución para el tratamiento a largo plazo.<sup>9</sup>

Los síntomas generales como fiebre y malestar general son predominantemente manifestaciones de la sinusitis aguda,<sup>6</sup> sin embargo la calidad de vida del paciente se ve afectada ya que presenta sueño ligero y ronquido nocturno, con consecuente somnolencia durante el día.<sup>8</sup>

En la actualidad es importante destacar que los problemas sinusales son cada vez más frecuentes, el 10 al 67 % en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), los cuales tendrán una presentación clínica más agresiva que los pacientes sanos, ya que la función mucociliar se encuentra previamente afectada por su patología de fondo.<sup>10</sup>

Para complementar el diagnóstico de rinosinusitis crónica se realiza examen físico mediante rinoscopia anterior y endoscopia nasal, apoyados en exámenes de gabinete como tomografía computada considerada por la mayor parte de los autores como el estándar de oro <sup>3</sup> para valorar la extensión de la patología, se deben valorar también algunos parámetros de laboratorio para descartar patología concomitante.

El cirujano debe tener claro que la existencia de un drenaje adecuado del complejo ostiomeatal es necesaria para evitar la retención de secreciones y por ende el proceso inflamatorio a nivel de los senos paranasales, es así que la tomografía computada en cortes coronales ofrece un plano óptimo para la evaluación de los mismos y su patología ya que podemos observar el complejo ostiomeatal y su relación con el cerebro, el techo del seno etmoidal y la órbita, recomendando los cortes axiales como complemento en pacientes con patología sinusal severa que abarca etmoides posterior y esfenoides. Además permite evaluar los cambios en la mucosa de los senos paranasales y sobre todo en zonas de difícil acceso endoscópico como son el receso frontal, infundíbulo etmoidal, celdillas etmoidales y esfenoides <sup>11</sup>

Stewart et al <sup>12</sup> llevaron a cabo un estudio para determinar si la severidad de los hallazgos tomográficos predicen el éxito del manejo quirúrgico en pacientes con sinusitis crónica, llegando a la conclusión de que los pacientes con mayor sintomatología asociada a hallazgos tomográficos compatibles con rinosinusitis crónica presentaban mayor mejoría en el post-quirúrgico que los pacientes con un nivel menor de severidad

Existe aún controversia en cuanto al tratamiento médico de la rinosinusitis crónica, en este rubro Kaliner<sup>13</sup> sostiene que los pacientes con patología sinusal recurrente requieren de un manejo más agresivo y una educación para que acaten el tratamiento, iniciando con un manejo empírico y proponiendo un algoritmo de manejo que incluye antimicrobianos, anti-inflamatorios y tratamiento de soporte (irrigaciones nasales, descongestionantes tópicos y adecuada hidratación)

Kennedy <sup>5</sup> por su parte sugiere agregar antihistamínicos a los pacientes con diagnóstico de alergia concomitante, entre tanto Jiang defiende la toma de cultivos pre y post tratamiento <sup>14</sup>

Kennedy et al <sup>15</sup> realizaron un estudio para correlacionar los hallazgos endoscópicos y radiológicos en pacientes con sinusitis crónica, encontrando que no siempre hay correlación con los síntomas, sin embargo sugiere que el examen endoscópico post-operatorio es de valor pronóstico en la presentación de episodios futuros de sinusitis.

Acquadro,<sup>16</sup> en su análisis sobre dolor y cirugía endoscópica para sinusitis refiere que si el paciente no responde a manejo médico, persistiendo con la sintomatología por más de 6 meses y los hallazgos endoscópicos indican obstrucción del complejo ostiomeatal, agregándose hallazgos tomográficos compatibles con patología sinusal debe considerarse como candidato a manejo quirúrgico,<sup>17</sup> concluyendo que a pesar del manejo quirúrgico el 12 % de los pacientes tenían dolor el cual no podía ser completamente explicado por patologías sinusales y deberían ser manejados por otros especialistas ya que el problema sinusal se encontraba resuelto

Sin embargo cuando la cefalea ó presión se encuentran ocasionadas por puntos de presión a nivel nasal la cirugía de

senos paranasales ha demostrado reducir su intensidad y frecuencia en un 91 % y 85 % respectivamente.<sup>18</sup>

La cirugía endoscópica de revisión se encuentra indicada en aquellos pacientes que permanecen sintomáticos después de la cirugía primaria, ya que se ha reportado de un 2 % hasta un 24 % de falla en esta, lo cual puede estar dado por diversas causas siendo las más comunes la presencia de celdillas residuales y la estenosis del ostium del seno maxilar.<sup>19</sup>

