

TEMA 13.- RINITIS AGUDAS Y CRÓNICAS

Las rinitis se caracterizan por uno o más de los siguientes síntomas:

- Congestión nasal
- Rinorrea
- Estornudos
- Picor

Generalmente se asocian a inflamación, pero algunas formas de rinitis, como la vasomotora y la atrófica, no tienen predominio inflamatorio. Con frecuencia, las rinitis se acompañan de síntomas oculares, faríngeos y óticos.

CLASIFICACIÓN

Las rinitis se clasifican en:

Alérgicas:

Estacional

Perenne

Episódica

No alérgicas:

Vasomotora

Infeciosa:

Aguda

Crónica

Rinitis no alérgica eosinofílica (NARES)

Ocupacional

Hormonal

Inducida por fármacos

Atrófica

Asociada a enfermedades inflamatorias: Granulomatosis, Sarcoidosis, amiloidosis, Churg Strauss.

En el diagnóstico diferencial hay que considerar otras patologías que puede presentar síntomas parecidos: poliposis nasosinusal, fístulas de líquido cefalorraquídeo, síndrome de discinesia ciliar y alteraciones mecánicas como la desviación septal.

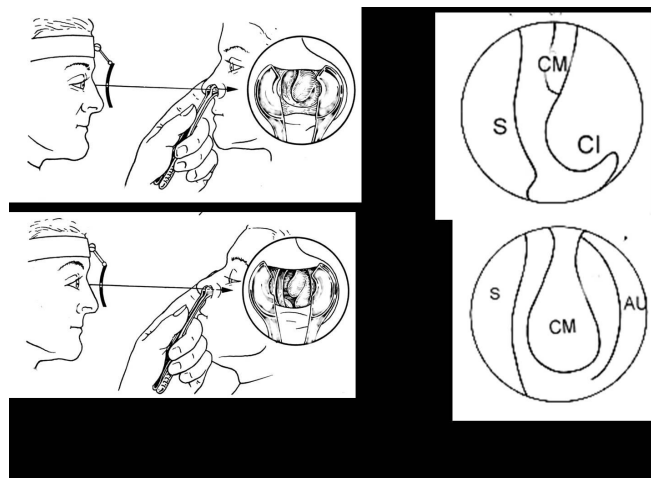
RINITIS ALÉRGICA

La rinitis alérgica afecta entre el 10 y el 30% de los adultos y el 40% de los niños. La relación de rinitis alérgica a no alérgica es de 3:1, aunque muchos pacientes (40-80%) tienen rinitis mixtas, alérgica y no alérgica.

La rinitis alérgica se caracteriza por una reacción inmunológica mediada por IgE ante la presencia de determinadas sustancias, los alérgenos.

La sintomatología puede presentarse sólo en una estación concreta del año (estacional), o de forma perenne con exacerbaciones estacionales (perenne). Además, puede presentarse en episodios, según la exposición al alérgeno (episódica).

En la infancia es más frecuente en niños, mientras que en la edad adulta es más frecuente en mujeres. Es raro que la sensibilización comience antes de los 6 meses de edad, pero puede empezar entre los 6 meses y los dos años. Los síntomas de rinitis alérgica estacional no suelen desarrollarse hasta los 2-7 años de edad. En niños y adolescentes es más frecuente la forma estacional, pero en adultos es más prevalente la perenne.



RINITIS VASOMOTORA

La rinitis vasomotora es un tipo de rinitis no alérgica que puede presentarse de forma episódica o perenne. Los pacientes tienen síntomas nasales crónicos sin causa inmunológica ni infecciosa y sin eosinofilia nasal. El mecanismo fisiopatológico concreto no se conoce. Cuando la rinorrea es el síntoma predominante, parece que se debe a un aumento de la sensibilidad glandular a los agentes colinérgicos. Si el síntoma predominante es la obstrucción, parece que habría neuronas nociceptivas con alta sensibilidad a los cambios de temperatura, humedad, irritantes del aire, aire frío, ejercicio o bebidas alcohólicas.

RINITIS INFECCIOSA AGUDA

La infección respiratoria de vías altas es el factor predisponente más importante para la sinusitis bacteriana. La infección viral constituye el 98% de las rinitis infecciosas agudas. En los casos de rinitis aguda viral, no complicada, se recomienda observación durante 7-10 días hasta su resolución espontánea. La rinitis aguda bacteriana se caracteriza porque los síntomas persisten más de 7-10 días. Los cultivos rutinarios no tienen valor diagnóstico.

En niños puede ser difícil diferenciar una rinitis alérgica de una adenoiditis o de una rinosinusitis infecciosa.

