



DEFINICION Y CLASIFICACION DE LA RINITIS

Dra. Celso Pérez Corral

Unidad de Alergia. Hospital de la Costa. Burela. Lugo

DEFINICIÓN DE RINITIS

La rinitis es la **inflamación de la mucosa nasal** que puede resultar de la acción de múltiples agentes, infecciosos (virus, bacterias...) o no infecciosos (medicamentos, alérgenos etc.).

Los síntomas de la rinitis son, **bloqueo o congestión nasal, obstrucción, secreción serosa** (más bien líquida) o seromucosa (más espesa) y **estornudos**.

En el caso de las **rinitis alérgicas** es característico el prurito o picor nasal y los estornudos en salvas (varios seguidos). También pueden asociarse síntomas oculares, como el picor de ojos, lagrimeo y enrojecimiento conjuntival.

CLASIFICACIÓN DE LAS RINITIS

RINITIS AGUDA: los síntomas duran pocos días.

b) **RINITIS INFECCIOSA**

Ocasionada por Virus.

Ocasionada por Bacterias

Rinitis por cuerpo extraño: introducido dentro de la nariz. Sobre todo en niños pequeños.

RINITIS CRÓNICA

A) **RINITIS ALÉRGICA:**

Estacional: solo afecta en una época del año. Por ejemplo la Rinitis por Pólenes.

Perenne: afecta todo el año. Por ejemplo la Rinitis por Acaros del polvo de casa.

B) **RINITIS NO INFECCIOSA Y NO ALÉRGICA:**

Rinitis eosinofílica no alérgica (con muchos eosinófilos en el moco nasal)

Rinitis medicamentosa (por abuso de descongestivos tópicos)

Rinitis inducida por drogas o hormonas (ej. rinitis del embarazo, anticonceptivos orales, hipotensores, psicofármacos, alcohol, cocaína, nicotina etc.)

Rinitis asociada a enfermedad sistémica (hipotiroidismo, acromegalia, diabetes mellitus, menopausia etc.)

Rinitis asociada a enfermedad inmunológica sistémica,

Rinitis Atrófica.

Rinitis Idiopática.

OTRAS:

Rinorrea por salida de líquido cefalorraquídeo

Neoplasias o tumores nasales

Traumatismos nasales

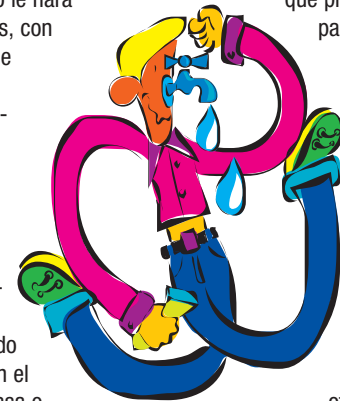


DIAGNOSTICO DE LA RINITIS ALERGICA:

Dr. Carlos González de la Cuesta

Unidad de Alergia. Hospital Santa María Madre. Orense

Lo más importante es una buena entrevista alergológica. Los síntomas típicos son estornudos, moco transparente y taponamiento nasal que pueden acompañarse de molestias oculares. El alergólogo le hará una serie de preguntas, con el fin de conocer desde cuando padece estas molestias, en que épocas del año tiene los síntomas y que es lo que las acentúa. Por ejemplo, los alérgicos a los ácaros tienen síntomas generalmente de taponamiento nasal, durante casi todo el año y empeoran con el manejo de polvo de casa o en casas antiguas y húmedas, en cambio, los alérgicos a polen de gramíneas presentan síntomas de moco profuso y molestias oculares, en primavera-verano, que se acentúan con las



salidas al campo. Es importante, conocer la gravedad de sus síntomas, con el fin de valorar la severidad de su enfermedad. Es distinto una persona que estornuda de vez en cuando que otra que precisa 2 paquetes de pañuelos de papel todos los días. Puede ser de ayuda que comente si algún medicamento le ha sido beneficioso, pues orientará al alergólogo a la hora de aliviar sus síntomas. Cada persona es diferente y un medicamento bueno para uno puede no ser tan bueno para otro.

Una vez encuadrado el problema, el personal de enfermería le realizará unas pruebas cutáneas, aplicando una gota de cada una de las sustancias que producen



alergia, en la cara anterior del brazo, pinchándola superficialmente con una lanceta, con el fin de confirmar la sospecha clínica. Son pruebas muy bien toleradas, incluso por niños muy pequeños.

