

Poliposis nasal

Fecha de la última revisión: **06/03/2018**

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cómo se diagnostican?](#)
3. [¿Cómo se tratan?](#)
4. [Cuándo derivar y algoritmo de manejo](#)
5. [Bibliografía](#)
6. [Más en la red](#)
7. [Autores](#)

¿De qué hablamos?

La poliposis nasosinusal se define como una enfermedad inflamatoria crónica y recidivante localizada en fosas nasales y senos paranasales de etiología desconocida. Se considera un subgrupo dentro de la rinosinusitis crónica, en el que la presencia de los pólipos es la expresión de una mayor reacción inflamatoria en comparación con la sinusitis crónica sin pólipos. Solo el 20% de los pacientes con rinosinusitis crónica desarrolla pólipos nasales. Se describen como masas grisáceas, constituidas por tejido inflamatorio, que ocupan ambas fosas nasales y los senos paranasales (Fokkens W, 2007).

Su prevalencia se estima entre el 2,1-4,3% en la población general. Son más frecuentes en varones y en pacientes de edad avanzada, donde llegan a presentarse en el 5% de los pacientes de más de 60 años y en algún estudio se ha observado asociación con la obesidad. Es poco frecuente en pacientes de menos de 20 años, salvo en niños con fibrosis quística (Fokkens W, 2007; Ahn JC, 2016).

Los pacientes con poliposis nasal presentan pruebas alérgicas positivas en un porcentaje similar al de la población normal. Sin embargo, son más frecuentes en pacientes con rinitis alérgica fúngica, asma (prevalencia del 7-15%), sensibilidad a la aspirina (prevalencia del 36-60%), bronquiectasias (prevalencia del 25%), fibrosis quística y síndrome de Churg-Strauss. Aquellos con intolerancia o sensibilidad a la aspirina se describen como un subgrupo especial dentro de los pacientes que presentan asma y pólipos nasales y su presencia se asocia con mayor gravedad de los síntomas respiratorios y una peor respuesta al tratamiento. No existe evidencia de una mayor prevalencia en relación con la polución ambiental (Fokkens W, 2007; Guilemany JM, 2009; Tan BK, 2013; Rajan JP, 2015).

¿Cómo se diagnostican?

El síntoma principal es la obstrucción nasal que se acompaña de rinorrea, goteo post-nasal e hiposmia, en ocasiones anosmia y, con menos frecuencia, estornudos y epistaxis. Pueden coexistir sin manifestaciones clínicas durante años, aunque lo habitual es que se encuentren en el contexto de una rinosinusitis crónica. En casos extremos, especialmente en niños, si las cavidades de las fosas nasales y los senos paranasales se distienden de forma extrema, puede llegar a producir hipertelorismo. En ocasiones se acompañan de una infección bacteriana secundaria cuando se produce el bloqueo del ostium sinusal. Si se presentan de forma solo unilateral debe hacernos pensar en patología maligna (Fokkens W, 2007).

Tras la sospecha clínica, la confirmación se realiza mediante rinoscopia. Los pólipos grandes pueden ser visualizados en la rinoscopia anterior como una masa no dolorosa, de color grisáceo (figuras 1 y 2). No debemos confundirlos con el cornete inferior, el cual carece de movilidad y de la característica coloración gris amarillenta. Lo habitual es que haya que realizar una endoscopia nasal que puede ser con endoscopios rígidos o flexibles para confirmar su presencia. Para su diagnóstico no se precisa ninguna otra prueba especial. Cuando se presentan en niños debe solicitarse la prueba de cloro en sudor para descartar la presencia de fibrosis quística (Rosenfeld RM, 2015).



Figura 1. Poliposis nasal.

Masa grisácea en un paciente asmático que corresponde a recidiva de poliposis nasal por rinosinusitis crónica alérgica visible sin rinoscopia.

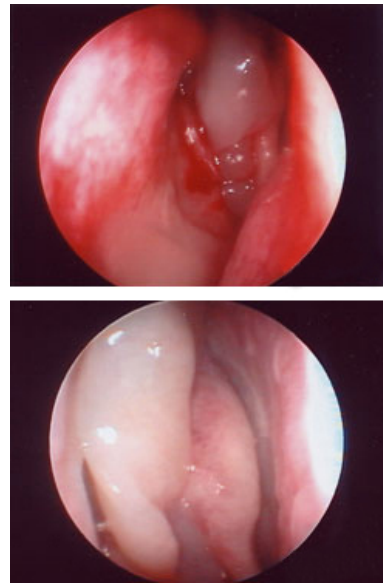


Figura 2. Poliposis nasal.

