

Capítulo 11

Obstrucción nasal

J.A. García de Gregorio^a, A. Hinojar Gutiérrez^b y J.A. Melendo Abad^b

^aMédicos residente de Otorrinolaringología. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid.

^bMédicos adjuntos de Otorrinolaringología. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. España.

Puntos clave

- Para un correcto diagnóstico es fundamental la realización de una historia clínica completa que recoja las características de la obstrucción nasal.
- Algunas pruebas complementarias también pueden aportar información, como la radiología simple en forma de nasomentopla o proyección de Waters o una TC de senos paranasales.
- Después de un traumatismo nasal es importante descartar el hematoma septal que se forma en el septum anterior o cartilaginoso y se debe a la acumulación de sangre entre el pericondrio y el cartílago.

Palabras clave: • Rinitis alérgica • Poliposis nasosinusal • Tumor nasal.

La obstrucción nasal es un estado en el cual no llega la suficiente cantidad de aire a los pulmones, en un individuo en reposo y respirando exclusivamente por la nariz.

Es una enfermedad otorrinolaringológica frecuente, cuyas causas son muy variadas y diversas:

- Inflamatorias: alérgicas, infecciosas, traumáticas, medicamentosas, endocrinas...
- Dismórficas: desviación septal, hipertrofia de cornetes inferiores, hipertrofia adenoidea.
- Cuerpos extraños.
- Tumorales.

Para un correcto diagnóstico clínico es fundamental la realización de una historia clínica completa que refiera características de la obstrucción nasal como las siguientes:

- Unilateral, bilateral o en báscula.
- Constante o esporádica.
- Acompañada de rinorrea, tanto anterior como posterior, y sus características. Si es acuosa o espesa, blanquecina o verdosa, maloliente...
- Asociada a la presencia de conjuntivitis, epifora, estornudos, picor nasal, hipoacusia o plenitud ótica, dolor facial o cefalea, epistaxis, antecedentes traumáticos o atópicos, toma de medicamentos y condiciones ambientales del lugar de trabajo y/o la residencia habitual.

La exploración física al alcance del médico de atención primaria consiste fundamentalmente en una inspección facial general que incluya la valoración de los movimientos oculares y en la realización de una rinoscopia anterior, que valore el estado y el color de la mucosa nasal, la presencia de secreciones, la disposición del septo y la existencia de pólipos o masas. También se debe explorar la orofaringe en busca de una posible rinorrea posterior y del estado de las piezas dentarias, y realizar una otoscopia para valorar la presencia o no de moco en el oído medio. Algunas pruebas complementarias pueden aportar información, como la radiología simple en forma de nasomentopla o la incidencia de Waters o una tomografía computarizada (TC) de los senos paranasales.

Causas de obstrucción nasal

El término rinitis hace referencia a la inflamación de la mucosa nasal secundaria a una etiología de variada índole.

Rinitis vestibular o vestibulitis

Conocida como foliculitis o forúnculo vestibular. Se debe a la infección del folículo piloso por bacterias, normalmente *Staphylococcus aureus*. Se caracteriza por la presencia de dolor e inflamación local intensa y, a veces, mal estado general y fiebre. El tratamiento se realiza con antibióticos tópicos.

cos en forma de pomadas (mupirocina, ácido fusídico) o bien sistémicos (cloxacilina 500 mg/6 h durante 7 días). Se deben evitar las manipulaciones de la lesión.

