

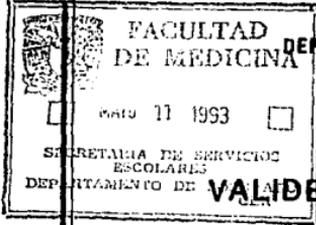
11236
29



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZALEZ"

DEPARTAMENTO DE OTORRINOLARINGOLOGIA



**VALIDEZ DEL DIAGNOSTICO CLINICO
DE RINITIS ALERGICA**

**TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER EL TITULO DE LA ESPECIALIDAD DE
OTORRINOLARINGOLOGIA
P R E S E N T A :
DR. DANIEL BROSS SORIANO**

Asesor: Dr. Alfredo Chi Chan

México D. F.

1993



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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 | 01 |
| MATERIAL Y METODOS | 05 |
| RESULTADOS | 12 |
| DISCUSION | 15 |
| CONCLUSIONES Y COMENTARIOS | 17 |
| BIBLIOGRAFIA | 19 |
| GRAFICAS | 22 |
| TABLAS | 24 |
| ANEXO | 28 |

4.- ANTECEDENTES: EN LOS ULTIMOS AÑOS SE HA HECHO INDISPENSABLE HABLAR SOBRE LOS EFECTOS QUE TIENE LA CONTAMINACION SOBRE LA SALUD DE TODOS NOSOTROS(1,15), ESPECIFICAMENTE EN LOS PROCESOS INFLAMATORIOS E INFECCIOSOS QUE AFECTAN LAS VIAS AEREAS SUPERIORES, POR LO QUE SE HA PROPUESTO UNA ETIOLOGIA ALERGICA, YA QUE EL 10% DE LA POBLACION MUNDIAL SUFRE ALGUN PROCESO ALERGICO. EN CUANTO A ESTE PROBLEMA ACTUALMENTE LA INVESTIGACION MEDICA SE HA ENFOCADO BASICAMENTE EN DETERMINAR LOS NUEVOS Y DIFERENTES AGENTES ALERGENICOS(2,8,20), ENCONTRAR ALTERACIONES INMUNOLOGICAS QUE PREDISPOGAN A PATOLOGIA ALERGICA Y SOBRETUDO A EVALUAR LOS DIFERENTES TIPOS DE FARMACOS TOPICOS O SISTEMICOS PARA EL TRATAMIENTO DE ESTE TIPO DE PATOLOGIA(2,3,4,5,6,7,21).

EN LO QUE SE REFIERE A LA METODOLOGIA DIAGNOSTICA SE CREE QUE SE PUEDE HACER DIAGNOSTICO CLINICO DE RINITIS ALERGICA, PERO NO EXISTE NINGUNA RUTA CRITICA O PROTOCOLO DE ESTUDIO PARA SU DIAGNOSTICO (1,3,6,7,8). TOMANDO EN CUENTA QUE EL 20% DE LA POBLACION DEL VALLE DE MEXICO SUFRE DE PATOLOGIA POR HIPERSENSIBILIDAD EN LAS VIAS RRESPIRATORIAS POR EXPOSICION A ALTOS INDICES DE CONTAMINACION AMBIENTAL(26), NOS PROPONEMOS ESTUDIAR PACIENTES CON SINTOMATOLOGIA DE VIAS AEREAS SUPERIORES, IDENTIFICANDO LOS SIGNOS Y SINTOMAS ESPECIFICOS QUE NOS PERMITAN REALIZAR UN DIAGNOSTICO CLINICO DE RINITIS ALERGICA(19,22,23,24).

DESDE HACE TIEMPO SE CONOCEN LOS DESORDENES DE HIPERSENSIBILIDAD DEL SISTEMA INMUNOLOGICO. Y COMO ALGUNAS PERSONAS PRESENTAN UNA RESPUESTA ALTERADA ANTE LA EXPOSICION DE CIERTOS ESTIMULOS (ALERGENOS) (9). ESTAS ANORMALIDADES ESTAN CLASIFICADAS DENTRO DE UN GRUPO DE ENTIDADES CONOCIDAS COMO REACCIONES DE HIPERSENSIBILIDAD DE LAS CUALES EXISTEN 6 TIPOS: TIPO I INMEDIATA O ANAFILACTOIDE (MEDIADA POR IGE) , TIPO II CITOTOXICA (MEDIADA POR IGG E IGH), TIPO III DE COMPLEJOS INMUNES (MEDIADA POR COMPLEJOS ANTIGENO-ANTICUERPO), TIPO IV HIPERSENSIBILIDAD RETARDADA, TIPO V DE ESTIMULACION POR ANTICUERPOS Y TIPO VI DE CITOTOXICIDAD CELULAR MEDIADA POR CELULAS NULAS. (10,11). DE ESTOS GRUPOS, LA QUE NOS INTERESA ES LA DEL GRUPO O TIPO I, YA QUE ES ESTE EL MECANISMO PROPUESTO PARA LOS FENOMENOS ALERGICOS EN LAS VIAS AEREAS SUPERIORES.

SIN EMBARGO PARA REALIZAR UN DIAGNOSTICO INTEGRAL DE RINITIS ALERGICA ES NECESARIO DE UNA HISTORIA CLINICA COMPLETA, CON EXPLORACION FISICA DIRIGIDA Y UN INTERROGATORIO COMPLETO QUE DEBERA INCLUIR NO SOLO A LA NARIZ SINO A OTROS ORGANOS DE CHOQUE COMO SON OIDOS, GARGANTA, PULMONES, OJOS, Y PIEL EN GENERAL, ASI COMO LA REALIZACION DE EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE. (1,6,7,10,12). LOS EXAMENES DE LABORATORIO QUE INCLUYEN:

A) BIOMETRIA HEMATICA COMPLETA - PARA IDENTIFICAR SI EXISTE O NO EOSINOFILIA SERICA. B) CITOLOGIA DE MOCO NASAL - EN SUS DIFERENTES TECNICAS: 1)TECNICA DE AZUL DE METILENO 2)TECNICA DE WRIGTH 3)TECNICA DE PAPANICOLAU 4)TECNICA DE HANSEL. EN LAS CUALES TRATAREMOS DE IDENTIFICAR EOSINOFILIA EN MOCO NASAL Y/O ALTERACIONES DE TIPO INFLAMATORIO. C) DETERMINACION DE LOS NIVELES SERICOS DE Ige - LA CUAL AUMENTA EN LOS FENOMENOS DE HIPERSENSIBILIDAD TIPO I, COMO ES EL CASO DE LA RINITIS

ALERGICA. LOS METODOS DE MEDICION PUEDEN SER: 1)PRIST - MEDICION DE LA Ige SERICA TOTAL POR RADIOINMUNOABSORBANCIA. 2)RAST - MEDICION DE Ige ESPECIFICO ANTE EL ESTIMULO DE UN ALERGENO ESPECIFICO. D) PRUEBAS CUTANEAS CUYAS TECNICAS PUEDEN SER: 1)RASGUÑO, 2)PARCHES, 3)POR PUNCIÓN (PRICK), 4)INTRADERMICAS. E) COPROPARASITOSCOPICO EN SERIE DE TRES - PARA IDENTIFICAR SI EXISTE ALGUNA PARASITOSIS QUE PUDIERA OCASIONAR EOSINOFILIA SERICA. F) BIOPSIA DEL CORNETE INFERIOR - PARA DETERMINAR EL ORIGEN DE LOS CAMBIOS EN LA MUCOSA NASAL, SI SON DE ORIGEN INFLAMATORIO, INFECCIOSO O TUMORAL.(1,6,7,10).

LOS EXAMENES DE GABINETE SON: A) RADIOGRAFIAS SIMPLES DE SENOS PARANASALES - PARA DETERMINAR SI EXISTE ENGROSAMIENTO DE LA MUCOSA DE LOS SENOS MAXILARES. B) RINOMANOMETRIA - PARA DETERMINAR SI LA OBSTRUCCION NASAL ES DE TIPO FUNCIONAL O ANATOMICA.(12,25).

