

¿QUÉ ES LA POLIPOSIS NASAL?

La Poliposis Nasal es una afección inflamatoria crónica del recubrimiento interno de las fosas nasales que **afecta a entre el 2 y el 4% de la población.**

Conozca más sobre esta afección en el interior de esta guía.

Guía
para
médicos

PROYECTO POLINA
(Poliposis Nasosinusal)



Comité de Rinoconjuntivitis.
Sociedad Española de Alergia
e Inmunología Clínica



Comisión de Rinología y Alergia.
Sociedad Española de
Otorrinolaringología.

Con la colaboración de:



MSD RESPIRATORIO

¿QUÉ ES LA POLIPOSIS NASAL?

La poliposis nasal es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta al recubrimiento interno de la nariz y de los senos paranasales que se denomina mucosa nasosinusal, dando lugar a unas formaciones translúcidas de aspecto semejante a granos de uva que se denominan pólipos. Afecta a las dos fosas nasales. Se presenta con mayor frecuencia en la edad media de la vida aunque puede aparecer también en la infancia, si bien no es ésta su etapa característica.

Los estudios más recientes sugieren que la poliposis es un subtipo de rinosinusitis crónica –inflamación persistente de la mucosa de la nariz y de los senos paranasales- con características algo diferentes que pueden recomendar un manejo diagnóstico y terapéutico diferenciado y que puede representar un distinto estadio de una misma enfermedad.

IMAGEN (INTERIOR DE LA CAVIDAD NASAL)

En el desarrollo de esta enfermedad tienen interés unas células de tipo inflamatorio que denominadas eosinófilos, sin que se piense que sean importantes las de tipo infeccioso bacteriano.

Es probable que el futuro nos aclare algo más en relación a esta enfermedad y permita diferenciar distintos patrones de comportamiento y subgrupos que se relacionen con la presencia de distintas enfermedades, pero, por el momento, su origen sigue siendo un enigma.

¿Cuáles son los síntomas más característicos?

La definición clínica de la rinosinusitis crónica se basa en la presencia de unos **síntomas principales** (obstrucción nasal, alteración del olfato, mucosidad espesa por la nariz o que resbala por detrás hacia la garganta y esporádicamente, sensación de presión o dolor facial) y **síntomas secundarios** (dolor de garganta, disfonía, tos, malestar, fiebre, dolor dentario, mal aliento o dolor/molestias de oídos). En el documento de consenso EP³OS 2007, avalado por la Academia Europea de Alergología e Inmunología Clínica (EAACI) se propone una definición clínica de rinosinusitis (incluyendo los pólipos nasales) como una inflamación de la nariz y los senos paranasales caracterizada por dos o más síntomas:

- Uno de los cuales debe ser el bloqueo u obstrucción o congestión o taponamiento nasal o bien, la mucosidad espesa.
- Además puede asociarse o no con: re-

ducción o pérdida del olfato o dolor o sensación de presión de la cara o la cabeza.

Y, además, a través de la exploración nasal por parte del médico, o por medio de otras pruebas diagnósticas, se tiene que apreciar la existencia de los pólipos, secreción mucopurulenta y/o congestión de la mucosa.

Resulta muy recomendable visualizar los pólipos mediante endoscopia nasal para establecer el diagnóstico correcto.

De entre los síntomas comentados anteriormente, sólo la alteración del olfato se ha podido correlacionar de forma significativa con un diagnóstico preciso de rinosinusitis crónica, también se correlaciona bien con la gravedad de la rinosinusitis crónica, valorada mediante tomografía computarizada (Imagen 1) o mediante endoscopia nasal. Los síntomas pueden empeorar con los cambios bruscos de temperatura ambiental, en ambientes contaminados (polvo, humo de tabaco) o en zonas con aire acondicionado.

¿Por qué se produce la poliposis nasal?

