



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA

11236

39

24

RINITIS CRONICA EN EL
CENTRO MEDICO NAVAL

T E S I S

QUE SUSTENTA :

EL TENIENTE DE FRAGATA S.N.M.C.

SIMON WING VARELA

MEXICO D.F.

1990



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE.

ANTECEDENTES.

Bosquejo historico.	3
Consideraciones anatomicas y fisiologicas	5
Consideraciones clinicas.	5
Evaluacion clinica.	6

OBJETIVOS	8
---------------------	---

HIPOTESIS	9
---------------------	---

DEFINICION DE LA POBLACION OBJETIVO.

Definicion del Universo de estudio.	10
Criterios	10

ESPECIFICACION DE VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICION

Determinacion de las variables.	11
---	----

PROCESO DE CAPTACION DE LA INFORMACION.

	12
--	----

ANALISIS E INTERPRETACION DE LA INFORMACION

	13
--	----

EVALUACION DE RESULTADOS.

	13
--	----

CONCLUSIONES

Factores etiologicos.	16
-------------------------------	----

Cuadro uno. Clasificacion tentativa de la rinitis cronica.	17
--	----

Cuadro dos. Clasificacion de la rinitis cronica en ninos	19
--	----

REFERENCIAS	20
-----------------------	----

GRAFICAS.

Total de pacientes del Centro Medico Naval.	22
---	----

Total de pacientes de otorrinolaringologia.	23
---	----

Total de pacientes con rinitis cronica.	24
---	----

Analisis de la rinitis cronica	25
--	----

Diagnostico radiologico	26
-----------------------------------	----

Diagnostico clinico	27
Citologia nasal	28
Diagnostico histopatologico	29
TABULACION DE RESULTADOS.	30

RINITIS CRÓNICA EN LA
POBLACION DEL CENTRO MEDICO NAVAL.

ANTECEDENTES.

BOSQUEJO HISTORICO

La congestión nasal, con obstrucción y drenaje se ha reconocido desde hace cientos de años. Entre las varias sustancias que se han recomendado, a fin de mitigar estos síntomas, se encuentran "El excremento de perro blanco mezclado con mirra" (Talmud), Hojas secas de calabaza silvestre, (Geot., 200 a.c.), y parpados de sapo (Emperador Shen Nung 2735 a.c.).

Existen algunos datos anecdóticos de su presencia en la antigua Grecia y ya Galeno en el siglo segundo describe pacientes que estornudaban en presencia de algunas plantas. En Inglaterra en 1819, el investigador Bostok establece como una entidad específica la rinitis estacional, al describir sus propios síntomas y diez años después introduce el término "fiebre de heno" tratando de recalcar la importancia de la exposición a sustancias del medio ambiente y la presencia de síntomas. Posteriormente otro inglés, Blaklev, hace los primeros intentos por introducir la hiposensibilización como forma de tratamiento en estos pacientes. Freeman y Noon publican sus experiencias de manejo de la fiebre de heno con extracto de polenes.

En 1870 el dermatólogo vienes F. Von Hebra hace la primera descripción del escleroma respiratorio. Seis años más tarde Johans Von Mickulicz describe por primera vez las lesiones anatomopatológicas. Anton Von Frisch en 1902 aísla por vez primera el bacilo que lleva su nombre, también conocido como Klebsiella Rhinoscleromatis. En 1962 en el Segundo Congreso Internacional de Otorrinolaringología en Madrid, se cambia la nomenclatura de rinoscleroma a escleroma respiratorio, ya que si bien es cierto su presentación es generalmente nasal también se presenta en otros sitios de la mucosa respiratoria.

Elliott, Middleton y Frank E. Lucente coinciden que en los Estados Unidos de Norteamérica hay cuarenta millones de personas que tienen una variedad de rinitis con síntomas crónicos y de incapacidad variable, por virtud de las manifestaciones de la respuesta inflamatoria. Por tratarse de una población cerrada la del Centro Médico Naval es importante tener un punto a comparar.

Consideraciones anatomofisiológicas.

Anatómicamente la nariz ocupa la parte central de la cara, consta de un puente, dos fosas nasales y alas. Histológicamente encontramos que el epitelio está compuesto por células columnares pseudoestratificadas con cilios, no siendo una estructura uniforme, pues por ejemplo: en la salida de las narinas no hay presencia de cilios y las células parecen más escamosas que columnares; en la parte media está compuesta principalmente por largas células columnares y cilios cortos e irregulares, mientras que en los meatos medios e inferiores hay células columnares cortas con cilios largos y en la superficie de los senos, la capa epitelial es delgada y fina. Esto es debido a las diferentes características que tiene el paso de aire en estas zonas. También existen células calciformes, productoras de moco y se distribuyen de una manera uniforme, además de células sensoriales y motoras, teniendo cada una de ellas una función específica.

Fisiológicamente la nariz participa activamente en la función de oler, filtrar, calentar y humedecer el aire que se inspira. La olfacción está dada por receptores que se localizan en la mucosa de la cupula nasal y transmiten su impulso al cerebro; la inflamación crónica y la obstrucción del paso del aire alteran la función. El acondicionamiento del aire para la ventilación pulmonar es la actividad más importante de la nariz y para ello son necesarias las diferentes estructuras que se encuentran dentro de ella, pues orientan el aire al ser inspirado, lo humectan y calientan para que el mecanismo de la respiración se lleve a cabo.

Consideraciones clínicas.

El examen nasal debe iniciarse con la inspección externa que puede evidenciar de anomalías congénitas o trauma, que ambas

pueden ser la causa de cambios de la estructura interna y predisponer la obstrucción. Al examen interno se inspeccionara la mucosa que cubre los cornetes y el septum para la evidencia de inflamacion asi como eritema, edema y exudacion. En algunos casos la mucosa se puede encontrar eritematosa y a veces fragil y seca cubierta por algun exudado. Los desarreglos de la estructura interna tales como desviaciones del septum (oseo o cartilaginoso) podrian ser notados como causa de exacerbar la obstruccion producida por la rinitis. La libertad de la via aerea nasal a de ser confirmado en cada lado y cuando sea posible el flujo nasal aereo sera documentado con rinomanometria. Los cultivos son obtenidos por hisopado de la mucosa nasal con aplicador esteril y colocados en un medio de transporte. El especimen es llevado al laboratorio donde sera plantado, es importante que se alerte al laboratorio sobre la sospecha del germen patogeno.

