

cientemente, sin embargo, Hempstead ha comprobado que este peligroso estreptococo es sensible a la penicilina, mejorando con ello el pronóstico de las lesiones por el mismo ocasionadas (per "Bibl. Med. Int.", 4.207).

M. Cárdenas.

LELAND G. HUNNIKUTT: *El tratamiento moderno de la sinusitis crónica.*—

"The Journal of the American Medical Association", 11 enero 1947, vol. 133, núm. 2, pág. 84. [616.21.]

El autor entiende por tal el tratamiento actual, ya sea antiguo o nuevo. El internista puede ayudar en este tratamiento, eliminando las restantes causas de síntomas análogos a los de las sinusitis crónicas, producidos por estados diferentes de una enfermedad local de la nariz. La historia y el examen físico, por él aportados, deben señalar si un sujeto tiene una discrasia glandular y es susceptible de tener disturbios de la membrana mucosa. Una insuficiencia alimentaria, incluyendo las hipovitaminosis y las deficiencias en minerales o la incapacidad para digerir ciertos alimentos, puede ser causa de un trastorno reflejo en la nariz. Ciertos hábitos, tales como el tabaco, el alcohol, el comer excesivamente y los disgustos, pueden producir congestión nasal, con disminución de la resistencia e infección secundaria de los senos.

Asimismo, el pediatra puede ayudar al rinólogo, eliminando el factor alérgico y el uso excesivo de las medicaciones nasales. A menudo, la historia del enfermo demuestra exceso de pulverizaciones y de extramedicación en la nariz, y entonces su estado sólo puede ser evaluado con exactitud hasta después de un período de varios días de supresión total de dichas prácticas.

ODONTOIATRIA

S SINUSITIS

LA penicilina en el tratamiento de la sinusitis.—"British Medical Journal", pág. 656, 2 de noviembre de 1946. [616.21.]

El valor de la quimioterapia en el tratamiento y rápida curación de la sinusitis aguda debe aceptarse con cautela. Los casos en los cuales la inflamación no se extiende más allá de la membrana mucosa van bien con el ordinario tratamiento conservador, pero el progreso se hace más evidente si se utiliza la penicilina, con tal, claro está, que el germen causal sea sensible a la droga, y en los pacientes que se benefician poco de la quimioterapia local, la administración general de penicilina puede ser de gran resultado. Un problema mucho más difícil es el tratamiento conservador aplicado en las sinusitis subagudas y crónicas o en las fases agudas de una sinusitis crónica. Büedi ha clasificado las sinusitis crónicas para estos fines en los siguientes grupos: 1), infección simple de un seno, generalmente el antro; 2), un pequeño grupo de casos de pansinusitis crónicas combinadas con bronquiectasias, y 3), un gran grupo de casos de "pansinusitis crónica poliposa", en los cuales es preciso considerar la posibilidad de un factor alérgico. En general, el tratamiento de la sinusitis crónica con penicilina, bien por administración local a través de cráteres uretéricos introducidos en el antro, bien por vía general o por combinación de ambas, ha dado, en manos de los distintos prácticos, resultados discordantes, posiblemente por tres razones: la penicilina no llega al germen que se encuentra incluído en un tejido fibroso; existe una flora asociada en la que algunos gérmenes insensibles a la pe-

nicilina; por ejemplo, el bacilo de Friedländer, y puede haber un factor alérgico.

La experiencia de Bettington y Vincent, en soldados, concuerda con esto. Encontraron que la sinusitis aguda responde fácilmente a la quimioterapia con sulfamerazina, pero que muchos de los casos aparentemente agudos son realmente reinfecciones agudas y algunos habían sufrido intervenciones para drenaje del antro. Donde el drenaje era bueno, las lesiones respondían bien al tratamiento con sulfamerazina y lavados. En los intervenidos, pero sin drenaje abierto, la aplicación de sulfamerazina y lavados por punción, repetida cuatro veces, fué el tratamiento habitual; si después de repetir otro ciclo de tratamiento no se obtenían resultados satisfactorios, se instiló penicilina a través de la cánula de lavado. A pesar de esto, el autor encuentra que de 55 pacientes con sinusitis crónica o subaguda, en 15 fué precisa la operación radical; 28 se curaron con sulfamerazina y 10 con penicilina. Los 15 intervenidos mediante la radical tenían todos poliposis nasal, afección, como Rüedi indica, particularmente desfavorable para un tratamiento exclusivamente quimioterápico. Priest observó que en la sinusitis crónica, asociada o no con bronquiectasia, el tratamiento con penicilina acusaba resultados contradictorios y que la curación permanente rara vez se obtenía sin operación, no obstante el empleo de la penicilina por vía local y general. Sólo en dos de sus ocho casos de supuración crónica, asociada con bronquiectasia, se beneficiaron del tratamiento con la penicilina. También Crowe manifiesta que la penicilina no cura la lesión si la infección del oído es inaccesible al tratamiento local.

El problema es diferente, sin embargo, en aquellos casos graves y desesperados donde se asocia una osteomielitis a causa de una sinusitis supurada frontal o de una pansinusitis, ordinariamente asociada con poliposis. En estos enfermos, que antes sólo respondían ocasionalmente a la operación drástica de eliminar el hueso lesionado y, aun así, sólo si no se habían formado abscesos extra o subdurales, el efecto de la administración sistemática de la penicilina es espectacular. Rüedi ha dado a conocer detalles clínicos de diez de estos enfermos salvados mediante la operación y penicilina. La extirpación del hueso no es preciso que sea tan extensa como lo era antes, a causa de la gran eficacia de la droga.

Se creía antes que la osteomielitis originada espontáneamente da una sinusitis crónica, el pronóstico era menos desfavorable que en la osteomielitis post-operatorio, casi siempre fatal después de una prolongada evolución.

En la actualidad parece se debe dar más importancia a la bacteriología de las lesiones. Bettington y Vincent encontraron que el germen predominante y más constantemente hallado en la sinusitis crónica es un *staph. aureus* hemolítico, y Willians, de la Clínica Mayo, vió que en los casos de osteomielitis en los que éste es el germen infectante, existe una tendencia a la localización del proceso y las perspectivas de curación después de la operación radical son, casi sin excepción, buenas; pero si el germen es un estreptococo de cadenas rotas, anaerobio o microanaerobio, se produce un tipo maligno de osteomielitis crónica de curso lento y que aboca muy comúnmente a una terminación fatal. Re-

senos maxilar y frontal, la infección en la cavidad etmoidal cura generalmente sin etmoidectomía. Sin embargo, si una vez que el seno maxilar ha quedado limpio no se puede hacer una revisión cuidadosa, es a menudo mejor practicar la etmoidectomía, en la que es menester tener cuidado de no interesar el cornete medio.

Seno esfenoidal.—En éste la infección crónica desaparece comúnmente mediante el tratamiento conservador, pero si fracasan los lavados repetidos, se debe proceder a la intervención quirúrgica conservadora; es menester ensanchar el *ostium* normal o practicar una abertura junto al mismo, para permitir a la membrana mucosa engrosada retornar al estado normal y que no impida el vaciamiento de la cavidad. La extirpación de la pared anterior y del suelo y el raspado de la mucosa de esta cavidad son raramente necesarias.

Seno frontal.—Este cura, usualmente con las irrigaciones reiteradas. Puede ser necesario extirpar una o dos de las células etmoidales anteriores que forman el conducto nasofrontal para obtener un más fácil acceso a la cavidad que nos ocupa; esto convierte el conducto de un *ostium* frontal. Aunque el irrigador pase al interior del seno frontal, puede existir una membrana polipoidea que sea rechazada naturalmente entonces, pero que vuelva a bloquear el *ostium* una vez que se retire la cánula. Se necesita mantener limpio y despejado el meato medio si queremos dar al seno frontal la oportunidad de curar a su vez. Si fracasa el tratamiento conservador, se practican algunas variantes de la operación de Lynch. Un tratamiento aún más radical puede ser exigido por la osteomielitis de la lámina anterior. (Per "Bibl. Med. Int.", 4.434).

José L. Serrano.

