



**CASOS CLÍNICOS**  
*Imunoglukan<sup>®</sup> P4H*



# ÍNDICE

## USOS EN PEDIATRÍA

- OTITIS SEROMUCOSAS DE REPETICIÓN **PAG. 4**
- FARINGOAMIGDALITIS DE REPETICIÓN PREVIA AMIGDALECTOMÍA **PAG. 6**

## PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES RECURRENTE DE LAS VÍAS ALTAS

- CATARROS DE REPETICIÓN **PAG. 9**
- PREVENCIÓN DE LAS LARINGOTRAQUEITIS VIRICAS EN EL ANCIANO **PAG. 11**
- PREVENCIÓN DE LA RINITIS INFECCIOSA POSTCIRUGÍA NASOSINUSAL **PAG. 13**
- FARINGITIS AMIGDALOPRIVAS **PAG. 15**
- INFECCIONES DE GARGANTA **PAG. 17**

## COADYUVANTE A TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS

- RINOSINUSITIS U OBSTRUCCIÓN NASAL **PAG. 20**
- PAUTA CORTA DE ANTIBIÓTICO EN CONJUNTO CON IMUNOGLUKAN® P4H **PAG. 22**
- AUTOVACUNA BACTERIANA EN CONJUNTO CON IMUNOGLUKAN® P4H **PAG. 24**

**USOS EN  
PEDIATRÍA**



# OTITIS SEROMUCOSAS DE REPETICIÓN

AUTOR:

**Dr. Carlos F. Asensio Nieto**

Médico especialista en Otorrinolaringología. Doctor en Medicina. Hospital de Día Quironsalud Talavera. Jefe de Servicio de Otorrinolaringología Hospital General Nuestra Señora Del Prado.

## RESUMEN

La **otitis media con derrame**, también llamada otitis media serosa (OMS) o seromucosa, se define como la presencia de derrame o mucosidad en el oído medio sin signos de infección aguda. El término “oído adhesivo” también se usa a veces como sinónimo de OMS, pero debe reservarse para los casos en los que el derrame es prolongado y el líquido en el oído medio se ha vuelto espeso y similar al pegamento, como se observa durante la paracentesis y colocación de drenaje transtimpánico. La OMS ocurre habitualmente por una disfunción de la Trompa de Eustaquio, fundamentalmente en la edad pediátrica.

## PALABRAS CLAVE

Otitis media, derrame, seromucosa, Trompa de Eustaquio.

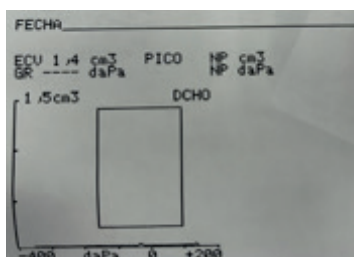
## INTRODUCCIÓN

**Niño de 4 años** que acude a consulta de Otorrinolaringología tras ser valorado en diversas ocasiones por su pediatra de atención primaria con el diagnóstico de OMS de repetición. La madre del paciente refiere que el niño duerme con la boca abierta y ronca prácticamente a diario, empeorando este ronquido en los periodos de infección de la vía aérea superior. No faringoamigdalitis de repetición. No retraso estato-ponderal.

Exploración. Facies adenoidea. Otoscopia, oído derecho normal, oído izquierdo, ausencia de reflejo luminoso de Politzer, imagen bullosa tras la membrana timpánica. Timpanograma, oído derecho desplazamiento a frecuencias negativas, oído izquierdo, timpanograma plano. No se realiza audiometría. (Fig. 1,2)



**Fig1.** Otoscopia. Retracción del pabellón auricular en el niño



**Fig2.** Timpanograma compatible con OMS. Tipo B.

## DISCUSIÓN

La OMS ocurre **con frecuencia después de un episodio de otitis media aguda (OMA)**. En tales casos, la mucosidad del oído medio puede persistir durante algunas semanas después de que se hayan resuelto los síntomas agudos<sup>1,2</sup>. **Algunos niños desarrollan OMS crónica**, definida como OMS que persiste durante tres meses o más.

La OMS es común entre los niños pequeños aparentemente asintomáticos<sup>3</sup> En tres cohortes de niños que fueron examinados con timpanometría u otoscopia, el 90 % de los niños tuvo al menos un episodio de OMS antes de cumplir 5 años<sup>4</sup>. La prevalencia varió del 10 al 17 % entre los niños de dos a cuatro años y luego disminuyó al 3 al 4 % entre los seis y los ocho años. Se han observado tasas similares en otras cohortes. **La OMS es más común en el invierno que en el verano. Las medidas de mitigación relacionadas con la pandemia de COVID-19** (p. ej., cierre de escuelas, distanciamiento físico, máscaras faciales, restricciones de viaje) **se asociaron con una disminución drástica de la carga de OMS.**

Los niños de las islas del Pacífico/maoríes, aborígenes australianos, inuit y nativos americanos tienen un mayor riesgo de desarrollar OMS y OMA recurrente<sup>5</sup>. Ambas patologías del oído medio son factores de riesgo para la otitis media supurativa crónica, que afecta a >25 % de los niños en algunas de estas poblaciones.

Los antecedentes familiares de otitis media (padres propensos a la otitis), la alimentación con biberón (en contraposición a la lactancia materna), el sexo masculino, la asistencia a la guardería, la hipertrofia adenoidea, la exposición al humo del tabaco y el nivel socioeconómico bajo son factores de riesgo importantes para desarrollo de OMS y OMA. Los niños con paladar hendido y otras anomalías faciales de la parte media del rostro, como el síndrome de Down, son particularmente propensos a la OMS crónica.

La patogenia de la OMS no se conoce por completo. La OMS parece ser una patología multifactorial que puede resultar de una variedad de eventos desencadenantes que convergen en una vía común de inflamación, infección, efusión e hiperplasia tisular.

El modelo clásico explica la OMS como **resultado de una inflamación crónica en respuesta a los**

**componentes bacterianos residuales después de una OMA.** Sin embargo, la patogenia parece ser más complicada. La disfunción de la Trompa de Eustaquio es un factor importante que contribuye a la persistencia del derrame en la cavidad del oído medio<sup>6</sup>. La evidencia sugiere que las biopelículas bacterianas también tienen un papel importante en la patogénesis<sup>7</sup> y, a pesar de que el cultivo suele ser negativo en la miringotomía antes de la inserción del tubo de drenaje, los estudios de inmunofluorescencia y la realización de reacciones cadena de la polimerasa (PCR) demuestran ADN bacteriano (frecuentemente *Haemophilus influenzae* no tipificable) presente en el oído medio. **El funcionamiento deficiente de la Trompa de Eustaquio, la predisposición genética, las alergias, la discinesia ciliar y el reflujo gastroesofágico también pueden contribuir.**

La contribución de las alergias a la patogenia de la OMS es controvertida. **En estudios observacionales, existe una asociación entre la rinitis alérgica y la OMS<sup>8</sup>.** El

efecto de la rinitis alérgica depende de la edad y es más pronunciado en pacientes más jóvenes. Además, se han detectado mediadores alérgicos (inmunoglobulina E, mastocitos activados, triptasa, mieloperoxidasa) en el oído medio de pacientes con OMS. Sin embargo, en un modelo animal, la provocación del oído medio con material antigénico no produjo derrame<sup>9</sup>. Además, en ensayos aleatorizados, los glucocorticoides intranasales y los agentes antihistamínicos (que son efectivos en el tratamiento de la rinitis alérgica) no brindan un beneficio a largo plazo para el tratamiento de la OME<sup>10</sup>. (Fig. 3,4).

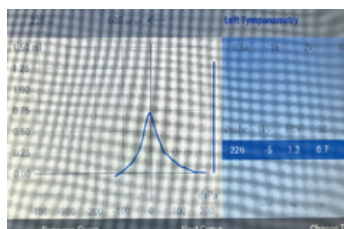


Fig3. Timpanograma normal. Tipo A.

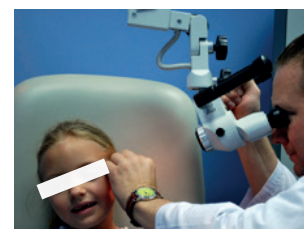


Fig4. Otomicroscopia en el niño.

## CONCLUSIONES

**La OMS es muy prevalente en los primeros años de la vida.** Aunque la mayoría de los niños son asintomáticos, **las manifestaciones clínicas incluyen hipoacusia, sensación de plenitud en el oído e incluso trastorno del equilibrio.**

**Las complicaciones** y secuelas de la OMS que persiste durante  $\geq 3$  meses (es decir, OMS crónica) **incluyen hipoacusia de conducción, miringoesclerosis** y, en raras ocasiones, una bolsa de retracción de la membrana timpánica en la que eventualmente se puede formar un colesteatoma.