Si se considera oportuno, con el fin de ampliar el estudio, su alergólogo le puede pedir un análisis de la IgE específica, que ayuda a conocer la cantidad de anticuerpos específicos que uno fabrica frente a los alérgenos más importantes causantes de su alergia nasal.



En casos especiales pueden realizarse pruebas de Provocación Nasal, con el alérgeno en la mucosa nasal, para objetivar la reacción que provoca, la cual se puede observar de forma objetiva o mas adecuadamente por Rinomanometría.

Es muy importante realizar un diagnóstico cuidadoso para poder instaurar el tratamiento correcto y adecuado.



ALERGENOS. RINITIS. ASMA

Dr. Ramon González Vazquez

Unidad de Alergia. Hospital Xeral Cies. Vigo



La relación entre la rinitis y el asma es lógica, si consideramos la rinitis como una inflamación de la primera parte del tubo respiratorio y el asma como una inflamación de la parte terminal del mismo tubo. Diferentes estudios realizados en diversos centros internacionales han coincidido que más del 70 % de los niños con rinitis alérgicas desarrollaban en un tiempo inferior a 20 años, cuadros de asma bronquial. Si es lógico intentar el tratamiento de la rinitis atacando, no solamente la sintomatología, sino la causa, por las molestias que ocasiona la rinitis, con mayor razón se debe hacer tratamiento causal pensando en la enorme posibilidad de que se transforme en una enfermedad sistémica y que el paciente desarrolle un proceso de la importancia del asma bronquial. No podemos olvidar que el asma es la primera causa de absentismo laboral y escolar y la segunda causa de ingresos hospitalarios en niños. En EE.UU. el pasado año el coste del tratamiento para combatir el asma alérgico se cifró en un billón de pesetas.



Los alérgenos causantes de la rinitis alérgicas son, en su gran mayoría, de origen inhalatorio. En primer lugar, los ácaros del polvo que representan la causa más frecuente en España. La exposición continua a animales domésticos y esporas de hongos, pueden provocar los síntomas de la rinitis durante todo el año, que se presenta con más intensidad en el interior de las viviendas y, con frecuencia, empeorando en invierno.

Los síntomas secundarios a la presencia de animales domésticos tiene su causa en la reacción alérgica frente a restos secos de la piel, residuos de orina y saliva, que se extienden fácilmente por toda la casa. Las almohadas, alfombras, colchones, sofás y muñecos de peluche son almacenes de polvo, ácaros y hongos, cuyo desarrollo se ve favorecido por la humedad. Las plantas domésticas, los papeles, libros, estimulan el crecimiento de los hongos.

En zonas menos húmedas la causa principal son los pólenes, sobre todo de



gramíneas, seguido por el polen de la parietaria, del olivo y del plantago. En Galicia el polen de Abedul produce también a menudo sensibilizaciones, que se observan con frecuencia en pacientes que emigraron a centroeuropa y vemos ahora en nuestras consultas. Las concentraciones de polen de pino son muy importantes pero producen escasas sensibilizaciones.

Son excepcionales las rinitis alérgicas causadas por alérgenos no inhalados, pero se han descrito casos por alimentos o medicamentos.

¿POR QUE APARECE UNA RINITIS ALERGICA?

Dr. Francisco Carballada González

Unidad de Alergia. Hospital Xeral-Calde. Lugo

La reacción Alérgica tipo I o mediada por anticuerpos IgE es la base de la rinitis y de todas las enfermedades alérgicas por sensibilización a aeroalérgenos (ácaros, pólenes, epitelios...).