## **OBJETIVO**

Mostrar los hallazgos clínicos, endoscópicos y tomográficos en pacientes tratados en el servicio de Otorrinolaringología del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS

## **MATERIAL Y METODOS**

Se realizó un estudio de serie de casos, descriptivo, observacional y transversal, en el cual se revisaron los expedientes, estudios tomográficos y endoscopias nasales de 31 pacientes con diagnóstico de Rinosinusitis Crónica, del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional SXXI en el período comprendido de Enero a Julio del 2002, llevando a cabo la recolección de datos en una hoja diseñada con este fin (anexo 1)

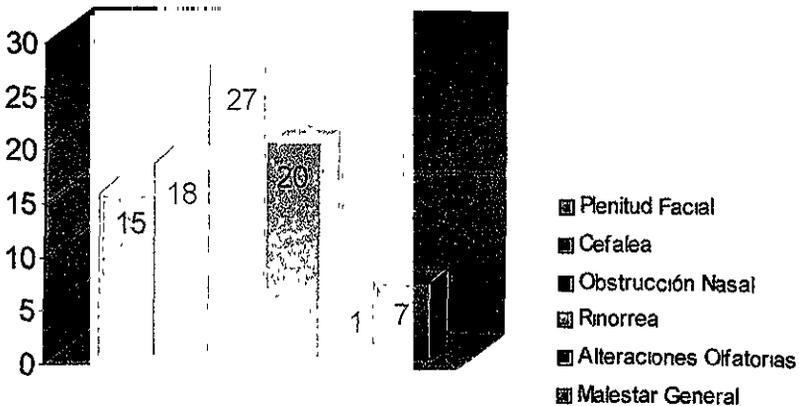
Posteriormente se realizó una descripción de los hallazgos clínicos, endoscópicos y tomográficos, llevándose a cabo un reporte de resultados (anexo 2) calculando el porcentaje de los mismos

## RESULTADOS

Se revisaron los expedientes, tomografías computadas y endoscopias nasales de 31 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión encontrando que la sintomatología más común en nuestros pacientes en orden de importancia y severidad fue cefalea en 18 pacientes (58 %), rinorrea en 20 pacientes (64.5 %), obstrucción nasal en 27 pacientes (87 %), plenitud facial solo en 15 pacientes (48.3 %)

GRAFICA 1

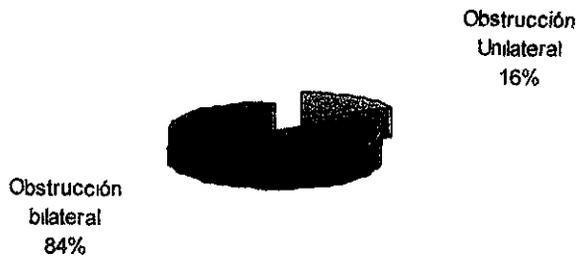
### FRECUENCIA DE LA SINTOMATOLOGIA



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Los síntomas menos referidos fueron hiposmia en 2 pacientes (6.4 %), y malestar general en 7 (22.5 %), con lo anterior corroboramos que tanto la rinorrea, la obstrucción nasal y la cefalea son síntomas cardinales en el diagnóstico del paciente con Rinosinusitis Crónica. (gráfica 1)

### HALLAZGOS TOMOGRAFICOS I COMPLEJO OSTIOMEATAL

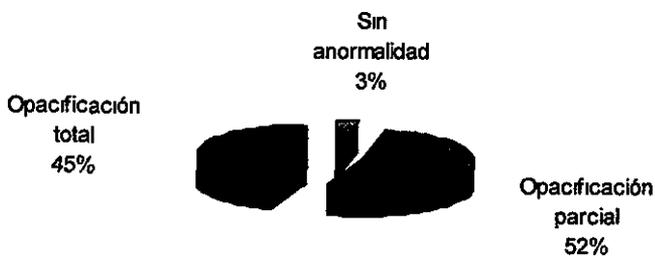


Los estudios tomográficos por su parte mostraron obstrucción del complejo ostiomeatal en forma bilateral en 26 pacientes que corresponde al 84 % y unilateral en 5 pacientes 16 %. Opacificación parcial del seno maxilar en 16 pacientes (52 %), opacificación total en 14 (45 %) y sin anomalías en un paciente (3 %), sin embargo cabe mencionar que este último paciente a pesar de no presentar ocupación de los senos

maxilares se encuentra dentro de los 26 pacientes con obstrucción bilateral del complejo ostiomeatal. (gráficas 2, 3)