Masa grisácea visible mediante rinoscopia que corresponde a poliposis nasal.

¿Cómo se tratan?

Los objetivos del tratamiento son el control de los síntomas y la disminución de recurrencias. En general, se considera que el tratamiento se resume en un abordaje sándwich ya que se debe acompañar siempre de un inicio médico seguido de cirugía en caso de fracaso y de nuevo tratamiento médico para evitar recurrencias.

Tratamiento médico

Es el primer paso en el tratamiento (Rudmik L, 2015).

Corticoides nasales: existen estudios con **beclometasona** (400 ug/día), **budesonida** (400 ug/día), **fluticasona** (400 y 800 ug/día) y **mometasona** (200 ug/día) tanto en su presentación de spray nasal como en gotas que demuestran la eficacia frente a pólipos nasales de pequeño o mediano tamaño (Fokkens W, 2007; Rosenfeld RM, 2015). No se puede sugerir que una presentación en gotas nasales sea superior a la de spray ni de una administración en aerosol (Chong LY, 2016). Se recomienda la terapia de mantenimiento a largo plazo por un tiempo no definido, con **fluticasona** o **mometasona** debido a la elevada tasa de recurrencia de esta patología. Se ha descrito que además de la reducción del tamaño de los pólipos con el uso prolongado después de la cirugía se reduce la recurrencia a largo plazo (Fandiño M, 2013; Kalish L, 2012; Rudmik L, 2013; Rosenfeld RM, 2015).

La posición más adecuada para la instilación de las gotas nasales en el caso de pólipos se muestra en la figura 3. Los corticoides tópicos pueden provocar epistaxis o, paradójicamente, disminución de los sangrados nasales. Es excepcional la perforación del septo nasal. A nivel sistémico los efectos se correlacionan con su biodisponibilidad y, en casos aislados, producen trastornos oculares, retraso del crecimiento en niños, disminución de la masa ósea y alteración del eje hipotálamo-hipofisario (Fokkens W, 2007; Rosenfeld RM, 2015).

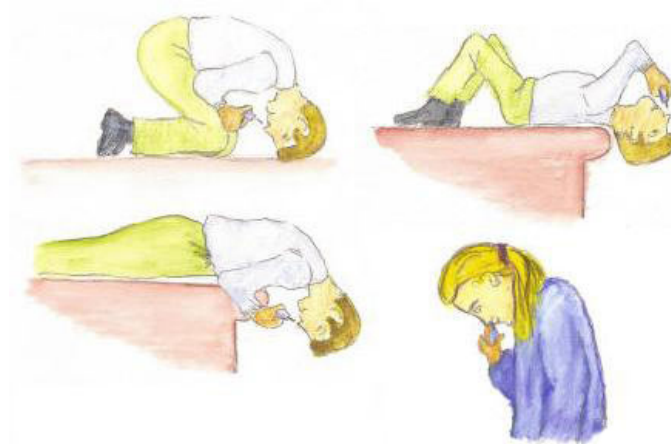


Figura 3. Instilación de gotas nasales y nebulizador.

Posiciones correctas.

Corticoides orales: en pacientes con poliposis nasal grave, es decir, con ocupación completa de ambas fosas nasales, se recomienda el uso de cursos breves de esteroides orales, en los que después de 2 a 3 semanas de tratamiento oral consiguen una mejoría clínica significativa (Head K, 2016). Se ha descrito que la asociación de esteroides orales con antibióticos sistémicos no consigue mejoría en la calidad de vida pero reduce el tamaño de los pólipos para poder continuar con la presentación en gotas o spray nasal durante varias semanas (Poetker DM, 2013). Teniendo en cuenta los efectos sistémicos del uso a largo plazo de los corticoides orales, se propone el uso de la mínima dosis eficaz durante el menor tiempo posible para su control clínico (Fokkens W, 2007). Se ha demostrado la efectividad de este tipo de tratamiento utilizando 25 mg/día de **prednisolona** oral durante 2 semanas seguido de **fluticasona** en gotas nasales (400 microgramos/12 horas) durante 8 semanas y finalizando con fluticasona en spray nasal (200 microgramos/12 horas) durante 18 semanas (Vaidyanathan S, 2011; Rosenfeld RM, 2015).

