

11220
10
54



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado
Hospital Regional 20 de Noviembre
I . S . S . S . T . E .

ASPECTOS RINOLOGICOS EN PACIENTES CON RINITIS ALERGICA Y RESPUESTA NO SATISFACTORIA AL TRATAMIENTO CON INMUNOTERAPIA.

TESIS DE POSTGRADO

Que para obtener el Título de ESPECIALISTA EN ALERGIA E INMUNOLOGIA CLINICA
p r e s e n t a

Dr. Sergio Eduardo Vázquez Mellado Yza



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.

RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
MATERIAL Y METODOS	5
RESULTADOS	6
DISCUSION	9
CONCLUSIONES	11
BIBLIOGRAFIA	12

1. RESUMEN .

Aproximadamente el 40% de los pacientes con diagnóstico de rinitis alérgica, efectuado por pruebas cutáneas, historia clínica y exámenes de laboratorio, no presentan una respuesta satisfactoria al tratamiento con medicamentos e inmunoterapia llevado en forma correcta por un tiempo mínimo convencional de 2 años. Es un estudio transversal, retrospectivo y abierto, efectuado con 50 pacientes de tales características en los cuales se encontraron los siguientes hallazgos mediante valoración rino-lógica adecuada: desviación septal en 22(44%), cirugía nasal previa en 7(14%), alteración de la válvula nasal en 6(12%), tensión nasal en 6(12%), Sinequia nasal en 2(4%), Estenosis del vestibulo nasal en 2 (4%); Factor colinérgico en 2(4%), no identificado en 3 (6%). En un análisis de los resultados se encontró relación con factores condicionantes que participan en la etiopatogénesis de la rinitis, que requieren un diagnóstico más preciso para orientar en forma más adecuada el manejo integral de este tipo de pacientes, que inclusive es multidisciplinario (quirúrgico, Psicológico, infección, ect.)

INTRODUCCION.

1.- HISTORIA. La primera descripción de la rinitis es hecha por Herodoto (siglo I.A.C), de Dórica, viajero e historiador, quién describe: que al desembarcar Hipias en una isla del Mediterráneo, presenta en forma brusca un acceso de estornudos y tos tan intenso que sus dientes se movieron, saltando uno de la boca.

John Bostok en 1819, hace una descripción detallada de su enfermedad, la cual nombra catarro estival (summer catarrh), además de considerar el calor como el causante principal de ésta.

Morril Wyman en 1872, en Cambridge, Massachusetts, publica una investigación que comprueba como causa más importante de la fiebre del heno al polen de la Ambrosía.

Charles Harrison Blackley en Inglaterra en 1873, escribe una monografía sobre la fiebre del heno, demostrando por ensayos diversos la etiología polínica de la enfermedad y escribe también su libro titulado como "Experimental Research on the causes and nature of Catarrhus Nasal". (1,2,3)

2.-DEFINICION. El término rinitis se usa para nombrar una patología existente en la mucosa nasal, caracterizada por inflamación de la misma y en cuyo origen participan un conjunto de fenómenos que son comunes a diversas etiologías. Clínicamente se manifiesta por: prurito, Rinorrea, estornudos y obstrucción nasal; Palidez de la mucosa, edema, disposición anormal variable del moco nasal.

El término de hiperreactividad nasal se utiliza para incluir a una serie causas que originan la rinitis. (3,4)

3.- CLASIFICACION. Se han establecido dos tipos de rinitis: alérgica y no alérgica. En la rinitis no alérgica se incluyen diversas formas tales como : infección, por medicamentos, asociadas a alteraciones hormonales, asociadas a alteraciones anatómicas y otras.

La rinitis alérgica se clasifica en perene y estacional.

Sin embargo no existe un criterio uniforme para clasificar a la rinitis, encontrándose en la literatura variedades múltiples según su origen, manifestaciones clínicas y otras. Los criterios clínicos que estas establecen en muchas ocasiones resultan obsoletos para aplicarse a cada caso, (5,6)

4.- ETIOPATOGENIA. Los principales mecanismos son:

a.- Reacción de hipersensibilidad tipo I (Cell-Coombs).

b.- Desordenes de la regulación autonómica. (Incremento en la regulación parasimpática).

c.- Mecanismos reflejos (reflejo axónico de conducción antidrómica). Propuestos por Dr. Peter Barnes.

d.- Defecto de Neurotransmisores. (sustancia P, péptido intestinal vasoactivo).

e.- Alteraciones en el metabolismo del ácido araquidónico.