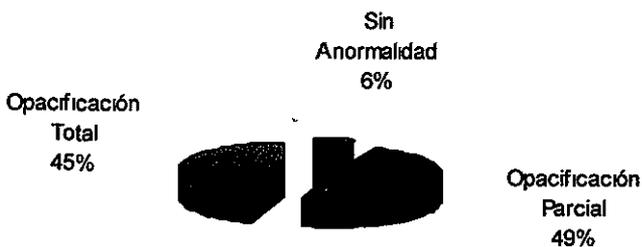
**GRAFICA 3**

**HALLAZGOS TOMOGRAFICOS  
II SENO MAXILAR**



**GRAFICA 4**

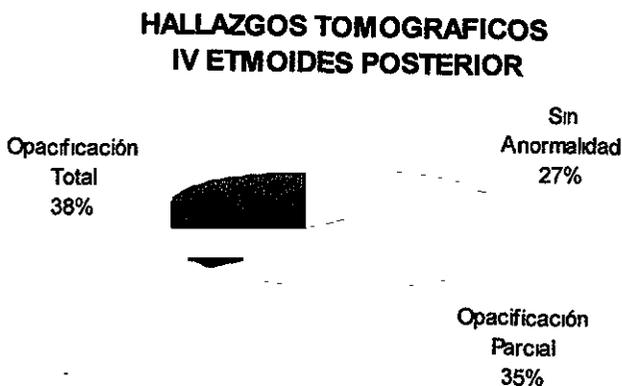
**HALLAZGOS TOMOGRAFICOS  
III ETMOIDES ANTERIOR**



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

El etmoides anterior se encontró con opacificación parcial en 15 estudios (49 %), opacificación total en 14 (45 %) y sin anormalidades en 2 estudios (6 %) En etmoides posterior se arrojaron los siguientes datos: opacificación parcial en 13 (42 %), opacificación total en 8 pacientes (26 %) y sin anormalidades en 10 pacientes (32 %) (gráficas 4,5)

**GRAFICA 5**

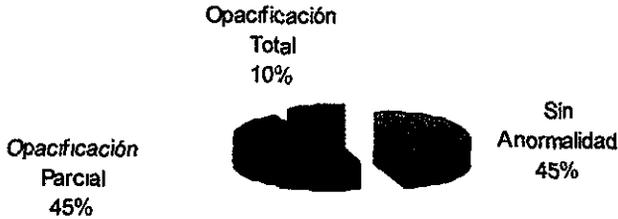


El seno esfenoidal mostró opacificación parcial en 14 pacientes (45 %), total en 3 pacientes (10 %) y sin anormalidades en 14 pacientes (45 %) (gráfica 6)

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## GRAFICA 6

### HALLAZGOS TOMOGRAFICOS V ESFENOIDES



El seno frontal fue el menos afectado observándose opacificación parcial solo en 7 pacientes (23 %), opacificación total en 6 (19 %) y sin anomalías en 18 pacientes (58 %) (gráfica 7)

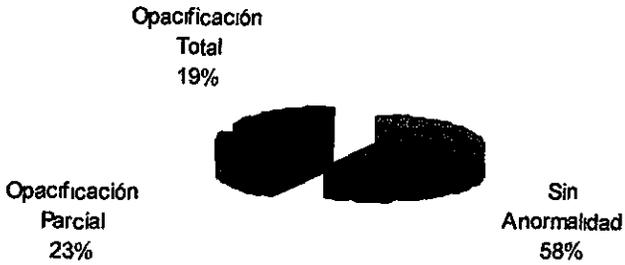
En cuanto a la exploración endoscópica los resultados muestran rinoarrea mucohialina (clara y delgada) en 12 pacientes (39 %), mucopurulenta (gruesa y purulenta) en 17 pacientes (55 %) y 2 pacientes sin rinoarrea (6 %) (gráfica 8)

El edema fue un signo moderadamente constante presentándose edema severo en 23 pacientes (74 %) y sin edema en 8 pacientes (26 %) (gráfica 9)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