Otros fármacos:

- Descongestionantes nasales: pueden mejorar la congestión, pero no tienen efecto sobre el tamaño de los pólipos (Johansson L, 2006; Fokkens W, 2007).
- Mucolíticos: no existen ensayos clínicos realizados con estos fármacos para esta patología (Fokkens W, 2007).
- Antihistamínicos: pueden mejorar la congestión nasal y la rinorrea en el periodo postoperatorio, pero no tienen efecto sobre el tamaño de los pólipos antes de procederse a su extirpación quirúrgica (Fokkens W, 2007).
- Irrigaciones nasales con solución salina hipertónica y volúmenes de al menos 150 ml al día pueden conseguir leves mejorías clínicas. Se han descrito mejores resultados cuando se acompañan con corticoides tópicos nasales (Rudmik L, 2016; Rosenfeld RM, 2015).
- Antileucotrienos: existen algunos ensayos clínicos empleando **montelukast** en los que se demuestra que no hay diferencias usando solo corticoides tópicos nasales (Wilson KF, 2014).
- Terapia anti-IgE: anticuerpos anti-IgE (omalizumab 0,016 mg/Kg vía i.v. semanal) ha mostrado mejoría del tamaño de los pólipos y de los síntomas cuando la poliposis se acompaña de asma con IgE sérica elevada.
- Terapia con anti-IL5: también ha mostrado que puede reducir el tamaño de los pólipos en pacientes que presentan recurrencias o persistencia de la enfermedad pero se necesitan más estudios para su recomendación (Gevaert P, 2013; Bachert C, 2015; Rivero A, 2017).

Tratamiento quirúrgico

Mediante el uso de cirugía endoscópica funcional, el objetivo es la extirpación del tejido polipoideo, pero no controla los síntomas de la rinitis que es la base inflamatoria de la enfermedad. Está indicado si el tratamiento médico no es efectivo (Fokkens W, 2007). No está indicada la polipectomía y la etmoidectomía intranasal sin control endoscópico, aunque han sido técnicas utilizadas con frecuencia, en la actualidad se emplea la cirugía endoscópica nasosinusal o CENS (Dalziel K, 2003; Fokkens W, 2007).

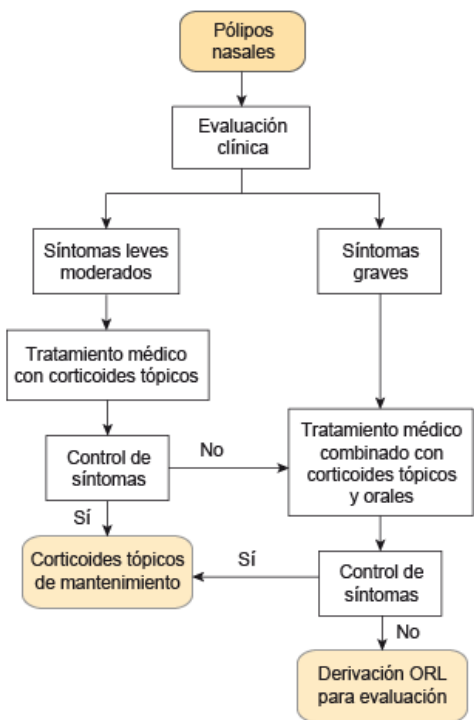
La incidencia de complicaciones con CENS es baja: 0,4-3,6%, y tienen relación con sangrados locales, sinequias, hiposmia o anosmia e incluso infecciones que pueden extenderse a nivel intracraneal. El riesgo de complicaciones es mayor si el tamaño de los pólipos es grande, si se trata de una segunda intervención (cirugía endoscópica o si el paciente ha sido sometido a un Caldwell-Luc previo), si hay sangrado abundante durante la intervención y la experiencia del cirujano ya que existe una curva de aprendizaje (Fokkens W, 2007; Sharma R, 2014; Rosenfeld RM, 2015).

Aproximadamente un 10% de pacientes responden mal al tratamiento quirúrgico a pesar de utilizar tratamiento médico concomitante, por lo que es preciso una reintervención más extensa. Los esteroides tópicos han demostrado ser eficaces para evitar la recaída (Rudmik L, 2016). La tasa de éxito de esta segunda cirugía se estima entre el 50-70% y en ella la posibilidad de complicaciones se incrementa al 7%. Son factores predictores de una segunda intervención: el gran tamaño de los pólipos, la tríada ASA o enfermedad de Widal (asma, sinusitis crónica por pólipos nasales e intolerancia a la aspirina) y la presencia de fibrosis quística (Fokkens W, 2007; Rosenfeld RM, 2015).

Existe algún ensayo clínico que demuestra que el uso de capsaicina intranasal y **furosemida** en aplicaciones puede prevenir la recurrencia de pólipos tras la primera intervención aunque no existe suficiente evidencia para su recomendación sistemática en todos los pacientes (Hashemian F, 2016). El uso de soluciones para irrigación nasal con ácido hialurónico parecen seguras y eficaces para las fases iniciales de los cuidados postquirúrgicos (Fong E, 2017).