Los sintomas y signos comunes de la rinitis cronica son la congestion nasal que produce diversos grados de obstruccion, rinorrea, descarga postnasal, estornudos, prurito nasal y ocasionalmente cefalea, particularmente como una complicacion de la sinusitis. Cuando la condicion es severa los pacientes tienen respiracion oral cronica presentando sequedad de la mucosa orofaringea. Algunos pacientes neuroticos involucrados con la sintomatologia nasal visitan al medico frecuentemente recibiendo una variedad de medicamentos por su problema nasal, incluyendo descongestionantes topicos nasales a los que se pueden habituar, con la resultante rinitis medicamentosa.

Evaluacion clinica.

Hay que efectuar un correcto diagnostico para poder proporcionar una terapia efectiva, por lo que es importante que el medico no solo efectue la revision de las cavidades nasales sino tambien atienda los antecedentes con atencion especial a los sintomas presentes (incluyendo las circunstancias de presentacion, periodicidad de la obstruccion, duracion de la sintomatologia y factores que la exacerban o la hacen remitir). Se ha de estudiar al paciente en forma integral ya que la rinitis puede ser parte de una enfermedad sistemica.

En los niños los síntomas de la rinitis se manifiestan en grados variables de prurito producción de moco y fluidos así como ingurgitación vascular secundaria a la activación o liberación de mediadores inflamatorios o a aberraciones en la respuesta fisiológica a irritantes o a otros estímulos del medio ambiente. La sintomatología incluye prurito, estornudos, rinorrea, sangrado nasal y bloqueo nasal con dificultad respiratoria por una o por ambas narinas. La irritación ocular o el prurito pueden ser acompañados con la rinitis. Los niños pueden tener uno o todos los síntomas, aun que los síntomas son parecidos a los del adulto los niños tienden a ser más tolerantes a las molestias, prestandole más atención los padres o el médico. El prurito o la irritación ocular no son raros y ocurren generalmente en la rinitis alérgica. Estos síntomas se asocian a disfunción de la trompa de eustaquio con o sin otitis media, pérdida de la audición, cefaleas o los que se presenta en la rinitis de la infancia.

El saludo alérgico se caracteriza por rinorrea, prurito nasal y frote manual de la nariz. Las ojeras del alérgico se deben a la ingurgitación y estasis venosa en el área infrarrabital secundaria a la congestión nasal. La facies adenoidea se caracteriza por la respiración con la boca parcialmente abierta ya que es una consecuencia de la obstrucción nasal crónica de cualquier causa. Las anomalías faciales y dentales secundarias a la obstrucción nasal son secuelas comunes de la rinitis infantil.

Los hallazgos intranasales varían desde el ingurgitamiento nasal con una mucosa pálida o azulosa hasta eritema de la mucosa sin ingurgitación. La rinitis mucosa tiene crónicamente una coloración amarilla o verdosa en ausencia de aparente infección de los senos paranasales. Los polpos nasales son raros en los niños.

La obstrucción nasal por anomalías anatómicas de la nariz se puede ver a cualquier edad. Las anomalías estructurales congénitas, tumores, quistes y encefaloceles pueden ser vistos en la infancia. La inserción de cuerpos extraños dentro de la nariz es más frecuente en niños pequeños. La hipertrofia del tejido linfóide nasofaríngeo secundaria al drenaje de moco puede ser observado con hipertrofia adenoidea o amigdalina.

En la etiopatogenia de la rinitis alergica, estan involucrados mecanismos de dano inmunologico, que de acuerdo a la clasificacion de Coombs y Bell, corresponden a la de tipo I o anafilactica. Esta se explica como la presencia de una IgE especifica contra un alergeno, la cual se une a una celula (mastocito o celula cebada), en la mucosa nasal. Al tener un segundo contacto se suceden una serie de eventos bioquimicos y estructurales que conllevan a la liberacion de mediadores quimicos por parte de la celula. La actividad de estos en los tejidos vecinos, se traduce en los sintomas del paciente. Dentro de los mediadores que se liberan, basicamente tenemos a la histamina, o factores quimiotacticos y se crean otros de novo como las prostaglandinas, leucotrienos. Dentro de los exámenes de laboratorio, el mas utilizado es la busqueda de eosinofilos en moco nasal, cuya presencia junto con el cuadro clinico sugestivo, apoya el diagnostico. En la actualidad algunos autores como Zieger y cols. y Cohen y cols., sugieren que la toma de la muestra de mucosa es mas confiable que la de moco y en manos expertas puede ser de gran ayuda. La ausencia de eosinofilia nasal no descarta el diagnostico de alergía y su presencia sin correlacion clinica no lo confirma. La determinacion de inmunoglobulina E en sangre periferica, total y especifica, son exámenes que ayudan a confirmar el diagnostico en forma confiable. Existen diversos metodos inmunoenzimaticos para su deteccion, se les conoce como "PRIST", "RIST", "ELISA", etc. y detectan la IgE total. Es importante recalcar que niveles normales de la inmunoglobulina no descartan la presencia de alergía. La determinacion de IgE especifica se puede hacer in vitro por medio de "RAST" o "ELISA" o in vivo con las pruebas cutaneas. Estas siguen siendo el metodo fundamental para la identificacion de los alergenos causantes y son menos costosas, mas sensibles y especificas que las pruebas in vitro. Debemos tomar en cuenta que unas pruebas cutaneas positivas sin correlacion con el cuadro clinico no tienen ningun valor.