Rinitis o rinosinusitis aguda inespecífica

También conocida como resfriado común. Consiste en la infección del tracto respiratorio superior por numerosos virus, normalmente el principal implicado es el rinovirus (en el 40-50% de los casos), aunque también puede estar producida por coronavirus (20-30%), adenovirus (5%) y diversos enterovirus (*Coxsackie*). Su prevalencia aumenta significativamente durante los meses fríos. Su incidencia es inversamente proporcional a la edad. Se manifiesta como un cuadro de malestar general con escalofríos y algunas veces fiebre, con estornudos y una rinorrea acuosa, que puede transformarse en mucopurulenta si se produce una sobreinfección bacteriana. La mucosa aparece hiperémica y congestionada. La fase de mejoría ocurre entre el quinto y el octavo día, con disminución de las secreciones y restablecimiento del ciclo nasal. Hacia el décimo día sobreviene la curación. El curso habitual de este proceso se puede complicar, debido a una sobreinfección bacteriana principalmente por neumococo y *Haemophilus* con la aparición de una otitis media aguda (OMA), de una otitis media serosa (OMS) o de una sinusitis aguda. El tratamiento es fundamentalmente sintomático; consiste en la limpieza de las fosas nasales mediante lavados con suero fisiológico o aguas de mar y el uso de vasoconstrictores tópicos durante un tiempo limitado (5-7 días).

Rinitis o rinosinusitis alérgica

Es un trastorno heterogéneo caracterizado por la presencia de uno o más de los siguientes síntomas: estornudos, prurito, rinorrea o congestión nasal. Con frecuencia se acompaña de clínica de afectación ocular, ótica y de la garganta. Según la clasificación de ARIA, se pueden distinguir dos formas, una intermitente o estacional, caracterizada por la presencia de síntomas durante 4 días a la semana o menos, durante como máximo 4 semanas, y una forma perenne o persistente, que se caracteriza por la presencia de síntomas durante más de 4 días a la semana durante más de 4 semanas. A su vez, también se pueden clasificar en leves, moderadas y graves, en función de la clínica y de la afectación de la calidad de vida. Afecta fundamentalmente a población joven, y su prevalencia disminuye con la edad. La rinoscopia anterior nos muestra una mucosa de coloración pálida o violácea y brillante, debido a la secreción acuosa. El tratamiento es sintomático mediante corticoides tópicos (beclometasona, dexametasona o budesonida) y antihistamínicos (loratadina o cetirizina). También son útiles los lavados nasales. El único tratamiento etiológico es la terapia de desensibilización ante alergias a un único antígeno y la evitación del alérgeno.

La rinitis se correlaciona con el asma y constituye un factor de riesgo para su aparición. Se ha propuesto que la prevención y el tratamiento precoz de la rinitis alérgica pueden ayudar a prevenir el asma o a disminuir la gravedad de los síntomas bronquiales. Hay que destacar un síndrome caracterizado por la asociación de asma, poliposis nasosinusal e intolerancia a la aspirina, conocido como tríada de Widal o tríada ASA. Su tratamiento es igual, mediante antihistamínicos y corticoides tópicos, añadiendo el tratamiento del asma y evitando totalmente el empleo de antiinflamatorios no esteroideos. La obstrucción nasal de esta entidad es intensa y muy refractaria al tratamiento.

Rinitis vasomotora

Constituye un trastorno heterogéneo que incluye diversas entidades fisiopatológicas. Se caracteriza por hiperreactividad nasal, que es responsable de los síntomas clínicos de obstrucción nasal, estornudos, rinorrea y picor nasal; síntomas que, por lo general, son difíciles de diferenciar de la rinitis alérgica. La causa no está aclarada: se piensa en un funcionamiento anormal del sistema parasimpático, debido a un desequilibrio entre los sistemas nerviosos autónomos. En la rinoscopia anterior, la mucosa se encuentra más congestiva que en otros tipos de rinitis. Las pruebas cutáneas mediadas por IgE frente a los aeroalérgenos son negativas. La efectividad del tratamiento es muy regular. Consiste fundamentalmente en realizar lavados nasales, utilizar corticoides tópicos, mantener hábitos de vida saludables (evitar cambios de temperatura, humedad, humos, olores, irritantes químicos y ansiedad), realizar ejercicio y evitar el estrés.

Rinitis gravídica o del embarazo

Se conoce así a la obstrucción nasal bilateral que aparece durante el embarazo, especialmente durante el segundo mes, y se debe a las alteraciones hormonales de esta situación. Un amplio estudio multicéntrico ha indicado recientemente que la incidencia acumulativa de rinitis del embarazo era del 22%, sensiblemente más alta en las mujeres fumadoras. El tratamiento consiste en la realización de lavados nasales. En determinados casos se valorará la utilización puntual de corticoides nasales de última generación (fluticasona, mometasona), salvo en el primer trimestre. Se evitará el empleo de vasoconstrictores nasales.