Cuándo derivar y algoritmo de manejo

- La presencia de poliposis nasal en niños debe ser valorada para descartar fibrosis quística.
- Valorar los pólipos unilaterales para descartar la presencia de patología maligna.
- Evaluación quirúrgica cuando no responden a corticoides y la clínica es grave (poliposis masiva).



Pólipos nasales

Bibliografía

- Ahn JC, Kim JW, Lee CH, Rhee CS. Prevalence and Risk Factors of Chronic Rhinosinusitis, Allergic Rhinitis, and Nasal Septal Deviation: Results of the Korean National Health and Nutrition Survey 2008-2012. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2016;142(2):162-7. PubMed **PMID: 26747377. Texto completo**

- Bachert C, Zhang L, Gevaert P. Current and future treatment options for adult chronic rhinosinusitis: Focus on nasal polyposis. J Allergy Clin Immunol. 2015;136(6):1431-40. PubMed [PMID: 26654192](#)
- Chong LY, Head K, Hopkins C, Philpott C, Burton MJ, Schilder AG. Different types of intranasal steroids for chronic rhinosinusitis. Cochrane Database Syst Rev. 2016;4:CD011993. PubMed [PMID: 27115215](#). [Texto completo](#)
- Dalziel K, Stein K, Round A, Gars de R, Royle P. Systematic review of endoscopic sinus surgery for nasal polyps. Health Technol Assess. 2003;7(17):iii, 1-159. PubMed [PMID: 12969541](#). [Texto completo](#)
- Fandiño M, Macdonald KI, Lee J, Witterick IJ. The use of postoperative topical corticosteroids in chronic rhinosinusitis with nasal polyps: a systematic review and meta-analysis. Am J Rhinol Allergy. 2013;27(5):e146-57. PubMed [PMID: 24119596](#). [Texto completo](#)
- Fokkens W, Lund V, Mullol J; European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps group. European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2007. Rhinol Suppl. 2007;20:1-136. PubMed [PMID: 17844873](#). [Texto completo](#)
- Fong E, García M, Woods CM, Ooi E. Hyaluronic acid for post sinus surgery care: systematic review and meta-analysis. J Laryngol Otol. 2017;131(S1):S2-11. PubMed [PMID: 28164779](#)
- Gevaert P, Calus L, Van Zele T, Blomme K, De Ruyck N, Bauters W, et al. Omalizumab is effective in allergic and nonallergic patients with nasal polyps and asthma. J Allergy Clin Immunol. 2013;131(1):110-6.e1. PubMed [PMID: 23021878](#). [Texto completo](#)
- Guilemany JM, Angrill J, Alobid I, Centellas S, Pujols L, Bartra J, et al. United airways again: high prevalence of rhinosinusitis and nasal polyps in bronchiectasis. Allergy. 2009;64(5):790-7. PubMed [PMID: 19208088](#)
- Hashemian F, Ghorbanian MA, Hashemian F, Mortazavi SA, Sheikhi M, Jahanshahi J, et al. Effect of Topical Furosemide on Rhinosinusal Polyposis Relapse After Endoscopic Sinus Surgery: A Randomized Clinical Trial. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2016;142(11):1045-9. PubMed [PMID: 27416546](#). [Texto completo](#)
- Head K, Chong LY, Piromchai P, Hopkins C, Philpott C, Schilder AG, et al. Systemic and topical antibiotics for chronic rhinosinusitis. Cochrane Database Syst Rev. 2016;4:CD011994. PubMed [PMID: 27113482](#). [Texto completo](#)
- Johansson L, Oberg D, Melén I, Bende M. Do topical nasal decongestants affect polyps? Acta Otolaryngol. 2006;126(3):288-90. PubMed [PMID: 16618656](#)
- Kalish L, Snidvongs K, Sivasubramaniam R, Cope D, Harvey RJ. Topical steroids for nasal polyps. Cochrane Database Syst Rev. 2012;12:CD006549. PubMed [PMID: 23235631](#)
- Poetker DM, Jakubowski LA, Lal D, Hwang PH, Wright ED, Smith TL. Oral corticosteroids in the management of adult chronic rhinosinusitis with and without nasal polyps: an evidence-based review with recommendations. Int Forum Allergy Rhinol. 2013;3(2):104-20. PubMed [PMID: 22887970](#)
- Rajan JP, Wineinger NE, Stevenson DD, White AA. Prevalence of aspirin-exacerbated respiratory disease among asthmatic patients: A meta-analysis of the literature. J Allergy Clin Immunol. 2015;135(3):676-81.e1. PubMed [PMID: 25282015](#). [Texto completo](#)
- Rivero A, Liang J. Anti-IgE and Anti-IL5 Biologic Therapy in the Treatment of Nasal Polyposis: A Systematic Reviewand Meta-analysis. Ann Otol Rhinol Laryngol. 2017;126(11):739-47. PubMed [PMID: 28918644](#)
- Rosenfeld RM, Piccirillo JF, Chandrasekhar SS, Brook I, Kumar KA, Kramper M, et al. Clinical practice guideline (update): Adult Sinusitis Executive Summary. Otolaryngol Head Neck Surg. 2015;152(4):598-609. PubMed [PMID: 25833927](#). [Texto completo](#)
- Rudmik L, Hoy M, Schlosser RJ, Harvey RJ, Welch KC, Lund V, et al. Topical therapies in the management of chronic rhinosinusitis: an evidence-based review with recommendations. Int Forum Allergy Rhinol. 2013;3(4):281-98. PubMed [PMID: 23044832](#)
- Rudmik L, Soler ZM. Medical Therapies for Adult Chronic Sinusitis: A Systematic Review. JAMA. 2015;314(9):926-39. PubMed [PMID: 26325561](#)
- Rudmik L, Xu Y, Liu M, Bird C, Kupec E, Quan H. Utilization Patterns of Topical Intranasal Steroid Therapy for Chronic Rhinosinusitis: A Canadian Population-Based Analysis. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2016;142(11):1056-62. PubMed [PMID: 27560503](#). [Texto completo](#)
- Sharma R, Lakhani R, Rimmer J, Hopkins C. Surgical interventions for chronic rhinosinusitis with nasal polyps. Cochrane Database Syst Rev. 2014;(11):CD006990. PubMed [PMID: 25410644](#). [Texto completo](#)
- Tan BK, Chandra RK, Pollak J, Kato A, Conley DB, Peters AT, et al. Incidence and associated premorbid diagnoses of patients with chronic rhinosinusitis. J Allergy Clin Immunol. 2013;131(5):1350-60. PubMed [PMID: 23541327](#). [Texto completo](#)
- Vaidyanathan S, Barnes M, Williamson P, Hopkinson P, Donnan PT, Lipworth B. Treatment of chronic rhinosinusitis with nasal polyposis with oral steroids followed by topical steroids: a randomized trial. Ann Intern Med. 2011;154(5):293-302. PubMed [PMID: 21357906](#). [Texto completo](#)
- Wilson KF, McMains KC, Orlandi RR. The association between allergy and chronic rhinosinusitis with and without nasal polyps: an evidence-based review with recommendations. Int Forum Allergy Rhinol. 2014;4(2):93-103. PubMed [PMID: 24395734](#)
- Zheng C, Wang Z, Lacroix JS. Effect of intranasal treatment with capsaicin on the recurrence of polyps after polypectomy and ethmoidectomy. Acta Otolaryngol. 2000;120(1):62-6. PubMed [PMID: 10779188](#)

