

GUÍA DE BOLSILLO

Documento de Consenso
sobre Poliposis Nasal
SEAIC-SEORL

PROYECTO POLINA

Documento de Consenso sobre Poliposis Nasal SEAIC-SEORL

PROYECTO POLINA

Comité de Rinoconjuntivitis
Sociedad Española de Alergia e Inmunología Clínica
Comisión de Rinología y Alergia
Sociedad Española de Otorrinolaringología

Coordinación:

Antonio Luis Valero. Barcelona. Comité de Rinoconjuntivitis. SEAIC
Adolfo Sarandeses. La Coruña. Comisión de Rinología y Alergia. SEORL



Proyecto patrocinado por:



Comité Editorial:

Carlos Colás. *Hospital Clínico-Instituto de Investigación Sanitaria Aragón*. Zaragoza (SEAIC)
Coordinador: Miguel Armengot. *Hospital General Universitario. Facultad de Medicina Valencia* (SEORL)
Ignacio Dávila. *Servicio de Inmunoalergia. Complejo Asistencial Universitario*. Salamanca (SEAIC)
Alfonso del Cuvillo. *Centro ORL Astarté*. Cádiz (SEORL)
Ana María Navarro. *Hospital El Tomillar, UGC Intercentros Valme-Rocío de Alergología*. Sevilla (SEAIC)
Ramona Soler. *Hospital Universitario Son Dureta*. Palma de Mallorca (SEORL)
Joaquim Mullol. *Unidad de Rinología i Olfacte. Hospital Clinic*. Barcelona (SEORL)

Autores:

Isam Alobid. *Unidad de Rinología i Olfacte. Hospital Clinic*. Barcelona (SEORL)
Encarnacion Anton. *Hospital Universitario Marqués de Valdecilla*. Santander (SEAIC)
Miguel Armengot. *Hospital General Universitario. Facultad de Medicina*. Valencia (SEORL)
Jacobo Chao. *Hospital Universitario*. La Coruña (SEORL).
Carlos Colás. *Hospital Clínico-Instituto de Investigación Sanitaria Aragón*. Zaragoza (SEAIC)
Alfonso del Cuvillo. *Centro ORL Astarté*. Cádiz (SEORL)
Ignacio Dávila. *Servicio de Inmunoalergia. Complejo Asistencial Universitario*. Salamanca (SEAIC)
M^a Teresa Dordal. *Sant Pere Claver Fundació Sanitària*. Barcelona (SEAIC)
Carlos Escobar. *Hospital Universitario Morales Maseguer*. Murcia (SEORL)
Beatriz Fernández-Parra. *Hospital El Bierzo de Ponferrada*. León (SEAIC)
Juna Ramón Gras-Cabrerizo. *Hospital Santa Creu i Sant Pau*. Barcelona (SEORL)
M^a Dolores Ibáñez. *Hospital Infantil Universitario Niño Jesús*. Madrid (SEAIC)
Magdalena Lluch. *Hospital Virgen del Valle*. Toledo (SEAIC)
Victor Matéu. *Hospital Universitario Ntra. Sra. De la Candelaria*. Tenerife (SEAIC)
Javier Montoro. *Hospital La Plana de Villarreal*. Castellon (SEAIC)
Joan Ramón Montserrat Gili. *Hospital Santa Creu i Sant Pau*. Barcelona. (SEORL)
Joaquim Mullol. *Unidad de Rinología i Olfacte. Hospital Clinic*. Barcelona (SEORL)
Ana María Navarro. *Hospital El Tomillar, UGC Intercentros Valme-Rocío de Alergología*. Sevilla (SEAIC)
Félix Pumarola. *Hospital Materno Infantil del Vall D'Hebron*. Barcelona (SEORL)
Carmen Rondón. *Hospital Carlos Haya*. Málaga (SEAIC)
M^a Cesárea Sánchez-Hernández. *Ambulatorio Virgen de la Cinta, Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez*. Huelva (SEAIC)
Adolfo Sarandeses. *Hospital Universitario y Universidad de La Coruña* (SEORL)
Ramona Soler. Palma de Mallorca. (SEORL)
Antonio Luis Valero. *Unidad de Alergia. Servicio de Neumología y Alergia Respiratoria*. Barcelona (SEAIC)

INTRODUCCIÓN

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 presente compendio recoge la información resumida del Documento de Consenso sobre Poliposis Nasal SEAIC-SEORL, denominado con el acrónimo "POLINA".

EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia exacta de la PN es desconocida. En líneas generales, se estima que oscila entre el 2-4% de la población general aunque depende de los criterios de selección de la población y del método diagnóstico empleado.

En los estudios epidemiológicos mediante cuestionario la prevalencia ha oscilado entre un 1,3% y un 4,3%. Los estudios mediante endoscopia nasal aportan cifras más fiables (0,5-2,7%), al permitir observar directamente los pólipos, si bien no incluyen muestras numerosas

En conjunto se ha observado una mayor prevalencia en varones que en mujeres (2/1), con una máxima incidencia entre la cuarta y quinta décadas. La incidencia estimada es de 0,86/1000 habitantes/año en varones y de 0,39/1000 en mujeres.

Es muy infrecuente en los niños, con una prevalencia estimada del 0,1%.

La incidencia y la prevalencia de la PN aumentan con la edad, oscilando esta última de alrededor del 1% en los menores de 40 años hasta el 5% en los mayores de 60 años.

En sujetos con bronquiectasias se ha encontrado una prevalencia del 77% de RSC y del 26% de PN.

FACTORES ASOCIADOS A LA PN

Tabaco. En general, los diferentes estudios estiman que el tabaquismo se encuentra con menor frecuencia en los pacientes con PN que en la población general.

Alergia. La relación entre PN y alergia no está aclarada de forma adecuada. Por un lado, la frecuencia de poliposis en pacientes con rinitis alérgica es baja, alrededor del 1,5%. Sin embargo, el porcentaje de pacientes con PN y pruebas cutáneas o IgE específica positivas frente a aeroalérgenos ha sido, en general, superior al de la población general (19-63%), estando en la mayoría de los estudios por encima del 50%. No obstante, estos estudios no han sido realizados en población general sino en grupos evaluados en atención especializada.

Asma e intolerancia a AINE (antiinflamatorios no esteroideos). Los pacientes con PN presentan un mayor riesgo de desarrollar asma. En este sentido, en estudios con un amplio número de pacientes, el porcentaje con asma osciló entre un 30-70%. Por otra parte, un 5-15% de los pacientes asmáticos puede desarrollar PN, y en un 36-96% de los casos cuando el asma coexiste con la intolerancia a AINE.

El asma precede a la PN en un 70% de los casos, es simultánea en un 10% de casos y posterior en el 20%.

Entre un 5% y un 8% de los pacientes con PN presentan intolerancia a los AINEs, habitualmente asociada a un asma no alérgica. Los pacientes con PN, especialmente los que padecen asma asociada, presentan un riesgo más elevado (10-26% de los casos) de desarrollar reacciones de intolerancia a los AINEs.

Herencia. Tampoco queda claro si la PN presenta un componente hereditario. Se ha descrito asociación de la PN con determinados HLA.

Algunos estudios han encontrado antecedentes familiares de PN en pacientes afectados de esta enfermedad. Sin embargo, los estudios con gemelos homocigóticos no encuentran gran concordancia.

FISIOPATOLOGÍA

La PN presenta una fisiopatología multifactorial en la que probablemente varios factores pueden actuar en un mismo paciente.

El aclaramiento mucociliar y la permeabilidad del complejo ostiomeatal son esenciales en el funcionamiento de los senos paranasales. En la PN existe hipersecreción e hiperviscosidad mucosas que dificultan el aclaramiento mucociliar.

En el proceso inflamatorio de la PN son muy importantes los eosinófilos y las moléculas contenidas en sus gránulos, pero también se ha observado la presencia de linfocitos T activados con un fenotipo mixto Th1/Th2 y una disminución de linfocitos T reguladores. Son moléculas importantes la IL-5, la eotaxina y el RANTES, implicadas en el reclutamiento, activación, maduración, supervivencia y quimiotaxis de los eosinófilos.

Se ha postulado también la existencia de un déficit de la inmunidad innata que podría favorecer la colonización microbiana y el desarrollo de una respuesta inmune anormal.

El *Staphylococcus aureus* coloniza frecuentemente la mucosa nasal del meato medio de los pacientes con PN y puede liberar superantígenos. Se ha observado la síntesis local de IgE policlonal e IgE específica frente a enterotoxinas del *Staphylococcus aureus*, que se relaciona con el grado de inflamación eosinofílica. Las tasas de colonización más altas se suelen detectar en pacientes con PN y/o asma y/o intolerancia a los AINES.