RINITIS NO ALÉRGICA EOSINOFÍLICA (NARES)

Los pacientes con NARES tienen exacerbaciones paroxísticas de síntomas de rinitis. Típicamente, tienen mediana edad. Se caracteriza por un gran número de eosinófilos en el moco nasal. Su etiología es desconocida. En algunos casos preceden el desarrollo de una poliposis nasal.

RINITIS OCUPACIONAL

La rinitis ocupacional puede estar desencadenada por factores alérgicos o por factores irritantes (productos químicos, ozono...). Con gran frecuencia coexiste con asma ocupacional. Habitualmente, hay un periodo de latencia asintomática que puede durar semanas o años.

RINITIS HORMONAL

Los síntomas de rinitis durante el embarazo y el ciclo menstrual, se consideran inducidos por las alteraciones hormonales.

La rinitis del embarazo se define como una rinitis sin causa infecciosa, alérgica ni medicamentosa que comienza antes de la semana 34 de gestación, persiste hasta el parto y desaparece completamente en las dos semanas posteriores al parto.

RINITIS POR FÁRMACOS

Los fármacos antihipertensivos inhibidores del ECA, los alfa agonistas usados en la hiperplasia benigna de próstata y los inhibidores de la fosfodiesterasa usados en la disfunción eréctil pueden producir rinitis. Además, la aspirina y otros antiinflamatorios no esteroideos pueden producir rinorrea.

Se define rinitis medicamentosa como la que se desencadena por el uso prolongado y repetido de descongestionantes nasales tópicos, como la oximetazolina o la fenilefrina. El uso de cocaína puede producir una rinitis similar. Los pacientes desarrollan efecto rebote, taquifilaxia, se pierden células ciliadas y, en ocasiones, puede aparecer una perforación septal. El tratamiento consiste en suspender el uso de los vasoconstrictores nasales y aplicar un corticoide tópico hasta que se resuelvan los síntomas. En ocasiones, hay que administrar un curso corto de corticoides orales.

RINITIS ATRÓFICA

La rinitis atrófica idiopática es un cuadro crónico que se caracteriza por una atrofia progresiva de la mucosa nasal que se manifiesta con la presencia de costras, sequedad y fetidez.

Las fosas nasales son muy amplias. Se conoce como el síndrome de la nariz vacía.

La rinitis atrófica también puede ser secundaria a rinosinusitis crónica o cirugías nasales.

El tratamiento se basa en los lavados nasales con suero fisiológico, aunque en ocasiones hay que utilizar antibióticos tópicos o sistémicos.

POLIPOSIS NASAL

La poliposis nasal puede coexistir con la rinitis alérgica, pero no está establecido que ésta sea causa de poliposis. La poliposis nasal tiene una prevalencia del 2-4% y suele presentarse por encima de los 40 años. El 13-40% de los pacientes con poliposis tienen intolerancia a la aspirina y asma (triada ASA, Sind Widal, triada de Samter).



El tratamiento de la poliposis nasal consiste en la administración de esteroides locales, aunque en ocasiones hay que recurrir a tandas de corticoides orales para conseguir efectividad con el tratamiento tópico. En casos de obstrucción nasal severa se recurre a la cirugía para extirpar los pólipos.

SÍNDROMES DE DISFUNCIÓN CILIAR

Los síndromes de disfunción ciliar provocan un aclaramiento ciliar ineficaz. Entre ellos se encuentran: la discinesia ciliar primaria o síndrome del cilio inmóvil, que es de origen genético, y la disfunción ciliar secundaria, que es más frecuente y puede estar producida por infecciones agudas o crónicas, cirugías nasales o irritantes.

Los pacientes con discinesia ciliar primaria pueden tener otitis, rinitis y sinusitis recurrentes, tos crónica, pólipos nasales, asma que no responde a tratamiento y bronquiectasias. El 50%, aproximadamente, padecen situs inversus (sínd de Kartagener).

El diagnóstico se realiza mediante biopsia y microscopía electrónica, aunque el screening puede realizarse con el test de sacarina.

DIAGNÓSTICO

Historia clínica. Es el elemento fundamental del diagnóstico. Debe incluir la forma de presentación, cronicidad, estacionalidad y estímulos que desencadenan la respuesta nasal y los síntomas. También es importante la historia familiar, los medicamentos que está tomando el

paciente, la exposición a agentes según la ocupación laboral y una detallada historia del ambiente en que vive el sujeto.

Exploración física. La exploración física debe prestar especial atención a la vía respiratoria superior buscando también signos acompañantes de disfunción tubárica, sinusitis crónica, pólipos nasales, conjuntivitis, asma o dermatitis atópica.

La exploración nasal y orofaríngea puede llevarse a cabo directamente y con nasofibroscopio.

