

RINITIS = RINOSINUSITIS

Por doctor Orlando Loaiza Ramírez
Médico Otorrinolaringólogo

La RINITIS es una enfermedad inflamatoria de la mucosa de las fosas nasales y de los senos paranasales.

Actualmente, se considera que la RINITIS es en realidad una RINOSINUSITIS, pues la estructura anatómica de la nariz y de los senos paranasales comparte los mismos espacios; además, está tapizada de la misma mucosa respiratoria, con su aparato ciliar común y con funciones respiratorias complementarias: la filtración, la humidificación y el calentamiento del aire además de la función inmunológica con respecto a la identificación de moléculas extrañas, y la función de resonancia con respecto a la voz. Enfermedades relacionadas como la rinitis, la sinusitis, la hipertrofia de cornetes, la poliposis rinosinusal, la otitis, y el asma, las identifican más aún.

La RINOSINUSITIS es una enfermedad crónica muy común, tanto en la consulta médica general como en la otorrinolaringológica y alergológica. Sus síntomas son rinorrea, congestión, prurito y estornudos, y a veces se acompaña de dolor facial y ronquido.

La prevalencia en Estados Unidos es del 16%, y en Colombia algunos estudios revelan prevalencias desde el 12% en población general, hasta el 30% en población alérgica. En Bogotá, entre el 30 y el 40% de la población presenta síntomas de RINITIS. Tiene altos costos sociales, pues entre el 30 y el 60% de los pacientes con RINOSINUSITIS permanecen con tratamiento médico alrededor de 20 semanas al año. El compromiso de forma importante la calidad de vida, pues produce inasistencia escolar y laboral, afecta el sueño normal disminuyendo la capacidad de concentración, lleva a irritabilidad y alteraciones del comportamiento y la dinámica intrafamiliar.

Se relaciona la RINOSINUSITIS con diversos factores: estacionales según la zona geográfica, ambientales alérgicos y ocupacionales como el polvo casero, los pólenes y algunos alimentos. Factores ambientales no alérgicos como el clima cambiante, el tabaco, los olores fuertes, el alcohol, el uso de otras drogas ilícitas, los vasoconstrictores locales y otros fármacos, la contaminación por ozono, bióxido de sulfuro y monóxido de carbono. Factores emocionales, hormonales y el embarazo.

Genéticamente se considera que hay 50% de posibilidades de sufrir alergia si se tiene un padre atópico, y hasta 90% si son los dos, factores personales como traumas o cirugías previas o enfermedades de los sistemas respiratorio o inmunológico, como otitis y asma, o hipersensibilidad a medicamentos como los AINES o el ácido salicílico.

La RINOSINUSITIS se clasifica etiológicamente en Alérgica, No alérgica e Infecciosa. Las RINOSINUSITIS alérgicas son del 50 al 80%. Las infecciosas virales o bacterianas del 10 al 40%. Las No alérgicas que son el 12.5% representan una gran variedad: eosinofílicas, no eosinofílicas, vasomotoras, tumorales, granulomatosas, poliposis, atróficas, por irritantes químicos o físicos, por contaminantes ambientales, por alteraciones anatómicas de tabique, cornetes y demás estructuras intranasales, y otras.

Fisiopatológicamente, el daño y la respuesta dependen de la mucosa respiratoria que tapiza por igual nariz y senos paranasales. En la RINOSINUSITIS Alérgica el alérgeno entra por vía nasal y desencadena la producción de IgE por el Linfocito B, esta IgE se une al mastocito en la mucosa nasal y también al basófilo y al eosinófilo. Cuando el alérgeno llega de nuevo se presenta la degranulación del mastocito en la mucosa nasal, liberando mediadores y citoquinas en forma rápida y de corta duración, pero horas después se produce el efecto tardío y más duradero por la degranulación de los basófilos, siendo los eosinófilos y otras células las responsables de la cronicidad de la enfermedad. Los mediadores son los responsables de los síntomas: vasodilatación por aumento de la permeabilidad vascular, estímulo de terminales nerviosas, que producen congestión y obstrucción, rinorrea, prurito y estornudos en salva. Esa mucosa alterada produce otros síntomas bucales, faríngeos, laríngeos, óticos, bronquiales, así como alteraciones del sueño y la atención.

El diagnóstico de la RINOSINUSITIS es esencialmente clínico. La anamnesis debe contener datos como edad, procedencia, ocupación y hábitos, los antecedentes personales y familiares, y la descripción de los síntomas bucales, nasales, óticos, faríngeos, laríngeos, bronquiales, así como otros trastornos como los del sueño y la atención.

El examen físico se centra especialmente en describir el estado de la cara y la nariz externa e interna, y en la cavidad oral. Facies alérgica: ojeras, pliegue palpebral extra, edema infraorbitario, respiración bucal y congestión conjuntival. El paladar ojival, las maloclusiones dentales, y la arquitectura facial. Rinoscopia anterior y posterior para ver rinorrea acuosa o purulenta, tabique, cornetes, estado de mucosa, aumento del tejido del anillo linfático de Waldeyer.