Los biofilms son complejas organizaciones de bacterias que se agrupan en una matriz de exopolisacáridos adherida a una superficie viva o inerte, que las aísla del medio, facilitando la intercomunicación, reduciendo la accesibilidad al sistema inmunitario e impidiendo la fagocitosis y aumentando notablemente la resistencia a los antibióticos. No parecen ser un agente etiológico primario en la PN, pero sí un factor que contribuye de manera significativa a su génesis, añadiendo más inflamación. Clínicamente los casos de PN con presencia de biofilms se correlacionan con las formas más graves de la enfermedad y con peor evolución postoperatoria.

ASPECTOS CLÍNICOS

Los síntomas principales de la PN son la obstrucción nasal, alteración del olfato, la rinorrea anterior o posterior y la cefalea. Pueden aparecer otros síntomas como el dolor de garganta, la disfonía, la tos, la somnolencia o el malestar general. La historia clínica es esencial para valorar la gravedad, las enfermedades concomitantes y el impacto en la calidad de vida del paciente.

La rinosinusitis crónica con o sin pólipos se define clínicamente como:

- La inflamación de las fosas nasales y de los senos paranasales de más de 12 semanas de duración caracterizada por la presencia de dos o más síntomas, uno de los cuales debe ser o bloqueo/obstrucción/congestión nasal o secreción nasal (rinorrea anterior/posterior) y pérdida total o parcial del sentido del olfato o dolor/sensación de presión facial;
- Y además, signos endoscópicos de pólipos nasales, y/o secreción mucopurulenta principalmente en meato medio y/o edema/obstrucción mucosa en meato medio;
- Y/O cambios en la tomografía computarizada (TC) de la mucosa del complejo ostiomeatal y/o de los senos paranasales.

CALIDAD DE VIDA

No existen cuestionarios específicos para la valoración de la CdV en pacientes con PN aunque sí para la rinosinusitis crónica. En estudios que han utilizado cuestionarios genéricos se ha demostrado que la PN puede afectar más a la CdV que otras enfermedades crónicas, como el asma, la EPOC, la hipertensión, la cardiopatía coronaria o la diabetes mellitus.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

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, una evaluación de la gravedad y el pronóstico de la enfermedad, 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.

La endoscopia nasal es la exploración que permite valorar mejor las fosas nasales, por lo que es la técnica de elección en el diagnóstico de la PN.

Las técnicas de imagen esenciales para el diagnóstico de la PN son la TC de fosas y senos paranasales para la evaluación prequirúrgica, de extensión y el control evolutivo de la enfermedad, y la resonancia magnética para el diagnóstico diferencial con otros tumores y neoplasias de las fosas y senos paranasales.

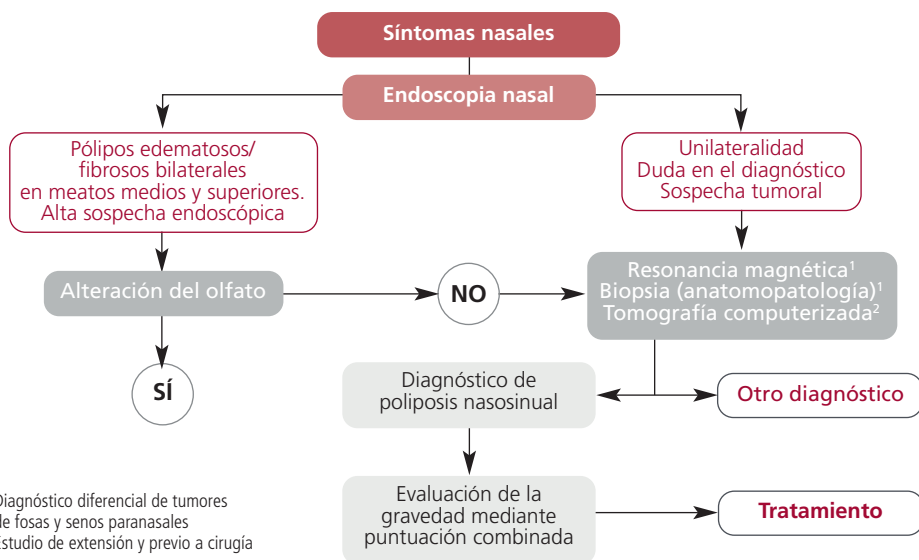
Para evaluar la gravedad de la PN se deben escoger pruebas que tengan valor pronóstico, ya que se ha observado que los pacientes infravaloran su enfermedad, y es probable que el diagnóstico y el tratamiento precoz permitan un mejor control de ésta. La escala visual analógica (EVA) es la prueba que recomendamos para valorar la gravedad. En ella el paciente evalúa sus molestias de forma global en una línea de 0 a 10 cm siendo: ninguna molestia 0, y 10 la peor molestia imaginable, y divide la enfermedad en tres categorías: leve si EVA < 3, moderada si EVA de 3 a 7, grave si EVA > 7. Proponemos que la escala de gradación del tamaño de los pólipos, propuesta por Lildholdt (Tabla 1), debe añadirse en esta valoración.

