

The background of the cover features a microscopic view. In the foreground, a large, textured red spherical structure, likely a cell or a cluster of cells, is visible. Scattered throughout the blue and purple background are several Y-shaped structures, which are antibodies, rendered in glowing cyan and yellow colors. The overall aesthetic is scientific and modern.

AVANCES EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES ALÉRGICAS

Manuel Alcántara Villar
(Coordinador)

un
i Universidad
Internacional
de Andalucía
A

CAPÍTULO 1

AVANCES EN RINITIS ALÉRGICA Y RINOSINUSITIS CRÓNICA CON POLIPOSIS

ANTONIO LUIS VALERO SANTIAGO
Servicio de Alergología. Hospital Clínic de Barcelona

1. Introducción

Las enfermedades que afectan a la mucosa nasosinusal, como la rinitis alérgica y no alérgica, la rinosinusitis crónica y la poliposis nasosinusal, han demostrado tener una alta prevalencia en la sociedad occidental.

La rinitis alérgica (RA) se define como la inflamación de la mucosa nasal, que se caracteriza por rinorrea acuosa anterior y posterior, estornudos, bloqueo nasal y/o prurito nasal. Estos síntomas ocurren por dos o más días consecutivos, por más de una hora, la mayoría de los días, y son reversibles espontáneamente o con medicamentos. Desde 2001 disponemos de la Guía ARIA (por sus siglas en inglés, Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma) de la que se han realizado diversas actualizaciones, aunque existen otras guías a nivel europeo y americano que también podrían ser útiles.

La RA se asocia con una respuesta mediada por inmunoglobulina E (IgE) frente a alérgenos, y se asocia frecuentemente con síntomas oculares en el 60-80% de los casos (lagrimeo, prurito ocular, ojo rojo), con menor frecuencia con otros síntomas a nivel orofaríngeo y ótico e incluso asma en el 20-50% según el alérgeno responsable. Su prevalencia va en aumento oscilando entre el 10-30% en

adultos y 40% en edad infantil. Representa un problema global por su alta prevalencia ya que afecta la calidad de vida de los individuos que la padecen y tiene un alto impacto económico. Desde el punto de vista etiológico la RA esta causada fundamentalmente por ácaros del polvo doméstico y pólenes, aunque también es relativamente frecuente la alergia a epitelios (perro y gato) y mohos (alternaría). Los síntomas ocurren generalmente minutos después de la exposición al alérgeno y pueden durar horas después de una exposición aislada.

Existen otras condiciones no alérgicas que causan síntomas similares, e incluyen infecciones, alteraciones hormonales, anomalías anatómicas, exposición a agentes laborales, medicamentos como aspirina y otras causas, como irritantes, comida, emociones, atrofia y rinitis no alérgica con eosinófilos (NARES). Cuando se presentan síntomas similares a la rinitis alérgica, pero sin una causa definitiva y sin demostrar alergia mediada por IgE por pruebas cutáneas o por determinación de IgE específica frente a un alérgeno, la rinitis se considera no alérgica (RNA).

La rinosinusitis crónica (RSC) es una enfermedad con una prevalencia estimada entre el 5-12% en adultos. Es una patología inflamatoria que cursa con síntomas persistentes como la presencia de obstrucción nasal intensa y la anosmia.

Recientemente, se ha publicado la última actualización del documento de posición EPOS 2020 (European Position Paper on rhinoSinusitis and Nasal Polyps), que integra una revisión completa, actualizada que contiene las recomendaciones principales en el manejo de la RSC con y sin pólipos nasales (PN). La RSC con PN puede afectar al 2-5% de la población general.

2. Rinitis

Una vez realizado el diagnóstico sindrómico de rinitis, que se basa exclusivamente en los síntomas compatibles (rinorrea acuosa anterior y posterior, prurito nasal, estornudos, obstrucción nasal) durante dos o más días consecutivos, por más de una hora de duración; debemos de caracterizar el tipo de rinitis en alérgica y no alérgica, posteriormente debemos evaluar su duración (intermitente y persistente) y su gravedad (leve, moderada y grave); en el caso de que ya tenga establecido un tratamiento se debe evaluar el control de la enfermedad. En los casos de mala respuesta o de mayor gravedad sería aconsejable evaluar la calidad de vida mediante cuestionarios específicos adecuados.

2.1. Estudio alergológico

La rinitis se divide, según su etiología, en alérgica (RA) y no alérgica (RNA). En la RA podemos demostrar presencia de IgE alérgeno-específica, mientras que en la RNA no lo logramos hacer. A pesar de esto, en la RNA se ha observado producción local de IgE en la mucosa nasal y también respuesta positiva en la prueba de provocación nasal con alérgeno. El estudio alergológico comprende inicialmente una anamnesis que debe incluir el patrón diario de los síntomas, la cronicidad o estacionalidad de los síntomas, la posible relación con algún evento, la respuesta a los medicamentos utilizados, la presencia de otros síntomas coexistentes, la exposición ocupacional y ambiental.

Para clasificar la rinitis en alérgica hay que demostrar la presencia de IgE alérgeno específica, bien sea por pruebas intraepidérmicas (prick test) o mediante determinación sérica de la IgE específica. Los alérgenos utilizados dependen de la zona, edad y ocupación, debiendo testarse los alérgenos prevalentes de cada zona. Los resultados del estudio alergológico deben de tener correlación con las características clínicas de los síntomas (concepto de “relevancia clínica”).

2.2. Clasificación de duración y gravedad

La **clasificación** de la RA se puede realizar por su duración en intermitente y persistente y por su gravedad en leve y moderada/severa (Figuras 1 y 2).

Para evaluar gravedad nos basamos en los cuatro ítems definidos en el documento ARIA, valorando si están o no afectados.