Rinitis del hipotiroidismo

En relación con esta situación metabólica también puede producirse una obstrucción nasal. Su tratamiento consistirá en el de la enfermedad de base, añadiendo lavados nasales con suero fisiológico o aguas de mar, y valorando la utilización de corticoides nasales tópicos.

Rinitis medicamentosa

El concepto clásico de rinitis medicamentosa en el ámbito de la otorrinolaringología se reserva a los efectos del abuso

de vasoconstrictores nasales o fármacos, como la cocaína aplicada intranasal, aunque hay muchos tipos de fármacos que también la pueden ocasionar. Aparece obstrucción nasal de rebote y tolerancia farmacológica al vasoconstrictor. Actualmente se dispone de descongestionantes nasales más modernos, tipo oximetazolina o xilometazolina, con los que el riesgo de desarrollar una rinitis medicamentosa ha disminuido parcialmente. Su tratamiento requiere gran colaboración por parte del paciente para suspender la utilización de estos medicamentos, así como un tratamiento sustitutivo a base de vasoconstrictores por vía oral, lavados nasales y aplicación de corticoides nasales tópicos, valorando la utilización de corticoides sistémicos y ansiolíticos.

Rinosinusitis

Recientemente se ha propuesto un consenso que afecta a la clasificación de la rinosinusitis. Se define ésta basándose especialmente en la clínica: obstrucción nasal, déficit olfativo, rinorrea anterior o posterior, algia o tensión facial. Se precisa la presencia de 2 de ellos como mínimo para definir una rinosinusitis; no obstante, se exige que la clínica se asocie a hallazgos endoscópicos sugestivos o a alteraciones de la mucosa valorables en la TC. A veces se debe a la extensión de un proceso infeccioso de origen dentario, lo que da lugar a un tipo especial de sinusitis, denominado sinusitis odontógena. En general, la rinosinusitis aguda se circunscribe a una situación clínica en la que la afección tiene una duración limitada, desapareciendo los síntomas espontáneamente o con un tratamiento adecuado. La duración del cuadro es un tema polémico, ya que es una medición relativamente arbitraria. Respecto a la duración de la rinosinusitis se define el cuadro agudo o intermitente cuando la duración es menor a 12 semanas, y crónico o persistente si se mantiene durante más de 12 semanas.

La sinusitis aguda se produce en la mayoría de los casos por la obstrucción de los ostium de drenaje de los senos paranasales, con la consiguiente acumulación de secreciones que favorece la infección bacteriana.

Respecto al estudio bacteriológico, se admite una considerable unanimidad en el perfil básico de una rinosinusitis aguda, donde predominan los gérmenes respiratorios habituales con una clara prevalencia de *S. pneumoniae* y *H. influenzae*, aunque también pueden producirla *S. aureus*, anaerobios (en las sinusitis odontógenas) y *Moraxella catarrhalis*. Ocasionalmente también pueden tener un origen fúngico.

En el cuadro agudo los síntomas mayores, obstrucción nasal, rinorrea y cefalea se hallan bien representados, mientras que en el cuadro crónico tan sólo el cuadro de rinorrea y cefalea se suelen destacar. Por otro lado, el tiempo que diferencia el cuadro agudo del crónico se adopta en unos períodos totalmente arbitrarios. El paciente también puede referir molestias dentarias, que pueden ser espontáneas o a la percusión de alguna de ellas. En las sinusitis odontógenas, ca-

racterísticamente el paciente refiere cacosmia y la rinorrea puede ser fétida.

En la rinoscopia anterior se aprecian unos cornetes congestivos, y en una endoscopia nasal podemos valorar la salida de moco por los ostium. En la orofaringoscopia, se puede comprobar la existencia de una rinorrea posterior, así como el estado de las piezas dentarias.