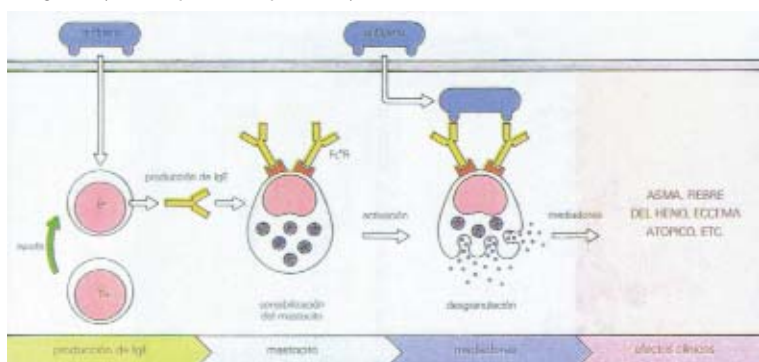
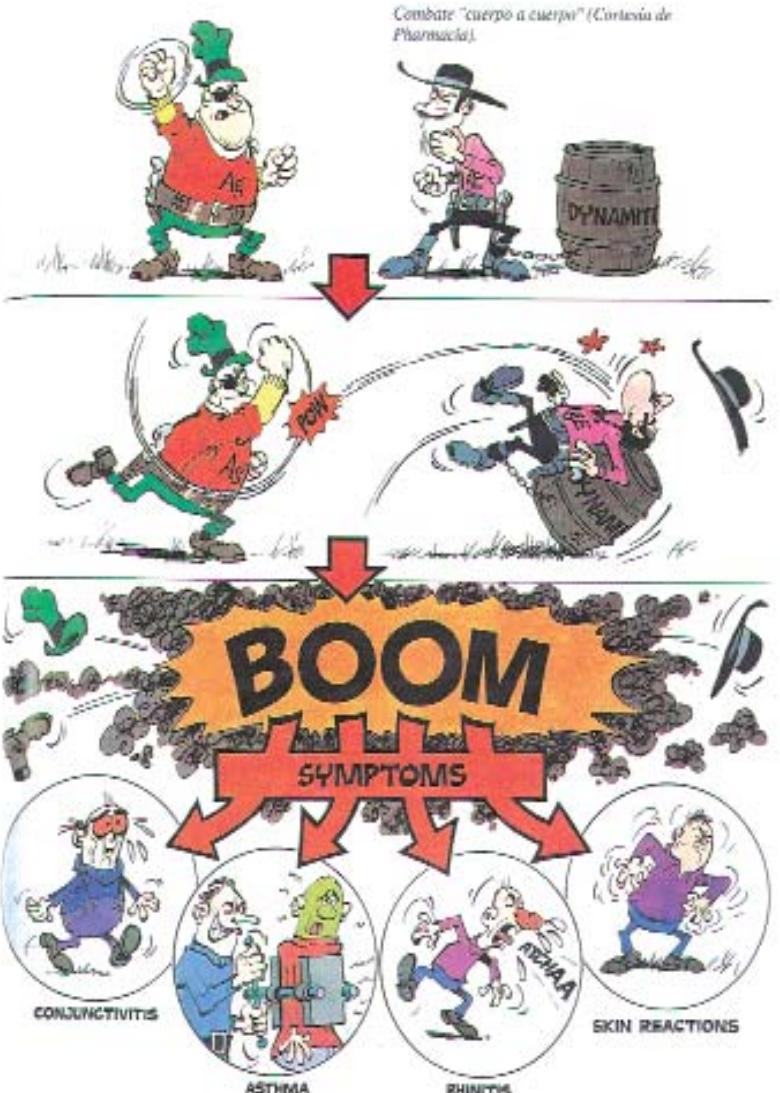
cambios climáticos y en los hábitos de vida, disminución de la duración de la lactancia materna...

se va a producir la unión de éste con su IgE específica, produciéndose cambios en el mastocito que dan lugar a la liberación de los contenidos de esta célula. En la figura 2 se explica este proceso de una forma más gráfica: el "bueno de la película" representa a la IgE unido por un grillete al barril de dinamita (representa al mastocito); cuando el "malo" (alérgeno) contacta con el "bueno" (IgE) se inicia un proceso que conlleva la respuesta exagerada al maleante.

La consecuencia de este proceso es la liberación de unas sustancias llamadas mediadores unos preformados en el mastocito y otros formados de nuevo: histamina, heparina, triptasa, factores quimiotácticos y activadores, leucotrienos, prostaglandinas...

La acción de estas sustancias justifica los síntomas de la rinitis alérgica: estornudos, picor, hidrorrea ("secreción nasal acuosa"), obstrucción nasal...

El estudio de esta reacción alérgica y la investigación de las sustancias implicadas es básico para que en el futuro dispongamos de tratamientos cada vez más eficaces y seguros.



El sistema inmunológico produce una respuesta exagerada y desproporcionada contra una serie de sustancias que son inofensivas para la mayoría de la población. En la actualidad se sabe que existe una base hereditaria en el desarrollo de estas enfermedades alérgicas, sin embargo se consideran de especial importancia la influencia de factores ambientales y socioculturales como la contaminación, el tabaquismo, el aumento de animales de compañía,

Como vemos en la figura 1 en exposiciones iniciales a determinados antígenos (alérgenos: "sustancia inductora de la reacción alérgica en personas predispuestas"), se va a producir la captación y el análisis del mismo por células del sistema inmunológico, obteniendo como resultado la producción de IgE específica contra ese antígeno, que se va a situar en la membrana de determinadas células, fundamentalmente los mastocitos. En posteriores contactos con el antígeno,



EXPLORACIÓN FÍSICA DE LAS FOSAS NASALES

Dra. Pilar Briarte Sotres

Unidad de Alergia. Hospital Arquitecto Marcide. Ferrol.

