

Recomendaciones y algoritmos de práctica clínica de la

Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica

Rinitis

Comité de Rinoconjuntivitis

Coordinador:	Antonio Valero Santiago
Secretario:	Ana Navarro Pulido
Miembros:	Encarnación Antón Casas Carlos Colás Sanz José Conde Hernández Ignacio Dávila González Teresa Dordal Culla Beatriz Fernández Parra M. ^a Dolores Ibáñez Sandín Magdalena Lluch Bernal Víctor Matheu Delgado Javier Montoro Lacomba Carmen Rondón Segovia M. ^a Cesárea Sánchez Hernández



seaic

Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica

Rinitis

Editores

Tomás Chivato Pérez

Presidente de la Sociedad Española
de Alergología e Inmunología Clínica

Ignacio Antepara Ercoreca

Vicepresidente de la Sociedad Española
de Alergología e Inmunología Clínica

Título original: Recomendaciones y algoritmos de práctica clínica de la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica. Guía Rinitis

© 2010, SEAIC

© 2010, Equalmás 5, S. L.

ISBN Guía Rinitis: 978-84-15198-07-9

ISBN obra completa: 978-84-96989-28-3

Depósito legal:

Realizado por:

Equalmás 5, S. L.

Pasaje de la Virgen de la Alegría, 14

28027 Madrid

<http://www.luzan5.es>



Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida ni transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias o las grabaciones en cualquier sistema de recuperación de almacenamiento de información, sin el permiso escrito de los titulares del *copyright*.

Índice

Rinitis alérgica 7

Ana Navarro, Encarnación Antón, Carlos Colás,
José Conde, Ignacio Dávila, Teresa Dordal,
Beatriz Fernández, M.^a Dolores Ibáñez,
Magdalena Lluch, Víctor Matheu, Javier Montoro,
Carmen Rondón, M.^a Cesárea Sánchez, Antonio Valero

Poliposis nasosinusal 15

Antonio Valero, Encarnación Antón, Carlos Colás,
José Conde, Ignacio Dávila, Teresa Dordal,
Beatriz Fernández, M.^a Dolores Ibáñez,
Magdalena Lluch, Víctor Matheu, Javier Montoro,
Carmen Rondón, M.^a Cesárea Sánchez, Ana Navarro

Prólogo

La rinitis alérgica y la poliposis nasosinusal son patologías nasales que constituyen un importante problema de salud, tanto por lo que respecta a sí mismas, por su elevada prevalencia, su afectación en la calidad de vida, su coste económico, así como por la frecuente asociación a otros procesos respiratorios, que implica la necesidad de un abordaje integral de la vía respiratoria.

En el caso de la rinitis alérgica, una alta prevalencia en nuestro entorno, alrededor de un 21% de la población general, unida al impacto que esta enfermedad ejerce sobre la vida social de los pacientes o de sus actividades escolares o laborales, hacen que sea el primer motivo de consulta en consultas de Alergología. Esto implica un elevado consumo de recursos y coste, tanto en la Atención Primaria como en la especializada, lo que hace importante poder abordar esta patología desde un punto de vista de eficiencia así como lograr disminuir, en la medida de lo posible, su alto coste económico y social.

La poliposis nasosinusal, que puede afectar al 0,5-5% de la población según la técnica diagnóstica empleada, está considerada como una forma clínica bilateral e idiopática de rinosinusitis crónica, que desencadena la formación de pólipos en los senos paranasales y en la cavidad nasal. Al igual que sucede con la rinitis alérgica, da lugar a una gran afectación en la calidad de vida del paciente y a un importante coste, que está relacionado con el consumo de recursos sanitarios, tanto en su exploración, en el diagnóstico, el tratamiento médico y quirúrgico necesario, como en el de sus comorbilidades con el asma y la intolerancia a AINE, hecho que implica la participación de diferentes especialidades médicas.

En los siguientes documentos, se recogen recomendaciones útiles para la práctica clínica junto con algoritmos sobre rinitis alérgica y sobre poliposis nasosinusal. Se han elaborado escogiendo las indicaciones diagnósticas y terapéuticas según la medicina basada en pruebas y las recomendaciones de las guías de práctica clínica más actuales sobre estos temas. El Comité de Rinoconjuntivitis de la SEAIC ha resumido y estructurado la amplia información científica disponible sobre estas patologías, con el objeto de poder facilitar la toma de decisiones del profesional sanitario que se enfrente a la rinitis alérgica y a la poliposis nasosinusal.

Esperamos y deseamos que estos algoritmos y recomendaciones para la práctica clínica diaria sean de utilidad y nos permitan mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes y mejorar la eficiencia en el abordaje de estas patologías.