UNA VEZ REALIZADOS TODOS LOS EXAMENES ANTERIORMENTE DESCRITOS, SE PUEDEN CLASIFICAR LAS RINITIS SEGUN LA CLASIFICACION DE PEARLMAN EN:

ALERGICA: ESTACIONAL

PERENNE

EPISODICA

NO ALERGICA:

CON EOSINOFILIA: ASOCIADO A POLIPOSIS NASAL

ASOCIADO A ASMA

SIN EOSINOFILIA: RINITIS VASOMOTORA

RINITIS MUCOSA

RINITIS ENDOCRINA

RINITIS METABOLICA

RINITIS MEDICAMENTOSA

INFECCIOSA: FRECUENTEMENTE RECURRENTE (RELACIONADO CON EDAD)

INFECCIOSA CRONICA (ASOCIADO A SINUSITIS,
ADENOIDITIS, ETC.) (27).

¿ SE PUEDE REALIZAR DIAGNOSTICO DE RINITIS ALERGICA EN BASE A DATOS CLINICOS, SIN EL APOYO DE LABORATORIO, GABINETE O HISTOPATOLOGIA?

EN HOSPITALES DE ASISTENCIA, DONDE SE DA ATENCION A UN GRAN NUMERO DE PACIENTES CON PROBLEMAS PROBABLEMENTE DE TIPO ALERGICO, ES IMPORTANTE DISEÑAR UNA RUTA CRITICA DE ESTUDIO QUE DISMINUYA EL TIEMPO, COSTOS Y FACILITE EL DIAGNOSTICO PARA INICIAR TRATAMIENTO ADECUADO. QUEREMOS VER SI EL DIAGNOSTICO CLINICO DE RINITIS ALERGICA QUE HEMOS ESTADO REALIZANDO EN UN GRAN NUMERO DE PACIENTES ES REALMENTE CONFIABLE, PUESTO QUE EN BASE A ESTE DIAGNOSTICO SE IMPLEMENTA EL TRATAMIENTO EN LA MAYORIA DE LOS PACIENTES.

EL OBJETIVO ES: DETERMINAR SI EL DIAGNOSTICO CLINICO DE RINITIS ALERGICA CORRELACIONA CON EL DIAGNOSTICO DE LABORATORIO, GABINETE E HISTOPATOLOGICO PARA LA MISMA PATOLOGIA.

LA HIPOTESIS ES: SI LA RINITIS ALERGICA PRODUCE DATOS CLINICOS CARACTERISTICOS, ENTONCES EN BASE A SINTOMAS Y SIGNOS CLINICOS SE PODRA REALIZAR EL DIAGNOSTICO DE RINITIS ALERGICA.

ES UN ESTUDIO CON GRUPO CONTROL, CIEGO, OBSERVACIONAL, PROLECTIVO Y TRANSEVERSAL.

5.- MATERIAL Y METODO:

5.1 UNIVERSO DE ESTUDIO: PACIENTES QUE ACUDAN A CONSULTA DE PRIMERA VEZ (VALORACION O HISTORIA CLINICA) AL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA.

5.2 TAMAÑO DE LA MUESTRA:

5.2.1 CONSTARA DE UN GRUPO DE 10 PACIENTES EN LOS QUE CLINICAMENTE SE SOSPECHE EN EL DIAGNOSTICO DE RINITIS ALERGICA Y SERA DE MANERA SECUENCIAL.

5.2.2 EL GRUPO CONTROL CONSTARA DE 10 PACIENTES QUE ACUDAN AL SERVICIO POR OTRA PATOLOGIA Y EN LOS QUE AL INTERROGATORIO Y EXPLORACION NO SE SOSPECHE COMPONENTE ALERGICO DE LAS VIAS AEREAS.

5.3 CRITERIOS DE SELECCION:**5.3.1. CRITERIOS DE INCLUSION:**

- 1) PACIENTES CON SOSPECHA CLINICA DE RINITIS ALERGICA.
- 2) PACIENTES MASCULINOS Y FEMENINOS MAYORES DE 15 AÑOS.
- 3) CONSENTIMIENTO ESCRITO DEL PACIENTE O DEL PADRE O TUTOR EN CASO DE SER MENOR DE 18 AÑOS.

5.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSION:

- 1) PACIENTES MENORES DE 15 AÑOS.
- 2) PACIENTES CON CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD SISTEMICA QUE PUDIERSE CAUSARLES DESCOMPENSACION (COMO DM, HTAS, NEOPLASIAS, ENFERMEDAD HEPATICA O RENAL, ETC.).
- 3) PACIENTES QUE HALLAN RECIBIDO TRATAMIENTO CON ANTIHISTAMINICOS DE CUALQUIER TIPO 2 SEMANAS PREVIAS A LA INCLUSION AL ESTUDIO A EXCEPCION DE ASTEMIZOL EL CUAL DEBERA DE HABER SIDO SUSPENDIDO POR LO MENOS 8 SEMANAS PREVIAS A LA INCLUSION AL ESTUDIO.

- 4) PACIENTES CON CUALQUIER TIPO DE INMUNOSUPRESION (SIDA, LEUCEMIA, LINFOMA, DESNUTRICION, TERAPIA CON CORTICOIDES, ETC.)
- 5) ENFERMEDAD INFECCIOSA DE CUALQUIER TIPO.
- 6) PRESENCIA DE CUADROS FEBRILES EN LOS 8 DIAS PREVIOS A LA ENTRADA AL PROTOCOLO.

5.3.3 CRITERIOS DE ELIMINACION:

- 1) ABANDONO DEL SEGUIMIENTO POR CUALQUIER MOTIVO .
- 2) A SOLICITUD EXPRESA DEL PACIENTE O EL TUTOR EN TURNO.
- 3) QUE DURANTE EL ESTUDIO CLINICO, DE LABORATORIO O GABINETE PRESENTE EVIDENCIA DE INFECCION.

5.4.1 VARIABLES DEPENDIENTES: TIEMPO DE EVOLUCION, MANIFESTACIONES ALERGICAS EN OTROS NIVELES ADEMAS DE NARIZ COMO SERAN OIDOS, OJOS, FARINGE, BRONQUIOS, PULMONES Y PIEL EN GENERAL. LAS CUALES SERAN OBSERVADAS Y REGISTRADAS POR MEDIO DEL CUESTIONARIO QUE SE APLICARA Y SERAN OBSERVADAS DURANTE LA EXPLORACION FISICA.

5.4.2 VARIABLES INDEPENDIENTES: LAS QUE SE ACOSTUMBRAN COMO DATOS GENERALES- EDAD, SEXO, NIVEL SOCIOECONOMICO ETC.

5.5 PROCEDIMIENTO DE CAPTACION DE LA INFORMACION: LA MANERA DE RECOPIRAR LA INFORMACION SERA COMO SIGUE: EL PACIENTE LLEGA A CONSULTA DE VALORACION O DE HISTORIA CLINICA DE OTORRINOLARINGOLOGIA POR PRIMERA VEZ EN ESE MOMENTO SE LE INTERROGA Y EXPLORA (MEDICO RESIDENTE) Y LO IDENTIFICA COMO UN PROBABLE PACIENTE CON RINITIS ALERGICA, POR LO QUE SERA AVISADO EL RESIDENTE ENCARGADO DEL PROTOCOLO EL CUAL REPETIRA EL EXAMEN; YA QUE EN LA LITERATURA NO EXISTEN PARAMETROS ESTABLECIDOS, NI ESTUDIOS PILOTO QUE INDIQUEN CUANTOS SIGNOS Y SINTOMAS CLINICOS DEBEN DE ESTAR PRESENTES PARA SOSPECHAR EL DIAGNOSTICO DE RINITIS ALERGICA, EN

BASE A LOS TRABAJOS PREVIOS (2,3,4,7,10,11,12,22,23) HEMOS IDENTIFICADO LOS SIGUIENTES SIGNOS Y SINTOMAS, COMO LOS MAS FRECUENTES EN ESTA ENFERMEDAD:

- SINTOMAS:
- 1) PRURITO NASAL Y/O SALUDO ALERGICO.
 - 2) ESTORNUDOS EN SALVA O MATUTINOS.
 - 3) OBSTRUCCION NASAL BILATERAL EN BASCULA ALTERNANTE EN AUSENCIA DE PATOLOGIA SEPTAL.
 - 4) RINORREA HIALINA ANTERIOR Y/O POSTERIOR.
 - 5) OLFACION NORMAL (DATO SUBJETIVO).
 - 6) HISTORIAS DE FARINGITIS RECURRENTES.
- SIGNOS:
- 7) CORNETES HIPERTROFICOS.
 - 8) MUCOSA NASAL EDEMATOSA Y PALIDA (P O A).
- (ANEXO)

SE HARAN DOS GRUPOS DE ACUERDO AL NUMERO DE SIGNOS Y SINTOMAS QUE PRESENTEN; HEMOS ESTABLECIDO UNA ESCALA AD-HOC QUE CONSTA EN LO SIGUIENTE:

- A) 5 O MAS DATOS POSITIVOS - PROBLEMANTE ALERGICO.
 - B) MENOS DE 4 DATOS POSITIVOS - PROBLEMANTE NO ALERGICO.
- EN EL ESTUDIO SE CONSIDERA AL GRUPO B COMO CONTROLES, MIENTRAS QUE AQUELLOS EN EL GRUPO A FORMARAN EL GRUPO DE CASOS.