Comienza con la inspección y palpación de la parte externa de la nariz, permite descubrir: desviaciones del tabique, lesiones cutáneas, existencia de puntos dolorosos.....

A muchos niños con rinitis de larga evolución se les puede reconocer por sus características faciales y gesticulaciones. Con frecuencia observamos edema y una coloración oscura bajo los párpados inferiores, las denominadas "ojeras alérgicas". Cuando la obstrucción nasal es severa podemos observar que el paciente tiene siempre la boca abierta, lo que en niños va a determinar la facies adenoidea pudiendo ocasionar también un arco palatino muy pronunciado y maloclusión dentaria. Debido al prurito nasal se tiende a frotar la nariz en sentido ascendente "saludo alérgico", con lo que se produce un pliegue transversal en el tercio inferior de la nariz (figura 1).

Para la exploración de la mucosa nasal se requiere un espéculo con una fuente lumínica adecuada (figura 2), se inserta en el vestibulo nasal se abre suavemente y observamos: la posición del septo nasal, estado de la mucosa, aspecto color etc., presencia de secreciones, existencia de pólipos (figura 3), hipertrofia de cornetes. Se puede aprovechar esta maniobra exploratoria y recoger una muestra de las secreciones, para estudiar la citología nasal.



TRATAMIENTO DE LA RINITIS ALERGICA

Dr. Fernando Filgueira Iglesias

Unidad de Alergia. Hospital Provincial. Pontevedra

Conocer la causa de la rinitis es imprescindible para plantearnos su correcto tratamiento ya que muchas veces evitar esta causa es suficiente para solucionar el problema, valgan como ejemplos las provocadas por medicamentos o las de causa anatómica (desviación de tabique, tumores...).

También en el caso de las rinitis alérgicas evitar los alérgenos desencadenantes sería el tratamiento ideal pero aunque pueda resultar algo fácil de entender no siempre es posible: deshacerse de un animal querido o cambiar de trabajo para no estar expuesto, por ejemplo los panaderos a las harinas, es difícil de llevar a cabo. En cualquier caso, en las rinitis alérgicas de cualquier causa las medidas de control ambiental para disminuir en lo posible la exposición son importantes para reducir los síntomas: casa seca, pocas alfombras, fundas barrera para los colchones... en las rinitis por ácaros; dormir con las ventanas cerradas, usar gafas de sol... en las rinitis por polen, etc.

En todos los casos de rinitis, alérgicas o no, evitar la exposición a irritantes inespecíficos (polución, ambientes cargados de humos o polvillo, tabaco...) ayudará a su mejoría.

Superadas las medidas de evitación y de control ambiental podemos echar mano de diferentes medicamentos para aliviar los síntomas nasales:

1. Existen fármacos que aplicados directamente sobre la mucosa nasal tienen como misión prevenir la aparición de la inflamación, como por ejemplo las cromonas (cromoglicato sódico, nedocromil) que pueden ser útiles en el caso de rinitis alérgicas leve-moderadas o estacionales, aunque los antiinflamatorios por excelencia son los corticoides (beclometasona, budesonida, fluticasona, mometasona, triancinolona) que resultan los más útiles para controlar la obstrucción nasal cuando los síntomas son persistentes o más severos, tanto en rinitis alérgicas como no alérgicas. Raras veces pueden ser necesarios los corticoides por vía oral para tratar las rinitis (rinitis muy severas casi siempre por la presencia de pólipos). El empleo de cualquiera de estos medicamentos no supondrá un efecto inmediato sobre los síntomas, es necesario que pasen de días a semanas (en el caso de las cromonas) para notar alivio, por lo que es imprescindible su uso continuado, no sirve de nada usarlos a demanda. Las cromonas apenas tienen efectos secundarios; los corticoides pueden producir sangrado en algunos casos por vía tópica.

En ocasiones es necesario tratamiento quirúrgico, en algunos casos para corregir definitivamente la rinitis como las provocadas por desviación de tabique o tumores, otras para ayudar a disminuir los síntomas como en el caso de los pólipos nasales y la hipertrofia de los cornetes que no responden a tratamiento con corticoides. Cuando se demuestra infección (rinitis bacteriana, sinusitis...) es necesario el empleo de antibióticos. En los casos de rinitis secundaria a alteraciones hormonales (hipotiroidismo, acromegalia...) debe tratarse además la enfermedad de base.

