

RINITIS AGUDA

CLASIFICACIÓN Y MANEJO

EN URGENCIAS Y ASISTENCIA PRIMARIA

Autores

Andres Buforn Galiana. Adjunto del Área de urgencias. H. Clínico Universitario de Málaga

Carmen Rosa Aguilera Podadera. Médico de Familia Centro de Salud Carranque. Málaga

Valentina Morell Jiménez. Médico de Familia. Área de Urgencias. H. Clínico de Málaga

Encarnación Fernández Ruiz. Médico Interno Residente ORL

Begoña Torres Muros. Médico Interno Residente ORL.

M^a Carmen Delgado Fernández. Adjunto del Área de urgencias. H. Clínico Universitario de Málaga

Contacto:

Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga.

Colonia Sta. Inés S/N, 29010 Málaga.

Telf. 952-649400. Extensión: 2232 (ORL).

2396 (urgencias).

INDICE:

- I. INTRODUCCION**
- II. CLASIFICACION DE LAS RINITIS**
- III. RINITIS ALÉRGICA AGUDA.**
- IV. RINITIS AGUDA NO ALÉRGICA.**
- V. RINITIS AGUDA NO ALÉRGICA.**
- VI. BIBLIOGRAFÍA**

I. INTRODUCCION

La rinitis aguda se manifiesta con síntomas de obstrucción nasal, rinorrea acuosa, prurito nasal y ocular y estornudos en salva, desencadenados en relación con la etiología causante. Así podremos clasificarla en alérgica y no alérgica. Dentro de las de causa no alérgica tendremos los síntomas de rinitis asociados al catarro común, tanto de etiología vírica, la más frecuente, como bacteriana. El forúnculo del vestíbulo nasal no es puramente una rinitis bacteriana, ya que no cumple todos los síntomas anteriormente nombrados, pero sí la podemos considerar una rinitis circunscrita. Las causas de obstrucción crónica al flujo aéreo nasal, como las rinitis alérgicas perennes o las rinitis vasomotoras, deben ser diagnosticadas y valoradas antes de iniciar tratamiento por el especialista en ORL, que debe establecer el diagnóstico diferencial entre las causas, muy variadas, de obstrucción nasal crónica, ya que pueden entrar en juego desde patologías banales como las rinitis hasta las tumoraciones malignas de fosa o rinofaringe, por lo cual no están recogidas en este capítulo.

II. CLASIFICACION DE LAS RINITIS

- Alérgica: Estacional
Perenne
- Infecciosa: Agudas: Víricas y Bacterianas
Crónicas: Tuberculosis, lepra, Sífilis, Hongos
- Hormonal: Embarazo, Hipotiroidismo y acromegalia
- Inducida por Fármacos: Hipotensores: Reserpina, Fentolamina, Metildopa, IECA, Antagonistas, Alfareceptores, AINE, Anticonceptivos orales, Vasoconstrictores tópicos
- Atrófica

III. RINITIS ALÉRGICA AGUDA.

El motivo de consulta más frecuente es la obstrucción nasal, seguida de la rinorrea, aunque todo el cuadro en su conjunto resulta muy molesto para el paciente. A la exploración, el paciente presenta una fascies congestiva, con la nariz enrojecida, los ojos muestran signos de conjuntivitis más o menos llamativa, voz de rinolalia cerrada. Alrededor de las aletas nasales y el filtro nasolabial la piel esta macerada y descamada por efecto de la rinorrea. Si es una reagudización de una rinitis crónica, podemos ver signos clásicos como las ojeras alérgicas, el pliegue alérgico sobre el inicio de la punta nasal resultado de efectuar el llamado saludo alérgico (el paciente se frota la nariz elevándose la punta y arrugando la zona de contacto ente los cartílagos alares y los del dorso nasal, arrollando igualmente la piel que al final se pliega) y telangiectasias alrededor de las narinas. El diagnóstico se hace fundamentalmente por la anamnesis detallada, buscando alérgenos desencadenantes tanto domésticos como ambientales o laborales. Nos pueden ayudar datos de la exploración rinoscópica como la presencia de una mucosa de los cornetes azulada y edematosa, con unos cornetes hipertróficos. Entre las pruebas diagnósticas de rinitis alérgica, las más útiles son el prick test o prueba de intradermorreacción, que nos da el alérgeno responsable, y como indicador de presencia de enfermedad alérgica la eosinofilia periférica en sangre, pero no podemos esperar a tener el resultado de ninguna de ellas para iniciar el tratamiento del paciente.

El tratamiento de la rinitis alérgica empieza por evitar la exposición al alérgeno en la medida de lo posible. Una vez se ha efectuado el control ambiental, podemos combinar farmacoterapia e inmunoterapia. Los fármacos más adecuados para el tratamiento de la rinitis alérgica son por un lado los antihistamínicos sistémicos; se usan de preferencia antihistamínicos de nueva generación que no provoquen somnolencia y no prolonguen el intervalo QT, tipo mizolastina, azolastina o ebastina, a razón de 1 comprimido por las mañanas por un intervalo variable en función del alérgeno que provoque la rinitis, pero que en general se aconseja que no sea menor de tres meses para un buen control de la enfermedad.