UNA VEZ RECABADA LA AUTORIZACION DE ENTRADA AL PROTOCOLO TANTO DEL GRUPO A COMO DEL GRUPO B POR ESCRITO; SE APLICARA EL CUESTIONARIO QUE SE ANEXA Y SE LE INDICARA SE REALIZE LOS SIGUIENTES EXAMENES:

- A) BIOMETRIA HEMATICA COMPLETA CON DIFERENCIAL.
- B) COPROPARASITOSCOPICO EN SERIE DE (3).

C) CITOLOGIA DE MOCO NASAL (CON LA TECNICA DE PAPANICOLAU).

LA TECNICA DE PAPANICOLAU CONSISTE EN LA OBSERVACION MICROSCOPICA BAJO 3 DISTINTAS TINCIONES:

C.1- HEMATOXILINA Y EOSINA (H-E): HEMATOXILINA, EOSINA, ALCOHOL DE 95 GRADOS, SULFATO DE ALUMINIO O AMONIO Y OXIDO AMARILLO DE MERCURIO. (PARA OBSERVAR NUCLEOS).

C.2- TINCION DE ORANGE (O-G): SOLUCION AL 0.5% DE ALCOHOL DE 95 GRADOS Y ACIDO FOSFOTUNGSTICO. (PARA OBSERVAR CITOPLASMA).

C.3- MEZCLA DE COLORANTES POLICROMO EA-50 (EA-50): VERDE LUZ AMARILLENTO, PARDOS BISMARCK, EOSINA AMARILLENTO, AGUA DESTILADA, ETANOL DE 96 GRADOS PURO, ACIDO FOSFOTUNGSTICO, CARBONATO DE LITIO Y ACIDO ACETICO GLICEROL. (PARA OBSERVAR CITOPLASMA).

(PESE A QUE EN LA LITERATURA SE REPORTA QUE LAS MEJORES TECNICAS PARA VALORAR EOSINOFILOS EN MOCO NASAL SEAN WRIGHT Y GIEMSA).

D) RADIOGRAFIAS SIMPLES DE SENOS PARANASALES.

E) BIOPSIA DE EL CORNETES INFERIOR.

TODOS ESTOS EXAMENES SE REALIZARAN SEGUN LAS TECNICAS REGULARES QUE SE UTILIZAN EN EL LABORATORIO CLINICO, DEPARTAMENTO DE RADIOLOGICO, DEPARTAMENTO DE CITOLOGIA Y DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA HUMANA DEL HOSPITAL, SIN QUE ESTOS SEPA SI SON PACIENTES DEL GRUPO DE CASOS O DE CONTROLES.

POSTERIORMENTE LOS PACIENTES PASARAN AL SERVICIO DE INMUNOLOGIA Y ALERGOLOGIA DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CON EL ALERGOLOGO DONDE DE MANERA CIEGA, APLICARA LAS PRUEBAS CUTANEAS CON TECNICA "FOR PUNCION" (PRICK) UTILIZANDO EXTRACTOS ALERGENICOS DE TIPO GLICERINADOS 50% DE LOS LABORATORIOS FREEMAN A CONCENTRACION 1:20; LA HISTAMINA SE UTILIZARA COMO CONTROL POSITIVO A UNA CONCENTRACION DE 1 MG/ML (5.43 MMOL/L), LOS REACTIVOS SERAN DEL MISMO LOTE, SE REALIZARA EL METODO DE PUNCION CON LANCETAS ESTERILES "SERASHARP"; EL CONTROL NEGATIVO SERA CON SOLUCION DE "EVANS". A LAS CONCENTRACIONES CITADAS ANTERIORMENTE SE INCIDIRA ATRAVES DE LA EPIDERMIS, EN UN ANGULO DE 45 GRADOS SIN PROVOCAR SANGRADO. LA EVALUACION DE LA RESPUESTA CUTANEA SERA LLEVADA A CABO A LOS 15 MINUTOS DESPUES DE HABER REALIZADO LA PUNCION, LA PRUEBA SERA REALIZADA EN TODAS LAS OCASIONES POR LA MISMA PERSONA. LOS ALERGENOS A ESTUDIAR SERAN:

- A) POLENES: ALAMO, AMARANTUS, AMBROSIA TRIFIDA, AMBROSIA ELATIOR, ARTEMISA VULGARIS, CAPRIOLA DACTYLON, COSMOS, FRAXINUS, HELIANTHUS, HOLCUS, LIGUSTRUM, LOLIUM PERENE, SCHINUS, RUHEX.
- B) ACAROS: DERMATOPHAGOIDES PTERONYSSINUS
DERMATOPHAGOIDES FARINAE
- C) HONGOS: ASPERGILLUS, ALTERNARIA, ABSIDIA, CANDIDA, CEPHALOSPORIUM, FUSARIUM HELMINTHOSPORIUM, HORMODENDRUM, MONILIA, MUCORINEA, RHIZOPUS.

SE CONSIDERARA COMO POSITIVA SI AL MOMENTO DE LA MEDICION EL ALERGENO HA PROVOCADO UNA RONCHA 50% MAYOR AL CONTROL POSITIVO (HISTAMINA).

AL CONCLUIR MANDARA LA HOJA DE RESULTADOS AL MEDICO QUE INICIALMENTE OBSERVO E INCLUYO EN EL PROTOCOLO AL PACIENTE EL CUAL SERA EL ENCARGADO DE RECOPIRAR TODOS LOS DATOS.

NO SE DETERMINARON NIVELES DE IgE POR NO CONTAR CON EL EQUIPO NECESARIO PARA SU REALIZACION. AL MOMENTO DE SER INGRESADO A LA INVESTIGACION SE TOMARA AL PACIENTE BIODPSIA DEL CORNETE INFERIOR Y SE MANDARA AL DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA, DONDE EL MEDICO ESPECIALISTA HISTOPATOLOGO PROCESARA Y ESTUDIARA LA MUESTRA Y DE SER NECESARIO CONFRONTARA DATOS CON EL ENCARGADO DEL ESTUDIO DE TAL MANERA QUE PUEDA NORMATR CRITERIOS PARA DAR UN DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO.

5.6 PARAMETROS DE MEDICION: UTILIZAREHOS UNA ESCALA DE MEDICION DE TIPO NOMINAL EN LOS CASOS DE RESPUESTA DE LAS PRUEBAS CUTANEAS (POSITIVA O NEGATIVA), EN LA PRESENCIA DE EOSINOFILIA EN LA CITOLOGIA NASAL (PRESENTE O AUSENTE MAS O MENOS DE 3%) O DATOS SUGESTIVOS DE LESION INFLAMATORIA, EOSINOFILIA EN LA BIOMETRIA HEMATICA (PRESENTE O AUSENTE MAS O MENOS DE 3%), PARASITOSIS EN LOS CPS(3) (PRESENTE O AUSENTE). CON TODO LO ANTERIOR TENDREMOS UNA EVALUACION COMPLETA DE LOS PACIENTES. EN LA LITERATURA NO SE MENCIONA UN STANDARD ("REGLA DE ORO") PARA EL DIAGNOSTICO DE RINITIS ALERGICA POR LO QUE NOSOTROS EN BASE A ESTUDIOS PREVIOS (1,2,6,10,16,22,23) CONSIDERAREMOS DIAGNOSTICO DEFINITIVO DE RINITIS ALERGICA CUANDO: 1.- EXISTAN 5 O MAS DATOS CLINICOS. 2.- LA PRUEBA CUTANEA SEA POSITIVA. 3.- EL REPORTE DE LA BIODPSIA DE PATOLOGIA SEA SUGESTIVO DE UN PROCESO INFLAMATORIO.