OBJETIVOS:

- I.- Conocer la prevalencia de la rinitis crónica en nuestra población.
- II.- Conocer la prevalencia de la rinitis crónica infecciosa en los pacientes que cursan con rinitis crónica.
- III.- Establecer la correlación clínico-patológica y la etapa de presentación de la rinitis infecciosa, antes de la manifestación florida y determinada únicamente por estudio de biopsia.
- IV.- Elaboración del protocolo de estudio longitudinal de pacientes con rinitis crónica.
- V.- Normar criterios de manejo y seguimiento en los pacientes que padecen rinitis crónica.

HIPOTESIS.

Hay una alta incidencia de rinitis crónica en la población de pacientes del Centro Médico Naval.

La correlación entre el diagnóstico clínico y el diagnóstico histopatológico es alta.

DEFINICION DE LA POBLACION OBJETIVO.

DEFINICION DEL UNIVERSO DE ESTUDIO.

El Centro Medico Naval es el tercer escalon de atencion medica y tiene una poblacion representativa a nivel nacional ya que por las características de la misma Institucion se ven pacientes provenientes de los diferentes estados de la Republica. De todos los pacientes del Centro Medico Naval se seleccionaron los pacientes que acudieron al Servicio de Otorrinolaringologia durante 1989 Ver grafica uno. De todos estos se presto especial atencion a los que tenían patologia nasal (ver grafica dos) y desde el punto de vista prospectivo se estudio a los pacientes con rinopatia cronica tomándose muestra de mucosa nasal en los pacientes mas representativos de cada entidad nosologica previa autorizacion y explicacion a cada uno de los pacientes.

El espacio muestral es el conjunto de pacientes a los que se les tomo biopsia de la mucosa nasal y representan el 2.2% de nuestro universo de estudio que son los pacientes con rinitis cronica. Los cuales estan contenidos en nuestro universo de trabajo que son los pacientes que acuden al Servicio de Otorrinolaringologia a su vez contenidos en el Espacio Universal de los pacientes del Centro Medico Naval.

Este es un estudio prospectivo, transversal, desarrollado en el Servicio de Otorrinolaringologia del Centro Medico Naval, durante 1989. En este lapso se dieron 88,075 consultas de las cuales 4,122 fueron del servicio de Otorrinolaringologia y de estas 922 fueron por causa nasal. Datos que seran analizados en el apartado correspondiente.

CRITERIOS.

Criterios de seleccion.- Todo paciente con rinitis cronica de mas de seis meses de evolucion, con cuadro clinico florido, sin tratamiento nasal previo a la toma de biopsia. Previa autorizacion de los pacientes, bajo anestesia topica se toma la muestra.

Criterio de exclusion.- Pacientes con diagnostico previo al ano de estudio, con tratamiento nasal al momento del estudio.

Criterio de eliminacion.- Solo un caso en que no se encontro el expediente por enviarse esta a su nueva unidad de adscripcion.

ESPECIFICACION DE VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICION.

A los pacientes muestreados se les estudiaron las siguientes variables:-

a).- Citología nasal. Aquí estudiamos los resultados de la misma, si fue normal, si hubo eosinofilia en el moco nasal, el tipo de bacteria que se observo al microscopio y las características de las células de descamación que se pudieron encontrar.

b).- Descripción radiológica. En este punto analizamos la imagen radiológica de los senos paranasales, describiendo sus características más relevantes.

c).- Diagnostico clínico. Se efectua el diagnostico clínico en base a los antecedentes y a la exploración física de cada paciente en particular.

d).- Hallazgos histopatológicos. Las muestras obtenidas son teñidas convencionalmente y observadas bajo el microscopio óptico, describiéndose las características de los tejidos.

Determinación de variables.

Las variables a determinar son dependientes entre sí por ser parte de una entidad nosológica. La primera es el diagnóstico clínico realizado por la consulta externa, la segunda variable es el diagnóstico histopatológico realizado por dos patólogos calificados, la tercera es el diagnóstico radiológico la cuarta es la lectura de la citología del moco nasal efectuada por Químicos Farmacobiólogos del Laboratorio de Análisis Clínicos del Centro Médico Naval.

Proceso de captación de la información.

El proceso se inicia en el consultorio con los pacientes de primera vez a los cuales se les efectúa interrogatorio y se les practica exploración clínica. Obteniéndose así la historia clínica otorrinolaringológica, base de la cual partimos formulándose el diagnóstico clínico. Aquí se captan los candidatos del estudio a los cuales se les informa del objetivo de la toma de biopsia y se obtiene su consentimiento. A todos se les solicita citología de moco nasal y serie de senos paranasales.

Los resultados de la citología nasal son transcritos del reporte del laboratorio. Las placas de rayos X son descritas en el consultorio por personal de base del Servicio de otorrinolaringología y su resultado transcrito a la tabulación de la hoja de trabajo. Los resultados de histopatología son transcritos a la misma hoja de tabulación, previo análisis conjunto de los servicios de Otorrinolaringología y patología. Ver tabulación anexa.

Analisis e Interpretacion de la Informacion.

Inicio esta exposicion explicando el motivo del presente estudio, se ven en el Servicio de Otorrinolaringologia una gran cantidad de pacientes con rinitis cronica, pero cuantos eran?, es cierto su diagnostico?, efectivo su tratamiento?, es valdiero el protocolo de seguimiento de los pacientes?

En el Servicio de Otorrinolaringologia en el lapso de enero a diciembre de 1989 se proporcionaron 4.127 consultas de las cuales 922 correspondieron a rinopatia cronica, desglosada de la siguiente manera: 673 rinitis obstructiva cronica; 57 rinitis atrofica; 53 rinitis vasomotora; 151 rinitis alergica; 1 rinitis medicamentosa y 2 consultas de escleroma nasal.

EVALUACION DE RESULTADOS.