- a) Alteración de las actividades diarias, de deporte y ocio.
- b) Alteración del sueño
- c) Alteración del trabajo/estudio.
- d) Síntomas molestos.

Los sujetos que no tengan ningún ítem afectado se clasificarían como leves. Para tratar de identificar a los pacientes como moderados o graves se ha propuesto que los pacientes que tienen cuatro ítems comprometidos se puedan clasificar como severos, mientras que aquéllos con tres ítems o menos puedan clasificarse como moderados.

Figura 1. Clasificación de la rinitis según duración y gravedad según la clasificación ARIA modificada (Valero a et al. 2007).

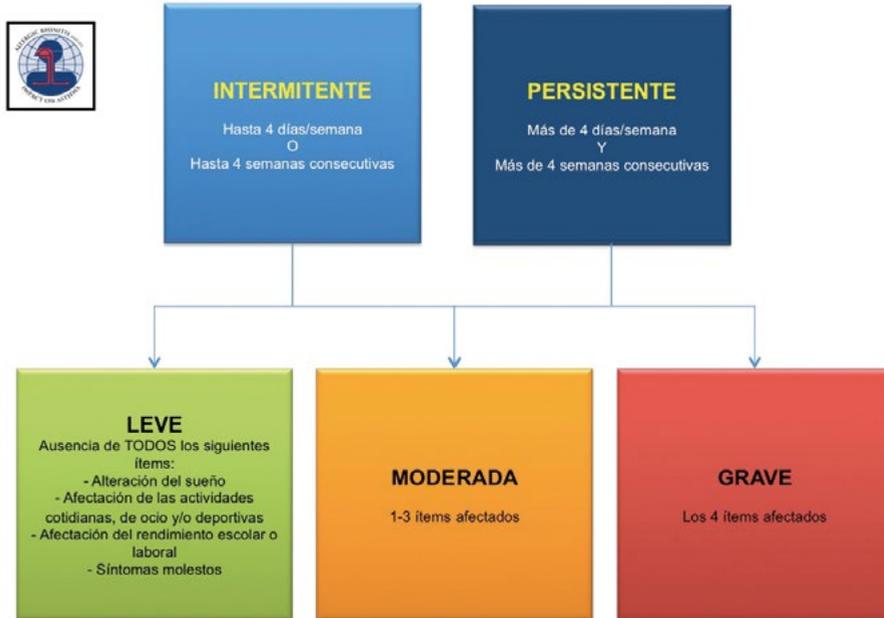


Figura 2. Evaluación de la gravedad y control de la rinitis alérgica según escala visual analógica (EVA).



2.3. Control de la rinitis

Una vez clasificada la gravedad de la RA y establecido su adecuado tratamiento en base a esta gravedad, debemos evaluar el control obtenido de la enfermedad y modificar su tratamiento según el control obtenido. Por lo tanto, una vez clasificada la gravedad de la rinitis y pautaada una primera aproximación terapéutica debemos de evaluar la respuesta en base al control alcanzado y establecer el tratamiento subsiguiente en base a dicho control, pudiendo estar la RA controlada, no controlada o parcialmente controlada según la herramienta que utilicemos para evaluar el control. Para evaluar el control, en general disponemos de dos tipos de herramientas, la escala visual analógica (EVA) sencilla de utilizar e interpretar y los cuestionarios específicos de evaluación del control que deben de estar adecuadamente validados para su utilización.

El uso de la EVA es útil para valorar tanto gravedad como control, posee una buena correlación con la valoración de los síntomas y con la calidad de vida. Se considera un punto de corte ≥ 5 para la rinitis no controlada (Figura 2). Esta herramienta también se propone por algunos autores como el punto de partida para valorar el estado del paciente, elegir el tratamiento, y posteriormente valorar el control alcanzado por el mismo (Figura 2). En la actualidad existe una aplicación disponible (Diario de la Alergia MACVIA-ARIA), que ha demostrado ser útil para el seguimiento de los pacientes, permite mantener un registro diario de los síntomas y tratamiento.

Los cuestionarios de control más conocidos son el CARAT (Control of Allergic Rhinitis and Asthma Test), el RCAT (Rhinitis Control Assessment Test) recientemente validado en castellano y el ARCT (Allergic Rhinitis Control Test), desarrollados y validados en adultos y adolescentes. Los dos últimos evalúan sólo el control de la rinitis (RCAT para rinitis de cualquier etiología, ARCT solo RA), mientras que el CARAT evalúa a la vez el control del asma y de la rinitis. Estos cuestionarios se utilizan en estudios de investigación o para el seguimiento de casos graves. Recientemente se ha publicado la propuesta y validación de ARIA-c para evaluar el control de la rinitis, que tiene la ventaja de emplear los mismos parámetros que los que se utilizan para la clasificación de gravedad de la RA (Tabla 1).

Tabla 1. Control de la rinitis alérgica según ARIA-c (Valero et al. 2020).

	Controlada	Parcialmente controlada	No controlada
Síntomas molestos	Ningún ítem afectado	1-2 ítems afectados (el sueño no debe ser uno de los ítems afectados)	2-4 ítems afectados (si solo 2 afectados, uno debe ser el sueño)
Actividades diarias/ deporte/ocio			
Productividad laboral/ rendimiento escolar			
Sueño			

2.4. Calidad de vida de la rinitis

La calidad de vida (CdV) es un concepto que incluye un grupo numeroso de características físicas y fisiológicas que valoran los problemas en el contexto social del estilo de vida. La CdV ha sido definida como los efectos funcionales de una enfermedad y su terapia sobre un paciente, percibidos por el propio paciente.

Existe un acuerdo generalizado en que actualmente no solo se debe dirigir nuestra asistencia a la mejora de la salud de nuestros pacientes, sino que se debe de poner especial énfasis en su CdV. En enfermedades de larga evolución, como la RA, su valoración es un aspecto muy relevante, y la mejora de ésta debe constituir el primer objetivo en el tratamiento nuestros pacientes.

En la valoración de la CdV en rinitis se han usado dos tipos de cuestionarios: genéricos y específicos de la enfermedad. Los cuestionarios genéricos miden diferentes aspectos (físicos, mentales y sociales) en cualquier situación de salud independiente de la enfermedad. Al poderse aplicar a cualquier enfermedad permiten la comparación de sus resultados entre diferentes enfermedades y poblaciones. Siendo el mayor inconveniente que carecen de sensibilidad, ya que no pueden focalizar adecuadamente en los problemas específicos de una patología concreta, y no detectan cambios en la CdV en sujetos con modificaciones clínicas relevantes de la enfermedad.

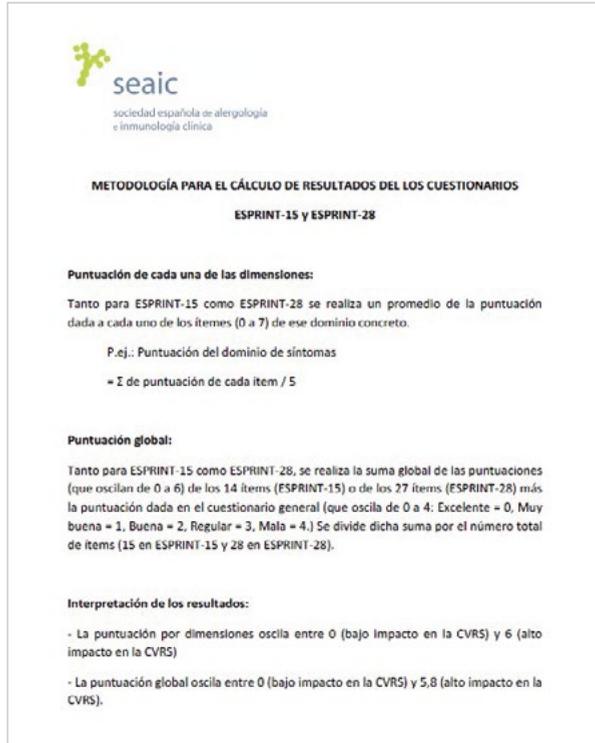
Para superar las limitaciones de los cuestionarios genéricos, se han desarrollado los cuestionarios específicos para una enfermedad en concreto. Se han desarrollado varios específicos para la rinitis/conjuntivitis que abordan aspectos particulares de estas patologías. El más utilizado es el Rhinoconjuntivitis Quality of Life Questionnaire (RQLQ) que tiene un cuestionario corto (Mini RQLQ) que sería el más indicado para la práctica clínica habitual. También se han desarrollado cuestionarios para adolescentes y niños de 6-12 años sin la presencia de los padres.

Se ha desarrollado y validado un cuestionario en nuestro país en castellano (ESPRINT: (EStudio de la calidad de vida en Pacientes con RINiTiS alérgica) que sería el más adecuado para utilizar en nuestra población castellano parlante. Evalúa un marco temporal de dos semanas. Se puede utilizar el cuestionario largo de 28 ítems más adecuado para estudios de investigación y el corto de 15 ítems más adecuado para uso en clínica (Tabla 2).

Tabla 2. Cuestionario para evaluar la calidad de vida en la rinitis alérgica (Valero et al. 2013) y sus normas para el cálculo de resultados y su interpretación.

Seguidamente, encontrará algunas preguntas sobre las molestias ocasionadas por la rinitis. Por favor, rodee con un círculo el número correspondiente a la respuesta que Usted elija. Es importante que conteste a todas las preguntas.

Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿cuánto le ha molestado cada uno de los siguientes síntomas?									
Síntomas	No me ha molestado nada	No me ha molestado casi nada	Me ha molestado poco	Me ha molestado moderadamente	Me ha molestado bastante	Me ha molestado mucho	Me ha molestado muchísimo		
1. La sensación de tener la nariz tapada o la sensación de obstrucción	0	1	2	3	4	5	6		
2. La mucosidad nasal líquida o como agua	0	1	2	3	4	5	6		
3. El peor en la nariz o estornudos repetidos	0	1	2	3	4	5	6		
4. El peor de ojos o tener que rascarse los ojos	0	1	2	3	4	5	6		
5. La dificultad para respirar, la sensación de asfixia o ahogo	0	1	2	3	4	5	6		
Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿cuánto le ha molestado cada una de las siguientes situaciones?									
Actividades de la vida diaria	No me ha molestado nada	No me ha molestado casi nada	Me ha molestado poco	Me ha molestado moderadamente	Me ha molestado bastante	Me ha molestado mucho	Me ha molestado muchísimo		
6. La incomodidad o dificultad para trabajar, a causa de la rinitis	0	1	2	3	4	5	6		
7. Los síntomas de la rinitis cuando o tomando algo fuera de casa	0	1	2	3	4	5	6		
8. Interrumpir constantemente lo que estaba haciendo, a causa de la rinitis	0	1	2	3	4	5	6		
Sueño	No me ha molestado nada	No me ha molestado casi nada	Me ha molestado poco	Me ha molestado moderadamente	Me ha molestado bastante	Me ha molestado mucho	Me ha molestado muchísimo		
9. Los problemas para dormir o las dificultades para conciliar el sueño, a causa de la rinitis	0	1	2	3	4	5	6		
10. Levantarse con sequedad en la boca o despertarse por esto, a causa de la rinitis	0	1	2	3	4	5	6		
11. Dormir mal, a causa de la rinitis	0	1	2	3	4	5	6		
Afectación psicológica	No me ha molestado nada	No me ha molestado casi nada	Me ha molestado poco	Me ha molestado moderadamente	Me ha molestado bastante	Me ha molestado mucho	Me ha molestado muchísimo		
12. Tener que estar pendiente de la rinitis	0	1	2	3	4	5	6		
13. Estar más irritable o de mal humor, a causa de la rinitis	0	1	2	3	4	5	6		
14. Pasarlo mal o sentirse mal, a causa de la rinitis	0	1	2	3	4	5	6		
15. En general, teniendo en cuenta su rinitis y ningún otro trastorno, ¿cómo diría que es su salud?									
<input type="checkbox"/> Excelente		<input type="checkbox"/> Muy Buena		<input type="checkbox"/> Buena		<input type="checkbox"/> Regular		<input type="checkbox"/> Mala	



Diferentes intervenciones sobre la rinitis alérgica están asociadas con mejoras estadísticamente significativas respecto a placebo sobre los cuestionarios de calidad de vida. Se ha propuesto que cualquier cambio en la medición de calidad de vida es significativo porque representa la percepción del paciente de su estado de salud.

Algunas agencias reguladoras están empezando a exigir evidencias en este sentido antes de aprobar nuevos productos, por lo que actualmente han proliferado los estudios de eficacia y mejora de la CdV con los fármacos que se utilizan más frecuentemente en la RA (antihistamínicos y corticoides tópicos). Los antihistamínicos y los corticoides tópicos nasales han demostrado su capacidad para mejorar la calidad de vida en pacientes con rinitis alérgica moderada y severa comparados con placebo.

3. Rinosinusitis y poliposis nasosinusal

La poliposis nasal (PN) es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta a la mucosa nasal y a los senos paranasales que conduce a la formación de pólipos. Los estudios más recientes parecen indicar que la PN es un subtipo de rinosinusitis crónica con características diferenciales que pueden recomendar un abordaje específico en cuanto a su manejo diagnóstico y terapéutico.

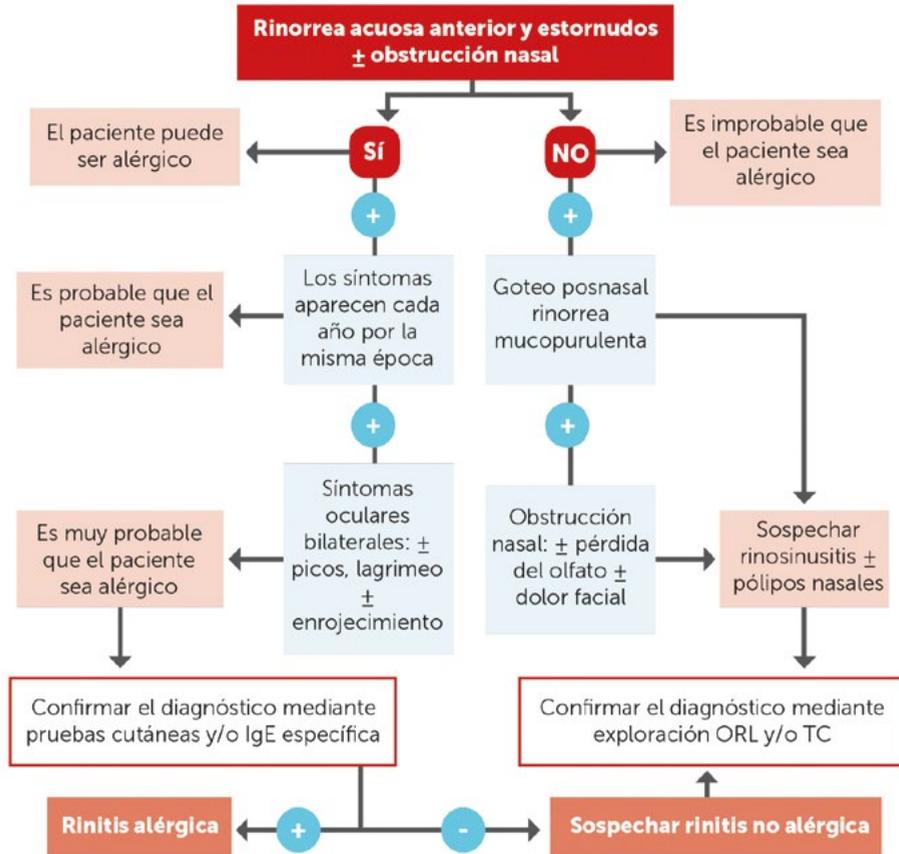
El documento EPOS define la RSC con Poliposis nasosinusal (RSC con PN) como la inflamación nasal y de senos paranasales caracterizada por dos o más síntomas, uno de los cuales debe ser obstrucción o secreción nasal (rinorrea mucosa nasal anterior/posterior) \pm dolor/presión facial \pm reducción o pérdida del sentido del olfato y signos endoscópicos de pólipos nasales y/o secreción mucopurulenta principalmente del meato medio y/o edema/obstrucción de la mucosa principalmente en el meato medio y/o cambios radiológicos (TC) durante más de 12 semanas.

El diagnóstico de PN debe sospecharse ante un paciente que aqueja alteración del olfato, obstrucción nasal, dolor o presión facial (cefalea) y rinorrea anterior o posterior. Para afianzar el diagnóstico es esencial la visualización de las formaciones polipoideas que ocupan parcial o totalmente las cavidades nasales, así como añadir los estudios complementarios necesarios para asegurar un diagnóstico diferencial correcto, la evaluación de la gravedad, que nos permita establecer la mejor estrategia terapéutica. La alteración del olfato (disminución o pérdida) es el síntoma que mejor correlaciona con el diagnóstico y gravedad de la PN, por lo que proponemos que se establezca como síntoma guía para el diagnóstico y seguimiento de los pacientes con PN. Para su diagnóstico es conveniente seguir un algoritmo apropiado (Figura 3).

3.1. Gravedad, control y calidad de vida

La gravedad de la RSC con PN viene definida por el impacto de los síntomas y la afectación de la CdV. La gravedad se puede categorizar en tres niveles (leve, moderada y grave) utilizando la EVA. Por otra parte, el control se evalúa en relación a unos determinados criterios de mejoría tras el tratamiento médico o quirúrgico. Según el consenso EPOS 2020 (Tabla 3) la evaluación del control de la RSC con PN se realiza en el marco del último mes y se analizan 7 criterios que definen sus 3 niveles de control (controlada, parcialmente controlada o no controlada):

Figura 3. Algoritmo diagnóstico de la rinitis y rinosinusitis (GEMA 5.1).



congestión/obstrucción/bloqueo nasal, rinorrea anterior/drenaje posnasal, presión/dolor facial, sentido del olfato, alteración del sueño o fatiga, estado de la mucosa nasal por endoscopia nasal y uso de tratamiento de rescate. No existen cuestionarios específicos para la valoración de la CdV en pacientes con PN aunque sí para la rinosinusitis crónica que es el SNOT 22 que es el cuestionario que actualmente se emplea en la PN (Tabla 4).

Tabla 3. Control de la rinosinusitis crónica con pólipos nasales en el último mes según el consenso EPOS 2020

	Controlada (todos los siguientes)	Control parcial (al menos 1)	No controlada (3 o más)
Bloqueo nasal ¹	Ausente/no molesto ²	Presente casi a diario ³	Presente casi a diario ³
Rinorrea / drenaje posnasal ¹	Escasa y mucosa ²	Mucopurulenta casi a diario ³	Mucopurulenta casi a diario ³
Presión / dolor facial ¹	Ausente/no molesta ²	Presente casi a diario ³	Presente casi a diario ³
Olfato ¹	Normal/poco alterado ²	Alterado ³	Alterado ³
Alteraciones de sueño o fatiga ¹	Ausente ²	Presente ³	Presente ³
Endoscopia Nasal (si está disponible)	Mucosa sana o casi sana	Mucosa patológica ⁴	Mucosa patológica ⁴
Tratamiento de rescate (últimos 6 meses)	No necesario	Necesita 1 ciclo de medicación de rescate	Síntomas persisten a pesar de medicación de rescate

¹ síntomas de RSC, ² para investigación (EVA ≤5 cm), ³ para investigación (EVA >5 cm),

⁴ pólipos nasales, secreción mucopurulenta o mucosa inflamada.

EVA, Escala Visual Analógica (0-10 cm).

4. Manejo inicial en atención primaria

En atención primaria el primer paso debería ser el diagnóstico sindrómico de la patología nasosinusal antes de establecer una estrategia terapéutica, tanto para la RA como para PN basándose inicialmente en los síntomas, siendo de gran ayuda la presencia del prurito nasal acompañado de estornudos, rinorrea acuosa y la presencia de prurito ocular, que son las manifestaciones clínicas básicas para sospechar la causa alérgica de una rinitis y en mayor medida cuando están relacionados con alguna exposición ambiental ya sea estacional (pólenes) o perenne (ácaros, mohos o epitelios en algunos casos); siendo la pérdida de olfato y la obstrucción nasal y rinorrea mucopurulenta en la sospecha de la existencia de una RSC con PN (Figura 3).

Tabla 4. Cuestionario para evaluar la calidad de vida en la Rinosinusitis con Poliposis nasosinusal.
(Toma et al. 2013)

Sino-Nasal Outcome Test-22

A continuación se muestra una lista de síntomas y consecuencias sociales/emocionales de la rinosinusitis. Nos gustaría saber más acerca de estos problemas, por lo que le agradeceríamos que respondiera a estas preguntas lo mejor que pueda. No hay respuestas correctas o incorrectas, y solo usted puede darnos esta información. Por favor, califique sus problemas de acuerdo a como se han presentado los últimos tres días. Gracias por su participación. Si necesita ayuda, no dude en pedirla.

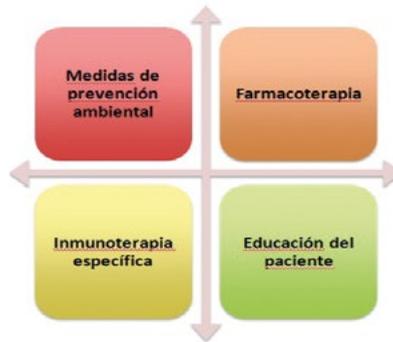
	Considerando tanto la intensidad del problema como la frecuencia como aparecía, califique la importancia de cada uno de los siguientes rodeando con un círculo el número de la escala que corresponde a cómo se sentía						
	No me afecta	Problema muy leve	Problema leve	Problema moderado	Problema grave	Problema muy grave	Señale los 5 problemas más importantes
1. Necesidad de sonarse	0	1	2	3	4	5	
2. Estornudos	0	1	2	3	4	5	
3. Secreción nasal acuosa	0	1	2	3	4	5	
4. Obstrucción nasal	0	1	2	3	4	5	
5. Pérdida de gusto u olfato	0	1	2	3	4	5	
6. Tos	0	1	2	3	4	5	
7. Secreción retronasal	0	1	2	3	4	5	
8. Secreción nasal espesa	0	1	2	3	4	5	
9. Oídos taponados	0	1	2	3	4	5	
10. Mareo	0	1	2	3	4	5	
11. Dolor de oído	0	1	2	3	4	5	
12. Presión / dolor facial	0	1	2	3	4	5	
13. Dificultad para conciliar el sueño	0	1	2	3	4	5	
14. Despertarse por la noche	0	1	2	3	4	5	
15. Falta de sueño reparador	0	1	2	3	4	5	
16. Despertarse cansado	0	1	2	3	4	5	
17. Fatiga	0	1	2	3	4	5	
18. Disminución de la productividad	0	1	2	3	4	5	
19. Disminución de la concentración	0	1	2	3	4	5	
20. Frustración / irritabilidad	0	1	2	3	4	5	
21. Tristeza	0	1	2	3	4	5	
22. Preocupación	0	1	2	3	4	5	

Por favor añada cualquier otro problema importante para usted que no se haya mencionado antes.

4.1. Rinitis alérgica

El tratamiento de la RA alérgica se basa en cuatro pilares: a) información al paciente sobre su enfermedad y sus posibles causas; b) medidas de evitación alérgica; c) tratamiento farmacológico y d) tratamiento etiológico mediante la administración de vacunas alérgicas (*inmunoterapia específica*) (Figura 4). El tratamiento farmacológico, fundamentalmente en casos leves, se basa inicialmente en el uso de antihistamínicos orales o tópicos, siendo mas rápidos de acción los de administración tópica y de efecto más prolongado los de administración oral. En el caso de ser moderada se debería iniciar su tratamiento con corticoides tópicos nasales (CIN) (Figura 5).

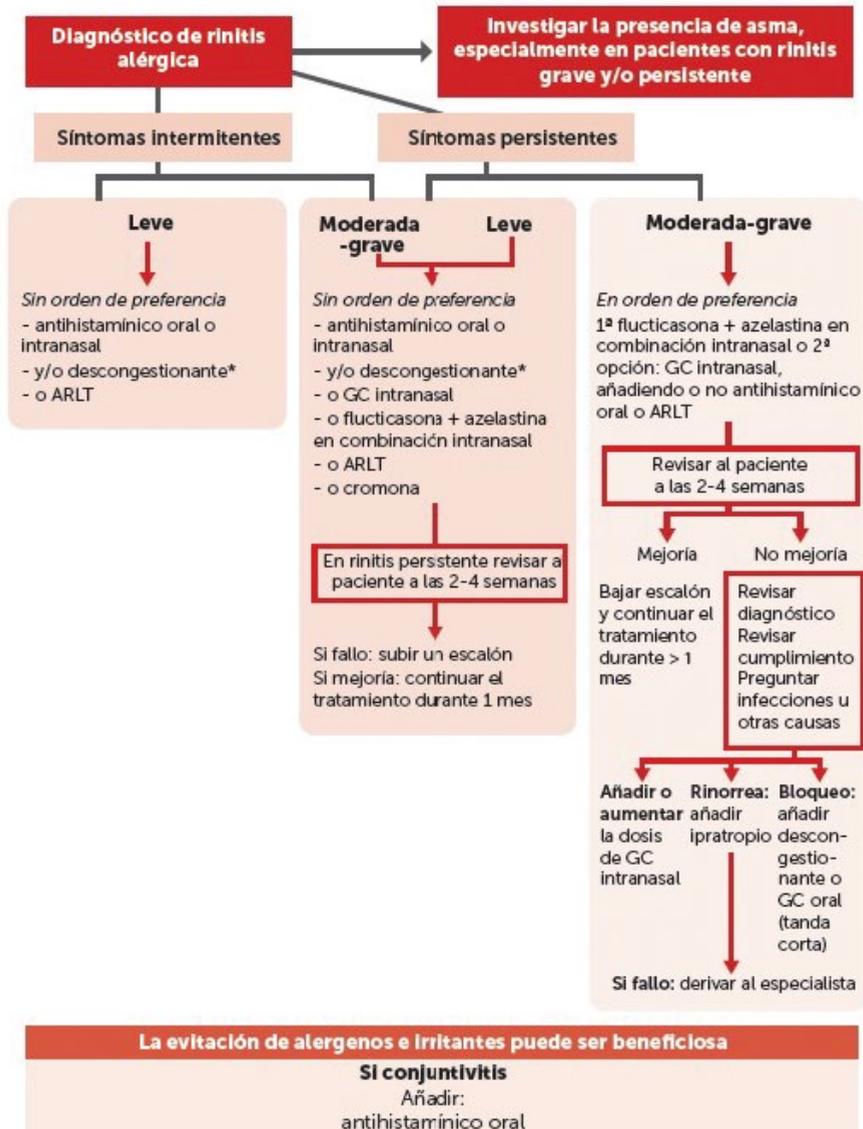
Figura 4. Pilares fundamentales en el tratamiento integral de la rinitis alérgica.



4.2. Poliposis nasosinusal

Los CIN han demostrado su eficacia en la disminución del tamaño de los pólipos y de sus recurrencias tras la extirpación mediante intervención quirúrgica, reducen en mayor o menor medida todos los síntomas de la enfermedad y podrían contribuir a mejorar los síntomas de enfermedades asociadas como el asma. El tratamiento de la PN se debe iniciar con el uso de lavados nasales y el uso de CIN (Figura 6). Si hay sospecha de PN aunque no se visualicen los pólipos por rinoscopia se debe iniciar el tratamiento comentado y ver la respuesta clínica en 4 semanas y en base a ello se considerara la derivación al especialista (Figura 7).

Figura 5. Tratamiento escalonado de la rinitis alérgica. (GEMA 5.1).

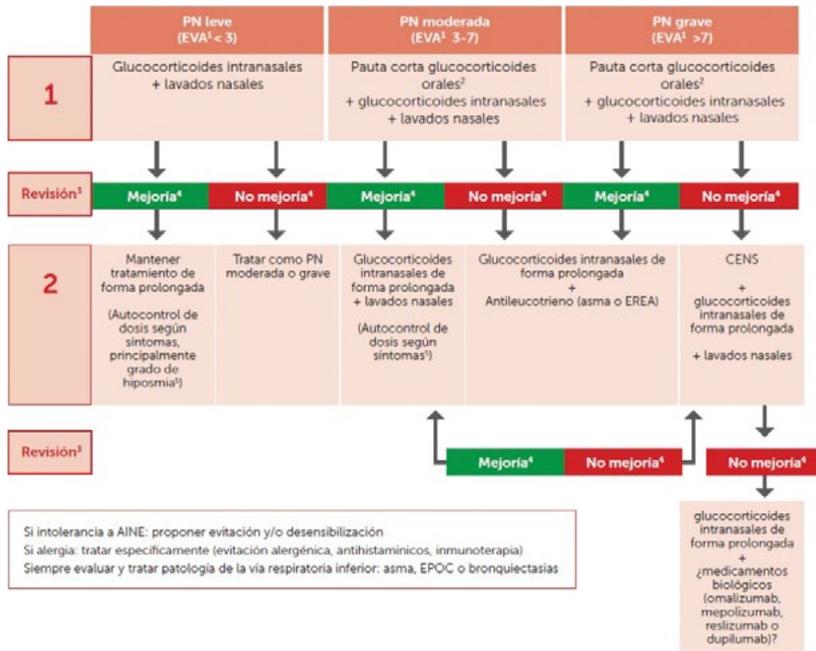


ARLT: antagonista de los receptores de los leucotrienos; GC: glucocorticoides;
* en periodos de tiempo cortos, habitualmente menos de 5 días.

5. Criterios de derivación y manejo del especialista

En general el abordaje de la RA y PN debe considerar en su inicio la gravedad de la enfermedad, pautar un tratamiento según esta y a partir de la respuesta al tratamiento pautado evaluar el control de la enfermedad del que dependerá la modificación terapéutica según el control alcanzado (Figura 8).

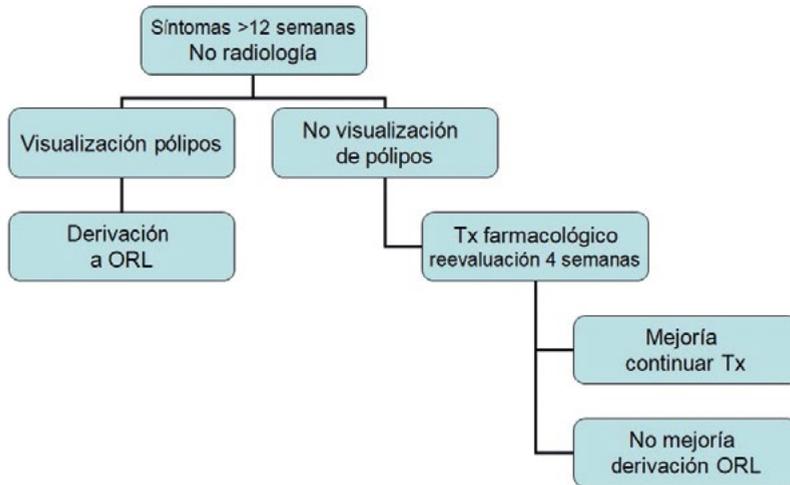
Figura 6. Tratamiento escalonado de la poliposis nasosinusal (GEMA 5.1).



5.1. Rinitis alérgica

Una vez iniciado el tratamiento de la RA y de la PN, se ha de considerar la derivación al especialista para su valoración y la realización de las exploraciones complementarias adecuadas. En el caso de la RA, sobre todo cuando la rinitis es moderada/grave, se debe realizar el estudio alergológico, mediante la realización

Figura 7. Manejo de la poliposis nasosinusal en atención primaria.



de pruebas intraepidérmicas y determinación de IgE específica con el objetivo de averiguar el/los alérgenos responsables de las manifestaciones clínicas y poder informar al paciente de las características de estos y plantear si existe la indicación de la vacunas alérgicas. Existen protocolos de derivación de la RA desde Atención Primaria (Figura 9). Adecuando el tratamiento según la gravedad y la respuesta previa al tratamiento realizado (Figura 5).

5.2. Poliposis nasosinusal

Una vez iniciado el tratamiento de la PN, se ha de considerar la derivación al especialista para la realización de las exploraciones complementarias adecuadas. En este caso la realización de una endoscopia nasal y tomografía computarizada, que permitirán conocer el grado de invasión de los senos paranasales y de la cavidad nasal, clasificando en diferentes grados la PN (Figura 10). Adecuando el tratamiento según la gravedad y la respuesta previa al tratamiento realizado. Evaluando la necesidad de la cirugía endoscópica nasal en los casos más graves e incluso complementar con el uso de los tratamientos biológicos que en un futuro no muy lejano dispondremos (Figura 6).

Figura 8. Manejo esquemático de la rinitis alérgica y la poliposis nasosinusal.