Dr. Antonio Valero Santiago
Coordinador Comité Rinoconjuntivitis SEAIC

Dra. Ana Navarro Pulido
Secretaria Comité Rinoconjuntivitis SEAIC

Rinitis alérgica

Ana Navarro

Hospital El Tomillar. Sevilla

Encarnación Antón

Hospital Universitario Marqués de
Valdecilla. Santander

Carlos Colás

Hospital Clínico Universitario. Zaragoza

José Conde

Hospital Virgen Macarena. Sevilla

Ignacio Dávila

Hospital Universitario de Salamanca

Teresa Dordal

Fundació Hospital Sant Pere Claver.
Barcelona

Beatriz Fernández

Hospital El Bierzo. Ponferrada, León

M^a Dolores Ibáñez

Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.
Madrid

Magdalena Lluch

Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo

Víctor Matheu

Hospital Universitario Nuestra Señora de
la Candelaria. Tenerife

Javier Montoro

Hospital La Plana. Villarreal, Castellón

Carmen Rondón

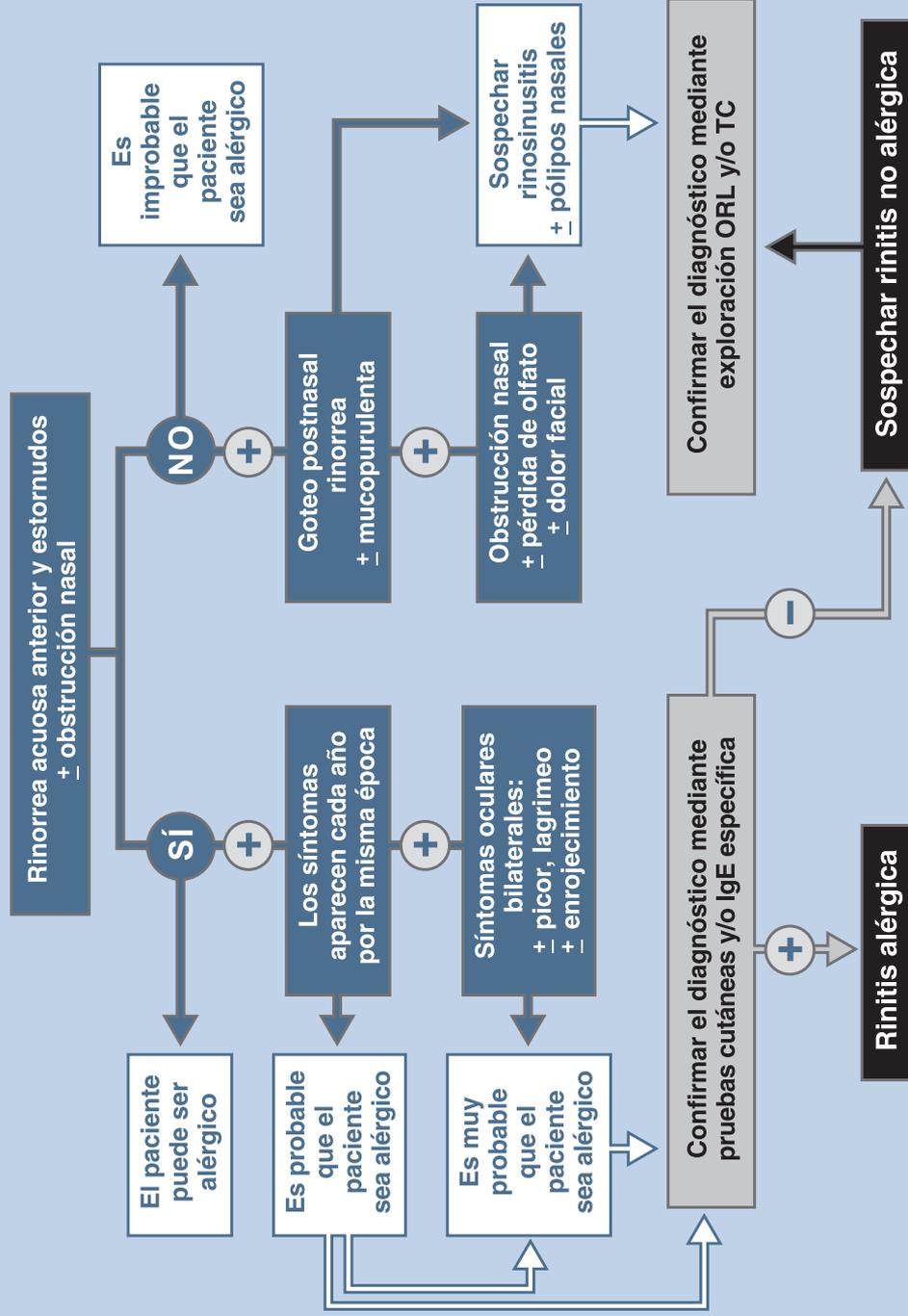
Hospital Carlos Haya. Málaga

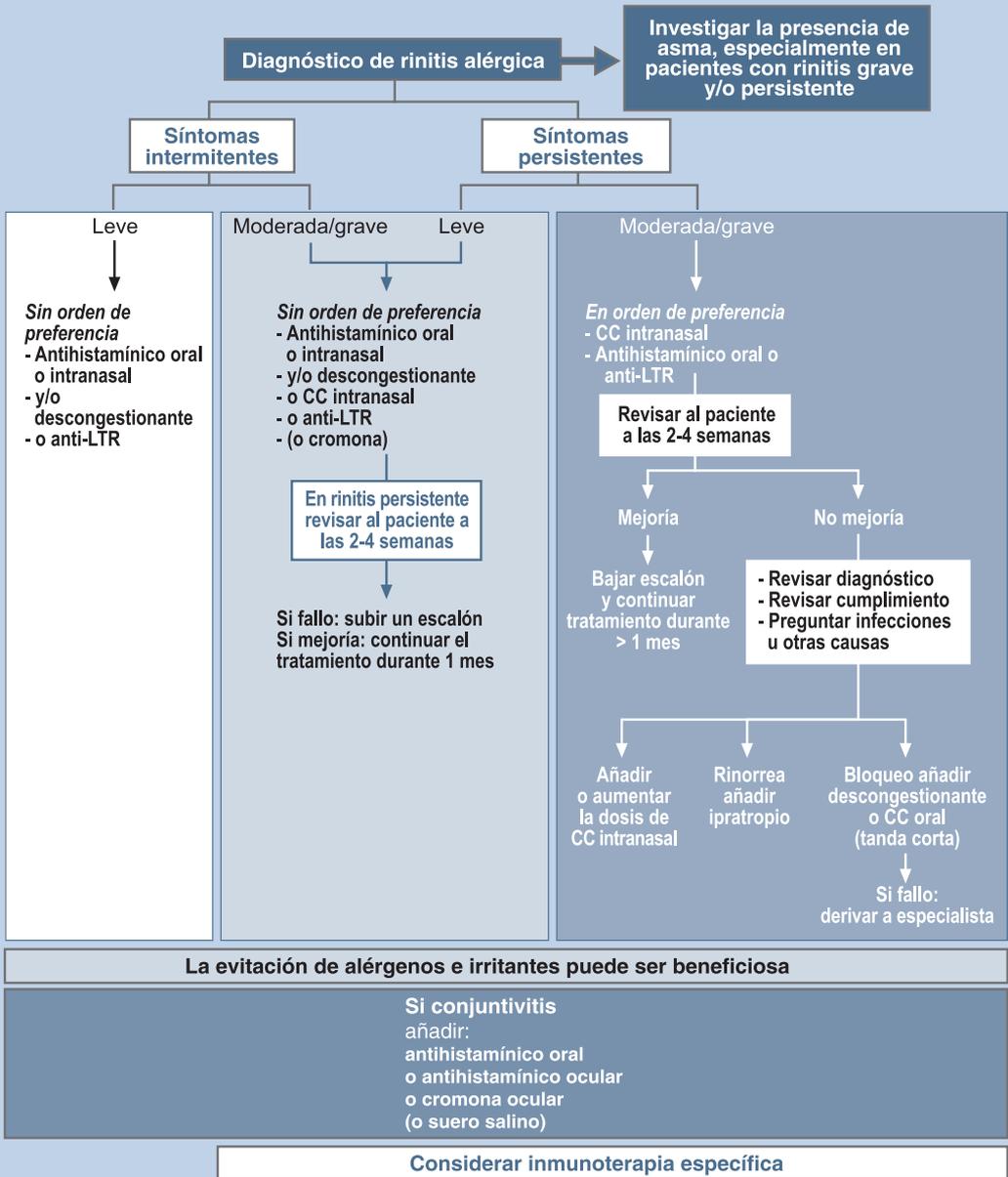
M^a Cesárea Sánchez

Centro Periférico de Especialidades
Virgen de la Cinta, Hospital Juan Ramón
Jiménez. Huelva

Antonio Valero

Hospital Clínic i Universitari. Barcelona





CC: corticoides; anti-LTR: antileucotrienos.

Modificado de: Bousquet J, Khaltaev N, Cruz AA, Denburg J, Fokkens WJ, Togias A, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 Update (in collaboration with the World Health Organization, GA2LEN* and AllerGen**). Allergy. 2008; 63(s86): 8-160.

Definición

La rinitis es un proceso inflamatorio de la mucosa nasal caracterizado por la presencia de rinorrea anterior o posterior, estornudos y congestión nasal. Estos síntomas deben manifestarse durante dos o más días consecutivos y más de una hora diaria la mayoría de los días¹. **Evidencia D.**

La rinitis alérgica (RA), mediada por IgE, se caracteriza por estornudos en salva, hidrorrinorrea, obstrucción nasal y prurito (nasal, palatino). Es muy frecuente la presentación clínica como rinoconjuntivitis.

Epidemiología

La RA es una enfermedad muy frecuente que puede afectar en torno al 21,5% de la población española y que es el principal motivo de consulta en Alergología².

Sin ser una enfermedad grave en la mayoría de los casos, sí que condiciona de forma llamativa la calidad de vida de la persona que la padece. Actualmente disponemos del cuestionario de calidad de vida específico para rinitis ESPRINT (versión larga con 28 ítems y versión corta con 15 ítems), que está validado en castellano y en población española^{3,4}.

Diagnóstico diferencial

En el diagnóstico diferencial de la RA deberán tenerse en cuenta otras entidades que, pese a compartir algunos síntomas y signos con ella, obedecen a otros mecanismos etiopatogénicos (tabla I).

Clasificación (tabla II)