Los pólipos son el resultado de un engrosamiento e hinchazón de la mucosa que recubre las fosas nasales y senos paranasales. La poliposis nasal es una enfermedad inflamatoria, y aunque aún se desconoce su causa definitiva, en la mayoría de los casos se puede considerar que son varios los factores que pueden contribuir a la formación de pólipos en una misma persona. Como ya se ha mencionado, hoy en día la poliposis nasal se considera una forma especial de rinosinusitis crónica, y es la inflamación mantenida de la mucosa nasal y de los senos paranasales la que acaba favoreciendo el desarrollo de los pólipos. Ahora bien, no todos los pacientes que padecen una rinosinusitis crónica presentan poliposis, y en cada caso serán determinantes la participación de diferentes factores.

IMAGEN (VISIÓN ESQUEMÁTICA DE UNA RINOSINUSITIS CRÓNICA)

La predisposición genética puede condicionar, entre otros aspectos, cierta dificultad para la expulsión del moco y predispone a cambios en el tejido local, lo que daría lugar a la aparición de estas formaciones polipoideas, siempre benignas.

La poliposis nasal no es una enfermedad de causa infecciosa, aunque en algunos casos podría existir un déficit de los mecanismos de defensa inmunitarios que podría favorecer la colonización de algunos microorganismos, como bacterias y hongos.

No está aclarada la relación entre poliposis nasal y alergia. En algunos pacientes pueden existir pruebas cutáneas positivas frente a alérgenos del ambiente (pólenes y/o ácaros, entre otros), pero no se aprecia un aumento en la frecuencia de aparición de poliposis nasal en pacientes con rinitis o con asma alérgicas. Tampoco se ha demostrado relación entre poliposis nasal y tabaquismo, ni se relaciona con determinados trabajos o ambientes profesionales.

¿Es grave la poliposis nasal?

Como en cualquier otro proceso, la gravedad de la enfermedad varía mucho entre los afectados. La poliposis nasal se puede clasificar en leve, moderada o grave. Aún cuando el grado sea de poliposis grave, ello no significa que pueda considerarse como una enfermedad maligna, ni que ponga en peligro la vida del que la padece.

La gravedad de la poliposis nasal viene condicionada por la intensidad de los síntomas y su persistencia, al ser una enfermedad crónica y con frecuencia, recurrente. En bastantes casos moderados y en todos los graves se considera que suele estar afectada la calidad de vida del paciente. Esta afectación es mayor, y suele asociarse a una poliposis nasal más grave, cuando se presenta en asociación a otras en-

fermedades como el asma o la intolerancia a antiinflamatorios no esteroideos (AINE).

Para la valoración de la gravedad se utiliza una herramienta denominada EVA (escala visual analógica). La EVA es una línea recta horizontal de 10 cm de longitud. El paciente marca en la línea con un trazo perpendicular qué grado de incomodidad le provocan sus síntomas, teniendo en cuenta que 0 es la mínima afectación y 10 es la afectación máxima posible. Según el valor de esta puntuación se considera leve, moderada o grave.

También se puede utilizar para evaluar la gravedad la valoración de la pérdida o disminución del olfato. Además de los síntomas también se considera necesaria una visualización del interior de las fosas nasales mediante un endoscopio para establecer la extensión, ya que ésta tiene un valor pronóstico importante y repercute en la elección del tratamiento más idóneo.

¿Hasta qué punto la poliposis nasal puede interferir en la vida cotidiana?

La interferencia en la vida cotidiana va a venir influenciada en cada persona por los síntomas de la enfermedad, bien como consecuencia del crecimiento de los pólipos (obstrucción al respirar y alteración del olfato), o por la variación de las condiciones de la mucosa nasal que lo rodea (cambios en la mucosidad). Uno de los aspectos que más interfiere en la vida cotidiana es el hecho de que la obstrucción nasal en estos casos suele ser fija. La pérdida total o parcial del olfato es un síntoma característico de la poliposis nasal y el que mejor se correlaciona con su gravedad clínica.