SE TRATA DE UN ESTUDIO COMPARATIVO EN EL CUAL NUESTRA HIPOTESIS DE NULIDAD ES: EL DIAGNOSTICO CLINICO NO ES SUFICIENTE PARA PODER INSTALAR DIAGNOSTICO DE RINITIS ALERGICA YA QUE EN LOS PACIENTES EN LOS QUE CLINICAMENTE SE SOSPECHABA, NO SE ENCONTRO UNA CORRELACION POSITIVA CON EL DIAGNOSTICO DE LABORATORIO, PATOLOGIA Y GABINETE. NUESTRA HIPOTESIS ALTERNATIVA NO ES NECESARIO REALIZAR DIAGNOSTICO POR LABORATORIO, PATOLOGIA Y GABINETE DE RINITIS ALERGICA, CON BASE EN UNA BUENA HISTORIA CLINICA, EXPLORACION FISICA E IDENTIFICACION DE SIGNOS Y SINTOMAS ESPECIFICOS, SE PUEDE HACER DIAGNOSTICO CLINICO DE RINITIS ALERGICA. PARA CONOCER CUALES SON LOS SIGNOS Y SINTOMAS ESPECIFICOS QUE NOS PERMITEN REALIZAR UN DIAGNOSTICO CLINICO DE RINITIS ALERGICA, SE OBTENDRAN POR MEDIO DE TABLAS DE CONTINGENCIA DE DOS POR DOS, LA SENSIBILIDAD, LA ESPECIFICIDAD, VALOR PREDICTIVO(+) Y VALOR PREDICTIVO(-) DE CADA UNO DE LOS SIGNOS Y SINTOMAS CLINICOS ENCONTRADOS EN AMBOS GRUPOS; ADEMAS SE REALIZARA PRUEBA EXACTA DE FISHER PARA CONOCER SI EXISTE O NO RELACION EN EL DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO Y ALERGOLOGICO DE RINITIS ALERGICA ENTRE AMBOS GRUPOS.

(1) SENSIBILIDAD = VERDADEROS POSITIVOS

VERDADEROS POSITIVOS + FALSOS NEGATIVOS

(2) ESPECIFICIDAD = VERDADEROS NEGATIVOS

VERDADEROS NEGATIVOS + FALSOS NEGATIVOS

(3) VALOR PREDICTIVO POSITIVO = VERDADEROS POSITIVOS

VERDADEROS POSITIVOS + FALSOS POSITIVOS

(4) VALOR PREDICTIVO NEGATIVO = VERDADEROS NEGATIVOS

VERDADEROS NEGATIVOS + FALSOS NEGATIVOS

LA SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD ESTAN MUY INTERRELACIONADOS, PARA QUE UNA PRUEBA SE CONSIDERE SENSIBLE Y/O ESPECIFICA ES IMPORTANTE QUE SU VALOR SEA ALTO (MAYOR AL 85%). PARA QUE UNA PRUEBA DIAGNOSTICA SEA CONSIDERADA COMO UTIL SU VALOR PREDICTIVO POSITIVO DEBE SER ALTO Y PARA EXCLUIRLA SU VALOR PREDICTIVO NEGATIVO DEBE SER ELEVADO.

PRUEBA EXACTA DE FISHER - PARA VER SI EXISTE RELACION ENTRE EL GRUPO DE CASOS Y EL GRUPO DE CONTROLES.

6.- RESULTADOS:

SE ESTUDIARON 20 PACIENTES, LOS CUALES SE DIVIDIERON EN DOS GRUPOS DE DIEZ CADA UNO: GRUPO A, SOSPECHA CLINICA DE RINITIS ALERGICA (CASOS) GRUPO B, PACIENTES SANOS (CONTROLES). EL RANGO DE EDAD EN EL GRUPO A ERA DE 17 A 34 AÑOS CON UN PROMEDIO DE 25.7 AÑOS Y CONSTABA DE 5 HOMBRES Y 5 MUJERES, MIENTRAS EL GRUPO B ERA DE 16 A 42 AÑOS CON UN PROMEDIO DE 26.5 AÑOS Y CONSTABA DE 6 HOMBRES Y 4 MUJERES.

LA QUEJA PRINCIPAL CON LA QUE SE PRESENTARON LOS PACIENTES EN LOS QUE SE SOSPECHABA RINITIS ALERGICA FUERON EN ORDEN DE FRECUENCIA: OBSTRUCCION NASAL BILATERAL ALTERNANTE EN BASCULA, ESTORNUDOS EN SALVA, FARINGITIS Y RINORREA COMO LO MUESTRA LA TABLA 1.

DURANTE LA HISTORIA CLINICA INICIAL SE ENCONTRO QUE LOS PACIENTES DEL GRUPO A (CASOS) REFERIAN RINORREA HIALINA Y OLFACION NORMAL EN 100%, FARINGITIS EN 90%, PRURITO NASAL, ESTORNUDOS EN SALVA Y OBSTRUCCION NASAL BILATERAL ALTERNANTE EN BASCULA EN 80%. Y A LA EXPLORACION FISICA SE ENCONTRO CORNETES HIPERTROFICOS Y PALIDOS ASI COMO MUCOSA PALIDA EN

100%; ESTOS DATOS FUERON CONSIDERADOS COMO LOS SIGNOS Y SINTOMAS PRINCIPALES (GRAFICA 1).

MIENTRAS EN EL GRUPO B (CONTROLES) SE ENCONTRO OLFACION NORMAL EN 100%, RINORREA HIALINA EN 30%, PRURITO NASAL EN 20%, OBSTRUCCION NASAL BILATERAL ALTERNANTE EN 10% Y NINGUN PACIENTE PRESENTO FARINGITIS Y/O ESTORNUDOS EN SALVA. DURANTE LA EXPLORACION FISICA SE ENCONTRARON ALTERACIONES EN MUCOSA NASAL Y CORNETES EN 10% (GRAFICA 1).

TAMBIEN SE INTERROGARON INTENCIONADAMENTE OTROS SINTOMAS EN AMBOS GRUPOS. EN EL GRUPO A, SE ENCONTRO FATIGA EN 80%, DEBILIDAD GENERAL EN 50%, RESPIRACION ORAL Y MALESTAR GENERAL EN 40%, RINORREA POSTERIOR Y ALTERACIONES DEL SUEÑO EN 30%, ASI COMO IRRITABILIDAD EN 20%. MIENTRAS QUE EN EL GRUPO B ENCONTRAMOS: FATIGA EN 60%, DEBILIDAD EN 30%, RINORREA POSTERIOR Y RESPIRACION ORAL EN 20%, IRRITABILIDAD EN 10% Y NINGUN PACIENTE REFIRIO MALESTAR GENERAL (GRAFICA 2).

DEL CUESTIONARIO REALIZADO (ANEXO), SE ENCONTRARON DATOS ALERGICOS EN DIFERENTES APARATOS. EN EL GRUPO A LOS PACIENTES REFERIAN: OJO ROJO EL 100%, SENSACION DE OIDO TAPADO EN 90%, HISTORIA DE INHALANTES EN 80%, PRURITO EN CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO EN 60%, TOS CRONICA EN 40% Y LAGRIMEO EN 10%. EN EL GRUPO B ENCONTRAMOS: HISTORIA DE INHALANTES Y OJO ROJO EN 30%, SENSACION DE OIDO TAPADO, PRURITO EN CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO Y LAGRIMEO EN 20% Y TOS CRONICA EN 10%. (TABLA 2).

DE LOS EXAMENES QUE SE REALIZARON, EN EL GRUPO A LOS HALLAZGOS FUERON: ENGROSAMINETO DE LA MUCOSA DE SENOS MAXILARES EN LA RADIOGRAFIA DE WATERS EN 90%, CAMBIOS INFLAMATORIOS EN LA BIOPSIA DE CORNETE INFERIOR EN 80%, ALTERACIONES INFLAMATORIAS EN LA CITOLOGIA DE MOCO NASAL EN 60%, PRUEBAS CUTANEAS POSITIVAS EN 50% Y EOSINOFILIA SERICA EN 30%. EN EL GRUPO B ENCONTRAMOS: ENGROSAMIENTO DE LA MUCOSA DE LOS SENOS MAXILARES

EN 10%, CAMBIOS SUGESTIVOS DE INFLAMACION EN LA BIOPSIA DE CORNETE INFERIOR EN 40% Y NO SE ENCONTRARON DATOS POSITIVOS EN CITOLOGIA NASAL, EOSINOFILIA SERICA O PRUEBAS CUTANEAS. (TABLA 3).

EL COPROPARASITOSCOPICO EN SERIE DE 3 FUE POSITIVO EN 3 PACIENTES DEL GRUPO DE CASOS Y 4 PACIENTES EN EL GRUPO DE CONTROLES, DOS DE ESTOS CURSARON CON EOSINOFILIA SERICA.

DE LOS 10 PACIENTES QUE COMPONIAN EL GRUPO A DE SOSPECHA CLINICA DE RINITIS ALERGICA, UNICAMENTE 5 CURSABAN REALMENTE CON LA ENFERMEDAD CON COMPROBACION INMUNOLOGICA, CITOLOGICA E HISTOPATOLOGICA.

DESPUES DE REALIZAR TABLAS DE CONTINGENCIA A CADA SIGNO Y SINTOMA, ASI COMO A LOS HALLAZGOS DE LABORATORIO, GABINETE E HISTOPATOLOGICO, SE DETERMINO LA SENSIBILIDAD, ESPECIFICIDAD, VALOR PREDICTIVO POSITIVO Y VALOR PREDICTIVO NEGATIVO DE CADA UNO.

EL DIAGNOSTICO CLINICO DE RINITIS ALERGICA, TIENE UNA SENSIBILIDAD DEL 50%, UNA ESPECIFICIDAD DE 100%, UN VALOR PREDICTIVO POSITIVO DE 100% Y UN VALOR PREDICTIVO NEGATIVO DEL 66%. (TABLA 4).

DE LOS SIGNOS Y SINTOMAS PRINCIPALES OBTUVIMOS LOS SIGUIENTES DATOS:

1) PRURITO- SENSIBILIDAD DE 80%, ESPECIFICIDAD DE 20%, VALOR PREDICTIVO POSITIVO 50% Y VALOR PREDICTIVO NEGATIVO DE 50%.

2) ESTORNUDOS EN SALVA- SENSIBILIDAD 100%, ESPECIFICIDAD 40%, VALOR PREDICTIVO POSITIVO 62% Y VALOR PREDICTIVO NEGATIVO DE 100%.

3) OBSTRUCCION NASAL BILATERAL EN BASCULA ALTERNANTE- SENSIBILIDAD DE 100%, ESPECIFICIDAD DE 20% VALOR PREDICTIVO POSITIVO DE 55% Y VALOR PREDICTIVO NEGATIVO DE 100 %.

4) RINORREA HIALINA, 5) OLFACION NASAL, 6) ALTERACIONES DE MUCOSA NASAL Y 7) CORNETES HIPERTROFICOS Y PALIDOS- SENSIBILIDAD DE 100%, ESPECIFICIDAD DE 0% Y VALOR PREDICTIVO POSITIVO DE 50%.

8) FARINGITIS- SENSIBILIDAD DE 80%, ESPECIFICIDAD DE 0%, VALOR PREDICTIVO POSITIVO 44% Y VALOR PREDICTIVO NEGATIVO 0%.

LOS SINTOMAS SECUNDARIOS QUE MOSTRARON VALORES DE IMPORTANCIA FUERON: DEBILIDAD GENERAL CON SENSIBILIDAD DE 80%, ESPECIFICIDAD 80%, VALOR PREDICTIVO POSITIVO DE 80% Y VALOR PREDICTIVO NEGATIVO 80%. SENSACION DE OIDO TAPADO CON SENSIBILIDAD DE 100%, ESPECIFICIDAD 60%, VALOR PREDICTIVO POSITIVO 71% Y VALOR PREDICTIVO NEGATIVO 100%.

EN LOS EXAMNES REALIZADOS DENTRO DEL ESTUDIO LOS DATOS DE IMPORTANCIA FUERON: CAMBIOS INFLAMATORIOS EN LA BIOPSIA DE CORNETE INFERIOR CON SENSIBILIDAD DE 100%, ESPECIFICIDAD DE 40%, VALOR PREDICTIVO POSTIVO 62% Y VALOR PREDICTIVO NEGATIVO 100%. CITOLOGIA NASAL CON SENSIBILIDAD DE 100%, ESPECIFICIDAD 80%, VALOR PREDICTIVO POSITIVO 83% Y VALOR PREDICTIVO NEGATIVO DE 100%. (TABLAS 5,6,7,8).

SE REALIZO PRUEBA EXACTA DE FISCHER ANTE EL DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO Y ALERGOLOGICO DE RINITIS ALERGICA, ENTRE EL GRUPO DE CASOS Y CONTROLES, ENCONTRANDO UN DIAGNOSTICO POSITIVO EN 50% DEL GRUPO DE CASOS, LO CUAL ES SIGNIFICATIVO A UN ALFA 0.05, CON UN VALOR DE $P = 0.0398$. SE APLICO LA HISHA PRUEBA EN RELACION A LA PRESENCIA O AUSENCIA DE PARASITOSIS INTESTINAL OBTENIENDO UNA $P = 0.5$ LA CUAL NO ES SIGNIFICATIVA.

7.- DISCUSION

EN NUESTRO ESTUDIO EL GRUPO DE CASOS Y EL DE CONTROLES FUERON HOMOGENEOS EN CUANTO A SEXO Y EDAD DE LOS PACIENTES QUE LOS COMPONIAN, ASI COMO EN EL RANGO Y/O PROMEDIO DE EDAD. LA OBSTRUCCION NASAL, FUE LA QUEJA MAS IMPORTANTE Y FRECUENTE EN LOS PACIENTES CON RINITIS ALERGICA.

EL GRUPO DE CONTROLES PRESENTABA EN VARIOS CASOS CIFRAS ELEVADAS DE LOS SIGNOS Y SINTOMAS PRINCIPALES (GRAFICA 1), LO CUAL NO ERA LO ESPERADO SI ES QUE ESCOGIMOS PACIENTES "TOTALMENTE SANOS", ESTO PODRIA SER EXPLICADO POR EL HECHO DE QUE TODOS NUESTROS PACIENTES EN AMBOS GRUPOS RADICABAN DENTRO DEL VALLE DE MEXICO Y EN BASE A LOS ALTOS NIVELES DE CONTAMINACION AMBIENTAL QUE NORMALMENTE EXISTEN EN ESTA ZONA, AL INTERROGATORIO INTENCIONADO ELLOS CONCIENTIZABAN LOS DATOS QUE RESULTARON ELEVADOS SIN QUE LA SINTOMATOLOGIA FUERA LO SUFICIENTEMENTE IMPORTANTE COMO PARA QUE LO HUBIERAN MANIFESTADO DESDE UN PRINCIPIO. TODOS LOS SIGNOS Y SINTOMAS QUE FUERON CONSIDERADOS COMO PRINCIPALES PARA CLASIFICAR AL PACIENTE COMO PROBABLE ENFERMO DE RINITIS ALERGICA SE PRESENTARON EN CASI TODOS LOS PACIENTES EN LOS QUE SE CONFIRMO LA ENFERMEDAD LO CUAL SE TRADUCIA EN UNA SENSIBILIDAD BAJA (50%) Y UNA ESPECIFICIDAD MUY ALTA (100%) POR LA CUAL PERDIAN FUERZA.

DE LOS SINTOMAS SECUNDARIOS Y MANIFESTACIONES EN OTROS APARATOS, LOS QUE NOS LLAMAN LA ATENCION SON: DEBILIDAD GENERAL, TOS CRONICA Y LA PRESENCIA DE OJO ROJO EN BASE A SU ALTA SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD,

SIN EMBARGO ESTOS SON DATOS AISLADOS, QUE POR SI SOLOS CARECEN DE IMPORTANCIA. PERO DEBEN SER TOMADOS EN CUENTA, PUES LA APARICION SIMULTANEA DE ESTOS JUNTO CON LOS SINTOMAS PRINCIPALES SON LOS QUE NOS ORIENTARAN A PENSAR QUE PODEMOS ESTAR FRENTE A UN PACIENTE CON RINITIS ALERGICA.

DE LOS EXAMENES REALIZADOS A LOS PACIENTES, SE ENCONTRO QUE EL ENGROSAMIENTO DE LA MUCOSA DETECTADO EN LA RADIOGRAFIA DE WATERS SE PRESENTABA TANTO EN LOS PACIENTES CON RINITIS ALERGICA COMO EN MUCHOS DE LOS QUE NO TENIAN LA ENFERMEDAD, RAZON POR LA CUAL NO NOS APORTA DATOS

PARA EL DIAGNOSTICO DE ESTA PATOLOGIA, PERO NOS DESCARTA LA PRESENCIA DE PATOLOGIA INFECCIOSA DENTRO DE LOS SENOS MAXILARES. ESTO MISMO SUCEDIA CON LOS CAMBIOS INFLAMATORIOS DETECTADOS EN LA BIOPSIA DE CORNETE INFERIOR, LO CUAL COMO YA MENCIONAMOS ANTERIORMENTE PUEDE ESTAR CONDICIONADO POR LAS CONDICIONES AMBIENTALES Y QUE ESTE PRODUCIENDO PATOLOGIA INFLAMATORIA PERO DE ETIOLOGIA VASOMOTORA Y/O IRRITATIVA. LA REALIZACION DE BIOMETRIA HEMATICA Y DE COPROPARASITOSCOPICO EN SERIE DE 3, NO MOSTRARON DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS CON RESPECTO AL GRUPO CONTROL, RAZON POR LA CUAL NO NOS DA INFORMACION PARA SUSTENTAR EL DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD Y CREEMOS QUE NO TIENE CASO REALIZARLOS CUANDO ESTEMOS INVESTIGANDO LA PATOLOGIA EN CUESTION. EN EL CASO DE LA CITOLOGIA EN MOCO NASAL ENCONTRAMOS QUE CONTRARIAMENTE A LO DESCRITO EN LA LITERATURA, NO OBSERVAMOS EOSINOFILOS MAS QUE EN UN CASO, POR LO TANTO ESTA NO NOS ORIENTA HACIA IDENTIFICAR UNA ETIOLOGIA ALERGICA. PERO EN TODOS LOS CASOS NOS INDICO ALTERACION DE TIPO INFLAMATORIO, CON VALORES DE SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD MUY ELEVADOS, POR LO QUE EN LOS PACIENTES QUE POR LA EDAD O SIMPLEMENTE POR EL MIEDO, SE NIEGUEN A REALIZARSE LA BIOPSIA DE CORNETE INFERIOR, ESTE ESTUDIO NOS PODRA CONFIRMAR LA PRESENCIA DE LESION DE TIPO INFLAMATORIA NASAL.

8.- CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

1) EL DIAGNOSTICO CLINICO DE RINITIS ALERGICA TIENE UNA ESPECIFICIDAD MUY ALTA, PERO UNA SENSIBILIDAD MUY BAJA, POR LO QUE SE CONSIDERA QUE ES UNA PATOLOGIA QUE SE SOBREDIAGNOSTICA; CON LA CONSIGUIENTE CONSECUENCIA EN EL TRATAMIENTO.

2) LA PRESENCIA DE VARIOS DE LOS SIGUIENTES SIGNOS Y SINTOMAS CLINICOS DEBEN ORIENTARNOS A LA POSIBILIDAD DE ESTAR ENFRENTANDO A UN PACIENTE CON RINITIS ALERGICA, MAS NO TIENE VALOR DIAGNOSTICO: PRURITO NASAL, ESTORNUDOS EN SALVA, OBSTRUCCION NASAL BILATERAL ALTERNANTE, RINORREA HIALINA, FARINGITIS, DEBILIDAD GENERAL, ALTERACIONES EN MUCOSA Y CORNETES, ASI COMO LA PRESENCIA SENSACION DE OIDO TAPADO, OJO ROJO Y TOS CRONICA.

3) AL NO SER POSIBLE EL DIAGNOSTICO CLINICO DE RINITIS ALERGICA, EN LOS PACIENTES QUE SE SOSPECHE RECOMENDAMOS EL SIGUIENTE PROTOCOLO DE ESTUDIO:

- 1.- HISTORIA CLINICA COMPLETA CON EXPLORACION FISICA
- 2.- CITOLOGIA EN MOCO NASAL
- 3.- REALIZACION DE PRUEBAS CUTANEAS
- 4.- REALIZACION DE BIOPSIA DE CORNETE INFERIOR

4) EN LOS CASOS EN LOS QUE NO SE PUEDA REALIZAR BIOPSIA DE CORNETE INFERIOR, SE PODRA CORROBORAR LA ALTERACION INFLAMATORIA EN BASE A LOS HALLAZGOS DE LA CITOLOGIA EN MOCO NASAL.

EL PRESENTE TRABAJO DEMUESTRA QUE TODO PACIENTE QUE PRESENTE "RINITIS", CASI EN FORMA AUTOMATICA LE PONEMOS EL APELLIDO DE "ALERGICA" EN BASE A LOS SIGNOS Y SINTOMAS CLINICOS, CON LA CONSIGUIENTE INDICACION TERAPEUTICA QUE EN UN GRAN PORCENTAJE ES INNECESARIA, O INADECUADA. PARA REALIZAR EL DIAGNOSTICO DE RINITIS ALERGICA NO BASTA CON LA CLINICA SINO QUE TENEMOS QUE TENER APOYO EN UN ALERGOLOGO QUE NOS REALIZE LAS PRUEBAS

CUTANEAS Y UN PATOLOGO PARA QUE NOS REALIZE LA CITOLOGIA NASAL O NOS LEA LA BIOPSIA DE CORNETES. ADEMAS NO PODEMOS LIMITAR NUESTRA TERAPEUTICA, EN BASE SOLAMENTE A MEDICAMENTOS SINO QUE ESTOS PACIENTES TIENEN QUE TENER INMUNOTERAPIA, LO CUAL NOS LLEVA A SUGERIR QUE ES SUMAMENTE NECESARIO, SI QUEREMOS DIAGNOSTICAR Y TRATAR ADECUADAMENTE A ESTOS PACIENTES LA FORMACION DE UN SERVICIO DE ALERGOLOGIA.

9.- BIBLIOGRAFIA:

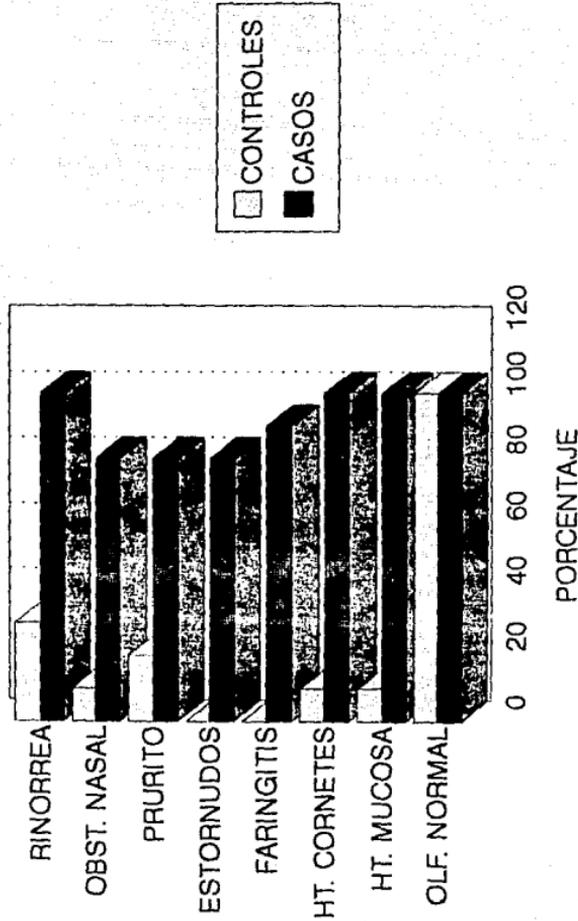
- 1) GORDON BRUCE R., MD, FACS. ALLERGY SKIN TESTS AND IMMUNOTHERAPY: COMPARISON OF METHODS IN COMMON USE. EAR, NOSE, THROAT J. VOL 69 47-62 1990.
- 2) HORST MANFRED, MD, ET. AL. DOUBLE-BLIND, PLACEBO-CONTROLLED RUSH IMMUNOTHERAPY WITH A STANDARDIZED ALTERNARIA EXTRACT. J. ALLERGY CLIN. IMMUNOL FEB 1990.
- 3) MELTZER E.O.,MD ET.AL. EVALUATION OF SYMPTOM RELIEF, NASAL AIRFLOW, NASAL CYTOLOGY, AND ACCEPTABILITY OF TWO FORMULATIONS OF FLUNISOLIDE NASAL SPRAY IN PATIENTS WITH PERENNIAL ALLERGIC RHINITIS. ANNALS OF ALLERGY VOL 64, JUNE 1990.
- 4) SPECTOR S. ET. AL. MULTICENTER, DOUBLE-BLIND, PLACEBO-CONTROLLED TRIAL OF TRIANCINOLONE ACETONIDE NASAL, AEROSOL IN THE TREATMENT OF PERENNIAL ALLERGIC RHINITIS. ANNALS OF ALLERGY VOL 64 MARZO 1990.
- 5) DAY JAMES H.,MD,EFFICACY AND SAFETY OF INTRANASAL BUDESONIDE IN THE TREATMENT OF PERENNIAL RHINITIS IN ADULTS AND CHILDREN.ANNALS OF ALLERGY VOL 64 MAY 1990.
- 6) SHAPIRO GAIL G. MD, RHINITIS SINUSITIS COURSE. PAG 1-53.
- 7) ABERG NILS,MD, ENGSTROM INGA, MD, NATURAL HISTORY OF ALLERGIC DISEASES, ACTA PAEDIATR SCAND 79: 206-211. 1990.

- 8) KOHAN DARIUS, MD ET. AL. RHINOMANOMETRIC EVALUATION OF TWO NASAL STEROIDS SPRAYS IN RHINITIS. OTOLARYNGOL HEAD NECK SURG VOL101 # 4 OCT 1989.
- 9) FRICK O.L. THE ATOPIC STATE: A PARTICULAR KIND OF IMMUNE REACTION: A REVIEW. ANNALS OF ALLERGY 24:95-105, 1966.
- 10) KRAUSE H. OTOLARYNGIC ALLERGY AND IMMUNOLOGY. PHILADELPHIA. WB SAUNDERS, 1989.
- 11) LEE K.J., IMMUNOLOGY AND ALLERGY. THE OTOLARYNGOLOGIC CLINICS OF NORTH AMERICA. PHILADELPHIA. WB. SAUNDERS 1985.
- 12) BIERMAN C.W. ET.AL., INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON ALLERGY AND ASSOCIATED DISORDERS IN OTOLARYNGOLOGY. J. ALLERGY CLIN IMMUNOL 1988: 81
- 13) HILBERG O. ET. AL., TURBINATE HIPERTROPHY; EVALUATION OF THE NASAL CAVITY. ARCH OTOLARYNGOL HEAD NECK SURG VOL 116 MARZO 1990.
- 14) BENEDETTO TESTA, MD, ET. AL. ALLERGIC RHINITIS; CLINICAL RESPONSE AND SERUM CONCENTRATIONS OF TOTAL AND SPECIFIC ICE ANTIBODY LEVELS. HEAD NECK SURG VOL 115 AUG 1989.
- 15) SHARPE RICHARD, ¿SABE USTED SI ES ALERGICO?, REVISTA "HUY INTERESANTE" AÑO VIII # 8 1991.
- 16) MULLARKEY M, RINITIS EOSINOFILICA NO ALERGICA. ALLERGY CLIN IMMUNOL, 1988; NOV 941-949-
- 17) MIDDLETON E. JR.; ALLERGY PRINCIPLES AND PRACTICE. MOSEBY, ST. LOUIS VOL I, 1978.
- 18) PERKINS J.A. ET. AL. NASAL POLYPS: A MANIFESTATIONS OF ALLERGY?, OTOLARYNGOL HEAD NECK SURG VOL 101 # 6 DIC 1989.
- 19) BERENSTEIN JOEL M. THE ROLE OF AUTONOMIC NERVOUS SYSTEM AND INFLAMTORY MEDIATORS IN NASAL HYPERRREACTIVITY: A REVIEW. OTOLARYNGOL HEAD AND NECK (105) 4 OCT 1991.

- 20) TOS H. ET. AL. NASAL GLANDS IN NASAL ALLERGY. ACTA OTOLARYNGOL 1977; 83 498-504.
- 21) STEAD R.H. ET. AL. NEUROPEPTIDE REGULATION OF MUCOSAL IMMUNITY. IMMUNOL REV 1987; 100 333-359.
- 22) ALBEGGER K ET. AL. DIAGNOSIS OF ALLERGIC RHINITIS. HNO MAR 1991 77-81.
- 23) VILLANUEVA G.L. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA RINITIS ALERGICA. REV-ALERG-MEX MAY-JUN 1990 37 (3) 89-93.
- 24) DRUCE H.M. ET. AL. CHRONIC RHINITIS. ALLERGY NOV-DIC 1990 295-98.
- 25) RIVAS L.H. ET. AL. RADIOLOGICAL CONTRIBUTIONS IN PERENNIAL RHINIITS ACTA OTOLARINGOL ESP MAY-JUN 41 (3) 155-8 1990.
- 26) CHI CH.J. HIPERREACTIVIDAD DE LA VIA AEREA EN UNA POBLACION EXPUESTA A ALTOS NIVELES DE OZONO. TESIS APROBADA ESPERANDO FECHA DE PUBLICACION EN LA REVISTA DE ALERGIA PEDIATRICA.
- 27) PEARLHAN., J. ALLERGY CLIN IMMUNOL MAY 1988 PP 962-966.

SIGNOS Y SINTOMAS PRINCIPALES

PARA EL DIAGNOSTICO DE RINITIS ALERGICA



SIGNOS Y SINTOMAS SECUNDARIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE RINITIS ALERGICA

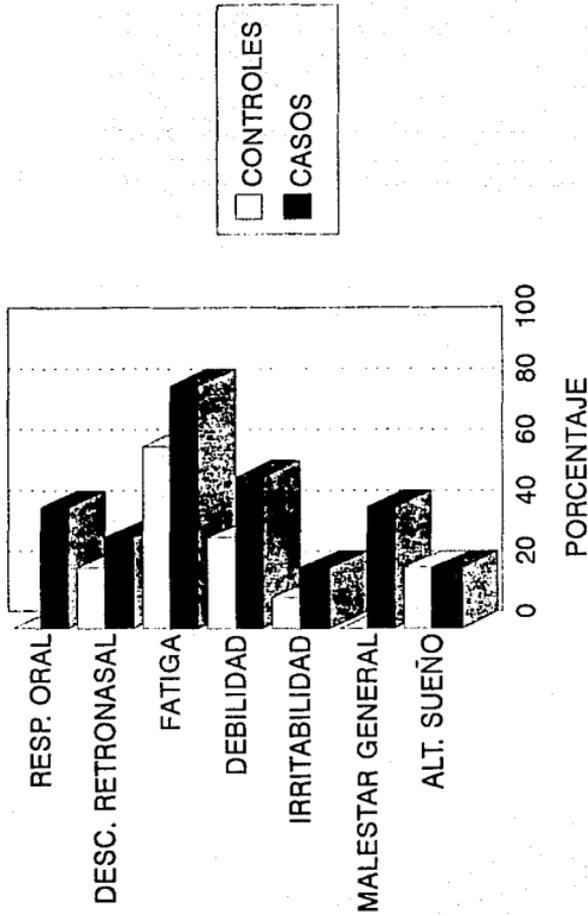


TABLA #1

| QUEJA PRINCIPAL | |
|-----------------------|-----|
| -OBSTRUCCION NASAL | 80% |
| - ESTORNUDOS EN SALVA | 40% |
| -FARINGITIS | 20% |
| - RINORREA | 20% |

TABLA #2

| SINTOMA | CABOS | CONTROLES |
|------------------|-------|-----------|
| OJO ROJO | 100% | 30% |
| OIDO TAPADO | 90% | 20% |
| HIST. INHALANTES | 80% | 30% |
| PRURITO CAR | 60% | 20% |
| TOS CRONICA | 40% | 20% |
| LAGRIMEO | 10% | 10% |

TABLA #3

| PRUEBA | CASOS | CONTROLES |
|----------------------|-------|-----------|
| WATERS ANORMAL | 90% | 10% |
| BIOPSIA ANORMAL | 80% | 40% |
| CITOLOGIA NASAL ANL. | 60% | 0% |
| PRUEBA CUTANEA + | 50% | 0% |
| EOSINOFILIA SERICA | 30% | 0% |