Determinación de IgE. La determinación de IgE mediante test cutáneos está indicada para aportar evidencia del origen alérgico de los síntomas del paciente, para confirmar el diagnóstico de sospecha y para comprobar la sensibilidad a un agente específico y poder así evitar su



exposición o realizar inmunoterapia. El número de pruebas cutáneas y los alergenos utilizados dependen de la historia clínica. La facilidad y rapidez de la realización de test cutáneos (prick test), su bajo coste y su alta sensibilidad, hacen de ellos un método más adecuado que las pruebas in vitro, para

determinar la presencia de anticuerpos IgE. Sin embargo, la determinación en sangre de IgE específica está indicada en determinadas situaciones como en lesiones cutáneas extensas, tratamiento con antihistamínicos que no pueden suspenderse, pacientes poco colaboradores o cuando la historia es muy sugerente de posible reacción anafiláctica a las pruebas cutáneas. Para dar significación al resultado positivo en las pruebas alérgicas, los alergenos deben estar relacionados con la historia y los hallazgos de la exploración física.

Pruebas de imagen. La radiografía simple no está indicada. La tomografía computerizada y la resonancia magnética están indicadas en casos de sospecha de complicaciones o comorbilidades.

Rinometría y rinomanometría. Rinometría y rinomanometría son complementarias para valorar de manera objetiva el grado de congestión nasal y la severidad de deformidades anatómicas.

Provocación nasal. Pueden utilizarse para comprobar la sensibilización a un alérgeno. Con una dosis se puede comprobar la reactividad nasal mientras que con dosis incrementales se puede valorar la sensibilidad.

Citología nasal. No está recomendado hacer rutinariamente un frotis nasal para el diagnóstico de rinitis alérgica, pero una presencia de eosinófilos mayor del 10% en el exudado nasal hace sospechar una rinitis alérgica en pacientes con test cutáneos negativos e historia muy sugerente. Unas pruebas alérgicas negativas con una presencia mayor del 5% de eosinófilos en el frotis nasal apoya el diagnóstico de NARES. Debe realizarse el frotis en ambas fosas nasales. La presencia de neutrófilos sugiere infección viral o bacteriana.

Test de sacarina y biopsia ciliar. El test de la sacarina para el aclaramiento ciliar puede realizarse en la consulta, pero tiene una utilidad limitada al cribado de pacientes. El diagnóstico definitivo de una discinesia ciliar primaria se realiza mediante biopsia del cornete inferior y microscopía electrónica.

TRATAMIENTO

El tratamiento debe estar individualizado en función de la edad, frecuencia, severidad y tipo de síntomas, patrón de exposición a alérgenos y comorbilidades. La educación del paciente es importante para mejorar la adherencia y el resultado del tratamiento. Transmitir información respecto la cronicidad de la enfermedad, el resultado real de los tratamientos, los cambios ambientales que deben realizarse y los métodos apropiados de administrar la medicación, sus beneficios y efectos secundarios y comorbilidades, pueden mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Medidas ambientales. El éxito de las medidas de control ambiental viene determinado por la mejoría clínica y la reducción en medicación y no por la disminución de concentración de los alérgenos. Las medidas físicas de protección a la exposición a pólenes, hongos, polvo, animales, irritantes, son el primer escalón de tratamiento de las rinitis.

Tratamiento farmacológico. La selección del medicamento adecuado para cada paciente depende de varios factores: el tipo de rinitis, el síntoma principal, la severidad y la edad.

Los antihistamínicos de segunda generación (cetirizina, levocetirizina, loratadina, fexofenadina, azelastina, desloratadina...) son preferibles a los de primera generación (clorfeniramina, difenhidramina, hidroxicina, prometacina...) para el tratamiento de las rinitis alérgicas, ya que producen menos sueño y menos efectos secundarios anticolinérgicos. Sin embargo, el efecto anticolinérgico mayor de los de primera generación puede explicar que controlen mejor la

rinorrea. Ningún antihistamínico concreto se ha mostrado superior en eficacia respecto a los otros. Aunque se pueden emplear de forma intermitente en las rinitis alérgicas episódicas, para las estacionales y perennes deben utilizarse de forma continua mientras exista exposición al alérgeno.

Los antihistamínicos intranasales han demostrado eficacia igual o superior a los orales de segunda generación en el tratamiento de la rinitis alérgica estacional. También son efectivos para disminuir la congestión en rinitis no alérgica, pero suelen ser menos efectivos que los corticoides tópicos.

Los descongestionantes por vía oral (pseudoefedrina) son efectivos en rinitis alérgica y no alérgica, pero tienen efectos secundarios, como insomnio, pérdida de apetito, irritabilidad y palpitations. Deben emplearse con precaución en pacientes con enfermedades cardiovasculares, hipertiroidismo, glaucoma de ángulo estrecho y obstrucción del cuello vesical. Son bien tolerados por niños mayores de 6 años, pero en menores de esta edad pueden tener efectos secundarios muy importantes (taquiarritmias, insomnio, psicosis, ataxia...)