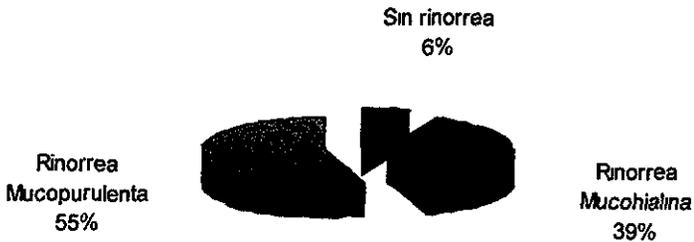
**GRAFICA 7**

**HALLAZGOS TOMOGRAFICOS  
VI FRONTAL**



**GRAFICA 8**

**HALLAZGOS ENDOSCOPICOS  
I RINORREA**

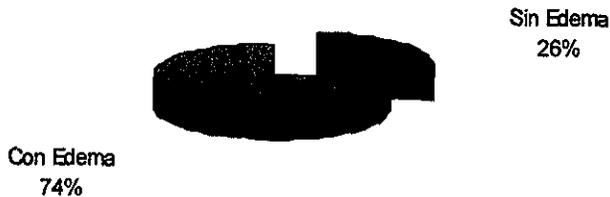


TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Los pólipos fueron el hallazgo endoscópico menos frecuente estando ausentes en 18 pacientes (58 %), con presencia de pólipos a nivel del meato medio en 8 pacientes (26 %), y alrededor del meato medio en 5 pacientes (16 %) (gráfica 10)

### GRAFICA 9

#### HALLAZGOS ENDOSCOPICOS II EDEMA



Se encontraron variantes anatómicas que pueden predisponer a sinusitis crónica como son concha bulosa en 9 pacientes de los cuales en 7 fue unilateral (22 %) y en 2 bilateral (6 %), desviación septal en 10 pacientes (32 %), neumatización de la apófisis unciforme ó bula unciforme en un paciente (3 %), cornete paradójico en 3 pacientes (10 %) (gráfica 11)

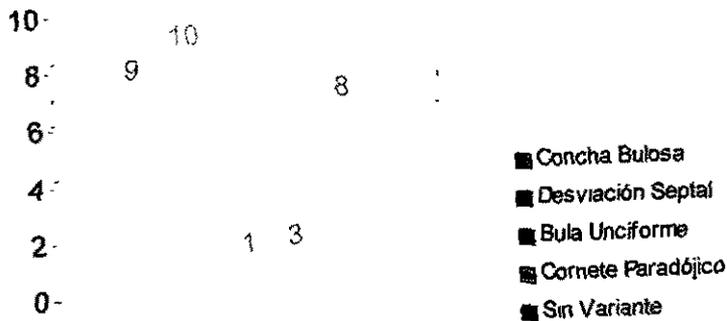
**GRAFICA 10**

**HALLAZGOS ENDOSCOPICOS  
III POLIPOS**



**GRAFICA 11**

**VARIANTES ANATOMICAS**



**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## HOJA DE REGISTRO

Nombre

Edad

Sexo

ESTADIO RADIOLOGICO		
Sistema sinusal	Izquierdo	Derecho
Maxilar (0,1,2)		
Etmoides anterior (0,1,2)		
Etmoides posterior (0,1,2)		
Esfenoides (0,1,2)		
Frontal (0,1,2)		
Complejo ostiomeatal *(0,2)		

0=sin anomalidades 1=opacificacion parcial 2=opacificacion total

\*0=no ocluido 2=ocluido

PUNTUACION DE LA SINTOMATOLOGIA	
Sintomas (puntos por metodo visual analogo)	Inicial
Plenitud facial	
Cefalea	
Obstruccion nasal o congestion	
Descarga nasal	
Olfación	
Malestar general	

0=sin sintomatología 0-10=grado de severidad de la sintomatología

0-3=leve 4-7=moderado 8-

10=severo

PUNTUACION DE LA APARIENCIA ENDOSCOPICA		
Caracteristicas	Izquierdo	Derecho
Polipos (0,1,2)		
Edema (0,1,2)		
Rinorrea (0,1,2)		