Tabla 1. Evaluación de la endoscopia nasal propuesta por Lildholdt y cols

Grado 0	Ausencia de pólipos
Grado 1	Pólipos de pequeño tamaño que no alcanzan el lomo del cornete inferior
Grado 2	Pólipos que están entre el borde craneal y caudal del cornete inferior
Grado 3	Pólipos que rebasan el borde inferior del cornete inferior

Otras pruebas de diagnóstico complementario pueden aportar datos clínicos de utilidad sobre la enfermedad, como son las pruebas de función nasal (obstrucción nasal y olfacción), o las pruebas alérgicas y de diagnóstico de intolerancia a los AINEs.

Figura 1. Algoritmo diagnóstico de la PN



Es necesario evaluar la presencia de patología en la vía respiratoria inferior en todos los pacientes con patología inflamatoria de la vía respiratoria superior, por lo que recomendamos interrogar al paciente en este sentido así como practicar las exploraciones complementarias necesarias.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En el diagnóstico diferencial de la PN es esencial tener en cuenta no solo otras enfermedades inflamatorias crónicas de la mucosa nasal, sino también todo el conjunto de tumores benignos y malignos de las fosas y de los senos paranasales, por lo que las técnicas de elección son la resonancia magnética y el estudio anatomopatológico mediante citología nasal o biopsia. En la Tabla 2 se recogen los cuadros más característicos.

Algunas variantes anatómicas como la neumatización del cornete medio o la concha bullosa pueden dar una imagen similar a la de una masa endonasal, pero la consistencia ósea en la palpación de la lesión y la imagen de TC confirman el diagnóstico.

Tabla 2. **Diagnóstico diferencial de neoformación polipoide nasal unilateral y obstructiva, con sus rasgos clínicos más característicos**

Pólipo antrocoanal	Sujeto joven con masa blanda gelatinosa originada en seno maxilar
Sinusitis fúngica alérgica	Asmático con imagen maxilar hiperdensa en TC sin contraste
Rabdomiosarcoma	Niño con afectación ocular
Nasoangiofibroma	Varón adolescente con epistaxis y masa vascular multilobulada en cavum
Encefalocele	Masa pulsátil en techo de fosa que aumenta de tamaño con la maniobra de Valsalva y puede mostrar trayecto fistuloso en RM sagital
Papiloma invertido	Masa de aspecto papilar, friable en varón mayor de 40 años
Estesioneuroblastoma	Masa polipoide en techo de fosa nasal que cursa con dolor, anosmia, epistaxis y/o adenopatías cervicales. En RM se observan imágenes quísticas en borde intracraneal
Cordoma	Masa septal con calcificaciones curvilíneas e irregulares en el TC
Melanoma	Masa polipoidea con señal intensa en RM sin contraste T1 y que capta muy bien gadolinio

ENFERMEDAD RESPIRATORIA EXACERBADA POR LOS AINEs (EREA)

La EREA se caracteriza clínicamente por episodios de broncoespasmo y/o rinitis asociados a la administración de dos o más AINEs diferentes. Se diagnostica si existe una historia clínica concluyente o realizando una prueba de provocación controlada y su tratamiento se basa en la evitación.

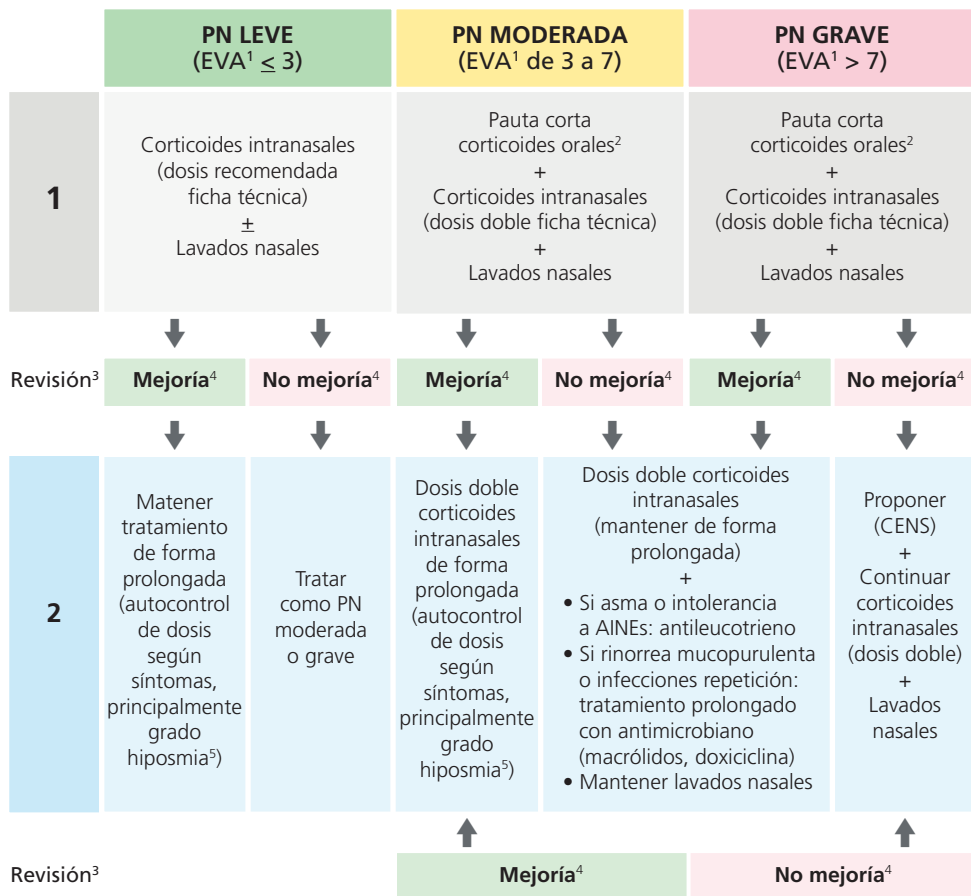
TRATAMIENTO MÉDICO

El pilar fundamental del tratamiento médico de la PN lo constituyen los corticoides, tanto tópicos intranasales como orales.

Los corticoides tópicos intranasales (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.

Recomendamos la administración continuada de CIN (budesonida, triamcinolona, fluticasona o mometasona) en periodos de larga duración, a dosis doble de la aconsejada en la ficha técnica para tratar la rinitis alérgica, tanto previamente a la intervención quirúrgica, como para prevenir las recurrencias tras ésta.

Figura 2. Algoritmo de tratamiento para la PN



- Si intolerancia a AINEs: proponer evitación y/o desensibilización
- Si alergia: tratar específicamente (evitación alérgica, antihistamínicos, inmunoterapia)
- Siempre evaluar y tratar patología de la vía respiratoria inferior: asma, EPOC o bronquiectasias

¹ En el manejo terapéutico de la PN se recomienda un enfoque escalonado, basado en la gravedad de la enfermedad. Para la valoración de la gravedad proponemos, siguiendo el criterio de la guía EPOS, utilizar la escala visual analógica.

² 0'5-1 mg/kg/día prednisona o equivalente durante 7 a 14 días. No es necesario reducir progresivamente la dosis si es menor a 50 mg diarios de prednisona o equivalente.

³ Aunque no hay pruebas científicas que permitan recomendar un periodo de revisión concreto, recomendamos inicialmente (paso 1) hacer la revisión al mes de tratamiento y posteriormente (paso 2) a los 3 (moderada o grave) o a los 6 meses (leve o controlada).

⁴ Definimos como mejoría (control o buena respuesta al tratamiento) el descenso en un escalón de gravedad en PN moderada o grave o la reducción en la puntuación de la EVA en la PN leve.

⁵ El grado de hiposmia puede medirse de forma subjetiva, con escala visual analógica o mediante olfatosmetría; correlaciona bien con la gravedad de la PN, es el síntoma más específico de PN y puede ayudar a controlar la enfermedad, indicando al paciente que aumente o disminuya la dosis de corticoide intranasal en función del empeoramiento o mejoría de su hiposmia.

Existen otras opciones de tratamiento médico con suficiente respaldo científico como para recomendar su adición al tratamiento con corticoides cuando no se obtiene una respuesta de mejoría, como son:

- El tratamiento con antileucotrienos en pauta de larga duración, sobre todo en pacientes con asma e intolerancia a los AINES.
- Debe tratarse la rinitis alérgica concomitante, en pacientes diagnosticados, con antihistamínicos orales de segunda generación o tópicos nasales e inmunoterapia específica con alérgenos cuando esté indicada.
- En todos los casos recomendamos, por su inocuidad y demostrada eficacia en la mejoría de los síntomas, los lavados nasales como tratamiento concomitante, tanto antes como después de la intervención quirúrgica.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Dado que no se ha podido demostrar un efecto curativo a largo plazo sobre la PN con ningún tipo de tratamiento quirúrgico, actualmente, la mayor parte de las guías de práctica clínica y documentos de consenso, incluido el documento POLINA, relegan la opción quirúrgica al fracaso del resto de las opciones de tratamiento y solo para los pacientes con formas más graves de la enfermedad.

La cirugía de los senos paranasales no ha demostrado ser más eficaz que el tratamiento médico. Sin embargo, hay pruebas suficientes de que la cirugía endoscópica de los senos supone un beneficio clínico para los pacientes, con un índice de complicaciones graves inferior al 1% y un índice de reintervenciones en torno al 10%.

Se ha demostrado que la cirugía endoscópica nasosinusal (CENS) de los senos supone una mejoría duradera de la calidad de vida de los pacientes con PN, así como hay indicios sólidos de que mejora los parámetros clínicos del asma en los pacientes en los que coexiste con la PN.

Existen diferentes tipos de técnicas quirúrgicas que van desde la extirpación aislada de los pólipos hasta las maniobras más agresivas que implican la fronto-etmoido-esfenoidotomía. No se ha podido demostrar la superioridad de ninguna técnica sobre las demás de forma concluyente, aunque el riesgo de complicaciones es mayor cuanto más agresiva es la técnica quirúrgica. Se consideran técnicas “funcionales” las que limitan la extirpación al tejido macroscópicamente lesionado y “radicales” las que eliminan todo el tejido potencialmente afectado. El abordaje quirúrgico puede realizarse de forma externa o abierta (vía sublabial, paralateronasal o ciliar) o bien mediante técnicas endoscópicas o cerradas, que son las preferidas en la actualidad.

Las complicaciones del tratamiento quirúrgico se han reducido mucho desde la introducción y generalización de las técnicas endoscópicas, y oscilan entre un 4-6%, siendo más frecuentes con técnicas agresivas. Se pueden dividir en hemorrágicas, orbitarias, intracraneales y otras (menos frecuentes) y en leves o graves según las secuelas que impliquen.

PN EN PEDIATRÍA

La PN antes de la pubertad es excepcional, con una prevalencia en niños del 0,1% en población general. En pediatría, cualquier paciente con sospecha de PN debe ser derivado al especialista en ORL.

La causa más frecuente de PN en niños es la fibrosis quística, por lo que es lo primero a descartar. Aunque en niños con FQ el proceso es tan gradual y paulatino que no refieren casi molestias, la PN se asocia con empeoramiento de la calidad de vida, obstrucción nasal, anosmia, cefalea, ronquidos y drenaje postnasal, e incluso apnea del sueño. En los niños, el pronóstico de la PN depende de la enfermedad de base (FQ, discinesias ciliares) en cuyo caso va ligado al pronóstico de la enfermedad sistémica.

En los niños con PN asociada a una rinitis alérgica debe realizarse un estudio alergológico completo, incluyendo historia clínica, pruebas cutáneas y/o determinación de IgE sérica específica a alérgenos.

En pediatría la rinoscopia anterior no es una técnica eficiente para explorar la existencia de pólipos en la fosa nasal. La endoscopia nasal es el “gold estándar” que permite visualizar con claridad los pólipos. La tomografía computarizada y la resonancia magnética son las exploraciones radiológicas de elección para la evaluación de la extensión de la rinosinusitis con pólipos en niños. La adaptación de los niños

a la enfermedad es superior a la de los adultos. Además, síntomas como la anosmia son difíciles de evaluar en los niños.

Otras enfermedades más raras pueden asociarse con PN como la discinesia ciliar primaria, el síndrome de Mounier-Kuhn (PN, traqueobroncomegalia y bronquiectasias), el síndrome de Kartagener (PN y situs inverso y bronquiectasias) y el síndrome de Young (PN y azoospermia).

La administración de corticoides intranasales es el tratamiento de primera línea indicado en la PN infantil. La mometasona y la fluticasona son los corticoides tópicos de elección en niños por su baja biodisponibilidad y poco riesgo de efectos adversos.