El propio Médico de Familia haciendo una evaluación inicial del problema podrá derivar al paciente al especialista que corresponda en cada caso si lo considera oportuno.

namiento. Pueden por lo tanto ser usados a demanda, es decir sólo en el momento en que aparezcan los síntomas, aunque quizá resulten más eficaces si se administran también de forma continuada. Mucho más efectivos en los casos de rinitis de causa alérgica, menos en las denominadas intrínsecas y prácticamente nulos en las vasomotoras. Apenas descritos efectos secundarios importantes con los empleados en la actualidad.

3. Muchas veces puede ser útil el empleo de vasoconstrictores junto con alguno de los anteriores como tratamiento a corto plazo del taponamiento nasal cuando es muy intenso. Muy extendido su uso, quizá de forma abusiva pueden tener efectos secundarios importantes.

4. El bromuro de ipratropio por vía tópica es especialmente útil en el control de la hidrorrea en aquellas rinitis en que esta es la molestia principal como es el caso de las llamadas rinitis vasomotoras. No se han descrito efectos adversos a largo plazo.

En las rinitis alérgicas provocadas por ácaros o polen puede resultar muy efectivo el empleo de la Inmunoterapia específica (vacunas), que consiste en la administración del propio alérgeno en dosis crecientes y durante periodos largos de tiempo; su uso está indicado en aquellos casos en que los síntomas son muy intensos, de difícil manejo con los tratamientos farmacológicos citados, cuando son muy persistentes o si existe asociada asma. Es el único tratamiento dirigido a manipular la respuesta inmunológica frente al alérgeno responsable con el fin de evitar el desarrollo de la reacción inflamatoria secundaria. No es un tratamiento exento de riesgos por lo que siempre deberá ser prescrito por un Alergólogo y administrado de forma correcta en un centro dotado para la asistencia a posibles reacciones.

En ocasiones es necesario tratamiento quirúrgico, en algunos casos para corregir definitivamente la rinitis como las provocadas por desviación de tabique o tumores, otras para ayudar a disminuir los síntomas como en el caso de los pólipos nasales y la hipertrofia de los cornetes que no responden a tratamiento con corticoides. Cuando se demuestra infección (rinitis bacteriana, sinusitis...) es necesario el empleo de antibióticos. En los casos de rinitis secundaria a alteraciones hormonales (hipotiroidismo, acromegalia...) debe tratarse además la enfermedad de base.

El propio Médico de Familia haciendo una evaluación inicial del problema podrá derivar al paciente al especialista que corresponda en cada caso si lo considera oportuno.

BATALLA DE FLORES



En las Fiestas de La Coruña de este año, en La Semana Grande de Agosto, ha participado ASGA por primera vez, con una carroza, en la Batalla de Flores. Varios niños asmáticos de nuestra Asociación disfrutaron de ese día y pusieron ese toque de participación de ASGA en la vida social de nuestra ciudad.

SYMPOSIUM DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ALERGOLOGIA E INMUNOLOGIA CLINICA

Del 7 al 12 de Octubre se celebró en La Coruña el Symposium de la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica, además del 50 Aniversario de dicha Sociedad.



Allergy Associations) con el tema "Médico y Paciente: ¿paciencia crónica o cooperación equivalente?"
Dr. J.Mª Cortada Macías Alergólogo, representante de la Fundación de la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica, con el tema "Fundación de la SEAIC"

ASGA estuvo presente en este acontecimiento. El día 9 se presentó la Mesa Redonda "Educación del paciente asmático: asociaciones y grupos de apoyo" Como moderadora actuó la Dra. Mª Angeles Rico Díaz, Alergóloga de la Unidad de Alérgia del Complejo Hospitalario Juan Canalejo. Como ponentes:

Sra. Mariadelaide Franchi. Presidente de FEDERASMA de Italia, con el tema "Red Europea y redes nacionales de asociaciones de pacientes asmáticos"
Dra. Edith M.A. L. Rameckers de Holanda, Conference Organiser de EFA (European Federation of Asthma and

Buzón de sugerencias

No te cortes, cuéntanos lo que está bien, lo que está mal, lo que deseas. Estamos abiertos a todas tus propuestas.
Escribenos a: (ASGA) Alcalde Abella, 24 - Bajo (15002 La Coruña)

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

Si usted desea pertenecer a la Asociación Gallega de Asmáticos y Alérgicos, rellene este boletín y envíelo a: (ASGA) Alcalde Abella, 24 - Bajo - 15002 La Coruña. Tel. 981 228 008