El tratamiento en las sinusitis agudas consiste en administrar amoxicilina 500/8 h durante 8-10 días; si no mejora en 48 h, amoxicilina-ácido clavulánico 500/8 h o cefuroxina axetil 500/12 h; en las alergias, eritromicina 500/6 h. También hay que restablecer la ventilación del seno, para lo cual utilizaremos lavados nasales, vasoconstrictores y corticoides tópicos. En las sinusitis de origen dentario, el tratamiento del foco de origen es totalmente necesario para la resolución del problema.

El tratamiento médico en las sinusitis crónicas se realiza mediante la aplicación de corticoides tópicos, lavados nasales y la administración de antibióticos sistémicos, que en estos casos no son tan efectivos como en los cuadros agudos. A causa de las alteraciones histológicas irreversibles, comentadas previamente, el tratamiento definitivo se realiza mediante cirugía endoscópica nasosinusal (CENS). Las sinusitis pueden tener una evolución tórpida y se pueden complicar. De manera general, se puede decir que las sinusitis frontales pueden originar complicaciones óseas (osteomielitis) y meningoencefálicas (meningitis, abscesos, infección o tromboflebitis de los senos venosos); las sinusitis etmoidales, complicaciones orbitarias (osteoperiostitis orbitaria, celulitis orbitaria, absceso orbitario y neuritis óptica), y las sinusitis maxilares, que raramente se complican, pueden originar fístulas y sequestróseos en el curso de sinusitis de origen dentario.

Poliposis nasosinusal

En el contexto de una sinusitis crónica, debido al estímulo inflamatorio prolongado en el tiempo, se producen alteraciones histológicas irreversibles en la mucosa nasal que terminan dando lugar a la aparición de pólipos nasosinuales. La prevalencia oscila entre el 2 y el 5% de la población general, más frecuentemente asociado al asma.

Los síntomas de inicio suelen ser la sensación de ocupación nasal y la hiposmia; a medida que la enfermedad progresa, aparece la obstrucción nasal y la anosmia. Mediante rinoscopia anterior o endoscopia nasal se puede observar una masa blanda, móvil y translúcida. Los pólipos nasales habitualmente son múltiples, bilaterales y de tamaño variable, y pueden incluso exteriorizarse a través de la nariz; el lugar más frecuente de desarrollo es el seno etmoidal. Dentro de la poliposis nasosinusal hay una entidad denominada pólipo solitario de Killian, o pólipo antrocoanal, que característicamente es de localización y sintomatología unilateral. En el diagnóstico es fundamental la historia clínica, una

correcta exploración física, una rinomanometría acústica y una TC, que nos permite valorar el grado de ocupación de los senos paranasales. El tratamiento consiste en la aplicación de corticoides tópicos, y/o sistémicos, lavados nasales y, en caso de sobreinfección, la administración de antibioterapia. La CENS es una parte importante del tratamiento de esta entidad, que mediante la resección de las masas poliposas alivia la obstrucción nasal y favorece la difusión de los corticoides tópicos por las cavidades nasosinusales, disminuyendo con ello muy significativamente el riesgo de recidiva.

Traumatismos

La obstrucción nasal consecutiva a un traumatismo puede deberse simplemente al edema de la mucosa y de los tejidos blandos, a un hematoma septal o al desplazamiento de estructuras nasales o faciales. En los traumatismos debe llevarse a cabo una cuidadosa inspección y palpación de la zona afectada en busca de hundimientos óseos, crepitaciones, desviaciones laterales, etc. La radiología puede ayudarnos a valorar mejor la fractura y a descartar lesiones en estructuras adyacentes, como la órbita, los senos paranasales o la base del cráneo.

El hematoma septal se forma en el septum anterior o cartilaginoso y se debe a la acumulación de sangre entre el pericondrio y el cartílago. Puede ser unilateral o bilateral. No es doloroso. Característicamente, el paciente consulta por obstrucción nasal persistente o progresiva diferida a los 3 o 4 días del traumatismo. En la inspección mediante rinoscopia anterior se puede observar una masa dependiente del septo anterior, fluctuante y algo rojiza, que obstruye en mayor o menor grado la fosa nasal, unilateral o bilateralmente. El tratamiento consiste en el drenaje del hematoma por parte del otorrinolaringólogo. La falta de tratamiento de esta entidad puede dar lugar a deformidades significativas de la pirámide nasal. La infección de un hematoma origina un absceso septal con dolor, fiebre, necrosis del cartílago, perforación del septo y deformidad residual de la pirámide nasal.