Más en la red

- Fokkens W, Lund V, Mullol J; European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps group. European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2007. Rhinol Suppl. 2007;20:1-136. PubMed [PMID: 17844873](#). [Texto completo](#)
- Poetker DM, Jakubowski LA, Lal D, Hwang PH, Wright ED, Smith TL. Oral corticosteroids in the management of adult chronic rhinosinusitis with and without nasal polyps: an evidence-based review with recommendations. Int Forum Allergy Rhinol. 2013;3(2):104-20. PubMed [PMID: 22887970](#)
- Rosenfeld RM, Piccirillo JF, Chandrasekhar SS, Brook I, Kumar KA, Kramper M, et al. Clinical practice guideline (update): Adult Sinusitis Executive Summary. Otolaryngol Head Neck Surg. 2015;152(4):598-609. PubMed [PMID: 25833927](#). [Texto completo](#)
- Rudmik L, Soler ZM. Medical Therapies for Adult Chronic Sinusitis: A Systematic Review. JAMA. 2015;314(9):926-39. PubMed [PMID: 26325561](#)

Autores

- Juan Carlos Amor Dorado Médico Especialista en Otorrinolaringología (1)
- Carmen Costa Ribas Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (2)

(1) Hospital Can Misses. Ibiza, Illes Balears. España.
(2) Centro de Salud de Vila. Ibiza, Illes Balears. España.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