Nombre y apellidos: _____
 Dirección: _____
 Población: _____ C.P./provincia: _____
 Teléfono: _____ Fecha: _____



boletín patrocinado por:



C diccionario

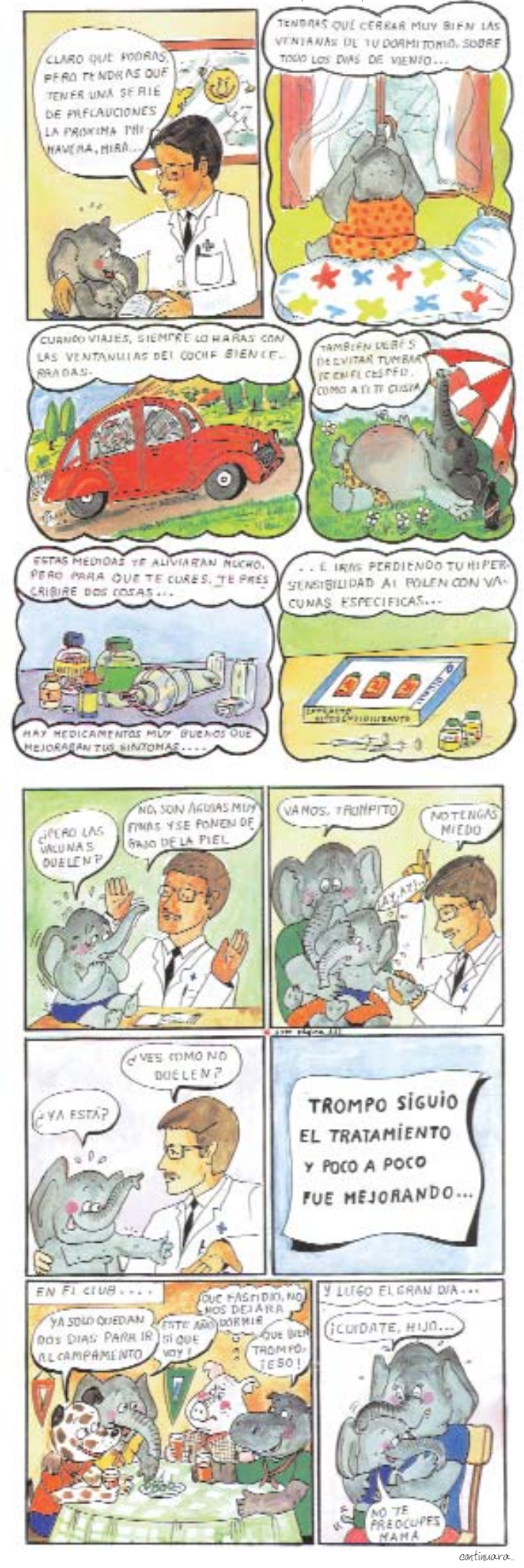
Conjuntiva: Membrana que tapiza los párpados (conjuntiva tarsal) y la porción anterior del globo ocular (conjuntiva bulbar).
Conjuntivitis: Inflamación de la conjuntiva. Se manifiesta como ojo rojo, lagrimeo, picor o escozor ocular, a veces con secreción purulenta, así como sensación de arenilla y poca tolerancia a la luz (fotofobia). Puede ser alérgica, generalmente bilateral y acompañada de otros síntomas de alergia como rinitis o asma, o no alérgica, especialmente la infecciosa. Una forma grave de conjuntivitis alérgica es la llamada *Conjuntivitis Vernal* donde la conjuntiva se llena de papilas.
Corticosteroides: Fármacos anti-inflamatorios de estructura similar a los esteroides producidos la glándula suprarrenal.

Son fármacos de primera línea para el tratamiento de mantenimiento de los procesos alérgicos, especialmente los de administración local inhalada para el asma o la rinitis. Son muy seguros cuando se administran por vía local, aunque si se administran por vía general (oral, intravenosa, etc.) pueden tener efectos secundarios importantes, especialmente por administración continuada (ver más adelante).
Cromoglicato disódico: Fármaco anti-inflamatorio de potencia más débil que los corticoides, que se utilizan como tratamiento de mantenimiento en procesos alérgicos de vías aéreas o conjuntivas, con menores efectos secundarios que estos. Especialmente indicados en niños. (Pertenece al grupo de las *Cromonas*, junto con el *Nedocromil*.)