Dismorfias septales

La desviación septal es una causa muy habitual de obstrucción nasal unilateral. Las deformidades del septum, tanto en su porción ósea como cartilaginosa, es una de las causas más frecuentes de insuficiencia respiratoria nasal. La encontraremos en el 20% de la población, y de estos pacientes, sólo el 25% presentará sintomatología obstructiva por la resistencia que ofrece dicha alteración al flujo aéreo. Aunque la etiología de la desviación septal puede ser traumática, en la mayor parte de los casos es idiopática. El grado de desviación septal que se aprecia en la rinoscopia anterior puede ser muy variable y cuando ésta cause problemas al paciente, el tratamiento será quirúrgico por parte del otorrinolaringólogo.

Cuerpos extraños

Constituye una enfermedad esencialmente pediátrica y debe sospecharse sobre todo en rinorreas purulentas y fétidas en niños o personas con problemas mentales. En los adultos se debe hacer un diagnóstico diferencial principalmente con los tumores.

Tumores nasosinusales

Representan un 0,2% de los tumores malignos y el 3% de los de vía aereodigestiva superior, con una tasa de incidencia de aproximadamente un caso por 100.000 habitantes al año. Hay notables variaciones entre las diversas zonas geográficas, y son más frecuentes en Japón, África y Jamaica. Suelen tener una latencia prolongada y los síntomas iniciales son insidiosos. La unilateralidad de los signos y síntomas es clave. Son importantes para su diagnóstico clínico el dolor, la epistaxis franca o la rinorrea serosanguinolenta, la epistaxis de repetición sin punto hemorrágico aparente, la obstrucción nasal, las alteraciones de la motilidad ocular con la presencia de diplopía, la epífora y las alteraciones dentarias, ya sea en forma de dolor o de aparición reciente de movilidad de las piezas o engrosamiento de la encía. Las adenopatías son raras en este tipo de tumores. En la inspección por rinoscopia se aprecia una masa habitualmente unilateral o una destrucción amplia del septo nasal. Epidemiológicamente, se ha demostrado una asociación entre la exposición al polvo de la madera y el desarrollo de adenocarcinoma de senos paranasales.

Hipertrofia adenoidea

Esta enfermedad es mucho más frecuente en la infancia, pero también puede aparecer en la edad adulta. Además de cursar con obstrucción nasal bilateral, el paciente puede referir hipoacusia (por una otitis media serosa o por una otitis media crónica), rinolalia y ronquido. El tratamiento es siempre quirúrgico en los adultos, en los que previamente se habrá descartado alguna enfermedad tumoral. En los niños se realizará un tratamiento médico conservador (a base de aerosolterapia u observación) o quirúrgico, en función de la gravedad de la sintomatología y de la evolución de la enfermedad.

Bibliografía general

- Abelló P, Traserra J. Otorrinolaringología. Barcelona: Doyma; 1992.
- Bailey BJ, Calhoun KH. Head and neck surgery. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001.
- Gavilán Alonso C. Pregrado otorrinolaringología. Madrid: Luzán S.A.; 1989.
- Manual de urgencias en ORL Madrid. Departamento de ORL del Hospital Ramón y Cajal; 1999.
- Mullol i Miret J, Montserrat i Gili JR. Rinitis. Rinosinusitis. Poliposis nasal. Ponencia oficial de la SEORL y PCF, 2005.
- Nauman HH. Differential diagnosis in otorhinolaryngology. New York: Thieme; Medical Publishers, Inc.; 1993.
- Sancho E. Rinitis agudas y crónicas. Inespecíficas y específicas. En: Manual del Residente de ORL y patología cérvico facial. Madrid: Comité-Editorial GlaxoSmithKline; 2002.