El total de pacientes fue de 21, el promedio de edad fue de 38a (rango de los 4 a los 82 anos), no hubo predominancia en cuanto a sexo ya que fueron 11 mujeres y 10 hombres. Distribuidos en nuestro diagnostico clinico de la siguiente manera: Rinitis alergica dos mujeres y dos hombres. Rinitis atrofica tres mujeres. Rinitis obstructiva cronica un hombre. Sindrome de Sjogren una mujer. Etmoiditis una mujer. Lepra una mujer. Rinitis vasomotora un hombre. Sinusitis maxilar tres mujeres y un hombre en una de ellas coincidia con rinitis alergica. La poliposis nasal fue de uno a uno en cuanto a sexo. Granuloma nasal un hombre. Polipo antrocoanal un hombre. Escleroma nasal dos mujeres. Radiologicamente la sinusitis en cualquiera de sus variedades predomino, observandose los polipos en los casos correspondientes.

La citologia nasal cuando fue reportada confirmo los diagnosticos clinicos mas no los descarto cuando fue negativa.

En cuanto al diagnostico histopatologico se encontro una buena correlacion entre el resultado de las biopsias y el diagnostico clinico, a excepcion de dos casos, uno de lepra lepromatosa en la que reportaron mucosa nasal normal con una nota que decia muestra insuficiente para el diagnostico de lepra y otro en el cual nuestro diagnostico era de escleroma nasal y resultado al

microscopio linfoma no Hodgkin linfomatoso.

Como se puede observar hay una alta incidencia de rinitis obstructiva cronica la cual es facil de diagnosticar por su antecedente de obstruccion nasal en ocasiones posterior a trauma nasal otras veces la desviacion septal ocurre en el nacimiento por lo que el paciente no refiere traumatismo, a la exploracion fisica se encuentra con desviaciones de la piramide nasal las cuales causan obstruccion nasal cuando se producen despues del desarrollo facial, no asi cuando estas desviaciones de la piramide ocurren en la infancia ocasionando una asimetria facial compensadora de la funcion, lo mismo llega a suceder con las desviaciones septales de causa obstetrica o en los primeros años de vida. Cuando la desviacion septal se produce con el maxilo facial desarrollado la rinitis cronica puede presentarse de diferentes formas, por el grado de patogenicidad de la desviacion: impactadas con sintomatologia permanente, obstructivas la sintomatologia se presenta con otros factores desencadenantes tales como rinitis agudas, alergia nasal, rinitis vasomotora y rinitis ambiental. Las desviaciones septales no contactantes tienen una sintomatologia minima tal como acumulacion de costras de moco, catarros que se infectan facilmente o de larga duracion. Tambien las podemos clasificar por el sitio de presentacion area I sin sintomatologia, Area II obstruccion nasal franca con colapso valvular nasal, Area III anosmia en ocasiones silentes, Area IV cefaleas, sinusitis cronica, Area V cefaleas y otitis medias cronicas.

Le siguen en orden de frecuencia la rinitis alergica, la cual es predominante la presentacion en la epoca productiva de la vida y en la infancia. Presentandose en nuestra estadistica en forma bimodal una de los meses de marzo, abril y mayo y la otra en agosto y septiembre. Aun cuando el tratamiento corre a cuenta del Servicio de alergologia, Los pacientes acuden al Servicio de Otorrinolaringologia por rinorrea acuosa, prurito nasal o faringeo y estornudos en salva va sea en forma estacional o perenne, la sintomatologia puede llegar a ser incapacitante.

Si bien es cierto que hay rinopatias cronicas tales como rinitis atrofica o el escleroma nasal que no dejan duda al

diagnostico clinico cuando acuden al consultorio en la etapa florida de sus manifestaciones. no es asi al inicio del padecimiento, la rinitis alergica no facil de diagnosticar ya que por su historia natural no siempre estan presentes los sintomas clinicos y a la exploracion no hay datos de patologia a no ser que se trate de una rinitis alergica perenne. La rinitis vasomotora es un diagnostico por exclusion. La rinitis obstructiva cronica es facil de tratar al corregir quirurgicamente la desviacion rinoseptal, sin embargo la rinitis obstructiva cronica puede ser un componente importante en la rinopatia cronica mixta y que al ser corregida alivia notablemente la sintomatologia de la rinopatia coadyuvante.

CONCLUSIONES

En base a los datos obtenidos del Departamento de Archivo y Estadística del Centro Médico Naval se otorgaron 922 consultas a pacientes con rinitis crónica de un total de 80,075 que representa el 1.04% de la población que ocupa al hospital para su atención médica.

De estas 922 consultas 673 correspondieron a rinitis obstructiva crónica, 154 de alergia nasal 53 de rinitis vasomotora 39 de rinitis atrófica y 2 por escleroma nasal y una por rinitis medicamentosa.

FACTORES ETIOLÓGICOS.

Los factores que causan la rinitis crónica tanto en niños como en adultos son numerosas, pero es conveniente dividirlos desde el punto de vista clínico en tres grandes categorías: Alergica No alérgica e infecciosa.

LA RINITIS ALERGICA puede ser estacional cuando se presenta la floración de algunos pastos, flores o árboles. Multiestacional cuando la susceptibilidad del huésped es a polenes que se hacen presentes en diversas épocas. Se dice que es una rinitis alérgica perenne cuando se debe a polvo casero, ácaros, caspa de animales u hongos que están presentes en el medio ambiente del huésped en forma permanente.

LA RINITIS NO ALERGICA no infecciosa con eosinofilia es de causa desconocida, aun cuando Middleton supone que se debe a un factor quimiotáctico de los eosinófilos por parte de los mastocitos o alguna otra célula ocasionando la migración de eosinófilos dentro de la cavidad nasal. Este tipo de rinitis se presenta más frecuentemente en adultos. Generalmente se asocia a sensibilidad al ácido acético salicílico, asma bronquial y poliposis nasal. La poliposis nasal en niños es rara y cuando se llega a presentar se ha de pensar en fibrosis quística, ya que en esta entidad la poliposis es alta (del 10 al 40%, según diversos autores).

CUADRO UNO.-Clasificación tentativa de la rinitis crónica.

Inflamatoria.

Eosinofilia alérgica.

Estacional.

