



Portal Rinitis

Rinosinusitis crónica con poliposis nasal y enfermedad respiratoria exacerbada por AINE

Caso Clínico


Isam Alobid





HISTORIA CLÍNICA

Paciente con larga historia de problemas respiratorios desde la infancia



Historia Clínica

- Hombre de 42 años.
- Nacido y reside en Barcelona.
- Profesión: profesor de primaria.
- Casado con 3 hijos.

Antecedentes personales y familiares

- **Antecedentes:** fractura de tibia.
- **Hábitos tóxicos:** no fuma, bebedor ocasional, no consume de drogas o fármacos.
- **No alergias medicamentosas y/o alimentarias.**
- **Tolera aspirina y AINEs.**
- **Comorbilidades:** litiasis renal.
- **Antecedentes familiares:** madre con rinitis y asma.
- **Inicialmente no presenta asma**

Síntomas respiratorios

- Obstrucción/bloqueo/congestión nasal bilateral
- Rinorrea anterior y posterior bilateral
- Pérdida progresiva del sentido del olfato
- Presión facial/periocular y frontal
- Picor nasal y ocular
- Estornudos frecuentes
- Aumento de los síntomas durante la primavera

Evolución cronológica

- Rinitis alérgica desde la infancia tratados con lavados nasales, antihistamínicos e inmunoterapia.
- Persisten síntomas nasales durante todo el año con predominio primaveral.
- Empeorado de los síntomas en últimos 10 años, especialmente en ambientes cargados de humo de tabaco y el aire acondicionado.



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA




Diagnóstico Diferencial / Orientación Diagnóstica

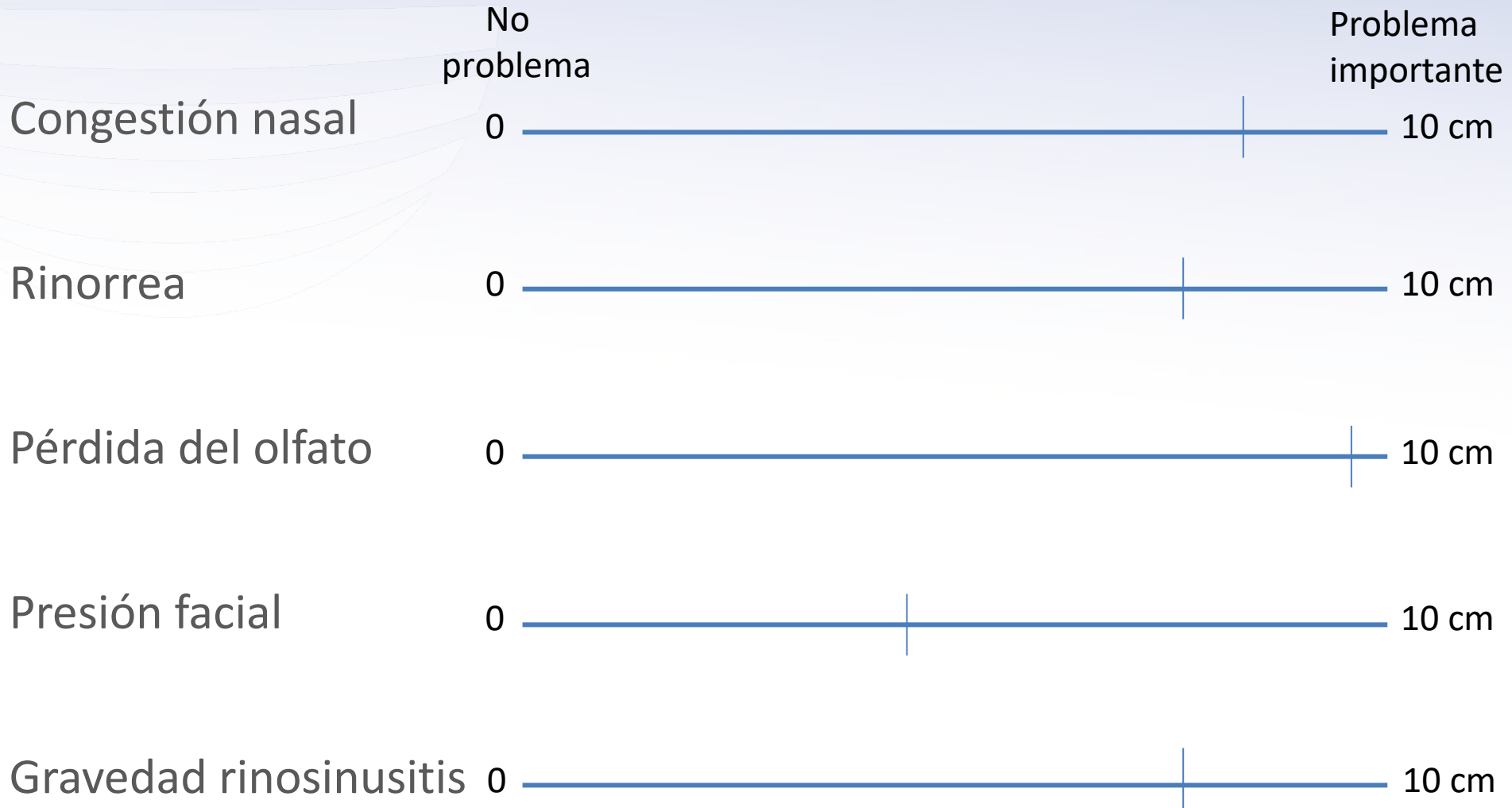
- Rinitis alérgica
- Rinitis no alérgica
- Rinosinusitis crónica sin pólipos nasales
- Rinosinusitis crónica con pólipos nasales
- Desviación del septo nasal
- Hipertrofia de cornetes
- Hipertrofia de adenoides
- Otras: tumores, granulomatosis...