Los descongestionantes tópicos (fenilefrina, oximetazolina) producen vasoconstricción y disminuyen el edema pero no actúan en la respuesta inmunológica. No se recomienda su uso continuado porque pueden producir rinitis medicamentosa. No tienen efecto sobre el picor, los estornudos ni la rinorrea.

Los corticoides tópicos son los medicamentos más efectivos para el tratamiento de la rinitis alérgica. La respuesta clínica no es muy diferente entre los distintos corticoides disponibles. Su efecto comienza entre las 3-12 horas. También son efectivos en el tratamiento de la rinitis vasomotora y NARES. Además, mejoran los síntomas oculares asociados a la rinitis alérgica. A las dosis recomendadas no suelen tener efectos sistémicos en niños ni adultos, no afectan el eje adrenal hipotálamo hipofisario, la presión ocular, la formación de cataratas ni la densidad ósea. Los efectos secundarios locales de los corticoides tópicos son poco frecuentes, e incluyen irritación, hemorragia y perforación septal, y pueden disminuirse con la correcta administración.

En ocasiones hay que recurrir a tratamientos cortos de corticoides orales durante unos días en casos de rinitis rebeldes al tratamiento y poliposis nasosinuales.

El cromoglicato sódico tópico, como inhibidor de la degranulación de los mastocitos, es efectivo en la prevención de los síntomas.

El bromuro de ipratropio tópico es un anticolinérgico eficaz en la reducción de la rinorrea en todo tipo de rinitis. No tiene efectos adversos en la fisiología nasal (aclaramiento mucociliar,

olfato...) y tiene una baja incidencia de epistaxis y sequedad nasal. Puede emplearse junto a antihistamínicos y corticoides tópicos para controlar la rinorrea.

Los antileukotrienos son útiles en el tratamiento de la rinitis alérgica perenne y estacional. Pueden añadirse a los antihistamínicos y pueden tener efecto aditivo. Esta combinación puede ser una alternativa para los pacientes que no responden a corticoides tópicos o no siguen las pautas de administración. El montelukast tiene un perfil muy seguro y puede administrarse desde los seis meses de edad. Mejora la rinitis y el asma, procesos que coexisten en el 40% de pacientes con rinitis alérgica. Puede asociarse a antihistamínicos de segunda generación para proteger la función pulmonar en pacientes con rinitis alérgica estacional.

El suero salino isotónico e hipertónico se ha usado también para reducir los síntomas de rinitis, de forma aislada o asociado a otras medidas. Tiene beneficio para los pacientes y mínimos efectos secundarios.

Inmunoterapia. La inmunoterapia es efectiva en el tratamiento de la rinitis alérgica y sus beneficios permanecen durante años. Puede prevenir la sensibilización a nuevos alérgenos y reduce el riesgo de desarrollar asma. Debe considerarse en pacientes con rinitis alérgica con anticuerpos IgE específicos a alérgenos relevantes. No hay limitación de edad para aplicarla. Está contraindicada en casos de asma no controlado y severo y enfermedad cardiovascular importante o inestable. Deben extremarse las precauciones si se administra junto a fármacos betabloqueantes, porque éstos dificultan el tratamiento de las reacciones sistémicas graves relacionadas con la inmunoterapia. Si después de un año de inmunoterapia no hay mejoría conviene replantearla. Si la inmunoterapia es efectiva debe continuarse durante tres años o más. La decisión de suspenderla debe ser individualizada ya que no hay ninguna prueba específica para poder distinguir los pacientes que recaerán o los que seguirán en remisión.

Cirugía. La cirugía puede estar indicada para comorbilidades o problemas mecánicos que coexistan con la rinitis, como la poliposis o la desviación septal. Sus efectos pueden mejorar el paso del aire y la llegada de la medicación que se aplica tópicamente.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS RINITIS

Poliposis nasal

Factores mecánicos:

Desviación septal

Hipertrofia adenoidea

Cuerpos extraños

Tumores nasales

Atresia de coanas

Paladar hendido

Reflujo faringolaríngeo

Fístula de líquido cefalorraquídeo

Síndrome de discinesia ciliar

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Cobeta Marco, I., *Otorrinolaringología y patología cervicofacial*. 2003, Barcelona: Ars Medica. 629 p.
2. Wallace, D.V., et al., *The diagnosis and management of rhinitis: an updated practice parameter*. J Allergy Clin Immunol, 2008. **122**(2 Suppl): p. S1-84.