POLIPOSIS NASAL

Definición

Constituye una enfermedad dentro de la rinosinusitis crónica, que se caracteriza por una hiperplasia de la mucosa de los senos paranasales que avanza hacia la cavidad nasal.

Fisiopatología

No se conoce cuál es la causa responsable de la aparición de los pólipos nasales. La teoría inflamatoria se sustenta en mecanismos de hipersensibilidad y el hallazgo de eosinófilos, mastocitos, celular plasmáticas y citocinas en el moco y en los propios pólipos nasales.

Epidemiología

La poliposis nasal a un 2% a 4%, con mayor predominio (2 a 1) en los hombres, excepto en los casos de intolerancia a los AINE, en los que predomina en las mujeres.

Diagnostico

Se basa en la historia clínica (sobre todo en la existencia de obstrucción nasal y rinorrea), la exploración clínica (endoscopia nasal) y en las pruebas de imagen (tomografía computarizada de los senos paranasales). Además, siempre debe realizarse un cuestionario para descartar una alergia.

Comorbilidades

Se asocia a otras enfermedades, como el asma, la intolerancia a los antiinflamatorios no esteroideos, la rinitis alérgica y no alérgica o la fibrosis quística. Recientemente observado en pacientes con EPOC o unas bronquiectasias.

Tratamiento

En la rinosinusitis crónica con poliposis nasal leve se recomienda el uso de los lavados nasales con suero salino y los corticoesteroides tópicos nasales. Estos últimos deben utilizarse diaria, continua y prolongadamente (meses e incluso años). En la poliposis moderada debe aumentarse la dosificación de los corticoesteroides tópicos o aplicarlos en gotas nasales. Si la poliposis es grave (síntomas graves, asma, intolerancia a los AINE) o el tratamiento previo no es eficaz, debe valorarse el añadir una tanda corta de corticoesteroides orales cuando sea preciso (máximo 2-4 al año).

Urticaria

Síndrome reaccional de piel y mucosas

Ronchas y/o angioedema

Etiopatogenia

- Alimentos
  - -Mariscos
    -Conservadores
    -Colorantes de alimentos
- Alergenos inhalados
- Infecciones bacterianas
  - -Streptococcus, Mycoplasma
- Parasitosis
  - Schistosoma mansoni, Blastocystis hominis, Anciylostoma
- Infecciones virales
  - -Hepatitis A,B y C
- Fármacos
  - -Antibióticos
    -Analgésicos no esteroideos
    -sedantes, tranquilizantes
- Urticarias colinergicas
  - Ejercicio, por sobrecalentamiento pasivo (como un baño caliente) o por tensión emocional.

Epidemiología

- frecuencia en la población general, de 1 a 2% hasta 20%.
- Predomina: mujeres de 40-50 años de edad
- Dermografismo es de 5%
- Urticaria colinérgica
  - predomina después de los 20 años de edad,
- Niños la causa más frecuente
  - Infecciones virales y bacterianas, 80%

Clasificación

- **Cuadro clinico**
  - **I. Urticaria común**
    II. Urticaria física
    Adrenérgica, Acuagénica, Colinérgica, Por frío, Por presión retardada, Dermografismo, Anafilaxia inducida por ejercicio, Localizada a la zona expuesta al calor, Solar, Angioedema vibratorio.
  - **III. Urticaria por contacto**
    Por contacto químico o biológico
    IV. Vasculitis urticariana
    V. Angioedema
  - ***Dermografismo**
    ***Edema angioneurótico**
- **Origen**
  - **Inmunitaria**
    - *Dependiente de IgE
      *Mediada por complemento
  - **No inmunitaria**
    - *Desgranulación directa de mastocitos.
      *Desgranulación indirecta de mastocitos
  - **Idiopática**
- **Con base en la evolución**
  - I. Urticaria aguda (<6 semanas)
    II. Urticaria crónica (>6 semanas)

Cuadro clínico

- **Urticaria**
  - Circunscrita, diseminada o generalizada
  - Lesiones ronchas o habones
  - Elevaciones mal definidas, de tamaño, forma y número variables
  - Aspecto de piel de naranja
  - Duran minutos u horas, prurito intenso
- **Demografismo o urticaria facticia**
  - ronchas lineales
  - formas caprichosas al frotar la piel
  - urticaria física más frecuente
- **Edema angioneurótico o angioedema,**
  - Afecta cara y extremidades
  - Predomina en párpados y labios
  - Datos extracutáneos
    - *síntomas gastrointestinales
      *síntomas respiratorios
      *síntomas causados por el edema de laringe

Diagnóstico diferencial

- Prurigo por insectos, eritema polimorfo
- Eritema anular centrífugo
- Urticaria pigmentaria
- Penfigoide ampollar
- Síndrome de Sweet (dermatosis neutrofílica febril y aguda)
- Exantemas virales

Datos

- Histopatológicos
  - Dermis: vasodilatación, edema e infiltrado
  - con linfocitos, polimorfonucleares y eosinófilos
  - histiocitos
  - **vasculitis urticariana:** vasculitis leucocitoclástica.
- De laboratorio
  - **Anamnesis:** para descartar enfermedades sistémicas, inmunológicas o infecciosas.
  - *Biometría hemática
    *Examen general de orina
    *Coproparasitoscópico
    *frotis vaginal
    *Cuantificación de criofibrinógenos
  - *Determinación de IgE sérica
    *Reacciones cutáneas

Tratamiento

- -Causa desconocida: tratamiento sintomático
- -Causa conocida: evitar a factores desencadenantes
- **Antihistamínicos** bloqueadores de los receptores H1 y H2
  - loratadina, 10 mg cetirizina, 10 mg levocetirizina, 5 mg fexofenadina, 180 mg, desloratadina, 5 mg al día
- Antagonistas H1 debe ser limitado durante las horas diurnas
- Doxepina, que es un fármaco antidepresivo/ansiolítico tricíclico
- **Corticosteroides** por tiempo breve y sólo en formas graves ordinarias
- **Angioedema o anafilaxia**
  Epinefrina por vía subcutánea 0.3 a 0.5 ml en solución 1:1 000 (dosis pediátrica 0.01 ml/kg)
- **Tercera línea es la inmunoterapia**
  - Urticaria autoinmunitaria grave y resistente a tratamiento