Perenne.

Eosinofilia no alérgica.

Mastocitosis nasal primaria.

Poliposis nasal.

Eosinofílica.

Neutrofílica.

Nasofaringitis/sinusitis neutrofílica.

Rinitis atrófica.

No inflamatoria.

Rinitis medicamentosa.

Tópica.

Sistémica.

Inestabilidad vasomotora.

Asociado con condiciones sistémicas (tiroideos y embarazo).

Rinitis vasomotora idiopática. (Inestabilidad vasomotora primaria).

Rinopatía estructural.

Trauma.

Desviación septal (obstrucción unilateral).

Poliposis nasal idiopática.

Función nasal alterada asociada con:

Hipertrofia adenoamigdalina.

Enfermedad por aspirina.

Cuerpos extraños.

Tumores y granulomas.

Rinorrea de LCR.

Síndrome de Horner.

Disquinesia ciliar.

Otros síndromes.

Enfermedad nasal mixta cuando hay coexistencia de dos o más alteraciones antes descritas.

LA RINITIS INFECCIOSA se puede clasificar por la variedad de organismo causante, siendo cuatro tipos principales: bacteriana, micotica, viral y parasitaria.

Sin embargo por su naturaleza inflamatoria cronica los padecimientos granulomatosos de la nariz, tienen un componente infeccioso cronico agregado, siendo los mas comunes el escleroma nasal granulomatosis de Wegener, la reticulosos polimorfa o granulomatosis de la linea media y la sarcoidosis. Menos frecuentemente esta la sifilis, lepra, esporotricosis tuberculosis blastomicosis, histoplasmosis y coccidioidomicosis.

La rinitis atrofica es una entidad de causa desconocida relacionada con la Klebsiella Ozanae como organismo oportunista y se ha propuesto factores geneticos, ambientales y del metabolismo del hierro como desencadenantes de la enfermedad. La Republica Mexicana se considera dentro de la zona endemica.

CUADRO 2 - Clasificación de la rinitis crónica en niños.

Alergica.

Estacional.

Perenne.

Episódica.

No alérgica.

Con eosinofilia nasal (NARES/ENR).

Asociado con poliposis nasal +/-

ASA/ +/- NSAID.

Asociado con asma.

Sin eosinofilia nasal.

Rinitis vasomotora.

Rinitis mucosa.

Rinitis endocrina.

Rinitis metabólica.

Rinitis medicamentosa.

Infecciosa

Frecuentemente recurrente (de larga evolución).

Rinitis infecciosa crónica.

Asociada con sinusitis crónica, adenoiditis,
otitis media.(?)

ASA= Ac. Acetil Salicílico.; NSAID= Droga antiinflamatoria no esteroide.; NARES= Rinitis no alérgica con eosinofilia.; ENR= Rinitis no alérgica eosinofílica.

PEARLMAN.DAVID S.

J. ALLERGY CLIN. IMMUNOL. VOL. 81, NUM. 5, PART. 2, pp 964.

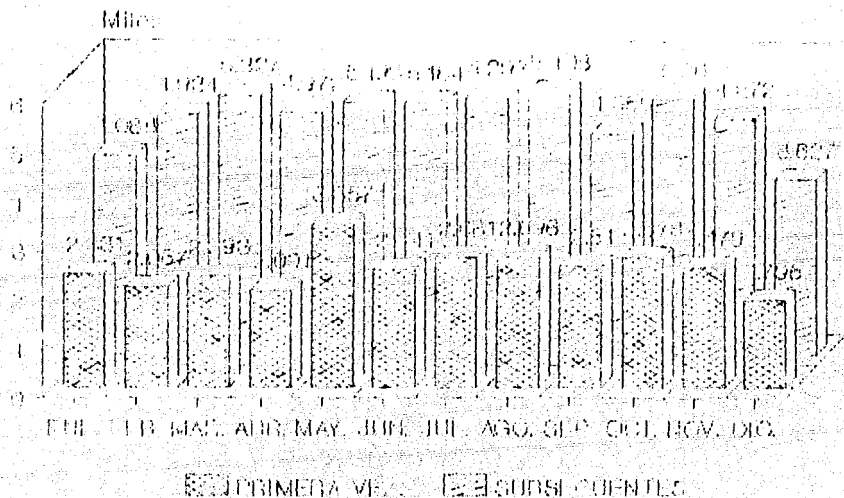
ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

REFERENCIAS.

- (1) Lucente, Frank E.
"Rhinitis and nasal obstruction".
Otolaryngologic Clinics of North America.
Vol. 22, No. 2, April 1989: 307-310.
- (2) Sienra-Monge, Juan J.L.; Baeza-Bacab, Manuel.
"Rinosinusitis alérgica".
Boletín Médico del Hospital Infantil de México.
Vol. 46, Num. 1, Abril 1989: 293-297.
- (3) Middleton, Elliott JR.
Chronic rhinitis in adults.
J. Allergy Clin Immunol.
Vol. 81, Num. 5, part 2, May 1988: 971-974.
- (4) Pearlman, David S.
Chronic rhinitis in children.
J. Allergy Clin Immunol.
Vol. 81, Num. 5 Part 2, May 1988: 962-966.
- (5) Shwachman, H, Kulczycki.
Nasal poliposis in patients with cystic fibrosis.
Pediatrics.
Vol. 30, 1962: 389.
Referido en (4).
- (6) Mikaelian, Andrew J.
Vasomotor rhinitis.
Ear, Nose and Throat Journal.
Vol. 68, Num. 3, Mar. 1989: 207-217.
- (7) Topozada, H. Riad, W.
The epithelium and chronic inflammatory cells in scleroma.
The Journal of laryngology and otology.
Vol. 95, Octubre 1981: 1049-1057.