Tanto la intensidad como, sobre todo, la duración de los síntomas, es lo que en cada caso va a condicionar la afectación individual, y su repercusión en la calidad de vida. Mediante cuestionarios se puede valorar no solo la percepción de la salud en general, sino también aspectos más específicos en relación con la enfermedad y

el impacto de los síntomas globales de la enfermedad sobre la vida cotidiana.

En la poliposis nasal no se contempla un riesgo aumentado para la conducción de vehículos o el manejo de maquinaria, si bien cuando es masiva y da lugar a intensa obstrucción nasal puede existir un aumento de la somnolencia por un inadecuado descanso nocturno. El tratamiento farmacológico indicado en la poliposis nasal suele ser seguro, y los medicamentos utilizados no dan lugar a una pérdida de reflejos. Cuando coexiste rinitis alérgica, la prescripción de antihistamínicos de nueva generación no suele producir somnolencia, efecto que sí es llamativo en el caso de los denominados antihistamínicos clásicos o de primera generación, dato que resulta muy importante en caso de que el paciente se automedique o que tome preparados de dispensación libre en farmacia que los contengan.

¿Es una enfermedad importante? ¿Afecta a mucha gente?

La poliposis nasal es un problema importante de salud, con un elevado coste socio-sanitario. A ello debemos sumar la notable repercusión que produce a nivel individual, ya que puede producir una afectación notable en la calidad de vida de quien la padece.

No es, además, una enfermedad rara ni minoritaria. Aunque la frecuencia de aparición exacta de la poliposis nasal no se conoce, se estima, según diferentes estudios, que puede afectar entre un 2-4% de la población general. La incidencia de aparición es algo superior en varones y con respecto a la edad, es más frecuente entre la cuarta y quinta décadas de la vida. La frecuencia de presentación de la poliposis nasal aumenta extraordinariamente si en vez de población general se analizan grupos específicos. Así, se puede apreciar que las cifras ascienden en los pacientes que padecen determinadas enfermedades: se pueden encontrar pólipos entre el

5 y el 15% de pacientes con diagnóstico de asma, en el 26% de los que presentan bronquiectasias, y sobre todo en aquellas personas que presentan intolerancia a los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), siendo en este grupo donde se aprecia la frecuencia más alta de aparición de poliposis nasal, que puede oscilar entre el 30 y el 90%, según los distintos estudios.

¿Es contagiosa? ¿Es hereditaria?

La infección no es un agente causante primario en la poliposis nasal, ni son necesarias medidas de aislamiento propias de otras enfermedades de causa infecciosa. Es cierto que en algunos casos puede existir una colonización de microorganismos en los pólipos, si bien ello no implica que la formación de pólipos pueda propagarse o contagiarse entre diferentes personas. Los microorganismos implicados pueden ser hongos o bacterias. Entre éstas destaca el Estafilococo, que se puede asociar con formas más graves de poliposis.

Con respecto a la posibilidad de que esta enfermedad se herede, se han constatado algunos hechos que indican que en ciertos pacientes la poliposis nasal tiene una predisposición genética. Hay datos tan visibles como la existencia de antecedentes familiares (personas con la misma enfermedad entre los familiares más allegados) de algunos pacientes con poliposis nasal. Así mismo, estas sospechas se vienen corroborando, en parte, mediante estudios genéticos.

¿Cómo se puede sospechar que se tiene una poliposis nasal?

El paciente puede sospecharla si progresivamente empieza con obstrucción nasal que no mejora de forma espontánea ni con los tratamientos habituales, o sufre recidivas frecuentes. También si pierde el olfato, si tiene mucosidad compacta frecuente y mucho más raramente si tiene sensación de opresión en la cara o en la cabeza o si pierde el olfato. Para valorar la pérdida de olfato se dispone de diversas pruebas que

comprueban esta alteración.

Además de los síntomas propios de la poliposis nasal ocasionalmente se pueden presentar síntomas que sugieran una rinitis alérgica (estornudos frecuentes, mucosidad clara, picor nasal, y obstrucción nasal). Si, además, se empieza a tener problemas bronquiales y a tolerar mal la Aspirina® o los antiinflamatorios no esteroideos, se tienen más probabilidades de padecerla.