Crustáceos: Clase de animales artrópodos que comprenden las langostas, gambas, cigalas, centollos, cangrejos, nécoras, etc. Son la principal causa de *Alergia Alimentaria* en la comunidad gallega.
Cucaracha: Nombre común de insectos de la familia de blátidos, responsables de alergia respiratoria especialmente en zonas de interior (clima continental), preferentemente en zonas urbanas poco desarrolladas.
Curshmann espirales de: Fibrillas de mucina arrolladas que se encuentran algunas veces en los esputos de asma bronquial.

Cushing: Síndrome o enfermedad consecuencia de exceso de corticoides. Cursa con obesidad en el tronco, cara de luna llena, debilidad muscular, hipertensión arterial, diabetes y osteoporosis. Se produce cuando se administran altas dosis de corticoides por vía general, tras administración continuada. Es excepcional que se produzca cuando se utilizan corticoides inhalados.

TROMPO, el elefante asmático. Dra. Alicia Araveniza 1998 publicado por laboratorios Beecham.



aire nuevo

BOLETÍN DE LA ASOCIACIÓN GALLEGA DE ASMÁTICOS Y ALÉRGICOS. ASGA

EL ASMÁTICO Y EL ALÉRGICO SON PERSONAS "ESPECIALES", QUE NECESITAN UNA "ESPECIAL" DEDICACION, PARA DEJAR DE SER TAN "ESPECIALES"



Han pasado trece años desde que en el año 1986, surgió la idea de crear una Asociación de Asmáticos y Alérgicos en nuestra Comunidad. Desde el primer momento se trabajó con el fin de mejorar calidad de vida de los pacientes asmáticos y alérgicos e inmersa en este esfuerzo nació ASGA

Salvadas las dificultades iniciales, se han consolidado las bases necesarias para que se pueda tomar el relevo y seguir trabajando en un PROYECTO DE TODOS.

Es en este momento en que toma cuerpo la idea de un relevo, que no renovación, de la anterior Junta Directiva. Así, se presenta esta nueva andadura encabezada por pacientes o familiares de los mismos:

- Presidenta: D^a Isabel Otero Cerveró, Licenciada en Educación Física.
- Vicepresidenta: D^a Covadonga Lemos García, A.T.S.
- Secretaria: D^a Marta E. Almanza Lista, Encargada de una Admón. de Loterías
- Tesorero: D. Pablo Fernández Díaz, Estudiante de Económicas.
- Vocales: D^a Esther Ojea Herrero, A.T.S.
- D. Francisco Javier Ramos Babío, Peluquero
- D. Juan Carlos Fraga Siso, Profesor
- D^a Ana Cadavieco Gómez, Profesora de inglés
- D^a Mercedes Castro Seoane, Auxiliar T.S.
- Dirección Médica: Dr. Manuel Ferreiro Arias (Alergólogo), Sociedad Gallega de Alergia e Inmunología Clínica.

Esto quiere decir que no pensamos realizar un proyecto cerrado, sino un proyecto totalmente abierto a la participación y a la aportación de nuevas ideas que en el año 1986, surgió la idea de crear una Asociación de Asmáticos y Alérgicos en nuestra Comunidad. Desde el primer momento se trabajó con el fin de mejorar calidad de vida de los pacientes asmáticos y alérgicos e inmersa en este esfuerzo nació ASGA

El principal objetivo que nos planteamos a corto plazo es recuperar el papel de la Asociación como punto de encuentro entre personas relacionadas con el asma y la alergia, pero esto no se podrá llevar a cabo si no participamos todos y cada uno de nosotros en la Asociación, para poder entendernos por toda Galicia, crear una fuerte red, con grupos bien definidos en cada zona o ciudad, que trabajen con el mismo fin en el seno de un proyecto común.

Además de las actividades actuales que lleva organizando esta Asociación (Ciclo de conferencias, Congresos nacionales e internacionales, Campamento de verano, Educación del paciente asmático, Organización del Día del Asma, Seminarios, etc.) añadiremos otras que abarcarán todos los gustos, que nos integren en la vida de nuestra ciudad y que esperemos que sean del agrado de todos vosotros:

- Participación en la Batalla de Flores de Agosto con una carroza.
- Participación en el Campeonato de Mus Ciudad de La Coruña
- Presentar el próximo año una Meiga Mayor que represente a la Asociación en las Hogueras de San Juan.
- Creación de una Exposición en la que ASGA se presente al público en general.
- Formación de una Coral con la participación de los socios.
- Fomentar la actividad deportiva más beneficiosa para el asmático: la natación en piscina climatizada, senderismo, excursiones etc.