TABLA #4

| DIAGNOSTICO CLINICO DE RINITIS ALERGICA | |
|---|------|
| SENSIBILIDAD | 50% |
| ESPECIFICIDAD | 100% |
| VALOR PREDICTIVO + | 100% |
| VALOR PREDICTIVO - | 60% |

TABLA #5

| SENSIBILIDAD DE LOS SIGNOS Y SINTOMAS EN SOSPECHA CLINICA DE RINITIS ALERGICA | |
|--|------|
| ESTORNUDOS EN SALVA | 100% |
| OBSTRUCCION NASAL | 100% |
| RINORREA HIALINA | 100% |
| OLFACION NORMAL | 100% |
| ALTERACION DE CORNETES | 100% |
| ALTERACION DE MUCOSA | 100% |
| PRURITO | 80% |
| FARINGITIS | 80% |

TABLA #6

| ESPECIFICIDAD DE LOS SIGNOS Y SINTOMAS EN SOSPECHA CLINICA DE RINITIS ALERGICA | |
|---|-----|
| ESTORNUDOS EN SALVA | 40% |
| PRURITO | 20% |
| OBSTRUCCION NASAL | 20% |
| RINORREA HIALINA | 0% |
| OLFACION NORMAL | 0% |
| FARINGITIS | 0% |
| ALTERACION DE CORNETES | 0% |
| ALTERACION DE MUCOSA | 0% |

TABLA #7

| VALOR PREDICTIVO POSITIVO DE LOS SIGNOS Y SINTOMAS EN SOSPECHA CLINICA DE RINITIS ALERGICA | |
|--|-----|
| ESTORNUDOS EN SALVA | 62% |
| OBSTRUCCION NASAL | 55% |
| PRURITO | 50% |
| OLFACION NORMAL | 50% |
| RINORREA HIALINA | 50% |
| ALTERACION DE CORNETES | 50% |
| ALTERACION DE MUCOSA | 50% |
| FARINGITIS | 44% |

TABLA #8

| CITOLOGIA NASAL COMPATIBLE CON CAMBIOS INFLAMATORIOS EN SOSPECHA CLINICA DE RINITIS ALERGICA | |
|--|------|
| SENSIBILIDAD | 100% |
| ESPECIFICIDAD | 80% |
| VALOR PREDICTIVO + | 83% |
| VALOR PREDICTIVO - | 100% |



HOSPITAL GENERAL
DR. MANUEL GEA GONZALEZ

CALZ. DE TLALPAN 4800 MEXICO, 14000 D.F. TEL. 665-35-11

"VALIDEZ DEL DIAGNOSTICO CLINICO DE RINITIS ALERGICA"

PACIENTE NUMERO: _____

- SINTOMAS:
- 1) PRURITO NASAL Y/O SALUDO ALERGICO _____
 - 2) ESTORNUDOS EN SALVA O MATUTINOS _____
 - 3) OBSTRUCCION NASAL BILATERAL ALTER-
NANTE SIN PATOLOGIA SEPTAL _____
 - 4) RINORREA HIALINA ANT. Y/O POST. _____
 - 5) OLFACION NORMAL _____
 - 6) HISTORIA DE FARINGITIS RECURRENTES _____
 - DESCARGA RETRONASAL _____
 - RESPIRACION ORAL _____
 - ALTERACIONES DEL SUENO _____
 - FATIGABILIDAD _____
 - MALESTAR GENERAL _____
 - DEBILIDAD _____
 - IRRITABILIDAD _____
- SIGNOS:
- 7) CORNETES HIPERTROFICOS _____
 - 8) MUCOSA NASAL EDEMATOSA Y PALIDA _____

NUMERO DE CRITERIOS POSITIVOS: _____

FARINGE

| | | | | | |
|-----------------------------------|----|----|--------------------------------|----|----|
| PRURITO PALATINO | SI | NO | PRURITO FARINGEO | SI | NO |
| FARINGITIS FRECUENTE | SI | NO | FRECUENCIA....., DURACION..... | | |
| RONQUIDOS NOCTURNOS | SI | NO | BOCA ABIERTA | SI | NO |
| LIMPIA FRECUENTEMENTE LA GARGANTA | | | | SI | NO |
| EXPECTORACION MATUTINA | SI | NO | ULCERAS ORALES | SI | NO |

OIDOS

| | | | | | | |
|--------------------------|----|----|--------------------|-------|----|----|
| PRURITO | SI | NO | OTALGIA | SI | NO | |
| SENSACION DE OIDO TAPADO | SI | NO | HIPOACUSIA FLUCTUA | SI | NO | |
| VERTIGO | SI | NO | FRECUENCIA | | | |
| | | | DURACION..... | MAREO | SI | NO |
| ACUFENO | SI | NO | OTORREA | SI | NO | |

OJOS

| | | | | | |
|--------------------|----|----|--------------------|----|----|
| PRURITO | SI | NO | LAGRIMEO | SI | NO |
| OJO ROJO | SI | NO | DERRAMES | SI | NO |
| EDEMA PALPEBRAL | SI | NO | ECZEMA DE PÁRPADOS | SI | NO |
| OJO NEGRO "OJERAS" | SI | NO | SECRESION MATUTINA | SI | NO |

TORAX

| | | | | | |
|-------------|----|----|---------------|----|----|
| TOS CRONICA | SI | NO | PRODUCTIVA | SI | NO |
| ASMA | SI | NO | BRONCOESPASMO | SI | NO |
| BRONQUITIS | SI | NO | | | |

PIEL

| | | | | | |
|---------------------------|----|----|------------------|----|----|
| ECZEMA | SI | NO | ERUPTIONES OTRAS | SI | NO |
| PRURITO | SI | NO | EDEMA | SI | NO |
| HISTORIA DE RASH ALERGICO | SI | NO | ENVENENAMIENTOS | SI | NO |
| SUDOR ABUNDANTE | SI | NO | | | |

SINTOMAS GENERALES

| | | | | | |
|-----------------------------------|----|----|--------------------|----|----|
| CEFALEA FRECUENTE | SI | NO | CONVULSIONES | SI | NO |
| EDO. FEBRIL | SI | NO | ARTRITIS REUMATOID | SI | NO |
| HISTORIA FAMILIAR | | | | | |
| ASMA | SI | NO | FIEBRE DE HENO | SI | NO |
| ALERGIA NASAL | SI | NO | ECZEMA | SI | NO |
| PARASITOSIS | SI | NO | ENF CR PIEL | SI | NO |
| CEFALEAS FRECUENTES | SI | NO | MIGRAÑAS | SI | NO |
| HISTORIA DE INHALANTES | | | | | |
| SU PATOLOGIA SE AGRAVA CON: | | | | | |
| LIMPIEZA DE LA CASA | SI | NO | LIMPIEZA ALFOMBRA | SI | NO |
| AL ACOSTARSE (COLCHON) | SI | NO | EN PRIMAVERA | SI | NO |
| EN OTOÑO | SI | NO | LUGARES POLVOSOS | SI | NO |
| TABAQUISMO ACTIVO | SI | NO | TABAQUISMO PASIVO | SI | NO |
| EN JARDINES | SI | NO | EN SOTANOS | SI | NO |
| AL CONTACTO CON ANIMALES | SI | NO | PERROS | SI | NO |
| GATOS | SI | NO | CABALLOS | SI | NO |
| CHIVOS | SI | NO | CONEJOS | SI | NO |
| VACAS | SI | NO | | | |
| AL COMER ALGUN ALIMENTOS | SI | NO | CUAL..... | | |
| INTERROGATORIO DE AMBIENTE | | | | | |
| CASA VIEJA | SI | NO | CASA NUEVA | SI | NO |
| CASA HUMEDA | SI | NO | CASA SECA | SI | NO |
| CERCA DE LA CASA: FABRICA | SI | NO | TREN | SI | NO |
| LAGO O RIO | SI | NO | ESTABLO | SI | NO |
| BOSQUE | SI | NO | | | |
| CONTACTO CON VENTILADORES | SI | NO | CALENTADORES | SI | NO |
| CORTINAS | SI | NO | ALFOMBRA | SI | NO |

TRATAMIENTOS PREVIOS.....

.....

COMENTARIOS.....

.....

.....

.....

.....