¿Resulta complicado establecer el diagnóstico?

En general no resulta difícil llegar al diagnóstico de poliposis nasal. Se parte siempre de una sospecha a través de los síntomas que explica el paciente. La confirmación diagnóstica dependerá del tamaño de los pólipos, si éstos son muy grandes basta con una simple rinoscopia (visualización de la nariz con un separador y la ayuda de una luz) para verlos dentro de la fosa nasal, incluso, a veces, pueden observarse levantando la punta nasal. Sin lugar a dudas, la endoscopia (visualización más precisa y profunda mediante un aparato denominado endoscopio) permite valorar con precisión el tamaño, aspecto e implantación de los pólipos. Generalmente, se suelen emplear endoscopios rígidos aunque, en ocasiones, si la anatomía es complicada, se puede usar un nasofibrocopio flexible (Imagen).

IMAGEN (DE PÓLIPO CON NASOFIBROSCOPIO)

Para poder conocer la extensión de la enfermedad hacia los senos paranasales, así como cuando se precise tratamiento quirúrgico o exista sospecha de complicaciones, se recurre a pruebas de imagen.

La radiología simple de los senos paranasales tiene poco valor en el diagnóstico de la rinosinusitis crónica. La prueba de imagen recomendada en la mayor parte de las guías clínicas que tratan el manejo de la rinosinusitis crónica es la tomografía

computarizada (TC). Existe la posibilidad de realizar también estudio mediante Resonancia Magnética, que el especialista recomendará en algunas circunstancias.

IMAGEN (TC EN PACIENTE CON POLIPOSIS NASAL)

Existen otras pruebas que permiten valorar la obstrucción, aunque tienen más interés para el seguimiento, en casos quirúrgicos, que para diagnóstico.

Las pruebas de olfato son interesantes a la hora de llegar a un diagnóstico, pero no son de primera opción. El inconveniente es que consumen mucho tiempo y que dependen en buena medida del grado de colaboración del paciente, es decir, no son totalmente objetivas.

¿Puede conllevar la aparición de otras enfermedades?

La poliposis nasal se asocia frecuentemente a otras enfermedades, sobre todo al asma no alérgica y a la intolerancia a los antiinflamatorios (AINE). La aparición conjunta de estas enfermedades ha recibido diferentes nombres a lo largo del tiempo, siendo conocida como triada ASA (siglas en inglés de ácido acetil salicílico –AAS- o Aspirina®), síndrome de Widal o de Samter, y actualmente se la conoce como EREA (enfermedad respiratoria exacerbada por aspirina). Esta asociación afecta predominantemente a mujeres de mediana edad, que suelen presentar asma persistente moderada o grave, que se empeora de forma notable con la administración de AAS o de otros AINE, y que característicamente suele cursar con formas graves y recidivantes de poliposis nasal. Otras enfermedades que con cierta frecuencia presentan los pacientes con poliposis nasal pueden ser bronquiectasias, rinitis alérgica, rinosinusitis aguda, otitis media e hipertrofia adenoidea.

Además de la poliposis nasal, de causa desconocida, pueden existir pólipos nasales bilaterales (en ambas fosas o senos

paranasales) como manifestación de otras enfermedades de causa conocida, como la fibrosis quística, la discinesia ciliar primaria (una alteración de la motilidad de unas estructuras microscópicas denominadas cilios, cuya función es evacuar el moco al exterior) o enfermedades granulomatosas (inflamatorias, infecciosas o neoplásicas). Si en vez de encontrar una poliposis bilateral, los pólipos son unilaterales (en una sola fosa nasal o seno paranasal) se debe descartar la posibilidad de un proceso tumoral benigno o maligno. En todos estos casos es posible realizar el diagnóstico diferencial mediante biopsia del pólipo y posterior estudio anatomopatológico.