Figura 9. Protocolo de derivación a alergología de pacientes con rinitis alérgica. Recomendaciones de continuidad asistencial en patología alergológica. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

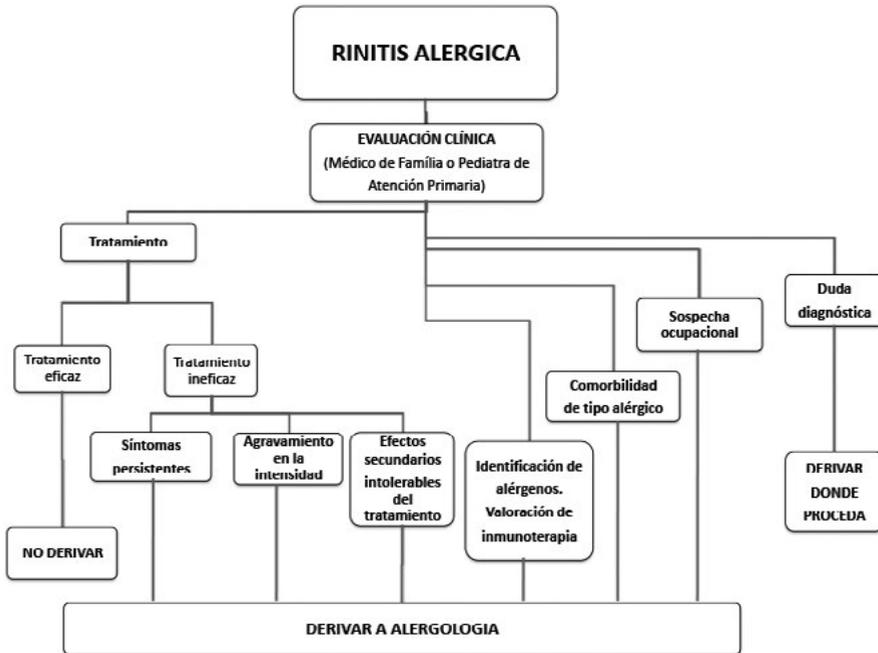
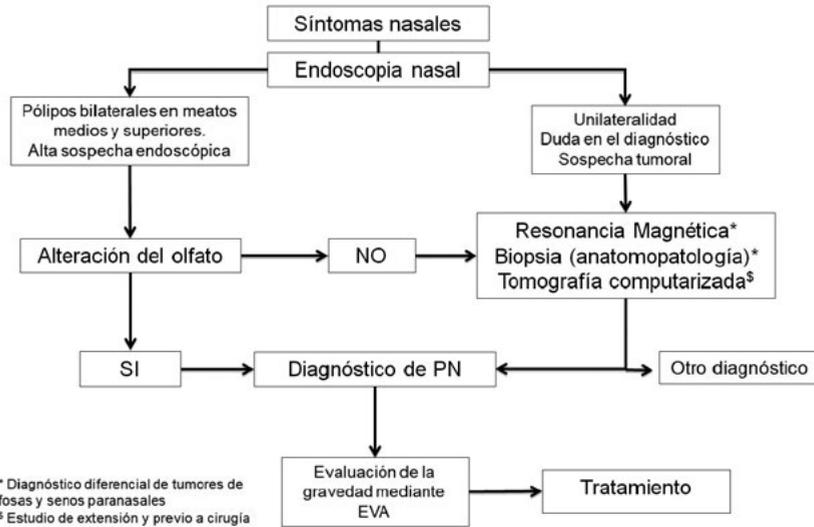


Figura 10. Algoritmo diagnóstico de la poliposis nasosinusal por parte del especialista.



8. Bibliografía

- 1) BERCEDO, A. et al (2021). «Rinitis alérgica. El Pediatra de Atención Primaria y la rinitis alérgica». Protocolos del GVR (publicación P-GVR-6) [consultado 14/1/2022]. <https://www.respirar.org/index.php/grupo-viasrespiratorias/protocolos>
- 2) BOUSQUET, J. et al (2008). «Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA). Update (in collaboration with the World Health Organization, GALEN and AllerGen)». *Allergy* 63, pp. 8-160.
- 3) BOUSQUET, J. et al (2015). «MACVIA-ARIA Sentinel Network for allergic rhinitis (MASK-rhinitis): the new generation guideline implementation». *Allergy* 70, pp. 1372-1392
- 4) BOUSQUET, J. et al (2020). «Next-generation Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma (ARIA) guidelines for allergic rhinitis based on Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) and real-world evidence». *J Allergy Clin Immunol* 145, pp. 70-80.

- 5) DHAMI, S. et al (2017). «Allergen immunotherapy for allergic rhinoconjunctivitis: A systematic review and meta-analysis». *Allergy* 72, pp.1597-1631.
- 6) FOKKEN, WJ. et al (2020). «European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps». *Rhinology* 58(Suppl S29), pp.1-464.
- 7) GEMA 5.1 (2021). <http://www.gemasma.com> [consultado 14/1/2022].
- 8) JUNIPER EF et al. (2000). «Development and validation of the mini rhinoconjunctivitis quality of life questionnaire». *Clin Exp Allergy* 30, pp. 132-40.
- 9) SÁNCHEZ-HERNÁNDEZ, MC. (2020) et al. «Validation of the DECA criteria for allergic conjunctivitis severity and control». *Clin Transl Allergy* 10, pp. 43.
- 10) TOMAS et al. (2016). «Stratification of SNOT-22 scores into mild, moderate or severe and relationship with other subjective instruments. *Rhinology*». 54, pp. 129-133.
- 11) VALERO, A. et al (2007). «A new criterion by which to discriminate between patients with moderate allergic rhinitis and patients with severe allergic rhinitis based on the Allergic Rhinitis and Its impact on Asthma severity items». *J Allergy Clin Immunol* 120, pp. 359-65.
- 12) VALERO, A. et al (2013). «ESPRINT-15 questionnaire (Spanish version): reference values according to disease severity using both the original and the modified ARIA classifications». *J Investig Allergol Clin Immunol* 23, pp. 14-19.
- 13) VALERO, A. et al (2020). «Validation of the ARIA items to assess allergic rhinitis control (ARIA-C)». *Allergy* 75, pp. 2964-6.
- 14) WISE, SK. et al (2018). «International Consensus Statement on Allergy and Rhinology: Allergic Rhinitis». *Int Forum Allergy Rhinol* 8, pp.108-352.