**El diagnóstico** de OMS generalmente **se realiza con una otoscopia** que demuestra la presencia de mucosidad en el oído medio, burbujas, nivel hidro-aéreo, opacidad de la membrana timpánica, en ausencia de síntomas y signos de infección aguda. **La timpanometría también suele ser útil.**

No existe un tratamiento plenamente eficaz, más allá del tratamiento quirúrgico bajo anestesia general. El uso de antibióticos, antihistamínicos, corticoides orales y corticoides intranasales tiene una eficacia limitada.

En los pacientes con infecciones recurrentes de las respiratorias altas, más de la mitad de los

otorrinolaringólogos recomendamos habitualmente tratamientos preventivos, mientras que la mayoría de los pediatras lo hacen ocasionalmente. De los profesionales que prescribimos tratamientos preventivos, alrededor de un 73% preferimos complementos alimenticios frente a medicamentos sujetos a prescripción médica<sup>11</sup>.

En este caso clínico, el paciente recibió tratamiento con **IMUNOGLUKAN® P4H** en suspensión oral a la dosis de 1ml por cada 5 kg de peso durante 3 meses, desde noviembre hasta febrero. **La administración de la suspensión fue bien tolerada por el paciente reduciéndose durante el periodo de administración y meses posteriores el número de OMS y de OMA.** Esta reducción del número de episodios puede estar relacionado con el efecto inmunomodulador que **IMUNOGLUKAN® P4H** tiene sobre los sistemas inmunitarios adaptativo e innato, y la reducción en la respuesta inflamatoria tan involucrada en la etiopatogénesis de la OMS. Cabe destacar, que la reducción del número de episodios se produjo en la época fría del año, época en la que el número de otitis medias es mayor, hecho que destaca el **papel preventivo de IMUNOGLUKAN® P4H** en el desarrollo de OMS y OMA.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Steele DW, Adam GP, Di M, et al. Effectiveness of Tympanostomy Tubes for Otitis Media: A Meta-analysis. *Pediatrics* 2017; 139.
2. Ruohola A, Laine MK, Tähtinen PA. Effect of Antimicrobial Treatment on the Resolution of Middle-Ear Effusion After Acute Otitis Media. *J Pediatric Infect Dis Soc* 2018; 7:64.
3. Casselbrant ML, Brostoff LM, Cantekin EI, et al. Otitis media with effusion in preschool children. *Laryngoscope* 1985; 95:428.
4. Tos M. Epidemiology and natural history of secretory otitis. *Am J Otol* 1984; 5:459.
5. Coleman A, Wood A, Bialasiewicz S, et al. The unsolved problem of otitis media in indigenous populations: a systematic review of upper respiratory and middle ear microbiology in indigenous children with otitis media. *Microbiome* 2018; 6:199.
6. Llewellyn A, Norman G, Harden M, et al. Interventions for adult Eustachian tube dysfunction: a systematic review. *Health Technol Assess* 2014; 18:1.
7. Hall-Stoodley L, Hu FZ, Gieseke A, et al. Direct detection of bacterial biofilms on the middle-ear mucosa of children with chronic otitis media. *JAMA* 2006; 296:202.
8. Kreiner-Møller E, Chawes BL, Caye-Thomasen P, et al. Allergic rhinitis is associated with otitis media with effusion: a birth cohort study. *Clin Exp Allergy* 2012; 42:1615.
9. Doyle WJ, Takahara T, Fireman P. The role of allergy in the pathogenesis of otitis media with effusion. *Arch Otolaryngol* 1985; 111:502.
10. Simpson SA, Lewis R, van der Voort J, Butler CC. Oral or topical nasal steroids for hearing loss associated with otitis media with effusion in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; :CD001935.

# FARINGOAMIGDALITIS DE REPETICIÓN PREVIA AMIGDALECTOMÍA

AUTOR:

**José Rufino Nieto Fernández**

Coordinador Unidad Otorrinolaringología Hospital de Utrera (Sevilla).

## RESUMEN

Las faringoamigdalitis agudas son una de las patologías más frecuentes en la edad pediátrica<sup>1</sup>. Supone una patología que requiere un adecuado diagnóstico y tratamiento precoz para evitar posibles complicaciones tanto locales como sistémicas, así como resistencia a antibióticos utilizados, llegando en múltiples ocasiones a tratamiento quirúrgico radical mediante amigdalectomía e incluso uso de autovacunas antibacterianas, dada su recurrencia. Existe hoy día la posibilidad de añadir al tratamiento inmunomoduladores como **IMUNOGLUKAN® P4H** para el aumento del estado de inmunidad de los pacientes y reducir la recurrencia de las faringoamigdalitis para así no llegar al tratamiento quirúrgico.

## PALABRAS CLAVE

Faringoamigdalitis, inmunomoduladores, amigdalectomía.

## INTRODUCCIÓN

La faringoamigdalitis aguda pultácea o supurativa, es una enfermedad muy frecuente en la edad infantil, y su recurrencia le hace ser una de las causas de motivo de consulta más reiterada para el otorrino pediátrico. Son más habituales entre meses de otoño, invierno y principio de primavera. La etiología suele ser bacteriana. Entre los gérmenes causantes de amigdalitis pultáceas, el estreptococo betahemolítico es el más frecuente, seguido del *Haemophilus influenzae* y el neumococo<sup>2</sup>. Clínicamente las faringoamigdalitis bacterianas cursan con un cuadro brusco de fiebre alta con escalofríos, odinofagia y disfagia importantes<sup>3</sup>. En la exploración faríngea se verán unas amígdalas hipertróficas e hiperémicas, y recubiertas de unas placas blanquecinas cuyo origen es el material purulento.

Supone una patología que requiere un adecuado diagnóstico y tratamiento precoz para evitar posibles complicaciones tanto locales como sistémicas, llegando en múltiples ocasiones a tratamiento quirúrgico radical mediante amigdalectomía, dada su recurrencia.

El tratamiento consistirá en un **tratamiento sintomático de la clínica del paciente mediante antitérmicos y analgésicos/antinflamatorios; junto a un tratamiento mediante antibióticos**. El tratamiento antimicrobiano de elección para las faringoamigdalitis por estreptococo son la penicilina y amoxicilina<sup>4</sup>. **También es posible el uso de inmunomoduladores que aumenten inmunidad humoral y celular que reducen la frecuencia de infecciones del tracto respiratorio superior e inferior<sup>5</sup>**

CASO:

**Paciente de 4 años de edad con faringoamigdalitis pultáceas de repetición**, con 5 episodios en los últimos 8 meses, con **fiebre alta y toma de antibióticos** (Imagen 1). Tras toma de antibióticos ha terminado haciendo resistencia a amoxicilina. Dada la frecuencia de amigdalitis de repetición comienza a valorarse la posibilidad de tratamiento quirúrgico. **Se decide instaurar tratamiento con inmunomoduladores (IMUNOGLUKAN® P4H )** durante 3 meses, **reduciendo las infecciones a un solo episodio de faringoamigdalitis no pultácea y sin necesidad de toma de antibióticos**.



Imagen 1.

 **CONCLUSIONES**

Dada la alta prevalencia de faringoamigdalitis pultáceas de repetición existentes hoy día, así como posibles complicaciones, diseminación por contagio, posibles resistencias antibióticas, etc., llegando a finalmente a tratamiento quirúrgico mediante amigdalectomía, **vemos**

**el uso como tratamiento coadyuvante de inmunomodulares como (IMUNOGLUKAN® P4H) efectivo para prevenir infecciones de repetición de vías respiratoria alta en periodos de mayor incidencia.**

**BIBLIOGRAFÍA**

**1.** Martí Fernández, J.; Gascón Casaredi, I.; Sandiumenge Durán, M. Faringitis estreptocócica en niños menores de tres años: algunas consideraciones. Rev Pediatr Aten Primaria.2015; vol.17 no.66 <https://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322015000300008>. **2.** Morera Perez C, Marco Algarra J. Lecciones de Otorrinolaringología Aplicada Tomo II. Ed. Glosa;204-205. **3.** Cots JM, Alós JJ, Bárcena M, Boleda X, Cañada JL, Gómez N et al. Atención Primaria.2015; vol (47), 532-543 <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.02.002>. **4.** Cenjor C, García-Rodríguez JA, Ramos A, Cervera J, Tomás M, Asensi F et al. Documento de consenso sobre tratamiento antimicrobiano de la faringoamigdalitis. Acta Otorrinolaringológica Española. 2003; vol. (54), 369-383. [https://doi.org/10.1016/S0001-6519\(03\)78425-8](https://doi.org/10.1016/S0001-6519(03)78425-8). **5.** Talmadge JE, Abe F, Alun Brown K, Green WR, Matsushima K, Wang JM et al. International Immunopharmacology. 2013, vol (15),395-399.



**PREVENCIÓN DE  
LAS INFECCIONES  
RECURRENTES DE  
LAS VÍAS ALTAS**



# CATARROS DE REPETICIÓN

AUTOR:

**Dr. Xavier Lao Luque**

Jefe de Servicio ORL Hospital Universitario Mútua de Terrassa (Barcelona)

## RESUMEN

**Paciente de 25 años**, sin alergias medicamentosas conocidas. Deportista de élite.

Antecedente de **asma en la infancia** que requirió 2 ingresos y que trató con broncodilatadores, corticoides tópicos, antileucotrienos. Desde hace 5 años no ha sufrido nuevas crisis de broncoespasmo.