¿Puede prevenirse la poliposis nasal?

Muchos pacientes con poliposis nasal tienen una hipersensibilidad especial (una manera especial de respuesta) a algunos fármacos utilizados para el tratamiento del dolor y la inflamación (analgésicos-antiinflamatorios o AINE). Si usted pertenece a este grupo de pacientes su médico le indicará qué fármacos de este tipo tolera y cuáles no. Como orientación, sabemos que el paracetamol a dosis moderadas y los antiinflamatorios inhibidores selectivos de la ciclooxigenasa 2 suelen ser bien tolerados. El resto de medicamentos analgésico-antiinflamatorios deben ser evitados, ya que pueden hacerle crecer los pólipos y desencadenar una crisis de asma grave.

Tradicionalmente, se ha venido aconsejando a estos pacientes que tuvieran precaución con el consumo del colorante tartrazina (E-102) porque potencialmente podría empeorar su asma. No obstante, este hecho se considera excepcional hoy en día, y las restricciones deben dirigirse a los pacientes en los que se haya podido demostrar una relación causal de empeoramiento del asma tras la ingestión del colorante.

Así mismo, las infecciones habituales de las vías respiratorias (catarros) son un factor agravante o de agudización de su en-

fermedad. Debe cuidarse para evitarlos y administrarse las vacunas establecidas.

¿Hay tratamientos eficaces para la poliposis nasal? ¿Tiene curación? ¿Será necesario hacer tratamiento médico y revisiones de control toda la vida?

La poliposis nasal es una enfermedad crónica que requiere controles médicos periódicos de por vida. En muchos pacientes se asocia al asma, por lo que tanto el Médico de Atención Primaria, como el especialista de pulmón o el alergólogo le pueden realizar estos controles en distintos momentos.

La evolución de la enfermedad es siempre crónica, aunque el grado y la gravedad de la misma varían según los pacientes. Conseguir una curación definitiva no es lo habitual, pero se controla de forma satisfactoria con un tratamiento adecuado. El medicamento más eficaz son los corticoides. Según el estado de su enfermedad se le indicarán corticoides por vía oral en tandas de pocos días de duración. Los corticoides aplicados por vía nasal se le indicarán durante largas temporadas. En caso de sobreinfección (sinusitis) en algún momento se le asociará un tratamiento antibiótico.

Si a pesar de este tratamiento con medicinas no hubiese una mejoría suficiente, puede practicarse la extirpación de los pólipos mediante cirugía. Tras la misma, seguirá los controles habituales y el tratamiento medicamentoso descrito. Es posible que sea necesario intervenir quirúrgicamente en más de una ocasión.

¿Cómo debo aplicarme de forma correcta la medicación nasal?

En las enfermedades inflamatorias nasales (y, sin duda, la poliposis está incluida en ellas, pues pertenece al grupo de las sinusitis crónicas) la aplicación de medicamentos por vía tópica nasal ha demostrado su eficacia de forma indiscutible. A pesar

de ello, hay distintos factores que pueden condicionar que ello no sea así; la propia anatomía de la fosa nasal puede dificultar el acceso del medicamento a aplicar. Los pacientes con obstrucción importante van a tener dificultades a la hora de aplicarse el fármaco. La incomodidad por pequeños sangrados, sequedad importante o aparición de costras durante el tratamiento pueden producir un mal confort respiratorio. No obstante, hay que tener presente que la vía tópica nasal permite aplicar concentraciones de medicamento que no serían posibles por vía sistémica y minimiza los efectos adversos. En general, los fármacos por vía nasal se presentan en forma de spray o gotas y de su correcta administración dependerá en buena parte el éxito del tratamiento.