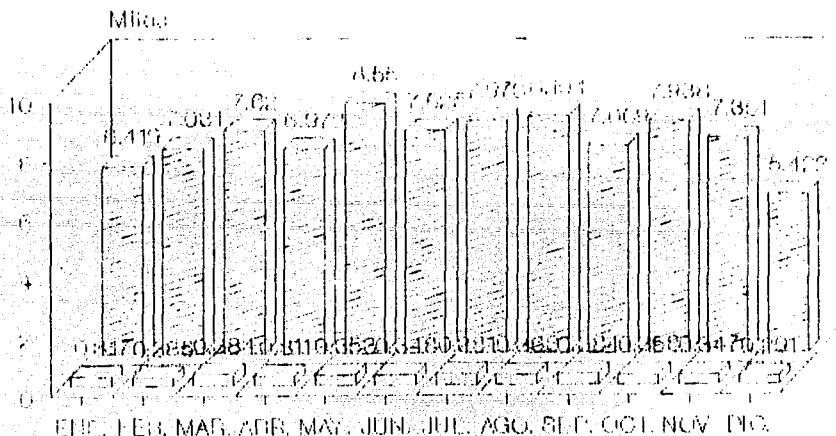
- (8) Baer, S.T.; Goulson, I.H.; Ellman, D.
Anhidrotic ectodermal dysplasia: an ENT presentation in
infancy.
The Journal of laryngology and otology.
Vol. 102; May 1988; 450-459.
- (9) Georgitis, John; Gold, Sara; Bernstein, Joel.
Eustachian tube function associated with histamine-induced
and ragweed-induced rhinitis.
Annals of Allergy.
Vol. 61, Septiembre 1988; 234-238.
- (10) Lloyd, G.A.S.
Diagnostic imaging of the nose and paranasal sinuses.
The Journal of laryngology and otology.
Vol. 103, May 1989; 453-460.
- (11) Wilson, Janet, and cols.
Nasal histamine and heparin in chronic rhinitis.
Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.
Vol. 97, 1988; 389-392.
- (12) Departamento de Archivo y estadística CENMED.NAV.
Legajo III del Servicio de Sanidad Naval.
Vol. de Enero a Diciembre de 1989.

ESTADISTICAS DEL CENTRO MEDICO NAVAL. TOTAL DE PACIENTES.



FUENTE: Libro de archivo y estadística.
Enero-marzo 1989

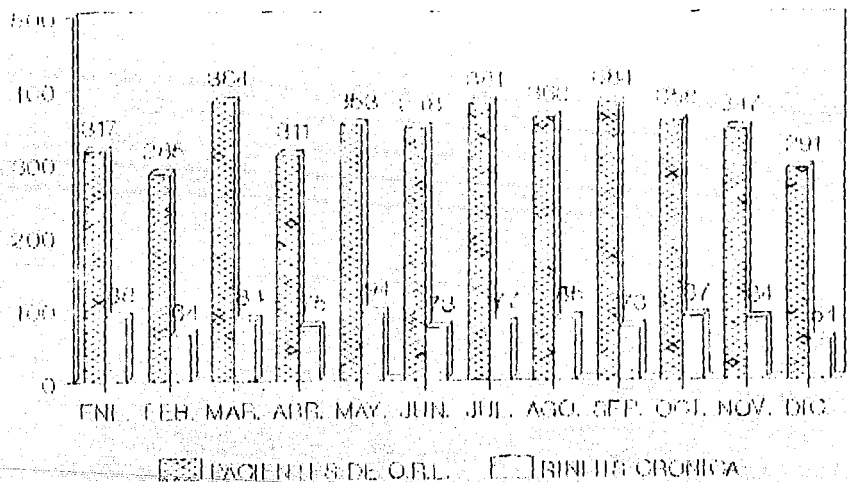
ESTADISTICAS DEL CENTRO MEDICO NAVAL. TOTAL DE PACIENTES OTORRINOLARINGOLOGIA.



□ PACIENTES DE O.R.L. ▨ PACIENTES DE O.M.M.

FUENTE: Dapio de archivo y estadística.
Legajo mensual 3, 1989.
pagina 23

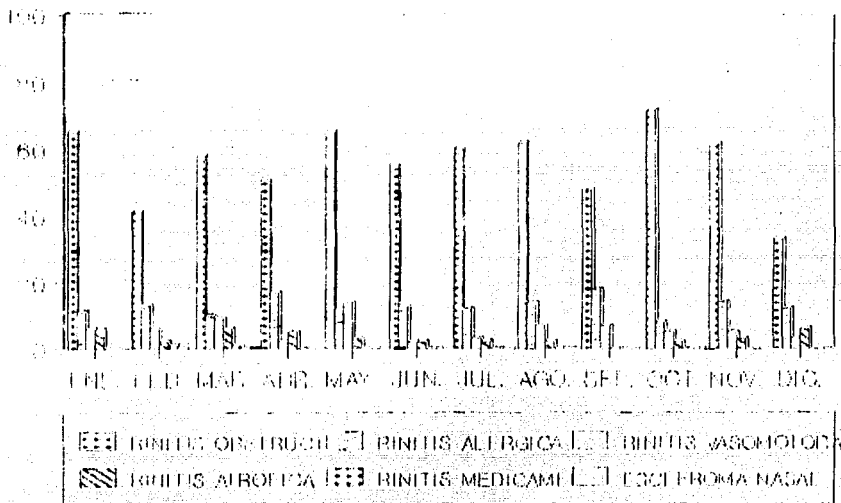
ESTADISTICAS DEL CENTRO MEDICO NAVAL. TOTAL DE PACIENTES OTORRINOLARINGOLOGIA



FUENTE: Dpto. de archivo y estadística.
Logoj mensual 3, 1989.