Acude a la **consulta ORL** refiriendo que desde hace años a partir del otoño sufre **cuadros repetitivos de catarros vías altas superiores (CVRS)** con obstrucción nasal, con más o menos rinorrea, astenia y malestar general; que le interfieren en su vida cotidiana y en su rendimiento deportivo. Mejora en invierno, pero en primavera recae nuevamente. Se **realiza endoscopia nasal, con resultado normal**, exceptuando discreta hipertrofia de cornetes inferiores. **La orofaringoscopia es también normal**. Ante la coincidencia de la clínica en los meses de otoño y primavera se le piden pruebas cutáneas de alergia (Prick Test) que resultan negativas.

Se instaura **tratamiento con IMUNOGLUKAN® P4H**, 2 cápsulas por la mañana en ayunas, de septiembre a diciembre y una segunda tanda de abril a junio con descanso en los meses de verano.

En el **control al año**, el paciente está muy contento porque no ha tenido **cuadros floridos de catarros, mejorando mucho su calidad de vida y su rendimiento deportivo**. Por todo ello el paciente ya ha instaurado esta pauta de manera crónica.

## PALABRAS CLAVE

**Catarró de vías respiratorias superiores (CVRS), IMUNOGLUKAN® P4H, Prick Test.**

## INTRODUCCIÓN

**La infección respiratoria de vías altas o CVRS es una infección vírica** (rinovirus, virus sincitial, coronavirus...) de las vías aéreas superiores (nariz, garganta) que cursa **con estornudos, tos, rinorrea y más o menos fiebre** (tabla I).

Si bien son muy frecuentes en los primeros años de vida, también los vemos en adultos en la práctica clínica diaria<sup>1</sup>. Suelen autolimitarse en pocos días sin dejar secuelas, pero tampoco es extraño que perduren ciertos síntomas muy molestos para el paciente. **En otros casos estas infecciones se hacen recurrentes**

**y sólo desaparecen en el período estival**. Se trata de pacientes que explican que cuando cambia el tiempo (verano-otoño e invierno-primavera) tienen predisposición a acatarrarse y que no dejan el catarro en tres o cuatro meses. No necesariamente padecen algún tipo de inmunodeficiencia ni alergia, a pesar de mostrar relación estacional. Es por ello que **debemos realizar pruebas cutáneas de alergia (Prick Test) y estudio cuantitativo y cualitativo de inmunoglobulinas**.

Todos estos pacientes (alérgicos o no y con algún déficit de inmunoglobulina o no) se **pueden beneficiar de un tratamiento a largo plazo con IMUNOGLUKAN® P4H** asociado o no a tratamientos sintomáticos<sup>2</sup>.

- Rinovirus
- Coronavirus
- Virus sincitial respiratorio
- Adenovirus
- Enterovirus (ECHO, Coxsackie)
- Influenza
- Parainfluenza
- Metaneumovirus
- Bocavirus

Tabla I. Agentes etiológicos del resfriado común

## DISCUSIÓN

**Las infecciones víricas de vías respiratorias altas tienen una gran prevalencia en la época otoño-invernal**. Se trata de una **patología no grave en el adulto** pero que cuando es recurrente produce una disminución de la calidad de vida. Además, como en el caso que nos ocupa, puede producir un gran impacto en el rendimiento deportivo, muy importante en los deportistas de élite.

**IMUNOGLUKAN® P4H se ha mostrado muy efectivo en estos casos, permitido cómo complemento alimenticio que es, en el deporte de elite y en la población en general<sup>2</sup>.**

 **CONCLUSIONES**

- Los **CVRS recurrentes son frecuentes tanto en niños como adultos** y producen una disminución en la calidad de vida de los pacientes que lo padecen.
- Se deben **diferenciar de las rinitis alérgicas o estados de inmunodeficiencia realizando un Prick Test** y determinación de inmunoglobulinas.
- Son más **frecuentes en los cambios estacionales.**
- **IMUNOGLUKAN® P4H** se ha mostrado muy **útil para evitar las recurrencias con lo que puede mejorar la calidad de vida de los pacientes**<sup>2</sup>.
- Puede mejorar el rendimiento de los deportistas al evitar las recurrencias

**BIBLIOGRAFÍA**

**1.** Ugarte R. Tratado del catarro. Evidencia científica. Anales de Pediatría Continuada. 2013; Vol.11 Núm. 4 197-203. DOI: 10.1016/S1696-2818(13)70138-0. **2.** Jesenak M, Majtan J, Rennerova Z, Kyselovic J, Banovcin P. Immunomodulatory effect of pleuran ( $\beta$ -glucan from *Pleurotus ostreatus*) in children with recurrent respiratory tract infections. Int Immunopharmacol. 2013 Feb;15(2):395-9. doi: 10.1016/j.intimp.2012.11.020.

# PREVENCIÓN DE LAS LARINGOTRAQUEITIS VIRICAS EN EL ANCIANO

AUTOR:

**Dr. Ignacio Sambola Cabrer**

Otorrinolaringología y Cirugía de cabeza y cuello. Adjunto del Servicio de ORL. H. U. Dr. Josep Trueta (Girona).  
Profesor Asociado Facultad Medicina de Girona.

## PALABRAS CLAVE

**Prevención de infecciones, ancianos, sistema inmune.**

## INTRODUCCIÓN

Paciente **mujer de 85 años**, sin alergias conocidas, obesa, roncadora habitual sin apneas, insomnio crónico, fumadora 5-7 cigarrillos día y bebedora habitual de cerveza 330 ml- 660 ml (14-24 gr de alcohol / día) al día. **Amigdalectomizada en la infancia** y **operada de cataratas y prótesis de cadera derecha** por artrosis severa. Vacunada con las tres dosis del Covid 19, no ha sufrido infección por el coronavirus. Como antecedentes patológicos, **padece una cardiopatía valvular aórtica** con insuficiencia cardíaca leve, controlada por cardiólogo, tratada con bisoprolol fumarato, amiodarona, furosemida, y warfarina sódica. Padece, además, artrosis generalizada senil, deterioro cognitivo leve- moderado y presbiacusia moderada. Usa prótesis dentales, y padece infección periodontal crónica y caries dentales, con flemones dentales de repetición, que precisan controles periódicos por dentista y antibioterapia con amoxicilina; portadora de prótesis dental parcial extraíble que restituye casi toda la arcada superior.

**Consulta al ORL por cuadros invernales de repetición** (3-4 cada invierno) con disnea de esfuerzo, disfonía, fiebre, sudoración, y dolores osteomusculares, tos con expectoración, que atribuye a virasis, a pesar de la vacunación antigripal, y que se trata con antigripales; consulta porque estos cuadros le **provocan, tos seca residual, molestias en laringe y disfonía superada la fase aguda**. Último episodio en febrero de 2022.

La exploración física de orofaringe y faringoscopia, muestra una boca con periodontitis y dos molares con caries radicales, a tratar por su dentista; la lengua de aspecto seco presenta fisuras en su parte anterior observando un engrosamiento papilar anterior en línea media; movilidad normal (imagen 1); en faringe se observa una musculatura velopalatina correcta, sin amígdalas con espacio retropalatal estrecho (imagen 2), quedando luz faríngea estrecha, por su lengua hipertrófica; además se asocia con sequedad de la mucosa orofaríngea; por rinofibrolaringoscopia, las fosas nasales son normales y el cavum es normal; se observa una base de lengua normal, observando

epiglotis y vestíbulo laríngeo. La epiglotis, hipofaringe y laringe son normales con cuerdas de aspecto y movilidad normal (imagen 3).



Imagen 1



Imagen 2

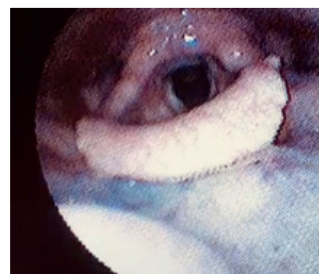


Imagen 3

Se recomienda como **tratamiento**: higiene bucal, **control por su dentista**, las **recomendaciones habituales para la faringitis crónica seca y bucofaríngeos suaves**, y para prevenir sus laringotraqueitis víricas invernales que descompensan a la paciente de su cardiopatía, y se pauta **IMUNOGLUKAN® P4H**, 1 cápsula al día por la mañana en ayunas al inicio del invierno **durante 5 meses**.

## DISCUSIÓN

Los niños y los ancianos son los pacientes más propensos a las infecciones recurrentes de vías altas por su menor respuesta inmune<sup>1-5</sup>.