FORMAS INCORRECTAS DE APLICAR EL TRATAMIENTO

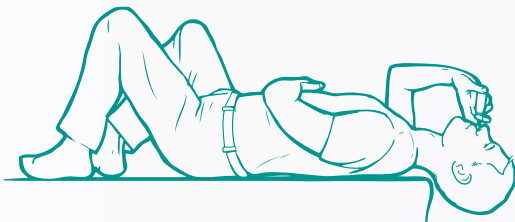
Los que vienen presentados en spray tienen un tamaño pequeño de partícula y el éxito del depósito vendrá determinado por un buen paso de aire, por lo que se debe conseguir ampliar al máximo la fosa nasal, siendo oportuno, a veces, aplicar medicamentos que abran la fosa (vasoconstrictores), pero siempre bajo criterio médico.

El spray se aplica con la mano opuesta a la fosa que se pulveriza introduciendo la boquilla en el interior de la misma dirigida hacia la parte externa de la fosa e inclinando un poco la cabeza hacia delante.



FORMA CORRECTA DE LA APLICACIÓN DE LA MEDICACIÓN TÓPICA NASAL

Cuando aplicamos gotas se recomienda administrarlas tumbado boca arriba con la cabeza muy extendida hacia atrás y mantenerla así después de haberlas aplicado, al menos durante un par de minutos.



POSTURA RECOMENDADA PARA LA APLICACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN FORMA DE GOTAS

¿Tengo que adoptar medidas higiénicas especiales?

El sonado frecuente para eliminar la mucosidad nasal excesiva, así como la realización periódicamente de lavados nasales con sueros nasales isotónicos o hipertónicos disponibles en las farmacias, sobre todo cuando hay más moco y es más espeso, mejoran la calidad de vida y la evolución de la enfermedad. La aplicación de lavados/duchas nasales o irrigación con soluciones salinas de las fosas nasales debe

ser un tratamiento concomitante con otras medidas terapéuticas, y su utilización es recomendable tanto antes de la intervención quirúrgica como después de ésta.

En caso de notar obstrucción nasal persistente es aconsejable no automedicarse con descongestivos, y consultar con su médico.

IMAGEN (LAVADOS NASALES CON IRRIGACIÓN)

¿Se puede operar la poliposis nasal? ¿Resulta eficaz esta operación? ¿Su resultado es definitivo?

La cirugía es uno de los tratamientos de la enfermedad. Se reserva para aquellos casos en los que el tratamiento con medicinas no es eficaz o bien en algún momento de la evolución para conseguir que las medicinas sean más efectivas. Es siempre necesaria si se produce una complicación de la poliposis, como una infección del ojo o del cerebro, afortunadamente muy poco frecuentes.

En estas circunstancias la operación es eficaz, pero el proceso habitualmente no cura y, tras la misma, deberá seguir con el tratamiento medicamentoso. Es posible que, si las circunstancias así lo requirieran, sea necesario operarse en más de una ocasión.

IMAGEN (EXTIRPACIÓN DE PÓLIPOS MEDIANTE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA NASAL)

¿Pueden aparecer complicaciones en el tratamiento quirúrgico? ¿Y en el tratamiento médico? ¿La cirugía de la poliposis supone tener que abrir la piel y dejar cicatrices en la cara?

Todo tratamiento aplicado por el médico, bien con medicinas o cirugía, puede tener complicaciones. El tratamiento prolongado mediante corticoides orales puede favorecer la aparición o agravar la evolución de

una diabetes, hipertensión, osteoporosis, lesiones en la piel, glaucoma (aumento de la presión intraocular) o trastornos psiquiátricos. Cuando se utilizan en tandas de corta duración y bajo supervisión médica, los efectos adversos disminuyen mucho y el tratamiento es bastante seguro.

Los corticoides tópicos nasales pueden considerarse en general fármacos seguros cuando se administran a las dosis recomendadas en la ficha técnica del producto. Dosis más altas incrementan el riesgo de absorción sistémica y, secundariamente, de efectos adversos. Entre los efectos adversos locales frecuentes de los corticoides administrados de forma tópica nasal se encuentran la sequedad nasal y el sangrado nasal leve y transitorio. Se debe informar al médico de todas las enfermedades y dolencias que sufre para prevenir estos efectos adversos.