EXPLORACIÓN FÍSICA Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Escala visual analógica
 - Rinoscopia/endoscopia nasal
 - Pruebas de imagen radiológicas
 - Olfatometría
 - Pruebas alérgicas epicutáneas
 - Analítica
 - Pruebas función nasal y pulmonar
 - Cuestionarios de calidad de vida
 - Biopsia
- 

Síntomas nasales (escala visual analógica)



Síntomas nasales (escala visual analógica)

- Congestión nasal = 8,5 cm (grave)
- Rinorrea = 8 cm (grave)
- Pérdida del olfato = 9,5 cm (grave)
- Presión facial = 4,5 cm (moderada)
- Gravedad enfermedad = 8 cm (grave)

**Valores de
gravedad**

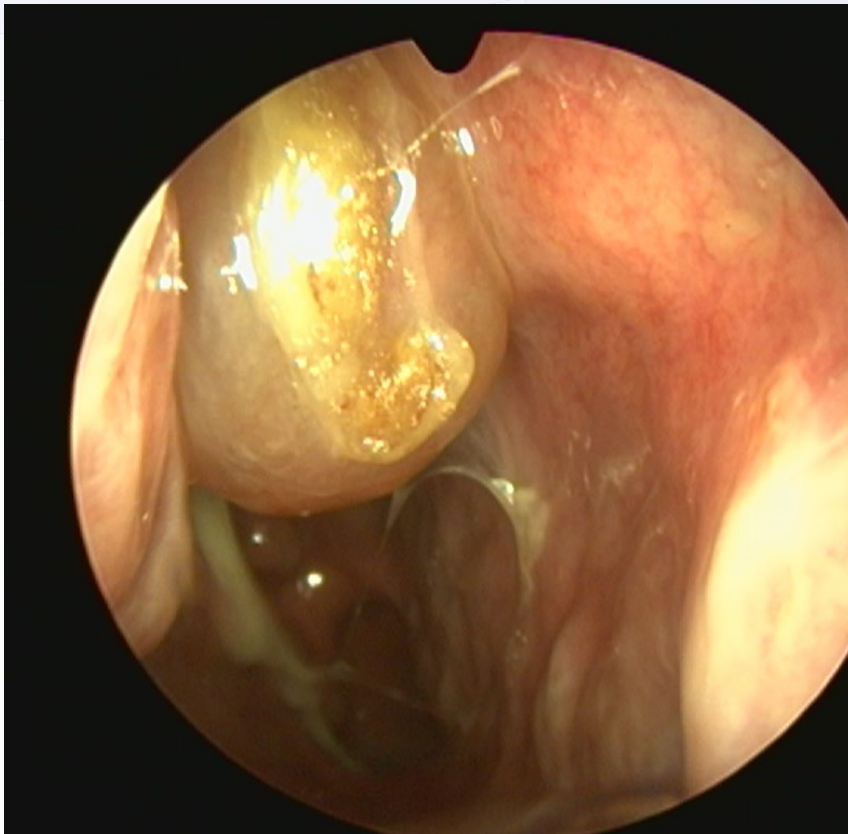


Endoscopia nasal

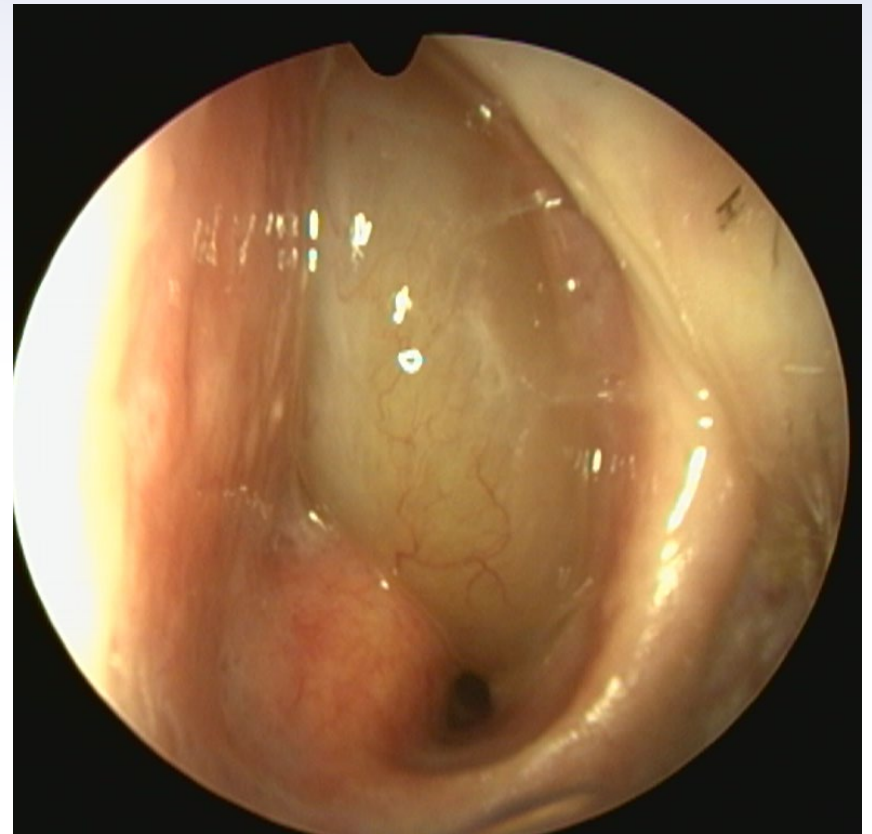
- Desviación anterior del tabique hacia lado izquierdo
- Gran hipertrofia de ambos cornetes inferiores
- Rinorrea espesa en ambas fosas nasales
- Rinorrea posterior en rinofaringe
- Poliposis nasal grado 2 en fosa nasal derecha
- Poliposis nasal grado 4 en fosa nasal izquierda
- Puntuación total: 6 de 8

Endoscopia nasal

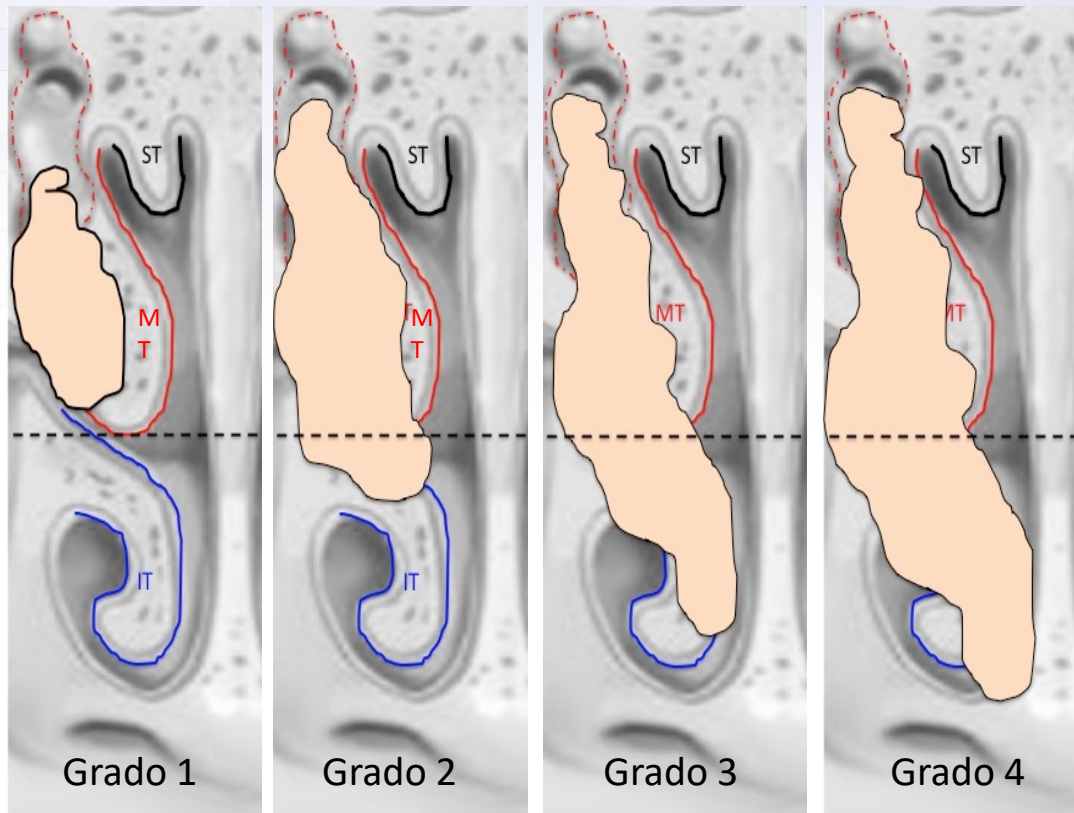
Fosa nasal derecha (grado 2)