- Creación de un Grupo de Voluntarios especializados que colaboren con nosotros en los Días Mundial y Nacional del Asma.
- Intercambios con otras Asociaciones con los mismos fines y objetivos en todo el mundo.

Esto parece un proyecto cerrado, pero se ha creado un Buzón de Sugerencias, donde podréis dirigir todas vuestras inquietudes, dudas o mejoras sobre el funcionamiento de la Asociación, que seguro que harán que todas estas propuestas se enriquezcan y crezcan en cantidad y en calidad.

Sin ánimo de resultar pesados, ni forzar una participación si no se desea, os recordamos que para llevar a cabo todos estos proyectos necesitamos vuestra colaboración y participación.



sumario
 INVIERNO 1999/2000
ESPECIAL RINITIS
 ANATOMIA Y FISILOGIA DE LAS FOSAS NASALES
 DEFINICION Y CLASIFICACION DE LA RINITIS
 TRATAMIENTO DE LA RINITIS ALERGICA
 ¿POR QUE APARECE UNA RINITIS ALERGICA?
 EXPLORACIÓN FÍSICA DE LAS FOSAS NASALES
 ALERGENOS. RINITIS. ASMA
 DIAGNOSTICO DE LA RINITIS ALERGICA
 NOTICIAS
 TROMPO el elefante asmático
 Depósito Legal: C - 606 -1999

ANATOMIA Y FISILOGIA DE LAS FOSAS NASALES
 Dra. CARMEN LIDAL PAN
 Unidad de Alergia. Hospital Provincial de Conxo. Santiago de Compostela.

La nariz es la parte más externa del aparato respiratorio. A pesar de lo que pueda parecer, no es un simple sistema de conducción de aire si no que realiza importantes funciones: filtra el aire que entra del exterior, lo acondiciona (aportando gran parte de la humedad y temperatura que precisa) y, por supuesto, nos permite desarrollar el sentido del olfato.

Desde el punto de vista anatómico, está formada por dos corredores separados ente sí por un tabique central: el *tabique nasal*. La apertura anterior que se ve al mirar a la cara de un individuo se llama *narina*, y por ella penetra el aire. El aire se desliza por el interior de la nariz hasta alcanzar un orificio posterior, *coanas*, por el que llega a las porciones más bajas del aparato respiratorio.

La parte más externa de la nariz la conocemos como *vestíbulo nasal* y es fácilmente reconocible por la presencia de pelos gruesos y cortos que llamamos *vibras* (Figura 1). Estas *vibras*, a pesar de ser antiestéticas, ejercen una importante función de filtro, deteniendo las partículas más grandes que transporta el aire que inspiramos. Las partículas de menor tamaño que se escapan a la acción limpiadora de las *vibras* son eliminadas, después, por una capa de moco que se está produciendo siempre por la mucosa nasal y que, de una forma constante, es arrastrada hacia la nasofaringe.

Por la parte de dentro de las paredes externas de la nariz están los *cornetes*. Los *cornetes* son unos repliegues óseos en forma de concha que están recubiertos, como todo el interior de la nariz, de una capa mucosa. Tenemos tres *cornetes*: inferior, medio y superior. Cuando el aire entra en la nariz tropieza con estos cornetes y se produce un remolino que permite que ese aire permanezca durante más tiempo en contacto con la mucosa. Esta capa mucosa es muy rica en vasos sanguíneos que le transmiten calor y humedad al aire, haciéndolo más apropiado para su paso a los pulmones.

Un hecho curioso es que, a pesar de existir dos fosas nasales por las que puede pasar el aire, en realidad, éste solo pasa por una, y la otra queda en reposo, intercambiándose alternativamente. A este fenómeno se le llama *ciclo nasal* y tiene gran importancia para el correcto funcionamiento de la nariz. Lo explicaremos con un ejemplo: cuando una persona tiene una desviación de tabique, la fosa nasal más estrecha no deja que pase el aire de forma adecuada y la otra fosa tiene que trabajar continuamente sin el descanso que le correspondería por el citado *ciclo*. De esa forma, no es de extrañar, que la fosa que, en principio funcionaba bien, deje de hacerlo pues la sobrecarga de trabajo que le supone termina por hipertrofiar (agrandar) la mucosa de ese lado, cerrando el paso.

Por ultimo, destacar que la función olfativa es debida a una serie de terminaciones nerviosas muy selectivas, situadas en la pared superior (techo) de la cavidad nasal. Cuando el aire no puede llegar a esta zona (porque la mucosa está inflamada o tiene pólipos, por ejemplo), no se perciben los olores y decimos que se tiene *anosmia* (falta de olfato).