Cualquier mecanismo involucrado de los ya mencionados origina cambios metabólicos a nivel celular establecidos por: Disminución del AMP cíclico intracelular y/o aumento del GMP cíclico intracelular. (3,6,7,8,9,10,11,12)

5.- ASPECTOS RINOLOGICOS. En los pacientes con rinitis alérgica, aproximadamente el 40% no responden en forma satisfactoria con el tra

tamiento habitual instituido (medicamentos e Inmunoterapia), argumentando algunos autores la presencia de fenómenos causales de tipo no alérgico, determinantes en la evolución del padecimiento y que modifican la respuesta a dicho tratamiento. De los factores rinológicos que modifican el curso clínico de la rinitis se encuentran : desviación septal, alteraciones de la valvula nasal, alteraciones anatómicas de la pirámide nasal, sinequia, estenosis o deformidad del vestíbulo nasal. Se describen a continuación:

a.-Desviación septal. Las deformidades del septum nasal que en su mayoría son de origen traumático pueden ser semiobstructivas u obstructivas, teniendo significado clínico según su localización,

b.-Alteraciones de la valvula nasal. son alteraciones anatómicas, implican una condición obstructiva importante ya sean de tipo estenosis o insuficiencia.

c.-Alteraciones anatómicas de la pirámide nasal. Incluyen la tensión nasal (nariz Gibosa), Modificación del angulo nasolabial, desplazamiento lateral o aplastamiento.

d.-Sinequia nasal. Frecuente como complicación a traumatismo o cirugía.

e.-Estenosis o deformidad del vestíbulo nasal. Estas son producidas por traumatismo en la infancia en su mayoría.

Resulta de interés, el demostrar que su presencia, modifica la evolución de la rinitis, cuando con el manejo convencional de los pacientes no es satisfactorio, en cuanto a su respuesta.

Por otro lado, es necesario determinar en que forma intervienen en su pronóstico. (13,14,15,16,17)

111. MATERIAL Y METODOS .

Fueron incluidos 50 pacientes con el diagnóstico de rinitis alérgica. El estudio se realizó en el servicio de Alergia e Inmunología del Hospital Regional 20 de Noviembre del ISSSTE, utilizando un período de recolección de datos de 12 meses (Octubre de 1989 a Septiembre de 1990) Los parámetros utilizados como criterios de inclusión son los siguientes:

- 1.-Edad comprendida entre los 10 y 50 años .
- 2.-Sexo masculino o femenino.
- 3.-Presentar signos y síntomas de rinitis alérgica.
- 4.-Dos años cumplidos con tratamiento consistente en medicamentos e inmunoterapia en forma adecuada.
- 5.-Sin respuesta satisfactoria a dicho tratamiento.
- 6.-Pruebas cutáneas positivas.

Los criterios de exclusión son:

- 1.-Pruebas cutáneas dudosas sin correlación clínica.
- 2.-Pacientes con tratamiento de inmunoterapia en forma inadecuada
- 3.-Pacientes con diagnóstico de cualquier otra patología nasal, identificada previamente al diagnóstico de rinitis alérgica.

Los pacientes estudiados cuentan con historia clínica y exámenes de laboratorio, además de pruebas cutáneas necesarios todos para tal trabajo diagnóstico.

El presente trabajo es transversal, retrospectivo y abierto. Se efectuó valoración rinológica dirigida , en búsqueda de los factores rinológicos propuestos y determinando su frecuencia.

IV. RESULTADOS.

En el estudio realizado con los 50 pacientes de diagnóstico de rinitis alérgica y con respuesta no satisfactoria al tratamiento con medicamentos e inmunoterapia, se efectuaron hallazgos en 47(94%) y no se pudo identificar factor adicional a la rinitis en 3(6%).

Los hallazgos se mencionan en forma de diagnóstico rinológico y fueron agrupados según su frecuencia a continuación:

Diagnóstico Rinológico.	Número de pacientes	Porcentaje
Desviación septal (DS)	22	44%
Cirugía nasal previa (CNP)	7	14%
Alteración Válvula Nasal (AVN)	6	12%
Tensión nasal (TN)	6	12%
Sinequia nasal (S)	2	4%
Estenosis Vestibulo nasal (EVN)	2	4%
Factor Colinérgico (FC)	2	4%
No Identificado (NI)	3	6%
Toral de pacientes estudiados	50	100%

CUADRO NUMERO 1. Frecuencia y porcentaje de los aspectos Rinológicos.

De acuerdo a lo anterior podemos establecer lo siguiente con respecto a cada uno de ellos:

1.-Desviación septal. Fue la más frecuente, incluida en todas sus variedades morfológicas(cresta,deflexión,desviación en bloque).

2.-Cirugía nasal previa. Algunos de los pacientes presentaron antecedente de una o más cirugías nasales, previas al inicio de la inmunoterapia. Se trató en todos de cirugía inospital correctiva, sin considerar alguna alteración anatómica residual.

3.-Alteración de la válvula nasal. En forma de estenosis o insuficiencia.

4.-Sinequia. Sin incluir estos dos casos en los de cirugía nasal previa.

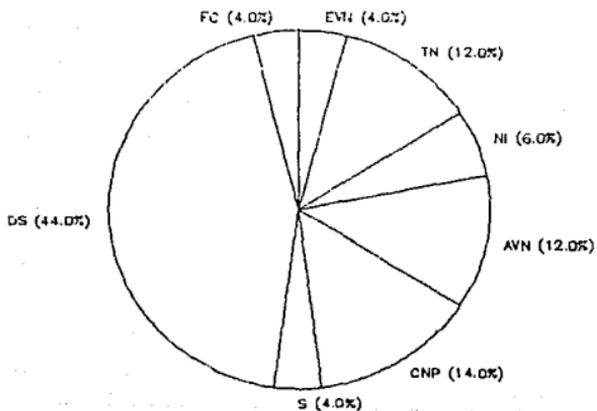
5.-Tensión nasal. Como parte del síndrome clínico en su variedad de tensión total (Nariz ^vibosa), nariz angosta con tensión en piel y mucosa, identificada por signos clínicos propios.

6.- Estenosis del ^vestíbulo nasal. Estos fueron 2 casos, ambos de origen traumático y de compromiso funcional severo.

7.-Factor colinérgico. fué identificado mediante interrogatorio exhaustivo, descartando otra alteración anatómica. Este factor es determinante, ya que independiente a la etiopatogéⁿia se observa en una gran cantidad de pacientes con rinitis.

En los 3 pacientes de clasificación en nuestro trabajo como no identificado, se refiere a que puede existir algún factor adicional que modificó la evolución del padecimiento y su respuesta al tratamiento que por el procedimiento de valoración rinológica no pudo ser aclarado, expresándose en los resultados como un grupo sin Diagnóstico. figura 1

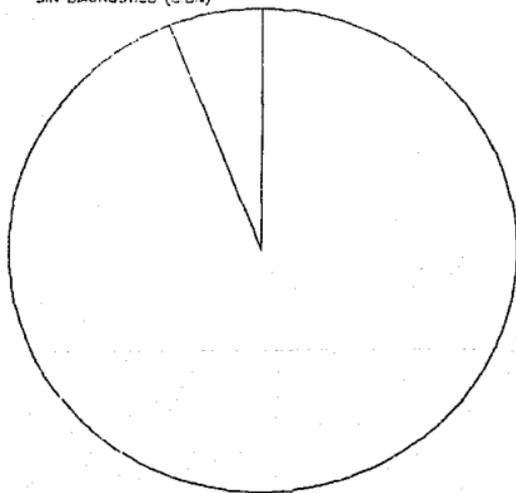
FIGURA (1) Muestra panorama Diagnostico Rinologico en el total de pacientes (50), estudiados con respuesta no satisfactoria a inmunoterapia, numero y % del total de la muestra (diagnostico).
Pacientes con Diagnóstico adicional a Rinitis Alérgica.



DIAGNOSTICO RINOLOGICO A RINITIS

ALERGICA

SIN DIAGNOSTICO (6.0%)



CON DIAGNOSTICO (94.0%)

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

V. DISCUSION.

La descripción hecha de los resultados obtenidos y su relación con la etiopatogenia del fenómeno clínico y patológico de la rinitis, permite efectuar un diagnóstico integral en éstos pacientes. Mediante el conocimiento de la fisiología nasal, encontramos que cada uno de estos hallazgos tienen relación con los diferentes mecanismos involucrados en la fisiopatología de la rinitis.

En nuestro grupo de pacientes estudiados con rinitis alérgica y que presentaron una respuesta no satisfactoria al tratamiento con medicamentos e inmunoterapia, se debió a la participación de alteraciones anatómicas de implicación funcional. A través de factores condicionantes como son: alteración del patrón de producción de la película de moco en cantidad y composición; modificación del movimiento ciliar y la cantidad de células de éste tipo; lesión directa al epitelio de la mucosa; condicionando modificaciones en forma crónica de tipo inflamatorio en las estructuras de la mucosa (hiperplasia, hipertrófia inclusive atrófia); influencia sobre fenómenos vasculares aún no bien comprendidos; aumento o disminución de la actividad refleja nasal o nasopulmonar, creando nuevos estímulos o vías de formación de reflejos patológicos; alteración en la relación de flujo aéreo nasal y su dinámica (velocidad, presión, tipo de flujo) en los meatos y senos paranasales, podríamos dar nuevas explicaciones a los fenómenos que desencadenan y mantienen la rinitis.

(8,9,10,17,18,19)

Se podría proponer inclusive que estos hallazgos tengan relación con una respuesta defectuosa a la inmunoterapia. Esto es posible debido a

a la modificación en el estado de los epitelios de las vías respiratorias como la mucosa nasal y bronquial, lo cual favorecería la desaparición de una barrera natural que facilite la sensibilización a nuevos alérgenos, agregándose por lo tanto una nueva respuesta en un sujeto predispuesto a la rinitis alérgica, alterando también los mecanismos inespecíficos de eliminación y proceso de partículas de mayor peso molecular que podrían así funcionar como alérgenos aumentando la intensidad en la respuesta debida a la liberación de los mediadores de nueva formación . (3,6,8,16)

En el presente trabajo se abre como perspectiva el proponer como lo hacen algunos autores, el manejo quirúrgico adecuado en los defectos anatómicos nasales en pacientes con rinitis. (3,8)

Además de los aspectos anatómicos relacionados con la etiopatogenia de la rinitis, también deberan considerarse aquellos factores que requieren valoración de las condiciones metabólicas, hormonales, Psicológicas, control ambiental que deben agregarse al adecuado manejo de la rinitis. (3,8)

VI. CONCLUSIONES.

1.-Se demuestra que existen factores de diagnóstico rinológico determinantes de una respuesta no satisfactoria al tratamiento con medicamentos e inmunoterapia en los pacientes con rinitis alérgica.

2.-El adecuado tratamiento de la rinitis alérgica requiere de un diagnóstico integral que incluya las posibles condiciones etiopatogénicas diferentes.

3.-La deformidad septal es la más frecuente de las de tipo anatómico.

4.-Es posible efectuar el diagnóstico de la causa adicional a el fenómeno de la alergia en la mayoría de estos pacientes, siendo necesario fomentar la investigación en éste campo de la rinitis, que permitirá destinar los recursos terapéuticos con mayor eficacia.

5.-Por su naturaleza, los hallazgos diagnósticos referidos son en su mayoría de tratamiento quirúrgico, requieren por lo tanto colaboración del médico especialista en Otorrinolaringología.