Fosa nasal izquierda (grado 4)



Endoscopia nasal



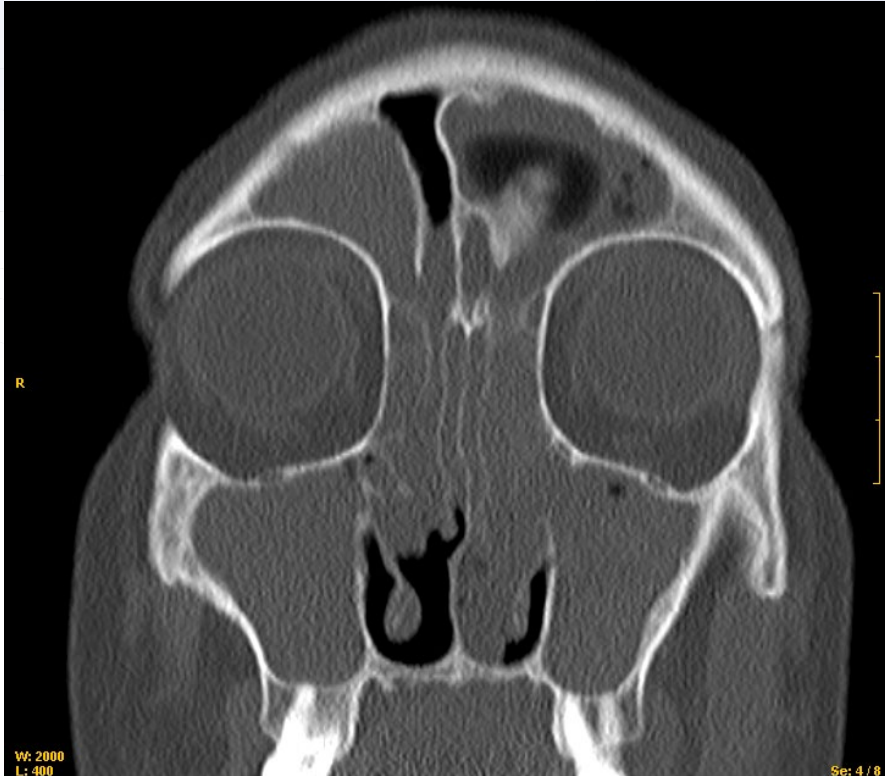
©Alobid

Gevaert, Alobid, et al. Allergy 2022

Tomografía computarizada

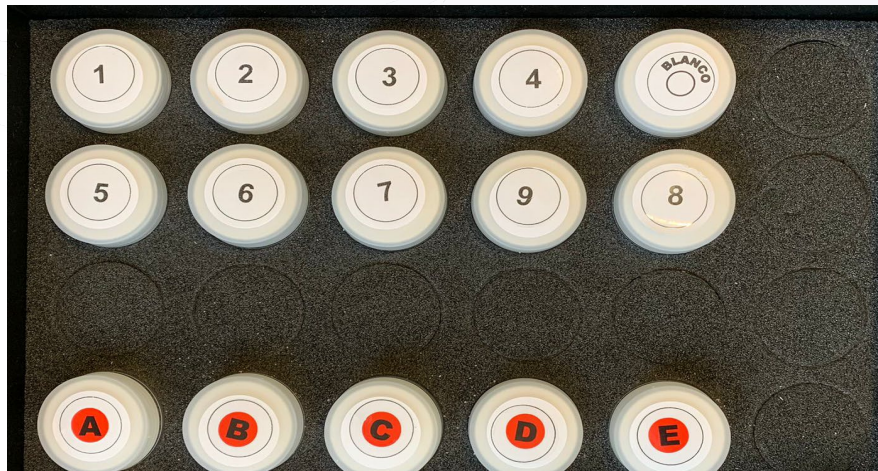
- Ocupación **total** de los senos etmoidales anteriores y posteriores, maxilares y complejos ostiomeatales.
- Ocupación **parcial** de los senos frontales y esfenoidales.
- Ocupación total de ambos lados según la puntuación de Lund-Mackay: 20 sobre 24

Tomografía computarizada



Olfatometría y gustometría

Barcelona Olfactory Test 8 (BOT-8)



Olfatometría:

- Detección: 25 %
- Memoria: 12,5 %
- Identificación: 12,5 %

Gustometría:

- Detección: 100 %
- Identificación: 100 %

Pruebas alérgicas epicutáneas



Prick test: Positivo

- Ácaros 4 mm
- Parietaria 7 mm
- Platanero 8 mm

Biomarcadores sanguíneos



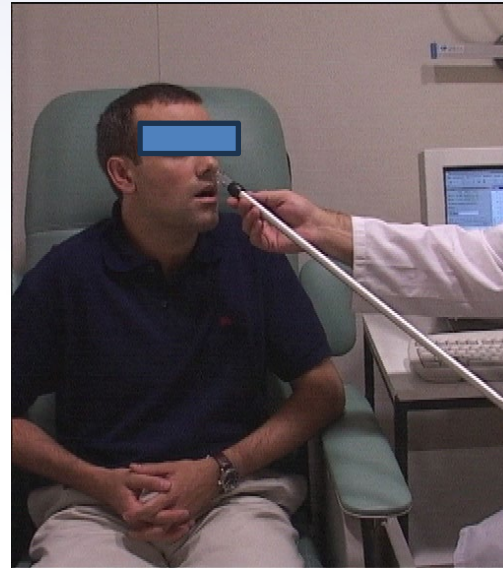
- Eosinofilia: 275 células/ μ L
- IgE total: 240 kU/L
- IgE específica:
 - Ácaros: > 0,35 kU/L
 - Parietaria: > 4 kU/L
 - Platanero: > 4 kU/L

Pruebas función nasal y pulmonar

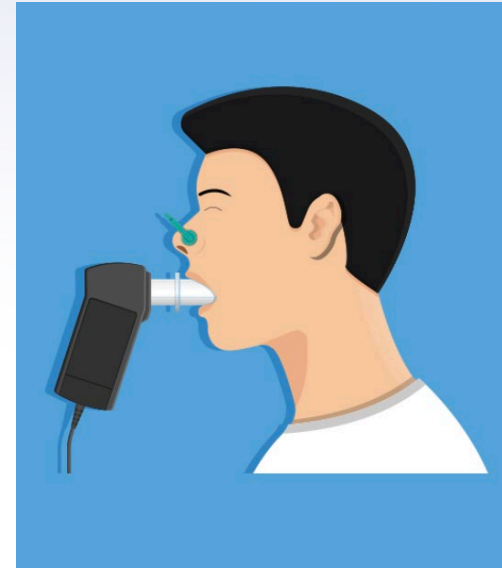
Rinomanometría anterior activa



Rinometría acústica



Espirometría



Obstrucción importante de ambas fosas nasales
Mejora con el uso de descongestionante nasal

Patrón obstructivo

Cuestionarios de calidad de vida

	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						Señale los 5 problemas más importantes
	No me afecta	Problema muy leve	Problema leve	Problema moderado	Problema grave	Problema muy grave	
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 retr nasal	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	

Fecha de hoy: _____

Nombre y apellido del paciente: _____

PARA LOS PACIENTES:

Tome la Prueba de Control del Asma (Asthma Control Test™ - ACT) para personas de 12 años de edad en adelante.

Averigüe su puntaje. Comparta sus resultados con su médico.

Paso 1 Añote el número correspondiente a cada respuesta en el cuadro de la derecha.

Paso 2 Sume todos los puntos en los cuadros para obtener el total.

Paso 3 Lévele la prueba a su doctor para hablar sobre su puntaje total.

1. En las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo le ha impedido su asma hacer todo lo que quería en el trabajo, en la escuela o en la casa?

Siempre	1	La mayoría del tiempo	2	Algo del tiempo	3	Un poco del tiempo	4	Nunca	5	PUNTAJE
										<input type="text"/>

2. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia le ha faltado aire?

Más de una vez al día	1	Una vez por día	2	De 3 a 5 veces por semana	3	Una o dos veces por semana	4	Nunca	5	
										<input type="text"/>

3. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia sus síntomas del asma (respiración silbante o un silbido en el pecho, tos, falta de aire, opresión en el pecho o dolor) lo/la despertaron durante la noche o más temprano de lo usual en la mañana?

4 o más noches por semana	1	2 ó 3 veces por semana	2	Una vez por semana	3	Una o dos veces	4	Nunca	5	
										<input type="text"/>

4. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha usado su inhalador de rescate o medicamento en nebulizador (como albuterol)?

3 o más veces al día	1	1 ó 2 veces al día	2	2 ó 3 veces por semana	3	Una vez por semana o menos	4	Nunca	5	
										<input type="text"/>

5. ¿Cómo evaluaría el control de su asma durante las últimas 4 semanas?

No controlada, en absoluto	1	Mal controlada	2	Algo controlada	3	Bien controlada	4	Completamente controlada	5	
										<input type="text"/>

Derechos de autor 2007, por QualityMetric Incorporated
Asthma Control Test es una marca comercial de QualityMetric Incorporated.

TOTAL

Si obtuvo 19 puntos o menos, es posible que su asma no esté tan bien controlada como podría. Hable con su médico.