La clasificación de la rinitis alérgica propuesta en el documento ARIA¹ se establece en función de su duración en intermitente y persistente, y en función de su gravedad en leve y moderada-grave. Este último aspecto de la clasificación ha sido posteriormente modificado en leve, moderada y grave⁵, según el número de ítems afectados, valorando las alteraciones en el sueño, la afectación de las actividades laborales/escolares y de ocio, así como la existencia de síntomas molestos.

Tabla I. Clasificación de la rinitis

Infeciosa: vírica, bacteriana, otros agentes infecciosos.

Alérgica:

Alérgeno responsable: perenne, estacional, ocupacional.

Duración: intermitente y persistente.

Gravedad: leve, moderada, grave.

Ocupacional:

Duración: intermitente, persistente.

Gravedad: leve, moderada, grave.

Inducida por fármacos: aspirina, otros medicamentos.

Hormonal

Otras causas: NARES (síndrome de rinitis no alérgica con eosinofilia), por irritantes, por alimentos, emocional, atrófica.

Idiopática

Tabla II. Clasificación de la rinitis alérgica

1. Según duración:

INTERMITENTE significa que los síntomas están presentes:
≤ 4 días a la semana o durante < 4 semanas consecutivas.

PERSISTENTE significa que los síntomas están presentes:
≥ 4 días a la semana y > 4 semanas consecutivas.

2. Según gravedad:

LEVE significa que ninguno de los siguientes ítems está presente:

- Alteración del sueño.
- Afectación de las actividades cotidianas, de ocio y/o deportivas.
- Afectación de las tareas escolares o laborales.
- Los síntomas son molestos.

MODERADA significa que uno, dos o tres de los anteriores ítems están presentes.

GRAVE significa que los cuatro ítems están presentes.

Diagnóstico etiológico

El diagnóstico de la rinitis es fundamentalmente clínico. La historia familiar de alergia, la estacionalidad de los síntomas, la coincidencia de síntomas oculares y nasales, y la relación con la exposición a epitelios, a pólenes o a polvo doméstico, son datos clínicos con alto valor predictivo en el diagnóstico de sospecha de rinitis alérgica.

Para confirmar el diagnóstico de RA, se aconseja realizar de forma preferente pruebas cutáneas de punción intraepidérmica o *prick*, que tienen el mayor grado de eficiencia, siempre que se elija un panel de aeroalérgenos clínicamente relevantes. En su defecto, se puede realizar una determinación de IgE específica sérica frente a aeroalérgenos^{1,6}. Actualmente, la detección de IgE específica frente a los alérgenos mayoritarios puede ayudar a clarificar el diagnóstico en los pacientes polisensibilizados. En cualquiera de los casos, es necesario valorar el grado de relevancia clínica de los resultados obtenidos con estas exploraciones complementarias y su concordancia con la anamnesis.

Es preciso investigar la presencia de enfermedades frecuentemente asociadas como son, sobre todo, la conjuntivitis y el asma bronquial.

Relación rinitis-asma

Hoy día se considera que la rinitis y el asma alérgicas son diferentes expresiones clínicas de una misma enfermedad inflamatoria mediada por IgE, que afecta a toda la vía respiratoria¹.

En las rinitis persistentes o en las moderadas y/o graves se debe valorar la existencia concomitante de asma bronquial.

Tanto la RA como la rinitis no alérgica han demostrado ser un factor de riesgo para el desarrollo de asma bronquial. Una vez establecidos ambos procesos en un mismo paciente, hay que tener en cuenta que la rinitis mal controlada puede agravar el asma y aumentar el consumo de recursos sanitarios consecuencia de exacerbaciones de los síntomas bronquiales⁶. **Evidencia A.**

Tratamiento

Es preciso combinar la educación del paciente con la evitación de alérgenos y contaminantes, la farmacoterapia y la inmunoterapia específica¹.

En la elección del tratamiento farmacológico se debe evaluar la eficacia, la seguridad y la relación coste-efectividad de los medicamentos, las preferencias de los pacientes, la gravedad de la enfermedad, indicando un tratamiento escalonado en función de la misma. También es importante valorar la presencia de enfermedades asociadas, sobre todo conjuntivitis y asma.

En el tratamiento farmacológico de la rinitis alérgica se recomienda fundamentalmente el empleo de antihistamínicos de segunda generación y/o glucocorticoides tópicos nasales. Los antileucotrienos pueden ser útiles cuando existe un asma asociada a la rinitis.

La inmunoterapia alérgeno específica deberá tenerse siempre en consideración, tanto en niños como adultos, en todas aquellas rinitis persistentes y moderadas/graves, con inadecuado control con el tratamiento farmacológico. Así mismo, se debe valorar su utilidad como herramienta terapéutica para evitar el progreso de la enfermedad alérgica respiratoria hacia el asma bronquial.

En la tabla III se recogen los grados de recomendación para fármacos, medidas de desalergenización e inmunoterapia.

Tabla III.

	Rinitis estacional		Rinitis perenne		Rinitis persistente
	Adultos	niños	Adultos	niños	
Antihistamínicos H ₁ orales	A	A	A	A	A
Antihistamínicos H ₁ nasales	A	A	A	A	Sin datos
Corticoides nasales	A	A	A	A	Sin datos
Corticoides orales	A	B	B	B	Sin datos
Antileucotrienos	A	A (> 6 años)			Sin datos
Cromonas nasales	A	A	A	B	Sin datos
Descongestionantes nasales	C	C	C	C	Sin datos
Anticolinérgicos nasales	Sin datos	Sin datos	A	A	Sin datos
Inmunoterapia subcutánea	A	A	A	A	Sin datos
Inmunoterapia sublingual	A	A	A	A	Sin datos
Anti IgE	A	A (> 12 años)	A	A (> 12 años)	Sin datos
Evitación alérgica	D	D	D	D	Sin datos

A, B, C, D: grado de recomendación según medicina basada en pruebas

Bibliografía

1. Bousquet J, Khaltaev N, Cruz AA, Denburg J, Fokkens WJ, Togias A, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 Update (in collaboration with the World Health Organization, GA2LEN* and AllerGen**). *Allergy*. 2008; 63(s86): 8-160.

2. Navarro A, Colas C, Antón E, Conde J, Davila I, Dordal T, et al (Comité Rinoconjuntivitis SEAC). Epidemiology of Allergic Rhinitis in Allergy Consultations in Spain: Alergologica-2005. *J Investigational Allergy Clin Immunol*. 2009; 19(suppl 2): 7-13.
3. Valero A, Alonso J, Antépara I, Baró E, Colas C, del Cuvillo A, et al; ESPRINT Study Group and Investigators. Development and validation of a new Spanish instrument to measure health-related quality of life in patients with allergic rhinitis: the ESPRINT questionnaire. *Value Health*. 2007; 10:466-77.
4. Valero A, Alonso J, Antépara I, Baró E, Colás C, del Cuvillo A, et al. Health-related quality of life in allergic rhinitis: comparing the short form ESPRINT-15 and MiniQLQ questionnaires. *Allergy*. 2007; 62: 1372-8.
5. Valero A, Ferrer S, Sastre J, Navarro AM, Monclús L, Martí-Guadaño E, et al. A new criterion by which to discriminate between patients with moderate allergic rhinitis and patients with severe allergic rhinitis based on the Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma severity items. *J Allergy Clin Immunol*. 2007; 129: 359-65.
6. GEMA 2009. Guía Española para el Manejo del Asma. Madrid: Luzán 5; 2009.

Poliposis nasosinusal

Antonio Valero

Hospital Clínic i Universitari. Barcelona

Encarnación Antón

Hospital Universitario Marqués de
Valdecilla. Santander

Carlos Colás

Hospital Clínico Universitario. Zaragoza

José Conde

Hospital Virgen Macarena. Sevilla

Ignacio Dávila

Hospital Universitario. Salamanca

Teresa Dordal

Fundació Hospital Sant Pere Claver.
Barcelona

Beatriz Fernández

Hospital El Bierzo. Ponferrada, León

M^a Dolores Ibáñez

Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.
Madrid

Magdalena Lluch

Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo

Víctor Matheu

Hospital Universitario Nuestra Señora de
la Candelaria. Tenerife

Javier Montoro

Hospital La Plana. Villarreal, Castellón

Carmen Rondón

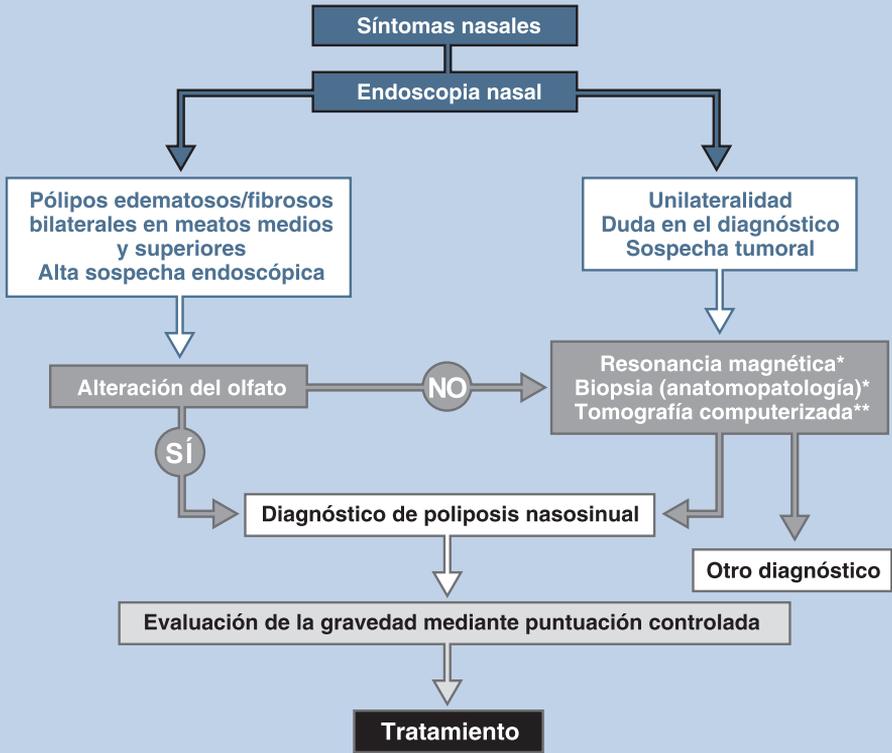
Hospital Carlos Haya. Málaga

M^a Cesárea Sánchez

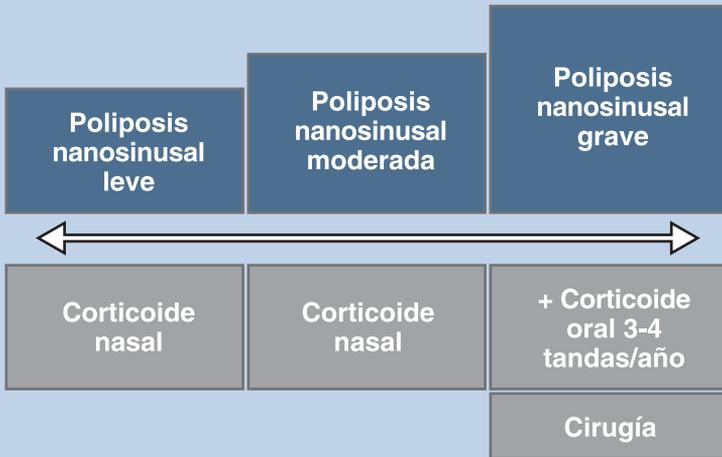
Centro Periférico de Especialidades
Virgen de la Cinta, Hospital Juan Ramón
Jiménez. Huelva

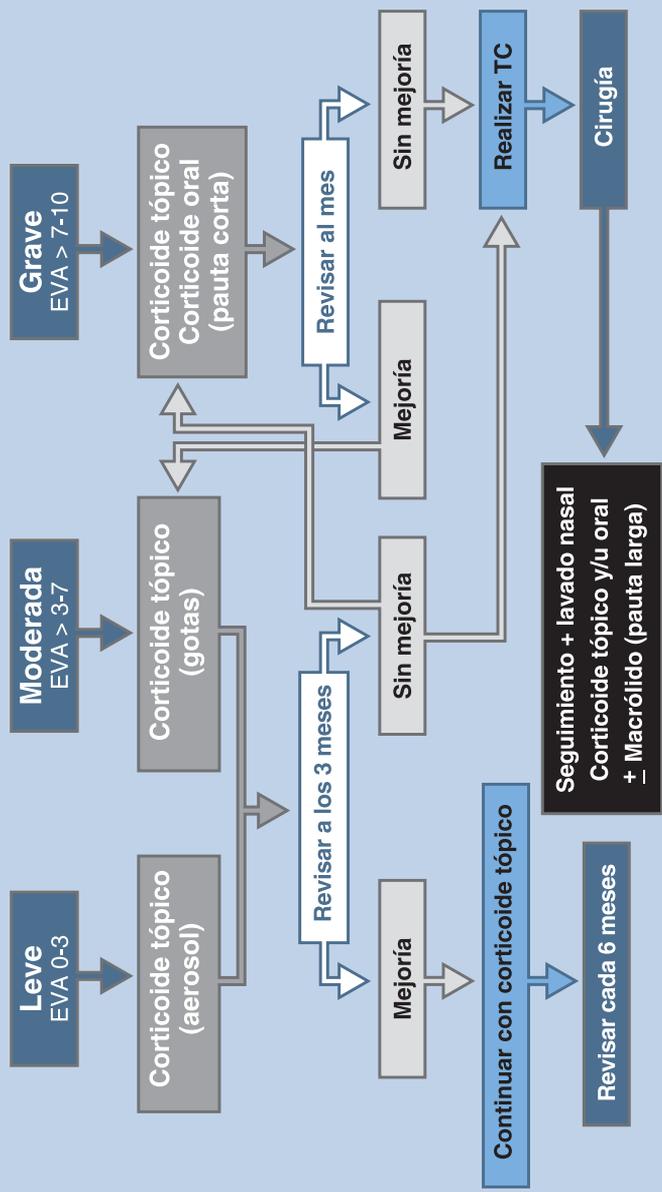
Ana Navarro

Hospital El Tomillar. Sevilla



Revisión del tratamiento cada 3-6 meses





Introducción

La poliposis nasosinusal (PN) ha sido definida de muchas formas dependiendo del aspecto que se haya valorado; así se puede definir como un proceso inflamatorio crónico de la mucosa de las fosas nasales y de los senos paranasales, de etiología aún desconocida, en el que parecen desempeñar un papel importante los eosinófilos, y que conduce a la formación de pólipos edematosos bilaterales benignos desde los senos paranasales hacia la cavidad nasal.

La poliposis nasal constituye una enfermedad dentro de la rinosinusitis crónica con hiperplasia de la mucosa de los senos paranasales hacia la cavidad nasal. Por lo tanto, en la actualidad se considera a la PN como una forma clínica bilateral e idiopática de rinosinusitis crónica, entidad que abarca a un grupo heterogéneo de enfermedades con diferentes etiologías y distintos mecanismos etiopatogénicos¹.

Desde el punto de vista clínico, la PN se define como un cuadro que cursa con inflamación de las fosas nasales y de los senos paranasales de más de 12 semanas de duración. Clínicamente se caracteriza por la presencia de dos o más síntomas, uno de los cuales debe ser, o bien bloqueo/obstrucción/congestión nasal, o bien secreción nasal (rinorrea anterior/posterior). Otros síntomas acompañantes pueden ser dolor/sensación de presión facial y pérdida total o parcial del sentido del olfato. En la endoscopia nasal objetivaremos PN, y/o secreción mucopurulenta y/o edema/obstrucción de la mucosa, principalmente en el meato medio. En las pruebas complementarias como la tomografía computarizada (TC), aparecerán cambios en la mucosa del complejo ostiomeatal y/o de los senos paranasales¹.

Epidemiología

La PN ocasiona una importante repercusión socioeconómica y afectación en la calidad de vida de quienes la padecen. Se desconoce la prevalencia exacta de la PN. Los valores que aparecen en la literatura médica oscilan entre el 0,2 y el 5,6% de la población y resulta de gran importancia el método diagnóstico empleado. Los estudios epidemiológicos realizados mediante cuestionario indican una prevalencia entre el 2,1 y el 4,3%. En los estudios realizados mediante endoscopia, la prevalencia es algo menor, entre el 0,5 y el 2,7%². Estas cifras se incrementan con la edad y aumentan en pacientes con asma (5-15%), con bronquiectasias (26%) y, sobre todo, en intolerantes a AINE (30-90%). La incidencia es algo superior en varones (2/1) y entre la cuarta y quinta décadas de la vida.

Etiopatogenia

Los factores genético-hereditarios de la PN están por determinar y tampoco está aclarada la relación entre PN y alergia. Aunque los pacientes presentan con frecuencia pruebas intraepidérmicas (*prick-test*) positivas frente a los aeroalérgenos, no se ha descrito un aumento en la prevalencia de PN en pacientes con rinitis alérgica. En algunos casos de PN sin atopia, se ha observado una respuesta local IgE mediada a nivel de la mucosa nasal³.

Uno de los mecanismos fisiopatológicos propuestos en la PN es la existencia de un déficit de la inmunidad innata que podría favorecer la colonización microbiana y el desarrollo de una respuesta inmune anormal, en la que se han implicado desde biofilms hasta colonización fúngica. Un hallazgo característico de los pólipos es la síntesis local de IgE multiclonal e IgE específica frente a enterotoxinas del *Staphylococcus aureus* (sIgE-SAE), que se relacionan con el grado de inflamación eosinofílica. Los pacientes con PN y con sIgE-SAE presentan formas más graves de la enfermedad, tanto a nivel local como sistémico, con una mayor inflamación eosinofílica y una mayor asociación a asma y/o intolerancia a AAS⁴.

Clasificación

La enfermedad se puede dividir en *leve*, *moderada* o *grave* según la puntuación en una escala visual analógica de 0 a 10 (EVA) como respuesta a la pregunta: ¿qué incomodidad le provocan sus síntomas de rinosinusitis?, siendo 0 ninguna incomodidad, y 10 la máxima incomodidad. Resultando leve EVA 0-3, moderada EVA > 3-7, y grave EVA > 7-10. Con un valor de EVA > 5 se considera que puede estar afectada la calidad de vida del paciente¹.

Diagnóstico

El diagnóstico de PN se basa en la historia clínica, la exploración física mediante endoscopia nasal o rinoscopia anterior y/o la TC de senos paranasales y, en los casos en los que sea necesario, la RM (figura 1). Un estudio alergológico es recomendable si se sospecha etiología alérgica con rinitis o asma bronquial. La exploración clínica y las pruebas de diagnóstico deben permitir objetivar la inflamación crónica y la existencia de la PN, estableciendo una valoración de la gravedad, de la evolución y del pronóstico de la enfermedad. Estas consideraciones determinarán la actitud terapéutica más recomendada.

El diagnóstico de certeza se realiza mediante el hallazgo de pólipos nasales en la endoscopia nasal o mediante TC en la que se aprecien cambios en la mucosa del complejo ostiomeatal o sinusal^{1,2}. La endoscopia nasal es el método de exploración recomendado en la poliposis. La rinoscopia anterior permite visualizar pólipos cuando ya son de grado 3. La radiología convencional no proporciona información útil y es la TC la que se utiliza de forma estándar en el diagnóstico por imagen en poliposis. Existe buena correlación entre los hallazgos de la TC y los endoscópicos (nivel de evidencia IIb).

Se pueden realizar otras exploraciones encaminadas a valorar la obstrucción nasal y las alteraciones olfativas. La obstrucción nasal subjetiva se correlaciona mejor con la rinomanometría anterior activa y el flujo máximo inspiratorio que con la rinometría acústica, aunque ésta parece más sutil para evaluar cambios en respuesta a tratamientos médicos o quirúrgicos (nivel de evidencia IIa). La olfometría valora el grado de pérdida de olfato. La pérdida total o parcial del olfato es el síntoma que mejor se correlaciona con un diagnóstico preciso de PN y con su gravedad determinada mediante endoscopia nasal o TC.

La RM y la biopsia son pruebas complementarias de primera opción cuando se requiere hacer el diagnóstico diferencial con otros tumores de las fosas y senos paranasales. Las pruebas de obstrucción nasal (rinomanometría, flujo máximo inspiratorio nasal y rinometría acústica) y la determinación del óxido nítrico nasal pueden complementar la evaluación de gravedad de la PN, así como evaluar la respuesta al tratamiento. Debe evaluarse la vía respiratoria inferior en todos los pacientes diagnosticados de PN. Debe investigarse la presencia de alergia a aeroalérgenos o intolerancia a los AINE en todos los pacientes diagnosticados de PN².

Enfermedades asociadas y diagnóstico diferencial

Ante la sospecha clínica de rinitis y/o asma alérgicas, está indicado establecer el diagnóstico realizando pruebas cutáneas y/o cuantificación de IgE específica sérica frente a los aeroalérgenos más prevalentes. Los pacientes que presentan asma bronquial asociada a la PN suelen tener una peor percepción del control de su enfermedad dada la persistencia y gravedad de los síntomas nasosinusales asociados, por lo que no debería descuidarse el tratamiento conjunto bajo el concepto de vía respiratoria única^{2,5}.

La enfermedad respiratoria exacerbada por aspirina (EREA) es una enfermedad que afecta predominantemente a mujeres de edad media con asma persistente moderado o grave, que se asocia a formas graves de PN y a episodios de broncoespasmo a su vez asociados a la administración oral, sistémica o tópica de AAS u otros AINE. El diagnóstico de intolerancia a AINE se basa en una his-

toria clínica clara de reacciones frente a dos o más AINE de diferentes grupos químicos y/o una prueba de provocación, ya sea mediante administración oral de AAS, o a la administración intranasal o bronquial de acetilsalicilato de lisina, siempre bajo condiciones de extrema seguridad y por parte de personal cualificado para tratar una potencial reacción adversa grave.

El diagnóstico diferencial se debe realizar fundamentalmente con otras patologías que puedan manifestarse con poliposis bilateral (fibrosis quística, discinesia ciliar primaria), enfermedades granulomatosas inflamatorias (como enfermedad de Wegener, sarcoidosis y síndrome de Churg-Strauss), enfermedades granulomatosas infecciosas (infecciones fúngicas, infecciones por micobacterias, rinoscleroma) o enfermedades granulomatosas neoplásicas (linfoma nasal T-NK) y con neoformaciones polipoideas nasales unilaterales (tabla I). En las formaciones polipoideas unilaterales siempre hay que pensar en la posibilidad de un proceso neoplásico. En una poliposis unilateral de origen nasosinusal alto o de aspecto vascular, las pruebas de imagen deben preceder a la muestra de biopsia². En los pacientes con bronquiectasias y/o asma, debería evaluarse siempre la presencia de rinosinusitis crónica y poliposis nasal⁶.

Tabla I. Diagnóstico diferencial de neoformación polipoide nasal unilateral y obstructiva, con sus rasgos clínicos más característicos

Pólipo antrocoanal	Joven con masa blanda gelatinosa originada en seno maxilar.
Sinusitis fúngica alérgica	Asmático con imagen maxilar hiperdensa en TC sin contraste.
Rabdomiosarcoma	Niño con afectación ocular.
Nasoangiofibroma	Varón adolescente con epistaxis y masa vascular multilobulada en cavum.
Encefalocele	Masa pulsátil en techo de fosa que aumenta de tamaño con la maniobra de Valsalva y puede mostrar trayecto fistuloso en RM sagital.
Papiloma invertido	Masa de aspecto papilar, friable en varón mayor de 40 años.
Estesioneuroblastoma	Masa polipoide en techo de fosa nasal que cursa con dolor, anosmia, epistaxis y/o adenopatías cervicales. En RM se observan imágenes quísticas en borde intracraneal.
Cordoma	Masa septal con calcificaciones curvilíneas e irregulares en la TC.
Melanoma	Masa polipoidea con señal intensa en RM sin contraste T1 y que capta muy bien gadolinio.

Tratamiento

En los principales documentos de consenso más recientes, se recomienda el uso de corticoides tópicos como primera línea del tratamiento médico, y como otras opciones se recomiendan los lavados/duchas nasales y el tratamiento

con antibióticos de forma prolongada^{1,2,7} (tablas II y III). El esquema de tratamiento de la rinosinusitis crónica con pólipos de la Guía EP³OS¹ se puede ver en la figura 2 y, en versión abreviada, en la figura 3.

Se aprecia un efecto significativo de los corticoides nasales sobre los síntomas de la PN y en la reducción del tamaño del pólipo, así como de las recurrencias tras la extirpación mediante intervención quirúrgica. El efecto depende de la dosis y es independiente de la forma de administración (gotas, *spray* nasal). La dosis variará en función de la gravedad de la PN, deberá prolongarse en periodos de 8-48 semanas, y es una estrategia útil para ajustar las dosis la afectación del olfato. Aunque se ha demostrado un buen balance entre eficacia

Tabla II. Niveles de calidad científica (según clasificación de Shekelle) para el tratamiento farmacológico de la poliposis nasosinusal

Tratamiento médico para la poliposis nasosinusal	Nivel de calidad
Tratamiento con gotas de corticoides tópicos nasales a dosis doble de la aconsejada en ficha técnica durante 12 semanas para reducir el tamaño de los pólipos	Ib
Tratamiento con corticoides tópicos a dosis doble de la recomendada en ficha técnica, en función de la gravedad de la poliposis, en períodos de 8-48 semanas para reducción de síntomas y tamaño de los pólipos	Ib
Tratamiento preventivo de recurrencias post-cirugía endoscópica con corticoides tópicos a dosis doble de la aconsejada en ficha técnica.	Ib
Inyección local de corticoides	IV
Tratamiento con corticoides orales en pautas de 14 días para reducir síntomas y tamaño de los pólipos, a dosis de 0,5-1 mg/kg/día de prednisona.	Ia(-)
Tratamiento con corticoides orales para prevenir recurrencias postquirúrgicas	Ib
No es necesaria una pauta de reducción progresiva de corticoides orales si la duración del ciclo de tratamiento es inferior a dos semanas y la dosis es igual o inferior a 50 mg/día de prednisona o equivalente	Ib
Tratamiento prolongado (3 meses) con roxitromicina	Ib
Tratamiento prolongado (3 meses) con eritromicina más corticoides tópicos nasales	Ib
Tratamiento prolongado con doxiciclina (20 días)	Ib
Tratamiento tópico con antimicrobianos	Ia(-)
Lavados nasales como tratamiento concomitante	Ia
Montelukast como tratamiento concomitante	Ib
Antihistamínicos en pacientes con alergia coexistente	Ib
Tratamiento prolongado con 300 mg de AAS en pacientes con provocación positiva tras desensibilización	Ib
Tratamiento prolongado con capsaicina tópica nasal en pacientes intervenidos por poliposis nasosinusal	Ib
Tratamiento con omalizumab en pacientes con enfermedad grave, no respondedores a otros tratamientos y con asma coexistente	IIIb

y seguridad del tratamiento con corticoides tópicos administrados diariamente hasta cinco años, es aconsejable la utilización de aquellos que poseen menor biodisponibilidad y, por tanto, menor absorción sistémica.

Actualmente hay pruebas científicas que avalan el uso de otras opciones en el tratamiento de la poliposis nasosinusal, como son el tratamiento con antileucotrienos, con antihistamínicos en caso de alergia coexistente, la desensibilización frente al acetilsalicilato de lisina, el tratamiento con capsaicina o, con menos pruebas científicas disponibles, el tratamiento con omalizumab. Se han estudiado otras opciones de tratamiento pero, o bien no se han obtenido resultados positivos en los ensayos clínicos realizados, o no se han publicado ensayos clínicos de

Tabla III. Recomendaciones y grado de recomendación en el tratamiento farmacológico de la poliposis nasosinusal

Recomendación	Grado de recomendación
Debe tratarse la poliposis nasosinusal según su gravedad con corticoides tópicos a dosis doble de la recomendada en ficha técnica, tanto en forma de spray como en gotas durante largos periodos de tiempo.	fuerte
Debe tratarse la poliposis nasosinusal en grado moderado y grave con corticoides orales a dosis de 0'5-1 mg/kg/día de prednisona o equivalente en ciclos de 14 días, sin precisar pauta de reducción (ciclo menor de 2 semanas), junto a corticoides tópicos nasales, a dosis doble de la aconsejada en ficha técnica durante largos periodos de tiempo.	fuerte
Debe tratarse la prevención de recurrencias postquirúrgicas con corticoides orales en pauta corta y con corticoides tópicos nasales a dosis doble de la aconsejada en ficha técnica durante largos periodos de tiempo.	fuerte
Puede probarse una pauta de tratamiento prolongada con roxitromicina 150 mg al día durante 3 meses en pacientes con poliposis moderada o grave.	fuerte
Puede añadirse eritromicina 250 mg diarios durante 3 meses al tratamiento con corticoides nasales en paciente que no obtengan la mejoría deseada	fuerte
Puede probarse a aplicar antimicrobianos tópicos como opción terapéutica en pacientes que no respondan al tratamiento convencional.	débil
Debe añadirse al tratamiento habitual los lavados/duchas nasales con soluciones salinas	fuerte
Puede probarse una pauta de tratamiento prolongado con montelukast añadido a corticoides tópicos nasales en poliposis que no se controlen con tratamiento convencional	fuerte
Debe hacerse tratamiento con antihistamínicos en pacientes con alergia coexistente con la poliposis nasosinusal	fuerte
Puede hacerse un tratamiento prolongado con AAS 300 mg vía oral en pacientes con provocación positiva previamente desensibilizados al AAS	fuerte
Puede probarse el tratamiento con capsaicina tópica nasal en pacientes intervenidos por poliposis nasosinusal	débil
Puede probarse el tratamiento con omalizumab en pacientes con enfermedad grave, no respondedores a otros tratamientos y con asma coexistente	débil

suficiente calidad como para recomendar su uso, como ocurre con los vasoconstrictores nasales, los inmunomoduladores, los mucolíticos, los inhibidores de la bomba de protones, la furosemida o el anticuerpo monoclonal contra la IL-5¹.

A pesar de que parece poco probable una implicación directa de los antibióticos en la etiología de la poliposis nasosinusal, se ha demostrado en varios estudios clínicos de suficiente calidad metodológica la utilidad del tratamiento con estos fármacos, utilizando pautas de administración no habituales, con mejoría de parámetros clínicos en la PN.

Se recomienda la utilización de corticoides orales tan sólo en pauta corta en casos de obstrucción nasal grave, como medicación de rescate en casos de síntomas no controlados con medicación convencional y como "polipectomía médica" junto a corticoides en gotas nasales, en caso de ausencia de respuesta al tratamiento inicial⁶. No existe un consenso entre las distintas guías internacionales acerca de la dosis exacta a administrar en cada caso, estableciéndose una dosis variable de 0,5-1 mg/kg/día de prednisolona o equivalente, ni tampoco en el tiempo concreto que debe mantenerse el tratamiento, oscilando entre 10 días y 3 semanas en total, incluida la pauta recomendada de reducción progresiva de la dosis. Sin embargo, la pauta de reducción es evitable si la duración del ciclo es inferior a dos semanas, y se pueden mantener hasta entonces dosis de hasta 50 mg/día de prednisolona o equivalente.

La cirugía de la poliposis nasal se circunscribe al paciente con obstrucción nasal grave que no responde a tratamiento médico con corticosteroides.

Bibliografía

1. Fokkens W, Lund V, Mullol J on behalf of the European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyp Group. European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps. *Rhinology*. 2007; Suppl 20: 1-136.
2. Valero, A, Sarandeses A, Colas C, Armengot M, Dávila I, del Cuvillo A, et al. Documento de Consenso sobre Poliposis Nasosinusal (POLINA) SEAIC -SEORL. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2011 (en prensa).
3. Shatkin JS, Delsupehe KG, Thisted RA, Corey JP. Mucosal allergy in the absence of systemic allergy in nasal polyposis and rhinitis: a meta-analysis. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1994; 111: 553-6.
4. Bachert C, Gevaert P, Holtappels G, Johansson SGO, Van Cauwenberge P. Total and specific IgE in nasal polyps is related to local eosinophilic inflammation. *J Allergy Clin Immunol*. 2001; 107: 607-14.
5. Bousquet J, Khaltaev N, Cruz AA, Denburg J, Fokkens WJ, Togias A, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 Update (in collaboration with the World Health Organization, GA2LEN* and AllerGen**). *Allergy*. 2008; 63(s86): 8-160.
6. Guilemany JM, Angrill J, Alobid I, Centellas S, Pujols L, Bartra J, et al. United airways again: high prevalence of rhinosinusitis and nasal polyps in bronchiectasis. *Allergy*. 2009; 64: 790-7.
7. Scadding GK, Durham SR, et al. BSACI guidelines for the management of rhinosinusitis and nasal polyposis. *Clin Exp Allergy*. 2008; 38: 260-75.