Lo primero a diferenciar son las infecciones agudas del Tracto Respiratorio Superior y las sinusitis crónicas, masas como pólipos, adenoides hipertróficas, cornetes hipertróficos, tumores, cuerpos extraños y enfermedades

granulomatosas. Además, definir si se trata de tabique desviado, atresia de coanas u otras deformidades internas de nariz, o una fístula de Líquidocefalorraquídeo traumática, infecciosa o tumoral.

Si se sospecha etiología alérgica las pruebas cutáneas son muy útiles, especialmente el Prick Test, que es de alta sensibilidad y bajo costo, aunque se interfiere con medicamentos. Las otras pruebas para determinar IgE total o específica son muy costosas y no tan sensibles, pero no se interfieren con medicamentos. El Hemograma es útil para diferenciar si la etiología es viral o bacteriana, pero tiene poco valor frente a la clínica. Los Rx simples nos pueden mostrar velamientos en procesos crónicos, pero la TAC nos ofrece mayor valor diagnóstico por que permite ver y diferenciar estructuras óseas y blandas, deformidades, pólipos, opacidades, obstrucción del complejo osteomeatal, tumores, destrucciones, invasión a o de otras áreas anatómicas. Usamos también la endoscopia para tener una visión directa de sitios de difícil acceso a la simple rinoscopia.

El tratamiento de la RINOSINUSITIS está dirigido a mejorar la calidad de vida, controlar los síntomas y restablecer la fisiología nasal y paranasal evitando y tratando las complicaciones. Además, debe prevenirse y detectarse precozmente.

Preventivamente, se debe estimular la alimentación materna que da al niño defensas suficientes los primeros meses de vida. Ambientes libres de tabaco y alergenos desde antes del nacimiento. Detectar individuos atópicos y niños en riesgo para atenderlos debidamente, lo mismo que educar a pacientes, maestros y personal médico y paramédico.

En el manejo ambiental lo primero es controlar los ácaros del polvo mediante forrado hermético de colchones y almohadas y el lavado con agua a 60º de fundas, sábanas y pijamas, pues el uso de acaricidas como el Benzoato de Bencilo aunque recomendable no es tan eficaz. Igual con el control de insectos y cucarachas, no sólo con fumigaciones sino, además, con buena disposición de residuos alimenticios y basuras.

El control de hongos requiere reducir la humedad ambiental a menos de 50% y usar funguicidas conocidos como el ácido acético o el hipoclorito de sodio. En casa de riníticos, sobretodo alérgicos no debe haber animales de pelos o plumas. Los irritantes caseros son a veces olvidados como los atomizadores, olores fuertes, tabaco, formol, ambientadores, perfumes y cosméticos. Si se conocen las épocas de polinización, se deben restringir las actividades al aire libre.

El tratamiento farmacológico está dirigido a controlar los síntomas. Los antihistamínicos llevan 50 años de uso. Sirven par controlar la rinorrea, el prurito y los estornudos, pero poco para la obstrucción nasal. Los de segunda generación no producen sedación y por ser casi todos de acción corta se suministran una o

dos veces al día, además los hay de uso tópico y sistémico. Los esteroides se usan para controlar la rinorrea, el prurito, los estornudos y la congestión nasal, de manera que actualmente son la medicación principal en las RINOSINUSITIS, sobretodo alérgicas, y se administran una o dos veces al día. Por su acción alteran el proceso inflamatorio, evitan la expresión de mediadores e inhiben la migración celular. Los esteroides y los antihistamínicos son mejores como uso profiláctico y por períodos prolongados. El cromoglicato sódico es un estabilizador de membrana que se presenta para uso tópico tres o cuatro veces por día y se prefiere a los esteroides en menores de dos años. El bromuro de ipratropio es un anticolinérgico usado para la rinorrea y viene en forma tónica.

Se usan también los descongestionantes cuya acción es vasoconstrictora sobre la mucosa y se usan solos tópicamente o combinados con los antihistamínicos por vía sistémica, pero son de cuidado por sus efectos cardiovasculares en pacientes anginosos o hipertensos. El papel del suero fisiológico como humidificante de la mucosa es muy importante porque contribuye a mantener sin costras la mucosa nasal, y permite una mejor acción de los medicamentos tónicos. Se usan antibióticos si se considera que hay infección bacteriana. La inmunoterapia consiste en suministrar dosis progresivas de alérgeno por vía SC, para lograr “desensibilizar” al paciente, alterando la historia natural de la enfermedad. Es de buena eficacia, pues se usan alérgenos específicos y se justifica en pacientes en quienes se presentan fallas en el manejo ambiental o en el tratamiento farmacológico. Debe estar controlado y supervisado por alergólogo.

La remisión al especialista debe ser para confirmar el diagnóstico, hacer un mejor examen otorrinolaringológico, ordenar y realizar pruebas diagnósticas, tratamiento inmunológico o tratamiento quirúrgico.