Los corticoides orales son muy efectivos pero con riesgo de efectos adversos sistémicos. La dosis máxima recomendada en niños es de 1 mg/Kg/día durante 5-7 días.

Los antibióticos deben utilizarse sólo en caso de sospechar una sobreinfección bacteriana.

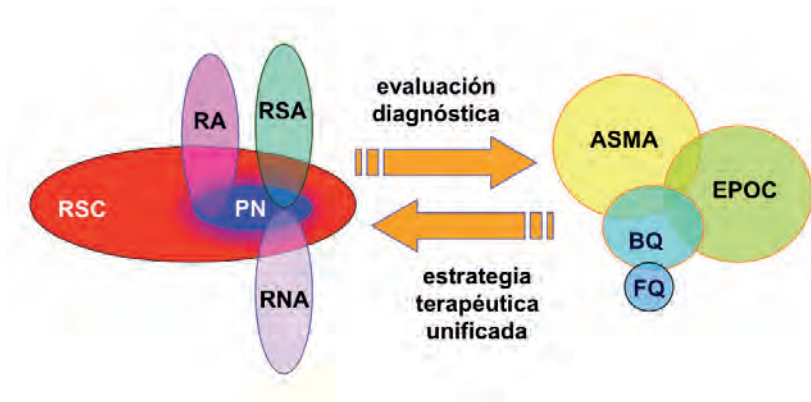
Los antihistamínicos y la inmunoterapia específica con alérgenos cuando está indicada son útiles para tratar una rinitis alérgica concomitante, pero no para la PN.

La indicación del tratamiento quirúrgico se justifica ante el fracaso del tratamiento médico y el empeoramiento de la calidad de vida de los pacientes. La técnica quirúrgica más adecuada es la CENS.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN DESDE/A ATENCIÓN PRIMARIA E INTERCONSULTAS ENTRE ORL Y ALERGOLOGÍA

Debido a sus múltiples enfermedades asociadas (rinitis, asma, intolerancia a los AINEs, bronquiectasias, fibrosis quística) el abordaje de la PN requiere una intervención multidisciplinar, donde destaca la intervención de Atención Primaria (Medicina de Familia y Pediatría), ORL, Alergología y Neumología. En cada momento debe realizarse una valoración de la existencia de enfermedades asociadas que permita un abordaje integral desde el concepto de la "vía respiratoria única" (Fig. 3).

Figura 3. Diagnóstico y aproximación terapéutica de la poliposis nasal (PN)



Diagnóstico y aproximación terapéutica de la poliposis nasal (PN) en el contexto de una "vía respiratoria, una enfermedad". RSC, rinosinusitis crónicas; RSA, rinosinusitis aguda; RA, rinitis alérgica; RNA, rinitis no alérgica; EPOC, enfermedad pulmonar obstructiva crónica; BQ, bronquiectasias; FQ, fibrosis quística.

Los criterios de derivación de Atención Primaria al especialista dependen de su objetivo final: diagnóstico y tratamiento de la PN y valoración quirúrgica (ORL), manejo de la rinitis y el asma alérgico, evaluación de la intolerancia a AINE (Alergología), o manejo de otras patologías respiratorias (Neumología) (Tabla 3, Figs. 4 y 5).

Los criterios de derivación son básicamente los siguientes:

- Clínica compatible y escala visual analógica puntuada por el paciente superior a 3 (gravedad moderada o grave).
- Visualización de pólipos uni o bilaterales en rinoscopia anterior.
- Ausencia de respuesta al tratamiento inicial.
- Complicaciones oculares, neurológicas, respiratorias o afectación.
- Sistémica grave (derivación urgente).

El seguimiento del paciente con PN puede realizarse en Atención Primaria una vez el paciente este controlado, siguiendo las instrucciones de tratamiento indicadas desde el nivel especializado.

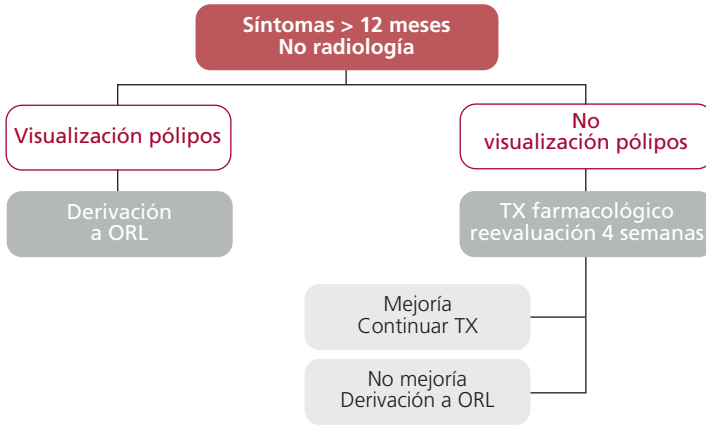
En cualquier nivel de asistencia médica se debe tener en cuenta que para la toma de decisiones es preciso manejar bien no solo la definición clínica de la enfermedad, sino su nivel de gravedad y la duración de la misma, lo que permitirá una atención flexible e individualizada.