PARA LOS MÉDICOS:

La Prueba ACT:

- Ha sido validada clínicamente por espirometría y evaluaciones de especialistas¹
- Tiene el apoyo de la American Lung Association (Asociación Americana del Pulmón)
- Consiste en un breve cuestionario de 5 preguntas al que el paciente responde independientemente y que puede ayudarle al médico a evaluar el asma de sus pacientes durante las últimas 4 semanas.

Referencia: 1. Nathan RA et al. *J Allergy Clin Immunol*. 2004;113:59-65.

Prueba del control del asma es una marca registrada y marca de QualityMetric Incorporated, 2002.

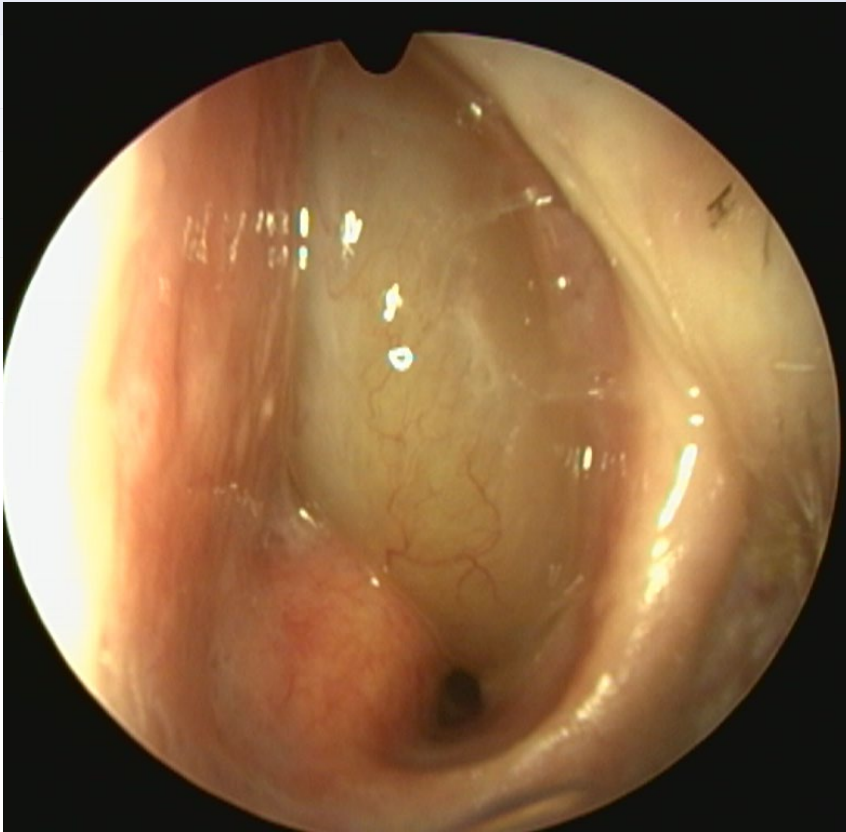
05061-026 (Revised 9-06) Asthma Control Test - Regional Health Education

Adapted with permission of QualityMetric, Inc.

Sinonasal outcome Test 22 (SNOT-22) = 75

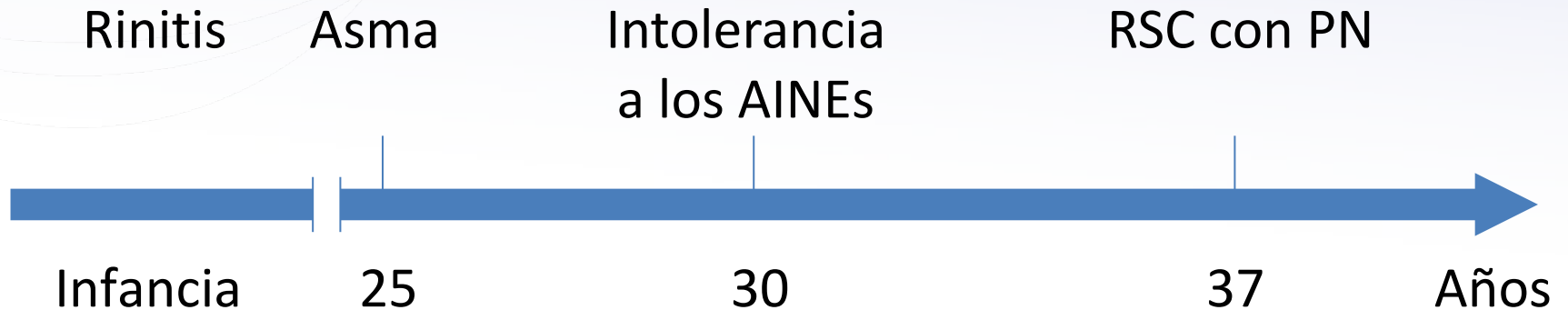
Asma control test (ACT) = 13

Biopsia nasal bajo anestesia local



- Eosinofilia: 25 células/CGA
- Engrosamiento de la membrana basal

Evolución cronológica



Actualmente el paciente presenta asma, intolerancia a los AINEs y RSC con PN = Enfermedad Respiratoria Exacerbada por AINE (EREA). El diagnóstico de EREA fue clínico, al presentar broncospasmo en dos ocasiones tras la ingesta oral de Ibuprofeno.