Polipos 0=ausentes 1=en meato medio 2=alrededor de meato medio

Edema 0=ausente 1=medio 2=severo

Rinorrea 0=sin rinorrea 1=clara y delgada 2=gruesa y purulenta

HOJA DE REGISTRO DE RESULTADOS

Paciente	COM		Maxilar			Etmoides anterior			Etmoides posterior			Esfenoides			Frontal			Rinorea			Edema			Pólipos			Variantes anatómicas		
	U	B	T	P	S	T	P	S	T	P	S	T	P	S	T	P	S	T	P	S	L	M	S	MM	AM	S	U	V	A
1	X		X	X		X			X			X			X						X				X			X	
2	X		X	X		X			X			X			X						X				X			X	
3	X		X	X		X			X			X			X						X				X			X	
4	X		X	X		X			X			X			X						X				X			X	
5	X		X	X		X			X			X			X						X				X			X	
6	X		X	X		X			X			X			X						X				X			X	
7	X		X	X		X			X			X			X						X				X			X	
8	X		X	X		X			X			X			X						X				X			X	
9	X		X	X		X			X			X			X						X				X			X	
10	X		X	X		X			X			X			X						X				X			X	
11	X		X	X		X			X			X			X						X				X			X	
12	X		X	X		X			X			X			X						X				X			X	
13	X		X	X		X			X			X			X						X				X			X	
14	X		X	X		X			X			X			X						X				X			X	
15	X		X	X		X			X			X			X						X				X			X	
16	X		X	X		X			X			X			X						X				X			X	
17	X		X	X		X			X			X			X						X				X			X	
18	X		X	X		X			X			X			X						X				X			X	
19	X		X	X		X			X			X			X						X				X			X	
20	X		X	X		X			X			X			X						X				X			X	
21	X		X	X		X			X			X			X						X				X			X	
22	X		X	X		X			X			X			X						X				X			X	
23	X		X	X		X			X			X			X						X				X			X	
24	X		X	X		X			X			X			X						X				X			X	
25	X		X	X		X			X			X			X						X				X			X	
26	X		X	X		X			X			X			X						X				X			X	
27	X		X	X		X			X			X			X						X				X			X	
28	X		X	X		X			X			X			X						X				X			X	
29	X		X	X		X			X			X			X						X				X			X	
30	X		X	X		X			X			X			X						X				X			X	
31	X		X	X		X			X			X			X						X				X			X	

## DISCUSIÓN

La incidencia de Rinosinusitis Crónica en nuestro medio es baja ya que el diagnóstico de la misma se encuentra subvalorado y como afirma Kennedy se debe educar a nuestros médicos para que realicen un diagnóstico oportuno ya que en un gran porcentaje esta patología es secundaria a infección de vías aéreas superiores con manejo médico inadecuado

Los criterios para llegar al diagnóstico de sinusitis crónica que han sido utilizados a través de los años se encuentran descritos en varios textos y artículos entre otros el de Valerie J. Lund, y en la actualidad siguen siendo vigentes, esto lo corroboramos con los hallazgos encontrados en nuestro estudio ya que la sintomatología predominante corresponde a los criterios mayores y la sintomatología menos frecuente a los criterios menores.

Dentro de los hallazgos tomográficos cabe mencionar que el más constante fue la obstrucción del complejo ostiomeatal, encontrándose en un 84 %; constante que es de gran importancia ya que debido al sistema de transporte mucociliar de los senos

paranasales esquematizado por Kennedy en su revisión del manejo médico de la sinusitis de 1995, la obstrucción constante de este complejo es causante de la cronicidad de la Rinosinusitis.

Así mismo al encontrar que la incidencia de Sinusitis en nuestros pacientes es mayor a nivel de senos maxilares 97 % (45 % con opacificación total y 49 % con opacificación parcial) coincidimos con la literatura ya que la mayor incidencia de sinusitis se presenta a nivel de los senos dependientes del meato medio.

Los hallazgos endoscópicos ampliamente descritos en la literatura y encontrados en nuestros pacientes (rinorrea mucohialina en un 39 %, mucopurulenta en un 55 %, edema en un 74 %, pólipos a nivel del meato medio en 26 % y alrededor de meato medio en 16 %) son una prueba fehaciente de la importancia actual de los beneficios que nos ofrece este método diagnóstico.

Es importante señalar que algunas variantes anatómicas como son concha bulosa encontrada en 7 pacientes (22 %) en forma unilateral y en 2 pacientes (6 %) en forma bilateral, desviación septal en 10 pacientes (32 %), neumatización de la apófisis unciforme en un paciente (3 %) y cornete paradójico en 3

pacientes (10 %), son factores predisponentes para la presentación de la Rinosinusitis Crónica

Kennedy anteriormente había puntualizado que no siempre los hallazgos clínicos y endoscópicos se encuentran relacionados con los hallazgos tomográficos, en nuestro medio encontramos que en 10 pacientes (32 %) se encontró poca sintomatología con hallazgos tomográficos moderados, y 20 pacientes (68 %) se encontraron moderadamente sintomáticos con hallazgos tomográficos severos que no correspondían a los síntomas y hallazgos endoscópicos, con lo que se confirman los hallazgos previos de este autor