6.-El adiestramiento del especialista en Alergia en el Diagnóstico Rinológico permitirá alcanzar con mayor facilidad el manejo adecuado de éste padecimiento de frecuencia importante en la población general.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Fudenberg D. Stites E. Inmunologia basica y clinica. 3a edicion. pag 8-8. El Manual Moderno. Mexico.D.F. 1985.
- 2) Salazar Mallen M. Cueva J. La Alergia en la Teoria y la Practica. 1a edicion. pag3-39. Editorial Mendez Oteo. Mexico.D.F. 1958.
- 3) Senent Sanchez C. Alergologia de Pre-grado. 2a edicion. pag 11-23,200-219. Luzan.S.A Madrid 1985.
- 4) Middleton E. Reed C. Ellis E. Allergy.Principles and Practice. 3a Edicion. Vol 11. Cap53. pag 1253-1270. 849-860. The mosby Company. Washington.D.C. 1988.
- 5) Meltzer E. "Evaluating rhinitis: clinical, rhinomanometric and cytologic assesments". J. Allergy Clin Immunology. Nov 1988. Vol 82. No. 5 pag 900-908.
- 6) Barnes P., Rodger I., Thomson N. Asthma. Basic mechanism and clinical management. 1a Edicion pag 357-409, 415-457, 551-558. Academic Press New York 1988.

7. Spector H., Hypertensive Immunological Diseases
1st Edition, pag 981-1008, 1009-1026, 1041-1066

Little Brown and Company, Boston, Toronto, 1989.

8. Hickey J. Rhinitis mechanisms and management
1st Edition, Publications department of the royal
society of medicine, London, 1989.

9. Hickey J., Immunology, 1st Edition, pag 40-55,
1981, pp. 207-229, Salvat Editores, Mexico, D.F.
1981.

10. Stafford G., Allergic Rhinitis, a useful guide to
diagnosis and treatment, Postgraduate medicine,
Jan 1981, Vol 31 No. 1 pag 147-151.

11. Muller-Ly B., Eosinophilic Nonallergic Rhinitis,
J. Allergic Clin Immunol Nov 1980 Vol 82 No. 5,
pag 941-949.

12. Berger P., Shatz H., Chronic Rhinitis: a practi-
cal approach to diagnosis and treatment part 2,
Immunology & Allergy practice, Jul 1982 Vol 4
No. 4 pag. 111-117.

13. Kochlin R., Clinical and immunologic aspects of
allergen specific immunotherapy in patients with
seasonal allergic rhinitis and asthma, J. allerg-
y clin immunol, Oct. 1983, Vol 72 No. 4
pag 820-833.

- 14) Norman P. Immunotherapy for nasal allergy. J. Allergy Clin Immunol May 1988. Vol 81. No 5 pag 992-998.
- 15) Nadelro R. The pathophysiology of allergic rhinitis. Impact of therapeutic intervention. Journal Allergy Clin Immunol. Nov 1988. Vol 82. No. 5 pag 927-934.
- 16) Basse W. New Directions And Dimension In The Treatment Of Allergic Rhinitis. J. Allergic Clin Immunol Nov 1988 Vol 82 No. 5 Pag 890-899.
- 17) Paparella S. Otolaryngology 3a. Edicion. Vol.2 Saunders Company Philadelphia 1985.
- 18) Hinderer E. Fundamentos de anatomia y cirugia de la nariz. 3a. Edicion. Pag 37-44, 49-58, 62-66. Hoescolapius Publishing Company Birmingham Alabama 1978.
- 19) Pierson W. Objective Measurement Of Nasal Airway Testing. J. Allergy Clin Immunol. May 1988 Vol 81 No. 5 Pag 949-953.
- 20) Fisher S., Newman C. Surgical Perspectives on Allergic Airway Disease. J. Allergic Clin Immunol Feb 1988. Vol 81 No. 2 Pags 361 a 375.

- 21) Kern E. Fisiologia de la valvula nasal, implicaciones en cirugía nasal. Clinicas otorrinolaringológicas de norteamérica. 1987. Vol 4.
Pag 735-758.
- 22) Pallanch J. Normal nasal resistance. Otolaryngol Head And Neck Surg. 1985. Vol 93. Pags 778-785.
- 23) Haight S. The site and function of the nasal valve laryngoscope 1983 Vol 7. pag 49-55.