En estos pacientes el sistema inmune debe estar siempre activo y funcionando, y un buen producto para estimular las defensas y contrarrestar las infecciones invernales es sin duda **IMUNOGLUKAN® P4H**<sup>3</sup>

Las épocas de frío y los cambios bruscos de temperatura favorecen las infecciones respiratorias de repetición, siendo los virus los microorganismos causantes más habituales afectando las vías respiratorias altas.

La laringotraqueitis vírica invernal, per se, o bien como evolución de una rinofaringitis aguda vírica, en el anciano con patología de base, se previene con las vacunaciones habituales recomendadas por el Ministerio de Sanidad, pero no cubren todos los virus, ni sus variantes, por lo tanto, además de las vacunas, los tratamientos que potencian las defensas, deberían promoverse dado que contribuyen a evitar las virasis invernales en los ancianos y pacientes mayores de 60 años con patología de base.

Los ancianos sanos, tienen de base una disregulación en la respuesta inmune, básicamente en la inmunidad celular; se atribuye a una menor presencia de una molécula, el coestimulador del reconocimiento CD28, que está en la superficie del linfocito T; y por ello, una menor respuesta inmune, además de un descenso en la actividad del timo. Todo ello hace que el anciano sano, que habitualmente tiene déficits nutricionales asociados, cuando padece una infección aguda tenga muchas más posibilidades de complicación y precise

mayor tiempo de curación. Por todo ello, si el anciano, además, padece de desnutrición, estamos ante un claro déficit inmunológico<sup>5</sup>. Por ello, en el anciano sano, está claramente indicado el **IMUNOGLUKAN® P4H**, por su mecanismo de acción: el betaglucono actúa como un antígeno más, que estimula los receptores celulares de la membrana de los linfocitos T intestinales<sup>3</sup>.

Cualquier infección en un anciano puede desestabilizar su enfermedad de base y provocar su ingreso hospitalario, como hemos podido observar por las infecciones del coronavirus. En este caso la paciente presenta:

- patología de base cardíaca, una insuficiencia aórtica que puede desestabilizarse
- virasis invernales de repetición con afectación laringotraqueobronquial
- mala higiene bucal, infecciones bucodentales que precisan antibiótico y con posibilidad de endocarditis infecciosa
- consumo de tabaco y alcohol

## CONCLUSIONES

La prevención con **IMUNOGLUKAN® P4H** en ancianos sanos o con patología de base, es el mejor

tratamiento para reducir las posibles virasis invernales de vías altas de repetición.

## BIBLIOGRAFÍA

**1.** David C. Dugdale, III, MD, Professor of Medicine, Division of General Medicine, Department of Medicine, University of Washington School of Medicine. Also reviewed by David Zieve, MD, MHA, Medical Director, Brenda Conaway, Editorial Director, and the A.D.A.M. Editorial team. Editorial update 19/07/2020. Disponible. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/004008.htm>. **2.** B. Álvarez- Fernández, et al. Modificación de la respuesta inmune en los ancianos con tratamientos nutricionales. An. Med. Interna (Madrid) vol. 19. Nº 8, pp.423-429. 2002. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-71992002000800009](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992002000800009).

# PREVENCIÓN DE LA RINITIS INFECCIOSA POSTCIRUGÍA NASOSINUSAL

AUTOR:

**Dr. Ignacio Sambola Cabrer**

Otorrinolaringología y Cirugía de cabeza y cuello. Adjunto del Servicio de ORL. H. U. Dr. Josep Trueta (Girona).  
Profesor Asociado Facultad Medicina de Girona.

## PALABRAS CLAVE

Infección nasosinusal, prevención, postcirugía nasosinusal

## INTRODUCCIÓN

**Paciente de 39 años**, fumadora 15 cigarrillos día, no bebedora, sin alergias a fármacos. Padece una **rinitis alérgica estacional crónica no filiada**, controlada con corticoides intranasales; consulta al ORL, por cuadros de sinusitis de repetición, desde hace 8 meses, que se manifiestan por cefalea leve moderada frontoetmoidal derecha continua, con exacerbaciones según mayor o menor actividad física, y rinorrea asociada de 6 meses de evolución, y que se trata todo ello, con antiinflamatorios y su corticoide nasal. Olfato conservado, y congestión nasal leve moderada controlada. Explica antes del inicio de los síntomas, cuadro catarral intenso con obstrucción nasal y rinorrea que atribuía a su alergia.

La **exploración física** por endoscopia nasal muestra **signos claros de síndrome obstructivo del complejo osteomeatal derecho, abombamiento de cornete medio y rinorrea blanquecina en meato medio. Dolor a la palpación** del orificio supraorbitario derecho, y leve dolor maxilar derecho, con transluminación negativa. Con la orientación diagnóstica de sinusitis crónica frontomaxiloetmoidal, **se prescribe**, además del suyo habitual, **tratamiento antibiótico oral, vasoconstrictor nasal** y corticoideo, se pide **TAC** preferente de nariz y senos paranasales y se cita a control.

Valorado **el TAC**, (figuras 1,2) muestra una ocupación del infundíbulo, seno maxilar derecho, etmoides y seno frontal.

La paciente **no mejora con el tratamiento** y **se le recomienda cirugía endoscópica nasosinusal unilateral**, que discurre sin problemas, realizando drenaje del seno etmoidal, receso frontal, hasta observar el *ostium* de drenaje y meatotomía amplia derecha, limpiando los senos y saliendo gran contenido mucopurulento blanquecino, cuyo cultivo no mostró germen patógeno.

**La paciente tres meses después de la cirugía**, y tras limpiezas periódicas nasales, cada 15 días, **se encuentra asintomática** y la endoscopia nasal se ha normalizado, observando un seno maxilar libre con mucosa de aspecto normal.



Imagen 1. TAC AXIAL

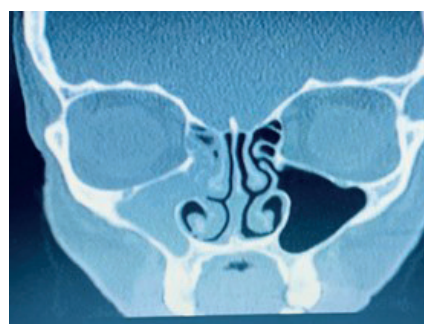


Imagen 2. TAC coronal.

## DISCUSIÓN

La **sinusitis crónica** como complicación de cuadros catarrales es **una patología que debería prevenirse tanto en niños como en adultos**, sobre todo en pacientes con factores predisponentes; **en este caso la patología previa inflamatoria** como la alergia nasal y sobre todo **el hábito tabáquico concomitante**, han sido factores asociados a un cuadro gripal o catarral que **han conducido a la sinusitis crónica**.

**En relación a los niños con rinosinusitis**, entendida como infección purulenta de la mucosa de uno o más senos paranasales; **es una patología de difícil de diagnóstico** debido a la falta de criterios clínicos y a la moderada concordancia de las pruebas radiológicas con la clínica.

Su diagnóstico se basa en la exploración clínica subjetiva, y por sus signos y síntomas de presentación, son diferentes al adulto, ya que **los factores predisponentes van cambiando desde la primera infancia**, a la pubertad y pueden sufrir entre 6-8 infecciones respiratorias agudas al año; es por ello por lo que los síntomas pueden resultar indistinguibles entre resfriado común y una rinosinusitis<sup>1</sup>.



Es importante definir cuáles son los **síntomas** que nos orientan hacia una **sinusitis**, ya que de ello va a depender la necesidad de instaurar un tratamiento antibiótico:

**obstrucción nasal, rinorrea anterior o posterior, dolor facial, cefalea, alteración del olfato, síntomas faringolaringeos por el goteo postnasal, síntomas generales, como somnolencia, fiebre, y malestar general**<sup>1-3</sup>, molestias dentales<sup>4</sup>.

Por tanto, **a nivel pediátrico**, dado que sus síntomas se confunden con otras patologías, y según bibliografía consultada, **se debe observar por endoscopia un drenaje mucopurulento por meato medio para el diagnóstico de rinosinusitis en niños<sup>3</sup>, o por prueba de imagen tomografía computarizada (TAC) en casos seleccionados: unilateridad, epistaxis, algia facial intensa, mala evolución, inmunodepresión<sup>1,2</sup>.**

**Los Factores predisponentes a la cronicidad en la infancia son:**

- Anatómicos
- Hipertrofia adenoidea

- Alergia
- Enfermedad por reflujo gastroesofágico
- Alteración de la respuesta inmune
- Enfermedades genéticas

Todos ellos, nos inducen a pensar que un **tratamiento preventivo puede ser claramente beneficioso** en estos pacientes.

**En este caso clínico** de una sinusitis crónica en adulto, después de un cuadro vírico catarral inicial intenso, favorecido por su base alérgica y tabaquismo, **después de la cirugía y su destaponamiento nasal, y en su convalecencia, IMUNOGLUKAN® P4H**, como complemento alimenticio, para prevenir infecciones de las cavidades nasosinusa-les post cirugía y para reforzar las defensas durante la convalecencia, **es una buena opción de tratamiento.**

El tratamiento prescrito para prevención de las infecciones de vías altas en cualquier paciente es de 2 cápsulas matinales, 3 meses; para prevenir la infección postoperatoria recomendando el tratamiento de 2 cápsulas al día durante 1 mes después de la operación<sup>4</sup>.