OBJETIVO TERAPÉUTICO Y TRATAMIENTO RECOMENDADO

Tratamiento médico



Tratamiento de base

- Irrigación nasal con suero salino isotónico en volumen grande (150 mL) 2-3 veces al día de forma crónica
- Corticoide intranasal (Mometasona 50 microgramos, 2 pulsaciones en cada fosa nasal cada 12 horas) de forma crónica
- Ciclos cortos de corticoide oral: prednisona 1 mg/kg al día durante 10 días


Tratamiento a demanda

- Antihistamínico H1 a demanda: crisis alergia
- Descongestionante nasal: en congestión nasal, intranasal durante ≤ 5 días



EVOLUCIÓN CLÍNICA

Persisten los síntomas a pesar del tratamiento médico.



Evolución Clínica

- A los 6 meses del inicio del tratamiento (corticoides intranasales y dos tandas de corticoides orales), el paciente presenta poliposis masiva (grado 2 en fosa nasal derecha y grado 4 en fosa nasal izquierda), EVA de 8 y SNOT-22 de 75 puntos.
- Se decide cirugía endoscópica nasosinusal: cirugía extensa de todos los senos afectados.
- Tratamiento con corticoide intranasales (mometasona 50 microgramos en cada fosa nasal cada 12 horas) tras la cirugía y de forma crónica.

EVOLUCIÓN CLÍNICA

3 años más tarde, persisten los síntomas a pesar del tratamiento médico/quirúrgico.

- EVA de gravedad de enfermedad de 7,5 puntos
- SNOT-22 de 55 puntos
- Poliposis nasal grado 2 bilateral
- Dos tandas de prednisona durante 10 días en el último año

Con todo lo anterior el paciente será candidato a tratamiento biológico.


Evolución Clínica

- Tratamiento biológico según el fenotipo de la poliposis nasal.

3 biológico están indicados para el tratamiento de la rinosinusitis crónica a fecha de Enero 2024:

Dupilumab, Omalizumab y Mepolizumab.

- Paciente actualmente controlado con tratamiento biológico (mepolizumab 100 mg cada mes) tras 12 meses de tratamiento.



CONCLUSIONES EXTRAÍDAS DEL CASO CLÍNICO

**Enfermedad Respiratoria Exacerbada
por AINE (EREA)**

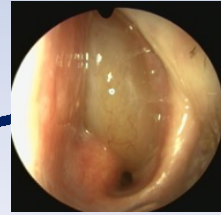


Conclusiones extraídas del caso clínico

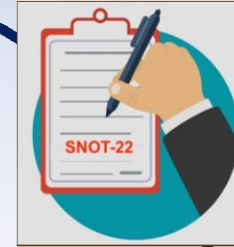
Enfermedad Respiratoria Exacerbada por AINE (EREA)

- Inicia con rinitis alérgica.
- Desarrollo de asma, intolerancia a los AINEs y poliposis nasal.
- Una enfermedad respiratoria de difícil manejo.
- La combinación de del tratamiento médico-quirúrgico podría controlar los síntomas.
- Los biológicos estarían indicados en caso de recidiva a pesar del tratamiento médico-quirúrgico.

RSCcPN



Historia clínica detallada



Síntomas y calidad de vida



Endoscopia nasal



Pruebas alérgicas



Pruebas séricas



Radiología



Olfatometría



Estudio histopatológico



BIBLIOGRAFÍA



Bibliografía

Alobid I, Colás C, Castillo JA, Arismendi E, Del Cuvillo A, Gómez-Outes A, Sastre J, Mullol J; POLINA group. Spanish Consensus on the Management of Chronic Rhinosinusitis With Nasal Polyps (POLIposis NAsal/POLINA 2.0). *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2023 Oct 16;33(5):317-331.

Sedaghat AR, Fokkens WJ, Lund VJ, Hellings PW, Kern RC, Reitsma S, et al. Consensus criteria for chronic rhinosinusitis disease control: an international Delphi Study. *Rhinology*. 2023 Dec 1;61(6):519-530.

Ceballos Cantu JC, Alobid I, Mullol J. Current evaluation and management of patients with chronic rhinosinusitis and nasal polyps. *Expert Rev Clin Immunol*. 2022 Dec;18(12):1253-1263.

Fokkens WJ, Lund VJ, Hopkins C, Hellings PW, Kern R, Reitsma S, et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2020. *Rhinology*. 2020 Feb 20;58(Suppl S29):1-464.