Por otra parte, tenemos los corticoides tópicos intranasales en forma de nebulizador de budesonida, mometasona, fluticasona, que asociados a los antihistamínicos, nos aseguran una actuación sobre todos los síntomas, ya que los primeros controlan el prurito nasal y ocular, los estornudos, y la rinorrea, mientras que los corticoides nasales mejoran especialmente la obstrucción. En cuadros clínicos muy floridos, con gran obstrucción nasal y mucho discomfort, podremos iniciar la terapia con una dosis intramuscular de corticoides a dosis de

1mg/kg de peso, para seguir con una pauta descendente de dexametasona de 30mg. No es aconsejable el uso de descongestionantes tópicos o sistémicos con acción vasoconstrictora por el peligro de habituación del paciente, cuya situación se agrava a la larga por el desarrollo de una rinitis medicamentosa.

La inmunoterapia es el único tratamiento que puede resultar curativo en caso de rinitis alérgica. Consiste en la administración de dosis crecientes a intervalos regulares de alérgeno con lo cual se consigue la tolerancia inmunitaria. Se deben cumplir los siguientes requisitos: que sea un proceso mediado por IgE, que no sea posible el control ambiental, que tenga un difícil control farmacológico, que tan sólo sea alérgico a un alérgeno. Además, esta es una terapia no exenta de riesgos y estos deben ser conocidos y aceptados por el paciente. Son contraindicaciones absolutas: los trastornos de la inmunidad, los tumores malignos, los trastornos psiquiátricos o la mala aceptación por parte del paciente, y cualquier patología de base que contraindique el uso de la adrenalina. Existen múltiples pautas de administración, pero la más aceptada es aquella en forma depot, vía subcutánea, de forma perenne, es decir, no tan sólo en los períodos de reagudización, y con una duración de entre 3 y 5 años. De todos modos lo más importante es individualizar la pauta en función a cada paciente.

V. RINITIS AGUDA NO ALÉRGICA.

La rinitis aguda no alérgica más frecuente es la asociada al catarro vírico común; es la llamada coriza nasal. Se manifiesta con los síntomas clásicos de la rinitis y además tenemos asociados los del catarro, con grados variables de afectación del estado general y de fiebre. El motivo de consulta es en general el catarro, pero la obstrucción y congestión nasal supone un síntoma muy molesto dentro de todo el cuadro. El diagnóstico es clínico, sin precisar otras pruebas de confirmación. La exploración comprende una exploración física general además de la nasal para valorar el grado de afectación por el catarro. En cuanto al tratamiento, si bien es cuadro vírico, debemos tratar de entrada con antibióticos si el cuadro catarral tiene una intensidad moderada severa, pues la obstrucción nasal mantenida de causa vírica puede ser causante de la infección sinusal por bacterias oportunistas, desencadenando después una sinusitis aguda que prolongara la enfermedad del paciente. En este caso si podemos usar, y además son convenientes, los descongestionantes tópicos intranasales de sustancias vasoconstrictoras como oximetazolina o efedrina, que facilitan la limpieza de las secreciones de la fosa y confortan al paciente, evitando además la aparición de ototubaritis crónica.

También se puede usar una solución de efedrina al 5% instilada cada 8 horas en cada fosa nasal tras la cual se hacen lavados con preparados de agua de mar estéril o suero fisiológico. Los vasoconstrictores tópicos no se usaran nunca por periodos de más de 7 días. Podemos asociar antihistamínicos sistémicos durante el periodo que dure el catarro, para minimizar los síntomas de rinorrea y lagrimeo ocular. Se administran igualmente analgésicos-antipiréticos de la familia de los aine para paliar el malestar general.

La rinitis bacteriana es rara, a no ser que sea por sobreinfección de la mucosa nasal tras una rinitis vírica.

El forúnculo del vestíbulo nasal resulta de la infección de un folículo piloso de los pelos del vestíbulo (*vibrisas*). El paciente consulta por dolor en la zona del vestíbulo de días de evolución. A la exploración, se aprecia una tumoración de carácter inflamatorio situada en el vestíbulo nasal, dolorosa al tacto y a la presión, en la que a veces se aprecia el contenido purulento. La etiología es estafilocócica. El tratamiento se realiza con pomadas antiestafilocócicas como el ácido fusídico y la mupirocina, respondiendo en general de forma rápida, llegando excepcionalmente a precisar desbridamiento quirúrgico. Podemos asociar, si el dolor es muy importante, algún analgésico tipo aine.

BIBLIOGRAFÍA

- Raboso García –Baquero E, Fragola Arnau C, Pantoja Zarza C. Obstrucción nasal crónica en el adulto. FMC 1999; 7: 443-450.
- Llor C. ¿Usamos demasiados antibióticos? A propósito de las infecciones del tracto respiratorio superior. FMC 1999; 3: 183-89.
- Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Problemas Otorrinolaringológicos. Martín Zurro, 3ª edición 1994: 812-25.
- Álvarez de Cózar F, Martínez Vidal A, De la Hoz Bel M. Urgencias ORL. Lab. Menarini 1999.
- Orero A, Navarro A, Moreno MT. Manual de consulta rápida en Atención primaria – ORL. Madrid 2001; 61-87.
- Dambro MD. Rinitis alérgica. Los 5 minutos clave en la consulta de Atención Primaria. Bueno Aires 1995. ISBN 987-9004-38-8.
- Sabater F, Aguilar F. Diagnóstico por imagen en Otorrinolaringología. Barcelona, ediciones Mayo S. A. 1998.