Página 24

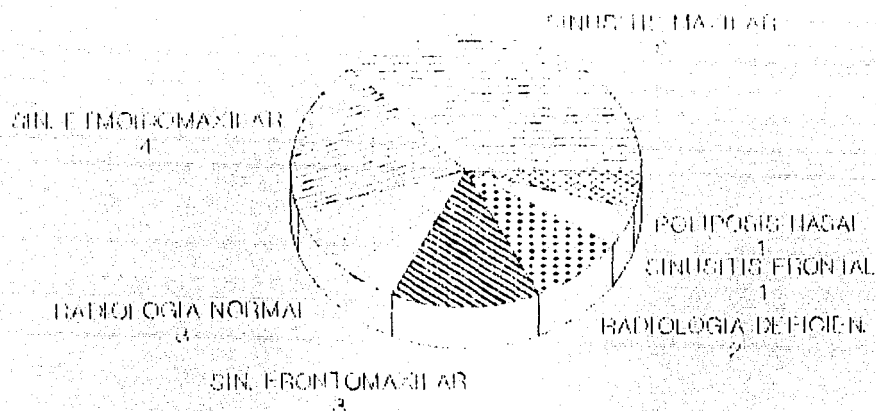
ESTADISTICA DE OTORRINOLARINGOLOGIA. TOTAL RINITIS CRONICAS.



FUENTE: HOJAS DE TRABAJO DEL SERVICIO
DE OTORRINOLARINGOLOGIA-1989.

Página 25

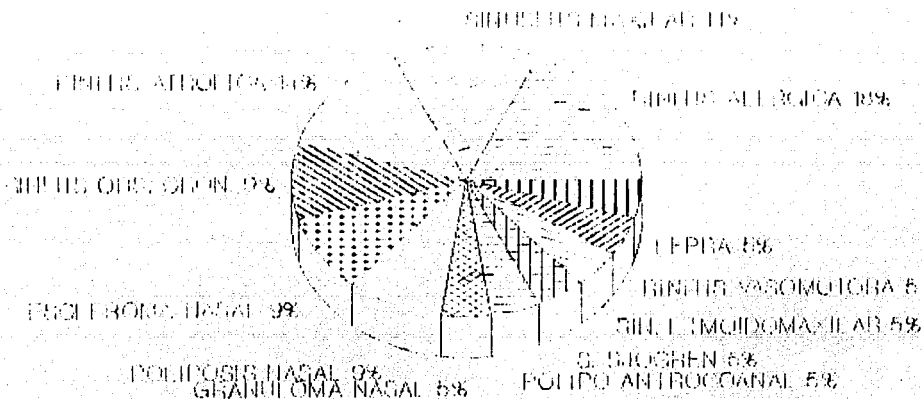
RESULTADOS DEL ESTUDIO 1. DIAGNOSTICO RADIOLOGICO.



FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

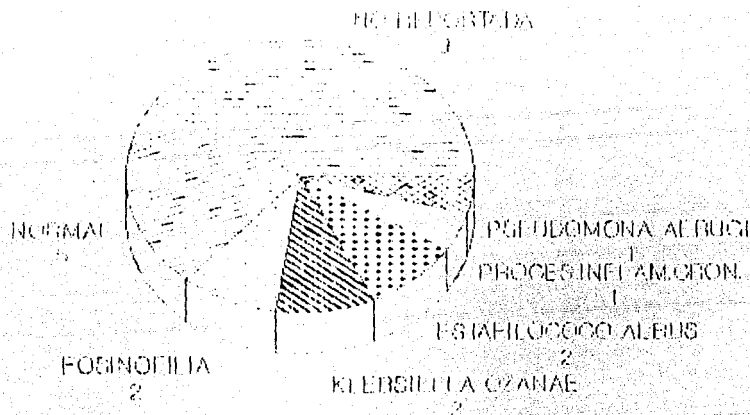
RESULTADOS DEL ESTUDIO 2

DIAGNOSTICO CLINICO.



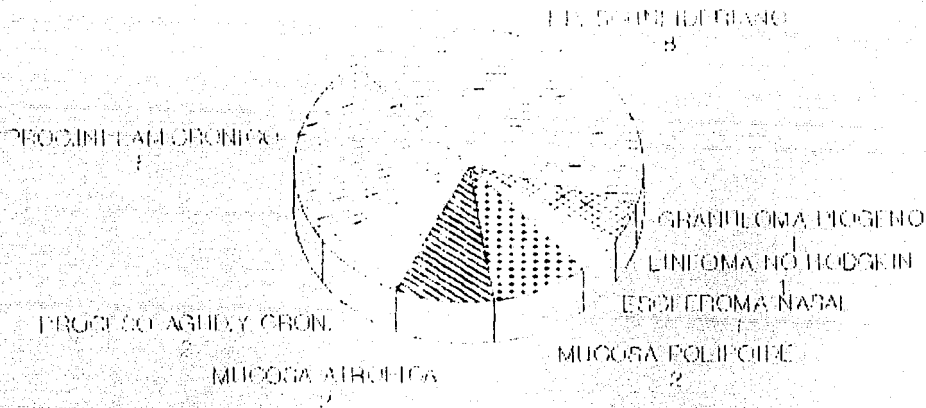
FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO.

RESULTADOS DEL ESTUDIO 3. CITOLOGIA NASAL.



FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

RESULTADOS DEL ESTUDIO 4. DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO.



FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

Página 29

TABULACION DE RESULTADOS

REGISTRO	EDAD	SEXO	SINTOMA	CIT. NASAL	DX. CLINICO	DX. PATOLOGICO	DESCRIPCION HISTOPATOLOGICA
LOCE-530423	20	F	17A	EOSINOFILIA	R. ALERGICA	SINUSITIS FRONTOMAXILAR	EPITELIO SEUDOESTRATIFICADO, ESTROMA INFILTRADO POR CELULAS PLASMATICAS Y LINFOIDES, VASOS CONGESTIVOS.
LOCE-530423	36	F	12A	NO REPORTADO	R. ALERGICA	SINUSITIS ETMOIDOMAXILAR	EPITELIO SCHNEIDERIANO INFILTRADO POR CELULAS PLASMATICAS, LINFOIDES Y EOSINOFILOS, GLANDULAS SUBMUCOSAS.
HELM-530523	4	M	4A	NO REPORTADO	R. ATROFICA	SINUSITIS MAXILAR BILATERAL TEJIDO ADENOIDEO.	EPITELIO NORMAL, CON INTENSO PROCESO INFLAMATORIO CRONICO.
HEPM-590915	30	M	6M	NORMAL	R. OBS. CRON.	SINUSITIS MAXILAR BILATERAL	LEVE INFILTRADO DE CELULAS PLASMATICAS, VASOS SANGUINEOS DE MEDIANO CALIBRE CONGESTIVOS.
CORR-650207	24	M	2A	NO REPORTADO	R. ALERGICA	SINUSITIS FRONTAL	ESTROMA INFILTRADO CON CELULAS PLASMATICAS, CON CONGESTION VASCULAR.
GRNG-690105	55	F	1A	NORMAL	S. SINGPEN	PX. SIN PATOLOGIA	ABUNDANTES CELULAS LINFOIDES MODERADA CANTIDAD CELULAS PLASMATICAS AL PEQUEÑO DE GLANDULAS SUBMUCOSAS, PNEUMONIA ACENTUADA.
BAMM-110310	73	F	10M	PLUC. INF. CRONICO	ETMOIDITIS	PANSINUSITIS, CAMBIOS OUTPURTICOS	EPITELIO NORMAL, ESTROMA LAXO INFILTRADO POR CELULAS PLASMATICAS, HISTIOCIITOS Y POLIMORFONUCLEARES.
MUGR-500526	53	F	0A	NEGATIVO	R. ATROFICA	SINUSITIS FRONTOMAXILAR.	POPCION SUBEPITELIAL CON BANDAS DE TEJIDO FIBROSO, CON MODERADA CANTIDAD DE LEUCOCITOS, GLANDULAS MUCINOSAS RODEADAS DE TEJIDO FIBROSO.
ROAR-610510	23	F	2A	P. REPUBINOZA	LEPPA	PX. DEFICIENTE.	FRAGMENTOS DE MUCOSA NORMAL, CON EPITELIO PLANO ESTRATIFICADO CON PMN.
FUMR-670412	22	F	4A	K. OZANNE	R. ATROFICA	SINUSITIS MAXILAR BILATERAL.	MUCOSA DE EPITELIO ESTRATIFICADO Y CUBICO, ALGUNAS GLANDULAS CON ESCASA MUCINA RODEADA POR BANDAS FIBROSAS.
HAGN-701025	18	M	1A	NORMAL	R. VASOMOTORA	PX. SIN PATOLOGIA.	EPITELIO NORMAL, PROCESO INFLAMATORIO CON EDMA LEVE.
CAGT-640526	42	F	1A	S. ALBUS C+	S. MAXILAR	SINUSITIS MAXILAR.	EPITELIO ESTRATIFICADO TIPO SCHNEIDERIANO ESTROMA LAXO, EDEMATOSO, INFILTRADO DE CELULAS PLASMATICAS Y EOSINOFILOS.
NDH	36	M	3A	S. NUPEUS C+	S. MAXILAR	SINUSITIS MAXILAR.	EPITELIO SEUDOESTRATIFICADO, EXTENSO INFILTRADO CLS. EOSINOFILOS, PMN Y MACROFAGOS ESPUMOSOS, HEMORRAGIA Y CONGESTION VASCULAR.
VIDM-371221	24	M	3A	S. ALBUS C+	R. ALERGICA.	SINUSITIS MAXILAR BILATERAL	EPITELIO PLANO ESTRATIFICADO SCHNEIDERIANO, INFILTRADO DE CELULAS LINFOIDES Y POLIMORFONUCLEARES, ESTROMA ADENOMATOSO.
GANC-300118	44	F	0A	NO REPORTADO	PULIPOSIS NASAL.	SINUSITIS MAXILAR DEPECNA.	MUCOSA NASAL CON INTENSO PROCESO INFLAMATORIO AGUDO Y CRONICO, APRES DE NECROSIS.
DETA-070614	02	M	20A	LAR. NORMAL	POLIPOSIS NASAL.	RX. POLIPOSIS NASAL.	FORMACION POLIPOIDE CON PESTIPESTIMIENTO SIMPLE COLUMNAR Y SEUDOESTRATIFICADO EL ESTROMA LAXO ES EDEMATOSO CON CONGESTION VASCULAR.
NDH	32	M	10A	NO REPORTADO	GRANULOMA NASAL.	PX. NO REPORTADO.	GRANULOMA PIOGENO DE MUCOSA NASAL.
PIPA-361201	53	M	30A	NO REPORTADO	PILIPO ANTRORRINAL ESCLEROMA NASAL.	PROCESO OCUPATIVO DE CELDILLAS ETMOIDALES EXTENDIENDOSE A CAVIDAD NASAL.	FORMACION POLIPOIDE REVESTIDA DE EPITELIO ESTRATIFICADO Y SEUDOESTRATIFI
CUMA-520507	45	F	2A	NO REPORTADO	NASAL.	SINUSITIS MAXILAR ICULITIS DE PARED ANTRAL EXTERNA.	CON ESTROMA LAXO EDEMATOSO INFILTRADO DE CELULAS PLASMATICAS, LINFOIDES MODERADA CANTIDAD DE NUCLEOS HENDIDOS GRANDES Y PEQUEÑOS DE GRADO INTERMEDIO DE MALIGNIDAD.
PUPF-641101	24	M	2A	NO REPORTADO	SINUSITIS MAXILAR	SINUSITIS FRONTOMAXILAR (NO EXISTE POLIPO EN LA BASE).	EPITELIO SCHNEIDERIANO, POR ABADO DE ESTE PROLIFERACION DE CELULAS LINFOIDES FORMANDO CUMULOS Y ABUNDANTES CELULAS PLASMATICAS.
HEGV-60010A	62	F	6M	NO REPORTADO	ESCLEROMA NASAL.	SINUSITIS ETMOIDOMAXILAR CRONICA	EPITELIO HIPERPLASICO CON INFILTRADO DE CELULAS PLASMATICAS Y DE MITILIC2, LINFOCIDIOS CONTENIENDO KLEBSTELLAS.