Alobid I, Calvo-Henríquez C, Viveros-Díez P, López-Chacón M, Rojas-Lechuga MJ, Langdon C, Marin C, Mullol J. Validation of Visual Analogue Scale for loss of smell as a quick test in chronic rhinosinusitis with nasal polyps. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2023 Sep 6:0.

Calvo-Henriquez C, Viera-Artiles J, Rodriguez-Iglesias M, Rodriguez-Rivas P, Maniaci A, Yáñez MM, Martínez-Capoccioni G, Alobid I. The Role of Corticosteroid Nasal Irrigations in the Management of Chronic Rhinosinusitis: A State-of-the-Art Systematic Review. *J Clin Med*. 2023 May 22;12(10):3605.

Blanco-Aparicio M, Domínguez-Ortega J, Cisneros C, Colás C, Casas F, Del Cuvillo A, Alobid I, Quirce S, Mullol J. Consensus on the management of united airways disease with type 2 inflammation: a multidisciplinary Delphi study. *Allergy Asthma Clin Immunol*. 2023 Apr 23;19(1):34.

Kowalski ML, Agache I, Bavbek S, Bakirtas A, Blanca M, Bochenek G, Bonini M, Heffler E, Klimek L, Laidlaw TM, Mullol J, Niżankowska-Mogilnicka E, Park HS, Sanak M, Sanchez-Borges M, Sanchez-Garcia S, Scadding G, Taniguchi M, Torres MJ, White AA, Wardzyńska A. Diagnosis and management of NSAID-Exacerbated Respiratory Disease (N-ERD)-a EAACI position paper. *Allergy*. 2019 Jan;74(1):28-39.

La enfermedad respiratoria agravada por ácido acetilsalicílico, antes tríada de Samter, es una enfermedad inflamatoria de las vías respiratorias que comprende [asma eosinofílica](#), [poliposis nasal](#) e hipersensibilidad a ácido acetilsalicílico. Representa alrededor de 10% de los casos de rinosinusitis crónica con pólipos nasales. Esta enfermedad se caracteriza por hipersensibilidad a los inhibidores de la vía ciclooxigenasa, como ácido acetilsalicílico, antiinflamatorios no esteroideos y paracetamol.^[1] Widal y sus colaboradores^[6] describieron la enfermedad respiratoria agravada por ácido acetilsalicílico en 1922. El Dr. Max Samter acuñó el término tríada de Samter en 1967.^[7] La reacción de hipersensibilidad causa inflamación tipo 2 que afecta a las vías respiratorias altas y bajas.^[8]

La enfermedad respiratoria agravada por ácido acetilsalicílico debe incluirse en el diagnóstico diferencial de los pacientes con asma y opacificación de los senos paranasales en las pruebas de imagen. La enfermedad respiratoria agravada por ácido acetilsalicílico es muy probable en los pacientes que presentan síntomas respiratorios en los 90 minutos siguientes a la exposición a ácido acetilsalicílico o a antiinflamatorios no esteroideos, crisis asmáticas después de tomar bebidas alcohólicas, anosmia total por poliposis nasal o recidiva rápida de los pólipos después de tratamiento quirúrgico. La enfermedad respiratoria agravada por ácido acetilsalicílico es excepcional en los pacientes con asma y pólipos nasales en la infancia. La prueba de provocación oral con ácido acetilsalicílico es la prueba diagnóstica de referencia para la enfermedad respiratoria agravada por ácido acetilsalicílico, y en este paciente se utilizó para confirmar el diagnóstico.^[9] El objetivo del tratamiento es disminuir la inflamación en las vías respiratorias con glucocorticoesteroides sistémicos, inhibidores de los leucotrienos (p. ej., montelukast o zileuton), inhaladores y nebulizadores nasales con antiinflamatorios tópicos, y lavados nasosinusales. La desensibilización a ácido acetilsalicílico es un tratamiento específico de la enfermedad respiratoria agravada por ácido acetilsalicílico que mejora los resultados en muchos pacientes.^[9]

El proceso de desensibilización se realiza mediante incremento lento de la dosis de ácido acetilsalicílico durante 1 - 3 días hasta que no produce reacción de hipersensibilidad. A continuación el paciente toma 325 - 650 mg de ácido acetilsalicílico dos veces al día como tratamiento de mantenimiento. Dos complicaciones probables de este tratamiento son la [úlcera gastroduodenal](#) y la diátesis hemorrágica.^[9]

También hay varios anticuerpos monoclonales (biológicos) para tratar el asma grave y/o la poliposis nasal relacionadas con la enfermedad respiratoria agravada por ácido acetilsalicílico, como benralizumab, dupilumab, mepolizumab y omalizumab. Su mecanismo de acción es disminuir la inflamación tipo 2 mediante inhibición de la inmunoglobulina E o la proliferación de los eosinófilos.^[8]