La cirugía de la poliposis nasal se realiza a través de las fosas nasales, por lo tanto no deja cicatrices externas. Se practica mediante ópticas conectadas a cámaras que se introducen por los orificios nasales, proporcionando una visión precisa. Las complicaciones de esta cirugía son muy raras, pero pueden acontecer. Su médico, en caso de proponerle la operación, le dará todas las explicaciones y le entregará un documento de consentimiento informado en el que se especifican los beneficios y riesgos de la cirugía. Léalo atentamente y no dude en plantearle todas las dudas que crea conveniente.

¿También puede aparecer en los niños? ¿En qué circunstancias?

La poliposis nasal es excepcional antes de la pubertad.

La causa más frecuente de pólipos en niños es la fibrosis quística. Existe una asociación frecuente entre la poliposis nasal y la fibrosis quística, que oscila, según los diferentes estudios entre un 20 y un 58 %. En un niño al que se le aprecie existencia de poliposis nasal hay que descartar que

padezca una fibrosis quística, de la misma forma que en todos los niños que padecen una fibrosis quística hay que descartar una poliposis.

En los niños con fibrosis quística el proceso es tan gradual y paulatino que puede ser asintomático. La adaptación del niño a la enfermedad es superior a la de los adultos y algunos síntomas, como la alteración del olfato, son difíciles de evaluar a estas edades.

¿Cómo puedo valorar que el tratamiento no tiene la eficacia esperada? ¿Cuándo puedo sospechar que mi poliposis no va bien?

Dado que esta es una enfermedad crónica usted va a convivir con ella durante años, por lo que debe conocerla y aprender de ella todos los días. El objetivo del tratamiento es que usted respire bien por la nariz. Conseguir un olfato normal solo puede lograrse parcialmente, tras las tandas de tratamiento con corticoides sistémicos o en las semanas posteriores al tratamiento quirúrgico. Fuera de estos episodios su olfato estará disminuido y, en ocasiones, ausente.

La sensación de embotamiento de la cabeza también puede ser un síntoma habitual. Sin embargo, la aparición de un dolor de cabeza fuerte o mayor del habitual indica que algo no va bien y debe consultar con su médico.

Los signos y síntomas que le pueden indicar un empeoramiento de su enfermedad son: aparición de dolor de cabeza, empeoramiento del olfato, aumento de la obstrucción nasal y la conversión de su moco habitual en otro espeso y verdoso, amarillento o marrónáceo. Cualquiera de estos cambios requiere una consulta médica.

¿Es una enfermedad maligna o puede llegar a degenerar en cáncer?

La poliposis nasal es un proceso inflamatorio bilateral no maligno, que afecta a ambas fosas y senos paranasales. De hecho, son las protrusiones inflamatorias más frecuentes de las fosas nasales, y no degeneran en enfermedades neoplásicas o cáncer.

Cuando en vez de afectación bilateral, propia de la poliposis nasal, nos encontramos con formaciones polipoideas unilaterales (afectan a una sola fosa nasal o seno paranasal), siempre hay que descartar la posibilidad de un proceso neoplásico benigno o maligno. El diagnóstico en estos casos se establece con los datos clínicos, la biopsia y los estudios de anatomía patológica. Estos pólipos cancerígenos no se relacionan ni se asocian con la poliposis nasal bilateral, cuya composición consiste en una inflamación de células no malignas denominadas eosinófilos.

¿Qué médico especialista debe tratar mi poliposis nasal? ¿Existen asociaciones de pacientes que tengan esta enfermedad?