## CONCLUSIONES

**Los pacientes con inflamaciones crónicas de vías altas y con factores predisponentes a su cronicidad, o con infecciones con riesgo a complicaciones, son candidatos a tratamientos para reforzar las defensas. IMUNOGLUKAN® P4H es un complemento alimenticio con ingredientes de origen natural, que contiene polisacáridos que estimulan el**

sistema inmune a nivel del tracto digestivo, donde se concentran el 50% de las células del sistema inmunológico, y, por ende, estimula el sistema inmune general; además, su efecto se multiplica por su contenido en vitamina C<sup>5</sup>, que además tiene efecto protector de las mucosas y es antioxidante<sup>2,5</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. W.J. Fokens, V.J.Lund, J. Mullol, C. Bachert, I. Alobid, F. Baroody, et al. EPOS 2020. European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps. GUIA EPOS 2020.Rev. Rhinology vol 58, february 2020.
2. E. Alarcon, F. Romero, R Sánchez. Sinusitis infantiles. Libro virtual de la SEORL, . II Nariz y senos paranasales. Capítulo 56,pp.1-13.
3. W.J. Fokens, V.J.Lund, J. Mullol, C. Bachert, I. Alobid, F. Baroody, et al. EPOS 2012. European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012. A summary for otorhinolaryngologists. Rhinology, vol.50 (2012) ,pp.1-12 <http://dx.doi.org/10.4193/Rhino50Es>.
4. Milos Jesenak, Ingrid Urbancikova, Peter Banovcin. Respiratory Tract Infections and the Role of Biologically Active Polysaccharides in Their Management and Prevention. Nutrients. 2017 Jul 20;9(7):779. doi: 10.3390/nu9070779.
5. Meagan Bridges, RD, University of Virginia Health System, Charlottesville, VA. Also reviewed by David Zieve, MD, MHA, Medical Director, Brenda Conaway, Editorial Director, and the A.D.A.M. Editorial team. Editorial update 09/29/2021. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002404.htm>

# FARINGITIS AMIGDALOPRIVAS

AUTOR:

**Dr. Carlos F. Asensio Nieto**

Médico especialista en Otorrinolaringología. Doctor en Medicina. Hospital de Día Quironsalud Talavera. Jefe de Servicio de Otorrinolaringología Hospital General Nuestra Señora Del Prado.

## RESUMEN

El número de **amigdalectomías** realizadas en los Estados Unidos alcanzó su punto máximo alrededor de 1959 con 1,4 millones de operaciones, la mayoría realizadas en niños. La tasa disminuyó a 500.000 en 1979 y a 380.000 en 1996. Aproximadamente 130.000 de las amigdalectomías realizadas en 1996 fueron en personas mayores de 15 años. La **literatura** sobre las indicaciones para la amigdalectomía **se centra en gran medida en los niños**. No está claro hasta qué punto los datos pediátricos pueden extrapolarse de forma fiable a pacientes adultos. La extirpación de las amígdalas palatinas trae consigo una hipertrofia de la amígdala lingual y de cordones posteriores. Este proceso puede traducirse en el paciente en una sensación de cuerpo extraño faríngeo y en molestias crónicas en la garganta.

## PALABRAS CLAVE

**Amigdalectomía, faringitis crónica, amígdala lingual.**

## INTRODUCCIÓN

**Mujer de 32 años** que acude a consulta de ORL por **molestias faríngeas inespecíficas de años de evolución**, referidas como sensación de cuerpo extraño faríngeo *“como si tuviera algo pegado en la garganta”* que se ha agravado en los últimos meses. No disfonía, no disfagia, no pérdida ponderal. No dificultad respiratoria nasal.

No alergias medicamentosas conocidas, no enfermedades previas, no fuma. No toma medicación, salvo ACO. Refiere adenoamigdalectomía a los 5 años.

## EXPLORACIÓN

- **Otoscopia normal bilateral.**
- Rinoscopia anterior, desviación septal leve a fosa nasal izquierda con hipertrofia compensadora de cornete inferior derecho.
- **Orofaringe, amigdalectomía. Hipertrofia** de cordones posteriores faríngeos.
- Nasofibrolaringoscopia. Cavum libre. Cuerdas vocales libres y móviles. Senos piriformes libres, no signos de retención. Epiglotis y valléculas glosso-epiglóticas sin hallazgos patológicos.

## DISCUSIÓN

Las amígdalas son tejido linfoide. El contenido linfoide está cubierto por epitelio respiratorio que

puede invaginarse y formar criptas. El término común **“amígdalas”** se refiere específicamente a las **amígdalas palatinas**. El anillo de Waldeyer, un anillo de tejido linfoide en la faringe está formado por las amígdalas palatinas, así como por las amígdalas faríngeas (adenoides), las amígdalas tubáricas o de Gerlach y la amígdala lingual. Las criptas amigdalinas pueden albergar bacterias que lleguen a cronificar los procesos infecciosos. Dentro de las criptas se pueden formar **“tapones”** solidificados, a partir de restos alimenticios, denominados tonsilolitos o amigdalolitos, generalmente involucrados en la producción de halitosis.

A pesar del descenso en las últimas décadas del número de intervenciones, **la amigdalectomía es una de las operaciones más comúnmente realizadas en niños**. La frecuencia con la que se realiza la amigdalectomía varía de un país a otro y de una región a otra<sup>1</sup>. La variación parece estar relacionada con las diferencias en el manejo de amigdalitis recurrentes por parte de los médicos generales, pediatras y otorrinolaringólogos. Los factores y preferencias del paciente/familia también pueden influir en la decisión<sup>2</sup>.

**El número** de amigdalectomías realizadas en Estados Unidos y Reino Unido **ha descendido progresivamente** desde la década de los 70 del siglo pasado<sup>3,4</sup>. Los informes de ambos países indican que la disminución se ha relacionado principalmente con las amigdalectomías realizadas por indicaciones infecciosas, mientras que el número realizado por indicaciones obstructivas ha aumentado.

Este descenso puede deberse a que ensayos clínicos y estudios observacionales en niños con afectación leve/moderada encontraron que, en comparación con la conducta expectante, la amigdalectomía reduce ligeramente el número de infecciones de garganta, días de dolor de garganta, ausencias escolares y visitas a la clínica, principalmente a corto plazo (es decir, <12 meses). Sin embargo, hubo poca o ninguna diferencia en estos resultados o en la calidad de vida a más largo plazo (es decir, de dos a tres años)<sup>5</sup>.

Por lo tanto, los modestos beneficios observados en estos pacientes no justifican los riesgos inherentes, la morbilidad y el costo de la cirugía, una conclusión también incorporada en la guía AAO-HNS de 2019<sup>6</sup>.

A estos datos se suma el hecho de que una causa de faringitis crónica (además de los procesos infecciosos de repetición, la contaminación ambiental y las reacciones alérgicas), es la extirpación de parte del tejido linfoide del anillo de Waldeyer (amígdalas palatinas y vegetaciones), que lleva a un aumento



del tamaño de la amígdala lingual y de los pequeños folículos linfoides repartidos por toda la mucosa faríngea, aumento de tamaño que provoca en el

individuo una sensación de cuerpo extraño faríngeo, descrito por el paciente como “algo adherido a la garganta que no es capaz de arrancar o de tragar”.

## CONCLUSIONES

*Los riesgos quirúrgicos inherentes a una cirugía hemorrágica, que se realiza fundamentalmente en la edad pediátrica, y la aparición tras amigdalectomía de sintomatología compatible con faringitis crónica, ha llevado en las últimas décadas a una reducción significativa del número de este procedimiento quirúrgico.*

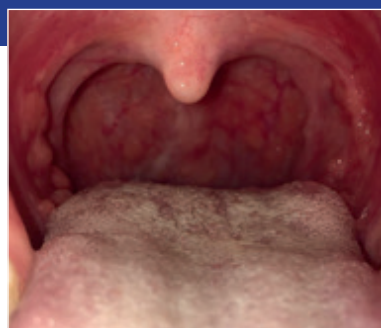
**En el tratamiento de la faringitis crónica amigdalopriva se emplean distintos fármacos/complementos con la intención de reducir la sintomatología.** Destaca el uso de la vitamina A, sola o en asociación con vitamina E, y los mucolíticos. El uso de inmunomoduladores, **Imunoglukan® P4H**,

como tratamiento preventivo y adyuvante en la faringitis crónica amigdalopriva cuando hay síntomas, muestra buenos resultados en la experiencia del autor. Lo habitual en pacientes de mediana/avanzada edad con faringitis amigdalopriva es que el tratamiento preventivo lo realicen durante 4 meses al año, lo que lleva a un control significativo de los síntomas. La dosis comúnmente empleada en estos pacientes es de 1 cápsula al día durante 30 días, con repetición de la pauta ante re-agudización de los síntomas.

Son necesarios más estudios que avalen su eficacia frente a placebo. Figs. Fc1 y Fc2.



**Fc1.** Amigdalitis pultácea



**Fc2.** Retos amigdalares

## BIBLIOGRAFÍA

**1.** Boss EF, Marsteller JA, Simon AE. Outpatient tonsillectomy in children: demographic and geographic variation in the United States, 2006. *J Pediatr* 2012; 160:814. **2.** Lock C, Wilson J, Steen N, et al. Childhood tonsillectomy: who is referred and what treatment choices are made? Baseline findings from the North of England and Scotland Study of Tonsillectomy and Adenotonsillectomy in Children (NESSTAC). *Arch Dis Child* 2010; 95:203. **3.** Hall MJ, Schwartzman A, Zhang J, Liu X. Ambulatory Surgery Data From Hospitals and Ambulatory Surgery Centers: United States, 2010. *Natl Health Stat Report* 2017; :1. **4.** Banigo A, Moinie A, Bleach N, et al. Have reducing tonsillectomy rates in England led to increasing incidence of invasive Group A Streptococcus infections in children? *Clin Otolaryngol* 2018; 43:912. **5.** Morad A, Sathe NA, Francis DO, et al. Tonsillectomy Versus Watchful Waiting for Recurrent Throat Infection: A Systematic Review. *Pediatrics* 2017; 139. **6.** Mitchell RB, Archer SM, Ishman SL, et al. Clinical Practice Guideline: Tonsillectomy in Children (Update). *Otolaryngol Head Neck Surg* 2019; 160:S1.

# INFECCIONES DE GARGANTA

AUTOR:

**Dr. José Rufino Nieto Fernández**

Coordinador Unidad Otorrinolaringología Hospital de Utrera (Sevilla).

## RESUMEN

Las infecciones de garganta son una de las patologías más prevalentes del otoño y el invierno, tanto en niños como en adultos. En concreto, las infecciones más habituales son la faringoamigdalitis, la laringitis y la faringitis. Los tratamientos son variados, y con frecuencia se convierten en recurrentes. Existen tratamientos, como los inmunomodulares (IMUNOGLUKAN® P4H) que refuerzan la inmunidad natural, y pueden prevenir tanto la frecuencia como disminuir síntomas de dichas infecciones, para así también evitar sus complicaciones.

## PALABRAS CLAVE

Infecciones, garganta, inmunomodulares.

## INTRODUCCIÓN

En nuestro medio, las infecciones de garganta son habituales en la práctica médica ambulatoria. La inflamación faríngea es el tercer motivo de consulta más frecuente en Atención Primaria<sup>1</sup>. La incidencia de infecciones de garganta aumenta en la etapa comprendida entre los 3 y 15 años. Los meses fríos son más prevalentes a las infecciones faríngeas. En la mayoría de los casos la infección es vírica, pero hay una serie de situaciones en donde la participación bacteriana es importante y requiere tratamiento antimicrobiano. Al final de la primavera la etiología más frecuente es rinovirus y otros virus respiratorios; las de adenovirus, al principio del verano, y las estreptocócicas, en invierno y principios de primavera<sup>2</sup>. Una valoración clínica adecuada será la principal arma para decidir la práctica o no de una prueba objetiva, o en ausencia de esta, para establecer el diagnóstico diferencial entre faringitis vírica y bacteriana<sup>3</sup>.

Algunas faringoamigdalitis bacterianas pueden acompañarse de manifestaciones generales por septicemia o por diseminación hematógena de toxinas bacterianas. Las complicaciones a nivel sistémico de las infecciones faríngeas víricas son poco habituales. Una de las más frecuentes es la infección de Epstein-Barr, responsable de la amigdalitis de la mononucleosis infecciosa (MNI), que se acompaña de clínica general<sup>4</sup>.

Por norma general las faringitis con exudado abundante y purulento son consideradas en principio de origen bacteriano (estreptocócico), y los episodios

con exudado claro o blanquecino suelen ser víricos, pero en muchos de los casos el diagnóstico etiológico no puede establecerse en base a criterios clínicos<sup>5</sup>.

CASO: Mujer de 24 años amigdalectomizada en la infancia, que acude a la consulta en múltiples ocasiones, con infecciones de garganta de repetición, con síntomas de odinofagia, inflamación de adenopatías cervicales, febrícula, fiebre solo en ocasiones, y mal cuerpo. Le ocurre durante todo el año, pero se intensifica en los meses de otoño e invierno. En la exploración se aprecia ausencia de amígdalas, con hipertrofia e hiperemia de folículos linfoides y cordones laterales faríngeos, sin apreciar placas pultáceas en ninguna revisión, por lo que las consideramos infecciones cuyo origen más frecuente es vírico (Imagen 1). Resto de exploración anodina. Tras múltiples tratamientos con antiinflamatorios tópicos y orales, se decide instaurar tratamiento mediante inmunomodulares (IMUNOGLUKAN® P4H) durante 3 meses en meses de noviembre a enero, junto a medidas higiénico-dietéticas. Tras su uso refiere una mejoría significativa de los síntomas.



Imagen 1

## DISCUSIÓN

Dada la alta prevalencia de infecciones de garganta existentes, creemos que el refuerzo de la inmunidad con inmunomodulares (IMUNOGLUKAN® P4H) ayuda a disminuir los síntomas e infecciones de garganta de repetición. Aumentando las defensas ante microorganismos como virus, bacterias y hongos. Siendo de fácil administración y escasos efectos secundarios.

 **CONCLUSIONES**

**Dada la mejoría y reducción del número de infecciones de garganta podemos recomendar el uso de inmunomoduladores (IMUNOGLUKAN® P4H)** ya que ayuda a reducir o prevenir las infecciones de

garganta de repetición recomendando su uso en temporadas de mayor incidencia de enfermedades infecciosas de las vías respiratorias altas.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Gamboa Mutuberría J, Sistiaga Suárez JA, Wills Villarraga D, Rivera Rodríguez T. Enfermedades inflamatorias laríngeas y faríngeas del adulto. *Medicine*. 2011;10(91):6190-8.
2. Cenjor C, García-Rodríguez JA, Ramos A, Cervera J, Tomás M, Asensi F et al. Documento de consenso sobre tratamiento antimicrobiano de la faringoamigdalitis. *Acta Otorrinolaringológica Española*. 2003; vol. (54), 369-383. [https://doi.org/10.1016/S0001-6519\(03\)78425-8](https://doi.org/10.1016/S0001-6519(03)78425-8).
3. De la Flor Bru J. Infecciones de vías respiratorias altas-1: resfriado común. *Pediatr Integral*. 2013; Vol XVII (4): 241-261.
4. Barry B, Lariven S. manifestaciones sistémicas en las infecciones faríngeas. *EMC - Otorrinolaringología*. 2002; Vol 31, 1-7.
5. Sanz Moreno J. Protocolo de diagnóstico diferencial de las faringoamigdalitis. *Medicine*. 2010;10(58):4015-8.

**COADYUVANTE A  
TRATAMIENTOS  
FARMACOLÓGICOS**



# RINOSINUSITIS U OBSTRUCCIÓN NASAL

AUTOR:

**Dr. Xavier Lao Luque**

Jefe de Servicio ORL Hospital Universitario Mútua de Terrassa (Barcelona)

## RESUMEN

**Paciente de 37 años, sin alergias** medicamentosas conocidas. Fumador de 15 cigarrillos/día. No presenta antecedentes patológicos de interés. Refiere que hace 20 días sufrió cuadro clínico compatible con **rinosinusitis, taponamiento nasal, cefalea fronto-maxilar, rinorrea purulenta y malestar general, sin fiebre**. Hizo **tratamiento con amoxicilina y paracetamol**, con cierta mejoría, pero **sin resolución completa** del cuadro. Explica que cada invierno tras un catarro desarrolla una rinosinusitis con recurrencias durante todo el invierno. La fibroscopia nasal objetiva una mucosa nasal hiperémica, hipertrofia de cornetes, salida de moco-pus por meato medio; septum correcto.

Se le pide **TC de fosas y senos paranasales** y se inicia **tratamiento empírico con moxifloxacino, corticoides durante 7 días e IMUNOGLUKAN® P4H como adyuvante** y preventivo durante 3 meses. A los 15 días acude a **control con una gran mejoría** y una endoscopia nasal prácticamente normal. El TC muestra una hipertrofia de las paredes de ambos senos maxilares y ocupación parcial de las celdas etmoidales anteriores. Se le informa que, con la intención de evitar o disminuir las recurrencias, sería **importante continuar con IMUNOGLUKAN® P4H durante los meses de invierno** según la pauta de 2 cápsulas por la mañana en ayunas.

## PALABRAS CLAVE

Rinosinusitis crónica. **IMUNOGLUKAN® P4H**

## INTRODUCCIÓN

La rinosinusitis crónica (RSC) es actualmente una de las patologías de mayor prevalencia de nuestra sociedad, afecta al **8-10% de la población**, con un gran impacto en la calidad de vida<sup>1</sup>. Se caracteriza por la **persistencia de la inflamación y fibrosis subepitelial de la mucosa nasal y sinusal**. Se pone en duda la participación bacteriana primaria y en cambio se aceptan cada vez más las teorías alérgicas, inmunológicas, así como las alteraciones anatómicas (dismorfia septal, concha bullosa etc.). A menudo los catarros de vías altas con rinitis importante asociada favorecen el desarrollo de sinusitis que en determinadas condiciones puede cronificar (Tabla I). Se define la RSC

como una rinosinusitis que dura más de 20 días o bien las que recurren varias veces en un intervalo de meses.

Los síntomas rinosinuales tales como obstrucción nasal, rinorrea anterior y posterior, dolor facial, estornudos, tos y anosmia no son tan floridos como en los procesos agudos. Es importante descartar poliposis nasosinusal asociada.

**Para el diagnóstico** es primordial una **anamnesis y examen físico correcto, incluyendo una endoscopia nasal**, así como **pruebas de imagen** con TC senos sin contraste<sup>2</sup>.

Respecto al tratamiento existe controversia en cuanto al uso de antibióticos. En el caso de ser necesarios se aconseja amoxicilina-clavulánico o moxifloxacino. El uso de corticoides, antihistamínicos, mucolíticos, irrigaciones salinas, así como inmunoreguladores se han mostrado muy útiles en el tratamiento de la RSC. Se reserva la cirugía para aquellos casos no controlables médicamente<sup>1</sup>.

- **Tabaquismo pasivo**
- **Dismorfismo facial**
- **Atresia unilateral coanas**
- **Dismorfia septal**
- **Pólipos**
- **Cuerpo extraño**
- **Tumor cavum**
- **Inmunodeficiencia**
- **Síndrome cilios inmóviles**
- **Fibrosis quística de páncreas**
- **Granulomatosis de Wegener**
- **Reflujo gastroesofágico**
- **Rinitis alérgica**
- **Asma**

Tabla I. Diagnóstico diferencial de la rinosinusitis crónica

## DISCUSIÓN

**Las infecciones víricas de vías respiratorias altas**, las **rinitis alérgicas**, alteraciones inmunológicas y las **alteraciones anatómicas predisponen**, sobre todo en

la época otoño-invernal, a **sufrir rinosinusitis, muchas veces crónica**. Se trata de una patología que afecta tanto a adultos como a niños que cuando es recurrente produce una disminución de la calidad de vida y que no está exenta de complicaciones. Como se ha dicho muchas veces viene precedida de cuadros virales en

pacientes con algunas carencias inmunológicas. Es por ello por lo que en estos casos la incorporación de **IMUNOGLUKAN® P4H** en el arsenal terapéutico es de **gran ayuda para el éxito del tratamiento y control de las recurrencias**<sup>3</sup>.

## CONCLUSIONES

- La **RSC recurrente es frecuente tanto en niños como adultos** y produce una disminución en la calidad de vida de los pacientes y no está exenta de complicaciones severas.
- Son más frecuentes en invierno y durante los cambios estacionales.
- La alergia, alteraciones inmunológicas y catarros virales la predisponen.
- No está claro que el uso de antibióticos esté indicado, aunque en casos sobreagudizados sí sería aconsejable.
- **IMUNOGLUKAN® P4H** se ha mostrado **útil en el tratamiento** y para evitar las recurrencias, con lo que puede mejorar la calidad de vida de los pacientes y evitar complicaciones<sup>3</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

**1.** Jofré P., David; Pardo J., Javiera; Finkelstein K., Andrés. Tratamiento médico de la rinosinusitis crónica / Medical treatment of chronic rhinosinusitis: literature review. Rev. otorrinolaringol. cir. cabeza cuello ; 2009;69(2): 169-184. **2.** Benninger M, Anon J, Mabry R. The Medical management of rinosinusitis. Otolaryngology Head and Neck Surgery;1997; 117(3):41-49. **3.** Jesenak M, Majtan J, Rennerova Z, Kyselovic J, Banovcin P. Immunomodulatory effect of pleuran ( $\beta$ -glucan from *Pleurotus ostreatus*) in children with recurrent respiratory tract infections. Int Immunopharmacol. 2013 Feb;15(2):395-9. doi: 10.1016/j.intimp.2012.11.020.

# PAUTA CORTA DE ANTIBIÓTICO EN CONJUNTO CON IMUNOGLUKAN® P4H

AUTOR:

**Dr. Victor R Figueredo Lapi**

Médico adjunto. Departamento de Otorrinolaringología. Centro Médico Teknon (Barcelona)

## RESUMEN

Se presenta un caso clínico de una **paciente con historia de sinusitis a repetición en el contexto de un episodio agudo**. En el cuál siguiendo las recomendaciones internacionales de utilizar pautas cortas de antibiótico se indican amoxicilina /ac. clavulánico 875/125mg cada 12 horas por 5 días + **IMUNOGLUKAN® P4H** 1 cápsula cada 12 horas por 2 meses + lavados nasales con suero salino cada 8 horas por 15 días + ebastina 10 mg al día por 15 días. A propósito de este caso de una paciente con antecedentes de rinitis e infecciones a repetición se decidió no solo pautar un ciclo corto sino potenciarlo en su fase aguda y de mantenimiento con los betaglucanos de **IMUNOGLUKAN® P4H** que permitieran modular positivamente la respuesta de la paciente. Al cabo de 5 días había ausencia completa de los síntomas nasales, así como de la fiebre, con un control nasofibrosκόpico normal, y no hubo efectos adversos gastrointestinales o ginecológicos. En su control de los 3 meses no hubo reaparición ni nuevos episodios de sinusitis incluso en los meses de inviernos. En conclusión, **una terapia más corta de antibióticos potenciada con IMUNOGLUKAN® P4H podría ser efectivo para el tratamiento de las infecciones en ORL**.

## PALABRAS CLAVE

Antibiótico, **IMUNOGLUKAN® P4H**, infecciones en ORL, betaglucanos, resistencia bacteriana.

## INTRODUCCIÓN

Se trata de **paciente mujer de 26 años quien consulta por presentar episodios recurrentes de sinusitis aguda** quien desde hace 4 días **refiere rinorrea amarillenta, cefalea, bloqueo nasal, malestar general y fiebre** cuantificada en 38,5 grados, ha tomado antihistamínicos orales y paracetamol con escasa mejoría.

Antecedentes personales: **rinitis alérgica** a los ácaros. **Amigdalectomía en la infancia**.

## EXPLORACIÓN

Oídos escasa secreción retrotimpánica sin signos de congestión aguda bilateral. Nariz septum central,

cornetes hipertróficos, abundante rinorrea amarillenta bilateral a predominio derecho, mucosa hiperémica. Boca y oro faringe mucosa eritematosa sin otras alteraciones. Cuellos sin alteraciones.

Nasofibroscoopia: septum central, cornetes hipertróficos, descarga purulenta de ambos antros maxilares a predominio derecho.

**Diagnóstico: Rinosinusitis aguda maxilar bilateral.**

(Imagen 1)



Imagen 1. Nasofibroscoopia

Tratamiento: se indica amoxicilina/ac. Clavulánico 875/125mg cada 12 horas por 5 días + **IMUNOGLUKAN® P4H** 1 cápsula cada 12 horas por 2 meses + lavados nasales con suero salino cada 8 horas por 15 días + ebastina 10 mg al día por 15 días.

## DISCUSIÓN

**La mayoría de las infecciones bacterianas se pueden tratar con menos efectos secundarios para el paciente**, reduciendo el riesgo de resistencia bacteriana, especialmente tomando en cuenta en pacientes con infecciones recurrentes, con ciclos mucho más cortos de lo habitual. Y las recomendaciones de las sociedades de infectología a nivel mundial así lo recomiendan, **aunque en nuestra práctica clínica sea poco habitual**<sup>1</sup>.

En la revisión realizada por Spellberg<sup>2</sup>, donde se realiza una revisión de más de 40 ensayos clínicos aleatorizados, se compararon ciclos cortos y ciclos tradicionales para una variedad de infecciones



bacterianas donde quedó en evidencia que los ciclos cortos son tan efectivos como los tradicionales más largos, e incluso con mejores estimaciones puntuales del éxito clínico, menos efectos adversos y menos resistencia bacteriana.

Con una evidencia científica tan sólida se podría pensar que para el año 2022 este sería el estándar de oro a nivel mundial, de Europa y de España, sin embargo, según la revisión realizada por Spellberg<sup>2</sup>, solo 1 de cada 3 médicos especialistas en enfermedades infecciosas en muchos países prescribe ciclos cortos, no hay data sobre otras especialidades como la Otorrinolaringología<sup>1-2</sup>.

Asimismo, **en el año 2020**, en el Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, **se publicó un estudio de novedades en la duración del tratamiento con antibióticos donde en efecto para una sinusitis aguda**

**no complicada, la pauta ideal es 5 días para adultos con amoxicilina con o sin ácido clavulánico**<sup>3</sup>.

A propósito de este caso de una **paciente con antecedentes de rinitis e infecciones a repetición** se decidió no solo **pautar un ciclo corto sino potenciarlo** en su fase aguda y de mantenimiento con los betaglucanos de **IMUNOGLUKAN® P4H** que permitieran modular positivamente la respuesta de la paciente<sup>4-5</sup>.

Al cabo de 5 días, había ausencia completa de los síntomas nasales, así como de fiebre, con un control nasofibrosópico normal, y no hubo efectos adversos gastrointestinales o ginecológicos.

En su control de los 3 meses no hubo reaparición ni nuevos episodios de sinusitis incluso en los meses de invierno.

## CONCLUSIONES

**El uso combinado de una pauta corta potenciada con el efecto del IMUNOGLUKAN® P4H, permite resolver en cuadro infeccioso más rápidamente,** sumado al efecto protector y preventivo a mediano plazo en las infecciones respiratorias altas de los pacientes.

A su vez, se **disminuyen los efectos adversos de los antibióticos** a los pacientes y se reduce la resistencia bacteriana, especialmente en pacientes que realizan infecciones a repetición. Se requiere de estudios adicionales para demostrar esta asociación.

## BIBLIOGRAFÍA

**1.** Wald-Dickler N, Spellberg B. Terapia con antibióticos de corta duración: reemplazo de las unidades de Constantine por “cuanto más corto, mejor”. Clin Infect Dis. 1 de noviembre de 2019; 69(9): 1476-1479. **2.** Spellberg B. El nuevo mantra antibiótico: “cuanto más corto, mejor”. JAMA Intern Med 2016; 176:1254-5. **3.** Spellberg B. El mantra antibiótico en maduración: “cuanto más corto, mejor”. J Hosp Med 2018; 13:361.362. **4.** Marlene Álvarez Martins, Montserrat Giménez Pérez, Esteban Reynaga, Lydia Carabias Ané, Josep M Mòdol Deltell. Novedades en la duración recomendada de los tratamientos antibióticos. Terapéutica en Aps. Mayo 2020;27(5): 247-253. **5.** Vetvicka , J. Vetvickova. Efectos fisiológicos de diferentes tipos de β-glucano Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc República Checa, 151 (2) (2007), pp. 225-231.



# AUTOVACUNA BACTERIANA EN CONJUNTO CON IMUNOGLUKAN® P4H

AUTOR:

**Dr. Victor R Figueredo Lapi**

Médico adjunto. Departamento de Otorrinolaringología. Centro Médico Teknon (Barcelona)

## RESUMEN

En este caso se trata de un **paciente varón** quien **desde la infancia ha tenido múltiples episodios de otitis media aguda**, que **ha ameritado la colocación de drenajes transtimpánicos** y que a pesar de esto **persiste con los episodios de otitis media aguda**, consultado en el último con otorrea y fiebre. En este caso se plantea una nueva estrategia terapéutica, con amoxicilina -/ac. Clavulánico 90mg/kg/día cada 12 horas por 7 días + 1 cápsula de **IMUNOGLUKAN® P4H** cada 12 horas por 3 meses + 2 gotas óticas de ciprofloxacina/flucinolona 3mg/2,25mg cada 12 horas 7 días y tomando muestra para cultivo, administrar 2 aplicaciones autovacuna bacteriana sublingual durante 3 meses y medio en ayunas al finalizar el antibiótico, así como no mojar los oídos en agua. El seguimiento a la semana fue excelente con resolución completa que se sostuvo por los siguientes 3 meses. **La alta efectividad de las autovacunas potenciadas con el efecto de activación directa del sistema inmune a nivel intestinal por IMUNOGLUKAN® P4H se pensó como la dupla ideal para las infecciones a repetición y más aquellas que ya han ameritado una resolución quirúrgica siendo una dupla altamente efectiva.**

## PALABRAS CLAVE

Otitis media aguda, autovacuna bacteriana, **IMUNOGLUKAN® P4H**, drenajes transtimpánicos.

## INTRODUCCIÓN

Se trata de **paciente varón de 12 años** quien desde hace 5 años presenta **episodios recurrentes de otitis media aguda** en más de 6 al año, se le han colocado en otro centro 2 drenajes transtimpánicos derechos, con reaparición de los episodios desde hace 6 meses.

El día de hoy acude por presentar desde hace 48 horas otalgia derecha, otorrea amarillenta y fiebre de 39 grados. (Imagen1)

*Antecedentes personales:*

apendicectomía hace 1 año. **Amigdalectomía** más **adenoidectomía** a los 4 años, **drenajes transtimpánicos** derechos a los 7 y 10 años.



Imagen 1

## EXPLORACIÓN

*Examen físico:* Oídos: en el oído derecho conducto con restos de otorrea amarillenta que se aspira y se toma muestra para cultivo, logrando ver tímpano eritematoso, congestivo con múltiples áreas de timpanoesclerosis, con secreción purulenta retrotimpánica y pequeña perforación anteroinferior de 10%. Nariz: escasa rinorrea hialina. Boca y of: faringe sin alteraciones

*Diagnóstico:*

1. Otitis media aguda derecha
2. Perforación timpánica derecha

Tratamiento: se indicó amoxicilina -/ac.Clavulánico 90mg/kg/día cada 12 horas por 7 días + 1 cápsula de **IMUNOGLUKAN® P4H** cada 12 horas por 3 meses + 2 gotas óticas de ciprofloxacina/flucinolona 3mg/2,25mg cada 12 horas 7 días + autovacuna sublingual (dos pulsaciones 30 minutos antes del desayuno una vez al día por 3 meses y medio al finalizar antibiótico) y no mojarse los oídos con agua.

El **seguimiento a la semana fue excelente con resolución completa** que se sostuvo por los siguientes 3 meses.

## DISCUSIÓN

El lisado bacteriano polivalente (PBL) es una vacuna inmunoestimulante oral que consiste en lisados bacterianos estandarizados obtenidos por lisis de diferentes cepas de bacterias. Las autovacunas se preparan individualmente en función de los resultados de los frotis obtenidos del paciente.<sup>1-3</sup>

En un estudio de Zagólsk y col. se observó que la reducción del recuento bacteriano en los participantes colonizados con *Streptococcus pneumoniae* fue significativa después de la autovacuna ( $p < 0,001$ ) y placebo ( $p < 0,01$ ). La reducción del recuento bacteriano de otras cepas de estreptococos  $\beta$ -hemolíticos después del tratamiento con la autovacuna fue significativa ( $p < 0,01$ ) y no significativa después del placebo.<sup>4</sup>

La alta efectividad de las autovacunas potenciadas con el efecto de activación directa del sistema inmune a nivel intestinal por **IMUNOGLUKAN® P4H** se pensó como la dupla ideal para las infecciones a repetición y más aquellas que ya han ameritado una resolución quirúrgica siendo una dupla altamente efectiva.

 **CONCLUSIONES**

**La asociación de las autovacunas con IMUNOGLUKAN® P4H parece ser bastante efectiva en conjunto**, aunque se requerirán de más estudios

para identificar su efectividad, estos por sus mecanismos de acción tienen un papel bastante claro en las infecciones recurrente

## BIBLIOGRAFÍA

**1.** Zagolski O, et al. Efectividad del lisado bacteriano polivalente y las autovacunas contra la colonización bacteriana del tracto respiratorio superior por patógenos potenciales: un estudio aleatorizado. *Med Sci Monit.* 2015; 21: 2997-3002. **2.** Dhakal R, Sujatha S, Parija SC, Bhat BV. Colonización asintomática del tracto respiratorio superior por patógenos bacterianos potenciales. *Indio J Pediatr.* 2010; 77 :775-78. **3.** Lanzilli G, Falchetti R, Tricarico M, et al. Efectos in vitro de un lisado bacteriano inmunoestimulante sobre la función de los linfocitos humanos. *Int J Immunopathol Pharmacol.* 2005; 18 :245-54. **4.** Jareoncharsri P, Bunnag C, Tunsuriyawong P, et al. Un estudio prospectivo de etiqueta abierta de un lisado bacteriano polivalente oral (Luivac) en el tratamiento de infecciones recurrentes del tracto respiratorio en pacientes tailandeses. *Inmuno alergénico asiático Pac J.* 2003; 21 :223-30.



# Imunoglukan® P4H

## APOYO A LARGO PLAZO Y ENTRENAMIENTO DE LA INMUNIDAD



Refuerzo de las defensas



Prevención de las infecciones respiratorias de repetición



Prevención de las sobreinfecciones



Convalecencia



Estrés y agotamiento físico y mental



Especial desgaste del organismo



113643/00 - 09/2023



[www.imunoglukan.es](http://www.imunoglukan.es)

INFORMACIÓN DESTINADA AL PROFESIONAL DE LA SALUD