Es conveniente ordenar un röntgenograma en la primera visita, y en la segunda se puede hacer una completa evaluación de la sinusitis crónica. El primero se debe tomar en la posición adecuada, para determinar el grado de la enfermedad de los senos. Con los datos así obtenidos se puede bosquejar ordinariamente el tratamiento. La inspección de la nariz incluye la búsqueda de cualquier obstrucción que pueda impedir un fluir adecuado del aire a su través u obstaculizar el vaciamiento de los senos. Las obstrucciones pueden ser debidas a un tabique desviado, a un cornete hipertrófico o a pólipos, cuya corrección previa puede ser necesaria. Se usa frecuentemente la nasofaringoscopia y el espejillo nasofaríngeo como un auxiliar útil para descubrir anormalidades anatómicas y patológicas. Frecuentemente se hacen necesarias investigaciones repetidas para descubrir la salida del pus de los senos que evacúan en el meato medio. Se hacen estudios citológicos y bacteriológicos, tanto de las fosas nasales como de las cavidades de los senos. El hallazgo de eosinófilos, especialmente si van asociados con tumefacción de la mucosa y con pólipos, significa que hay que tratar el estado alérgico que encubre.

Por lo que toca al tratamiento no quirúrgico (el más frecuente en los niños), la extirpación de las amígdalas infectadas y de las vegetaciones adenoideas, puede eliminar infecciones frecuentes que mantienen las sinusitis. Cuando el pus ensucia el suelo de las fosas nasales, su aspiración por medio de la succión permite el restablecimiento del revestimiento mucoso y facilita el drenaje de los senos.

Una irrigación nasal cuidadosa con una solución templada de cloruro de sodio y bicarbonato sódico permite retirar el exceso de moco y pus, y permite una más eficiente función de la mucosa. Esto es de gran valor, especialmente en la combinación de alergia y sinusitis en los niños. En éstos es frecuentemente posible la irrigación del seno maxilar por el camino del *ostium* normal.

El uso local de las sulfonamidas y de la penicilina es de valor cuestionable en las infecciones crónicas, pero de eficacia indiscutible en las exacerbaciones agudas, cuando el nuevo agente es sensible a dichos remedios. Otro tanto cabe decir de la administración de dichas drogas por la boca o hipodérmicamente. El uso local de los compuestos sulfonamídicos es de gran valor cuando se aplican ligeramente a la cavidad del seno, después de quitar las costras que cubren la infección durante algún tiempo, mientras que se desarrollan las granulaciones. Favorable es también el uso de la penicilina, dada hipodérmicamente antes y después de la operación radical de los senos. Los filtrados bacterianos no se usan ya con tanto entusiasmo como antes, pero hay ocasiones en que parecen eficaces. Al tratar de combatir una infección crónica en el seno esfenoidal sin recurrir a una intervención quirúrgica, y cuando las irrigaciones han fracasado, es a veces ventajoso instilar un filtrado bacteriano autógeno. Las vacunas parecen haber caído en descrédito. El tratamiento röntgenológico de la sinusitis crónica no parece prestar ninguna ayuda.

Por lo que toca al tratamiento quirúrgico, hay que decir que debe dirigirse a conseguir una mejor ventilación y drenaje de los senos y la

extirpación del tejido enfermo.

Cavidad nasal.—Se debe practicar una resección submucosa del tabique si éste es un factor de obstrucción. Se deben extirpar los pólipos, procurando lesionar lo menos posible las estructuras normales. Está indicada la resección del cornete medio si el meato correspondiente tiene una capacidad inadecuada.

Seno maxilar.—Después de repetidas irrigaciones de esta cavidad, bien por el *ostium* natural o por medio de una punción, se debe practicar una abertura en el meato inferior si la infección continúa. De este modo el orificio natural, que puede estar parcialmente bloqueado por el edema de la membrana mucosa, se encuentra en situación de recobrar la permeabilidad y la función normal. Una abertura demasiado amplia puede ser causa de alteraciones en la mucosa del seno. Si ésta es polipoidea, es muy probable que la abertura artificialmente practicada no baste y que sea menester extirpar dicha membrana. Este es también el caso si la supuración se mantiene. Las sinusitis maxilares de origen dentario, con pus ordinariamente pútrido, requieren la extirpación de la mucosa. Con varias irrigaciones se puede mantener temporalmente expedita la cavidad del seno, pero es común que con un nuevo resfriado se vuelva a llenar de pus del mismo carácter: el hueso infectado, en la vecindad del antiguo absceso apical, parece entretener la infección de la mucosa y por esto suele ser necesario el raspado del hueso infectado y el cierre de la fístula.

Seno etmoidal.—Si se consigue eliminar todas las infecciones en los