## CONCLUSIONES

1 - Los criterios clínicos descritos en la literatura para el diagnóstico de Rinosinusitis Crónica siguen siendo de gran valor

2 - La Tomografía computada es el estudio de imagen de elección para corroborar el diagnóstico de Rinosinusitis Crónica y seguira siendo el estándar de oro en la evaluación de esta patología ya que no solamente nos permite conocer el estado de la mucosa de la nariz y los senos paranasales sino también conocer la existencia de variantes anatómicas, observar el estado del complejo ostiomeatal y de las zonas de difícil acceso endoscópico como son el receso frontal, infundíbulo etmoidal, celdillas etmoidales y esfenoides

3 - La endoscopia nasal continuará siendo un método clínico de valor en el diagnóstico del paciente con Rinosinusitis Crónica, no solo en la primera visita sino también para dar seguimiento a esta patología

4 - Los hallazgos clínicos y endoscópicos de la Rinosinusitis Crónica no se relacionan con la severidad de los hallazgos tomográficos

## BIBLIOGRAFÍA

1. Valerie J. Lund MS, David W Kennedy, MD Quantification for staging sinusitis Annals of otology, rhinology and laryngology Suppl 167 Oct 1995 Vol. 104, No. 10, part 2:22-30
2. Byron J. Bailey 1998 Second Edition. Lippincott-Raven Publishers: 441-5
3. Laura Vázquez Nieto, Nora Hilda Segura et al Criterios de diagnóstico y tratamiento de la rinosinusitis crónica en servicios de medicina familiar, de otorrinolaringología y alergia Revista Alergia México 2001; XLVIII (6) 163-7
4. SIMO (Sistema de información médico operativa) Informe anual de consulta externa HE CMN SXXI
5. David W Kennedy, MD Medical management of sinusitis. educational goals and management guidelines. Annals of otology, rhinology and laryngology. Suppl 167 Oct 1995 Vol. 104, No 10. 17-21
6. Ralph B. Metson, MD, Richard E Gliklich, MD Clinical outcomes in patients with chronic sinusitis Laryngoscope 2000, 110: 24-8 Suppl
7. Muaaz Tarabichi, MD. Characteristics of sinus-related pain Otolaryngol Head and Neck Surgery 2000, 122:842-7
8. Jacquelyne P Corey, MD, FACS, FAAOA, Steven M. Houser, MD. Nasal congestion: A review of its etiology, evaluation, and treatment Ear, Nose and Throat Journal 2000, 79(9):690-701
9. Allen M Seiden, MD The Diagnosis of a conductive olfactory loss Laryngoscope 2001; 111 9-14

- 10 Paul Sabini, MD. Gary D. Josephson, MD. The role of endoscopic sinus surgery in patients with acquired immune deficiency syndrome American Journal of Otolaryngology 1998; 19(6).351-6
11. S. James Zinreich, MD. Rhinosinusitis Radiologic diagnosis. Otolaryngol Head and Neck Surgery 1997; 117 Number 3 Part 2. 27-34
12. Michel J. Stewart MD. Does the severity of sinus computed tomography findings predict outcome in chronic sinusitis? Otolaryngol Head and Neck Surgery 2000,123· 81-4
- 13 Michael A Kaliner, MD. Recurrent sinusitis examining medical treatment options American Journal of Rhinology 1997; 11· 123-32
14. Rong San Jiang, MD. Bacteriology of chronic sinusitis after amoxicillin-clavulanate potassium therapy. Otolaryngol Head and Neck Surgery 2001; 124 683-6
15. David W. Kennedy, MD. Objective and Subjective outcomes in Surgery for chronic sinusitis. Laryngoscope 2000, 110 (Suppl.94). 29-31
16. Martín Andrew Acquadro, MD, DMD Analysis of pain and endoscopic sinus surgery for sinusitis Ann Otol Rhinol Laryngol 1997; 106 305-9
17. Rong San Jiang MD. Endoscopic sinus surgery for the treatment of chronic sinusitis in geriatric patients Ear, Nose and Throat Journal 2001, 80(4) 230-32
- 18 David S Parsons, MD Functional Endoscopic Sinus Surgical Outcomes for Contact Point Headaches Laryngoscope 1998; 108· 696-702
19. Rong San Jiang MD Revision functional endoscopic sinus surgery. Ann Otol Rhinol Laryngol 2002; 111 155-9