Una adecuada evaluación y derivación incrementarán la eficiencia en el manejo de los sujetos con PN, con un mejor aprovechamiento de los recursos a la vez que una mejora en la calidad de la atención al paciente.

Tabla 3. **Criterios de derivación o interconsulta desde Atención Primaria a atención especializada: ORL, Alergología, Neumología**

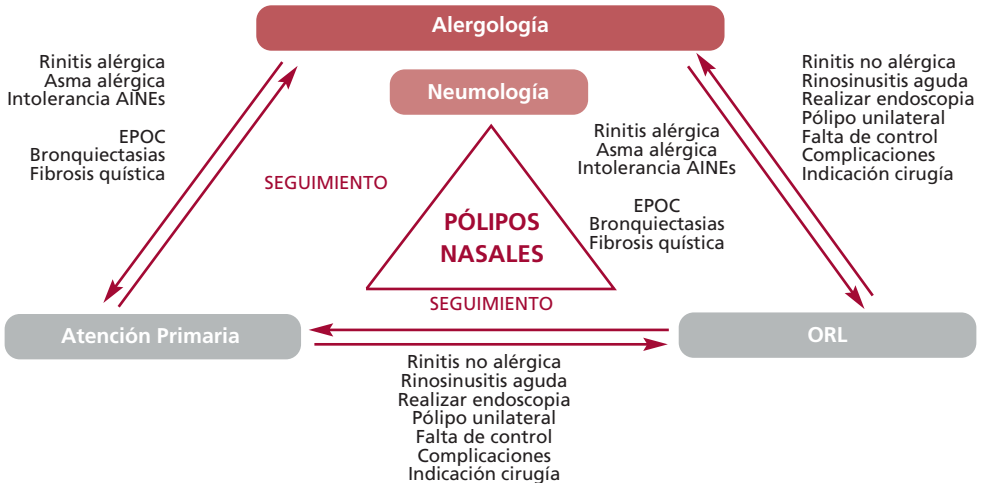
A Alergología. Sospecha o diagnóstico establecido de:
<ul style="list-style-type: none"> • rinitis alérgica • asma bronquial • intolerancia a los AINE • otras enfermedades de base atópica o inmunoalérgica
A ORL. Sospecha o diagnóstico de:
<ul style="list-style-type: none"> • rinitis no alérgica o pacientes con características no atópicas • confirmación diagnóstica por endoscopia nasal • pólipo o masa unilateral • rinosinusitis aguda (agudización) • Intolerancia a los AINE • complicación ocular y/o endocraneal • falta de control con tratamiento médico • indicación de tratamiento quirúrgico • Rinosinusitis fúngica eosinofílica
A Neumología. Sospecha o diagnóstico de:
<ul style="list-style-type: none"> • asma no alérgica • fibrosis quística • bronquiectasias • EPOC • síndrome de Churg-Strauss u otras vasculitis • enfermedades granulomatosas

Figura 4. Manejo de la PN en AP



Manejo de la PN en Atención Primaria, donde la objetivación de los pólipos (rinoscopia, endoscopia) es fundamental tanto para el manejo (diagnóstico precoz, tratamiento inmediato y continuo) de los pacientes con PN como su derivación a la atención especializada (ORL, Alergología, Neumología). Tx, tratamiento.

Figura 5. Interrelación entre AP y especializada en el abordaje de la poliposis nasal



Interrelación entre Atención Primaria y especializada en el abordaje de la poliposis nasal: exploración, pruebas complementarias (endoscopia, TC), diagnóstico de pólipos nasales y sus asociaciones, tratamiento (médico y/o quirúrgico), control y seguimiento.

Bibliografía: Documento de Consenso sobre Poliposis nasal SEAIC-SEORL. PROYECTO POLINA. J Investig Allergol Clin Immunol 2011;21 suppl 1: 1-58.
European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2007. Rhinology 2008;suppl 20:1-111.