La poliposis nasal es un problema importante de salud, con un elevado coste socio-sanitario. Los pacientes con poliposis nasal representan un subgrupo dentro de los pacientes con rinosinusitis crónica que a la vez, y con mucha frecuencia, presentan enfermedades asociadas como rinitis, asma bronquial, intolerancia a los AINE, bronquiectasias o fibrosis quística, entre otras. Esta frecuente asociación de la poliposis nasal con otras enfermedades respiratorias, hace necesario que en cada acto de atención médica se deba tener en cuenta la afectación global de nariz y bronquios, bajo el concepto de “la vía respiratoria única”. Es por ello que un abordaje multidisciplinar, con la participación y colaboración de médicos de atención primaria (medicina general o de familia, pediatría) y especialistas (ORL, alergología, neumología) no sólo es necesaria sino imprescindible. Por este motivo es fundamental que exista una buena coordinación para la

posibilidad de un seguimiento multidisciplinar, tanto para la evaluación diagnóstica como para la estrategia de tratamiento. Los criterios de derivación desde Atención Primaria al especialista dependen de su objetivo final: diagnóstico y tratamiento de la poliposis nasal y valoración quirúrgica (ORL), manejo de la rinitis y el asma alérgico (Alergología), o el manejo de otras enfermedades respiratorias (Neumología).

En cuanto a la existencia de organizaciones de pacientes con poliposis nasal, no hay por el momento ninguna asociación específica. En algunos casos, cuando se asocian poliposis nasal y asma bronquial, pueden existir grupos de pacientes afectados, dentro de las asociaciones de pacientes con asma.

Autores:

- Isam Alobid.** Unidat de Rinologia i Olfacte. Hospital Clinic. Barcelona (SEORL).
- Encarnación Antón.** Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (SEAIC).
- Miguel Armengot.** Hospital General Universitario. Facultad de Medicina. Universidad de Valencia (SEORL).
- Jacobo Chao.** Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (SEORL).
- Carlos Colás.** Hospital Clínico-Instituto de Investigación Sanitaria Aragón. Zaragoza (SEAIC)
- Alfonso del Cuvillo.** Centro de ORL Astarté. Cádiz (SEORL)
- Ignacio Dávila.** Servicio de Inmunoalergia. Complejo Asistencial Universitario. Salamanca (SEAIC).
- Mª 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).
- Mª Dolores Ibáñez.** Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid (SEAIC).
- Magdalena Lluch.** Hospital Virgen del Valle. Toledo (SEAIC)
- Victor Matheu.** 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.** Unidat de Rinologia i Olfacte. Hospital Clinic. Barcelona (SEORL).
- Ana Maria 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).
- Mª 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.** Hospital universitario Son Espases. Palma de Mallorca (SEORL).
- Antonio Luis Valero.** Unidad de Alergia. Servicio de Neumología y Alergia Respiratoria. Hospital Clinic. Barcelona (SEAIC).

Documento de Consenso sobre Poliposis Nasosinusal SEAIc-SEORL.

Información para pacientes
PROYECTO POLINA

Coordinación:

Antonio Luis Valero. Barcelona.
Miembro del Comité de Rinoconjuntivitis. SEAIc
Adolfo Sarandeses. La Coruña.
Presidente de Comisión de Rinología y Alergia. SEORL

Comité Editorial:

Carlos Colás.

Hospital Clínico-Instituto de Investigación Sanitaria
Aragón. Zaragoza (SEAIc). Coordinador.

Miguel Armengot.

Hospital General Universitario. Facultad de
Medicina. Universidad de Valencia (SEORL).

Ignacio Dávila.

Servicio de Inmunoalergia. Complejo Asistencial
Universitario. Salamanca (SEAIc)

Alfonso del Cuvillo.

Centro de ORL Astarté. Cádiz (SEORL).

Ana Maria Navarro.

Hospital El Tomillar, UGC Intercentros Valme-Rocío
de Alergología. Sevilla (SEAIc).

Ramona Soler.

Hospital universitario Son Espases. Palma de
Mallorca. (SEORL).

Joaquim Mullo.

Unidad de Rinología i Olfacte. Hospital Clinic.
Barcelona (SEORL).



Comité de Rinoconjuntivitis.
Sociedad Española de Alergia
e Inmunología Clínica



Comisión de Rinología y Alergia.
Sociedad Española de
Otorrinolaringología.

Con la colaboración de:

