

Definición y clasificación de la rinitis

Ana Mora González

La rinitis es la inflamación de la mucosa nasal que puede resultar de la acción de múltiples agentes, infecciosos o no infecciosos. A pesar de ser numerosas las causas de rinitis, es la patofisiología de la rinitis alérgica la mejor conocida. En líneas generales, no constituye una entidad destacable por la gravedad de sus síntomas, pero sí es significativa su alta morbilidad, que origina elevados costes económicos en pérdida de productividad. Además, los síntomas nasales pueden incidir muy negativamente en la vida emocional del paciente, porque alteran su actividad diaria, empeoran su capacidad de concentración, impiden el sueño y dificultan las relaciones sociales.

No existen estudios epidemiológicos bien diseñados que hayan investigado su prevalencia, en parte por carecer de pruebas diagnósticas específicas y por las dificultades que entraña su diagnóstico. En la bibliografía revisada, se barajan cifras de prevalencia que oscilan entre un 5 y 20%, aunque sólo el 2 al 4% de la población demanda asistencia médica. En el estudio Alergológica, el motivo de consulta para el 57,4% de los pacientes, eran los síntomas nasales. En el mismo estudio, el 60% de los pacientes afectados de rinitis, refería que sus síntomas habían interferido en su actividad diaria, y hasta un 80% había requerido algún tipo de asistencia de urgencias antes de acudir a nuestra consulta.

Clínicamente, la rinitis se manifiesta con bloqueo o congestión nasal, secreción serosa o seromucosa y estornudos. Estos mismos síntomas pueden constituir parte de una respuesta fisiológica de la nariz ante estímulos irritantes (humos, vapores, polvos,

olores fuertes etc). En general, y siguiendo a Mygind, se deben considerar patológicos si duran más de 1 hora al día la mayor parte de los días del año, o si obligan al paciente a consumir medicación para aliviarlos.

La obstrucción nasal resulta de la vasodilatación, edema de la mucosa y secreción nasal que tienen lugar por la acción de mediadores químicos (histamina, leucotrienos, cininas, sustancia P) y del sistema nervioso autónomo (acetilcolina). Se manifiesta por voz nasal, dolor de garganta por sequedad faríngea, ruidos nasales al respirar y ronquidos. Puede asociarse a disfunción de la trompa de Eustaquio y dificultar el drenaje sinusal, favoreciendo la presentación de otitis y sinusitis recurrentes.

La secreción nasal se forma por extravasación y aumento de la permeabilidad de los capilares, y por estimulación glandular directa. A ella contribuyen la histamina, los leucotrienos, el VIP, la sustancia P y la acetilcolina. El exceso de secreción mucosa origina rinorrea anterior, ruidos nasales al respirar y necesidad de sonarse la nariz o bien, rinorrea posterior, necesidad de aclararse la garganta y tos faríngea.

El tercer síntoma característico de la rinitis es el estornudo, y éste es el resultado de un reflejo, que se origina en los receptores epiteliales y es conducido por el V^o par craneal (Trigémino) hasta los centros pontomedulares. La respuesta eferente sigue el nervio petroso superficial mayor y el nervio esfenopalatino. A nivel central, estimula el núcleo estornutatorio del suelo del IV^o ventrículo, y a través del nervio frénico activa a los músculos inspiratorios y al diafragma, y por las raíces costales a los músculos inter-

costales. Los estornudos, en general más de cuatro, son más frecuentes por la mañana y dan lugar a lagrimeo por activación del reflejo nasolacrimal, que combinado con el cierre de los párpados puede resultar peligroso si se realizan actividades de riesgo.

En la tabla I se expone una clasificación general de las rinitis, que nos servirá como guía en el desarrollo posterior de este capítulo. Se va a realizar una breve descripción de cada una de ellas que contribuya a ofrecernos una visión general, y que nos facilite su entendimiento, al ser tratadas con mayor profundidad en otros capítulos de este texto. A pesar de la bibliografía revisada, no se ha hallado una clasificación uniforme y que sea aceptada por la mayoría de los autores. La causa, sin duda, está en la dificultad de agrupar y ordenar entidades nosológicas de etiologías muy diferentes, a menudo desconocidas, y frente a las cuales las fosas nasales suelen responder con muy poca diversidad de síntomas. Se establecen tres grandes grupos que incluyen a la mayor parte de las rinopatías y que nos parece de utilidad didáctica, esto es: rinitis inflamatorias, rinitis no inflamatorias y rinopatías anatómicas o estructurales. Desde el punto de vista

alergológico, el mayor interés recae, lógicamente, en el grupo de rinitis inflamatorias. Más recientemente, se ha simplificado la clasificación de las rinitis, dividiéndolas en agudas y crónicas. Este último grupo se subdivide en rinitis alérgica, rinitis no alérgica, rinitis idiopática (rinitis vasomotora), rinitis no alérgica con eosinofilia, rinitis atrófica, rinitis medicamentosa, rinitis inducida por drogas y hormonas, rinitis asociada con enfermedades sistémicas y neoplasias nasales. La clasificación propuesta en el estudio ARIA distingue de forma general, entre rinitis infecciosa, alérgica, ocupacional, inducida por fármacos, hormonal, otras causas e idiopática (tabla II).

1. RINITIS INFLAMATORIAS

A este grupo pertenecen la mayor parte de las entidades nosológicas que describimos. En el estudio Alergológica, el 80% de los pacientes remitidos a la consulta del especialista por síntomas nasales, padecían una rinitis alérgica y el 20% sufría una rinitis no alérgica. En la población general, se estima que en el 50% de los pacientes con rinitis, ésta es alérgica.

TABLA I. Clasificación de las rinitis

A) RINITIS INFLAMATORIAS	B) RINITIS NO INFLAMATORIAS	C) RINITIS DE CAUSA ANATÓMICA	D) OTRAS
1. RINITIS ALÉRGICAS Estacional Perenne Ocupacional	1. RINITIS COLINÉRGICA O IDIOPÁTICA	Atresia de coanas	Rinorrea de líquido cefalorraquídeo
2. RINITIS INFECCIOSAS Agudas Crónicas Específicas No específicas: Deficiencias Inmunes Anomalías en el aclaramiento mucociliar	2. RINITIS MEDICAMENTOSA Abuso de descongestionantes tópicos Medicación sistémica: Hipotensores β-estimulantes Psicofármacos Abuso de otras sustancias: Cocaína Alcohol Nicotina	Hipertrofia de adenoides Desviación del tabique nasal Hipertrofia de cornetes Tumores	Rinitis por cuerpo extraño
3. RINITIS EOSINOFÍLICA NO ALÉRGICA	3. RINITIS HORMONAL Hipotiroidismo		
4. PÓLIPOS NASALES Eosinofílicos Neutrofílicos	Acromegalia Embarazo		
5. RINITIS GRANULOMATOSA Granulomatosis de Wegener Sarcoidosis Tuberculosis	Anticonceptivos Menopausia		
6. RINITIS ATRÓFICA PRIMARIA			
7. MASTOCITOSIS NASAL			

TABLA II. Clasificación de la rinitis (ARIA).

• Infecciosa:	• Inducida por fármacos:
Vírica	Aspirina
Bacteriana	Otras medicaciones
Otros agentes infecciosos	• Hormonal
• Alérgica:	• Otras causas:
intermitente	NARES
persistente	sustancias irritantes
• Ocupacional (alérgica y no alérgica):	alimentos
intermitente	origen emocional
persistente	atrófica
	reflujo gastroesofágico
	• Idiopática

1.1. RINITIS ALÉRGICAS

La rinitis alérgica se produce como consecuencia de la exposición de la mucosa nasal a partículas alergénicas inhalables, en pacientes previamente sensibilizados. Los alérgenos se unen a moléculas específicas de IgE que sensibilizan a los mastocitos y desencadenan su degranulación. De este modo, se pone en marcha una reacción de hipersensibilidad inmediata con liberación de mediadores inflamatorios que causan vasodilatación, aumento de la permeabilidad vascular y secreción nasal.

Los síntomas característicos de las rinitis alérgicas son los estornudos en salvas (generalmente más de 5), la obstrucción nasal, la rinorrea mucosa y/o acuosa y el prurito nasal. Estos síntomas típicos no suelen presentarse antes de los cuatro años de edad.

Son más frecuentes en niños y adultos jóvenes, siendo la incidencia en este grupo de hasta el 15%, disminuyendo según aumenta la edad. No obstante, pueden aparecer por primera vez en edades medias o avanzadas de la vida. Una vez que han aparecido tienden a persistir, y es raro que remitan espontáneamente sin tratamiento específico.

En el estudio ARIA se propone un cambio importante en la subdivisión de la rinitis alérgica y en lugar de estacional y perenne, se dividen en intermitentes y persistentes según el número de días en el que los síntomas están presentes: "Intermitente" significa que los síntomas se presentan menos de 4 días a la semana o durante menos de 4 semanas; "Persistente" significa que los síntomas están presentes más de 4 días a la semana y durante más de 4 semanas. En base a la intensidad de la rinitis alérgica se clasificaron en leve y moderada-grave (tabla III). La rinitis alérgica es leve cuando no origina trastornos del sueño, no hay deterioro en la realización

de las actividades diarias, no impide la asistencia al trabajo y los síntomas no son molestos. En cambio, la rinitis alérgica es moderada-grave si origina trastornos del sueño, impide la realización de las actividades diarias, impide la asistencia al trabajo o cuando los síntomas son molestos. En este capítulo, mantenemos los términos "estacional" y "perenne" para mejor comprensión de todo el texto.

La rinitis alérgica estacional o polinosis tiene lugar por la exposición a pólenes que sensibilizan al individuo alérgico. Es la enfermedad alérgica más frecuente y responsable del 57% de las rinitis alérgicas en el estudio Alergológica. Sus síntomas ocurren periódicamente cada año, durante la primavera y el verano e incluso el otoño, coincidiendo con la polinización de plantas anemófilas. Las plantas que causan con mayor frecuencia este tipo de rinitis en España, son las gramíneas seguida por el olivo y la parietaria.

Los síntomas típicos de la rinitis polínica son similares a los de otras rinitis: estornudos en salvas, rinorrea acuosa, congestión y prurito nasal. Son frecuentes los síntomas conjuntivales, con prurito y lagrimeo. También son típicos el prurito ótico, del velo del paladar y de la piel del mentón. Algunos pacientes refieren síntomas sistémicos, can-

TABLA III. Clasificación de la rinitis alérgica (ARIA)

- "Intermitente" significa que los síntomas están presentes:
 - Menos de 4 días a la semana,
 - o durante menos de 4 semanas.
- "Persistente" significa que los síntomas están presentes:
 - Más de 4 días a la semana
 - y durante más de 4 semanas
- "Leve" significa que no están presentes ninguna de las circunstancias siguientes:
 - Trastornos del sueño
 - Deterioro de las actividades diarias, de ocio y/o deportivas
 - Impedimento de la asistencia a la escuela y/o al trabajo
 - Síntomas molestos.
- "Moderada-grave" significa que están presentes una o más de las circunstancias siguientes:
 - Trastornos del sueño
 - Deterioro de las actividades diarias, de ocio y/o deportivas
 - Impedimento de la asistencia a la escuela y/o al trabajo
 - Síntomas molestos

sancio, malestar, depresión, irritabilidad y anorexia. Estos síntomas empeoran los días ventosos y con las salidas al campo, también empeoran con la exposición a irritantes como los humos y los olores fuertes.

Las esporas de hongos también sufren variaciones estacionales en su número, que disminuye durante los meses de invierno, y es lo suficientemente alto durante el verano y el otoño como para causar síntomas. Son responsables del 4% de las rinitis alérgicas. El tamaño de las esporas de hongos es más pequeño que el de los pólenes, y oscilan entre 2-5 μm y 10-100 μm , respectivamente. El mayor tamaño de los pólenes favorece su retención en la mucosa nasal, al contrario que ocurre con las esporas de hongos, que pueden penetrar hasta el árbol bronquial y muy posiblemente, ésta sea la causa por la que ocasionan con más frecuencia asma bronquial que los pólenes.

En la rinitis alérgica perenne, los síntomas nasales son intermitentes o continuos, sin estacionalidad, y en general, menos severos que los de la rinitis alérgica estacional. Los síntomas oculares son menos frecuentes, el prurito nasal es más leve y no suele haber prurito ótico ni palatino. Los alérgenos de interior como los ácaros del polvo de las casas y los epitelios de animales domésticos, son los neuroalérgenos que con más frecuencia causan rinitis alérgica perenne. Los ácaros son responsables de la sintomatología en el 50% de los pacientes con rinitis alérgica y los epitelios de animales domésticos en el 13%.

Conviene puntualizar que la rinitis alérgica estacional puede causar síntomas perennes en los trópicos, y que aumentos estacionales de los síntomas pueden observarse en las zonas templadas en las rinitis alérgicas perennes por sensibilización a los ácaros.

La rinitis ocupacional está causada por la sensibilización a partículas inhalables presentes en el lugar de trabajo. Pueden estar asociadas o no a la presencia de asma bronquial. Cada día aumenta el número de sustancias descritas, implicadas en la patogénesis de la rinitis y el asma ocupacional. En el estudio Alergológica, afectaba al 1% de los pacientes con rinitis.

1.2. RINITIS INFECCIOSAS

El porcentaje de rinitis infecciosas que se recibieron en la consulta de alergología según el estudio Alergológica era del 7% del total de las rinitis.

1.2.1. Rinitis aguda. A menudo, los pacientes acuden a la consulta de alergia porque, según ellos, siempre se encuentran "resfriados". Esto es así, porque los síntomas del catarro común guardan muchas similitudes con los de las rinitis alérgicas. La inflamación de la mucosa nasal debida a la acción de los virus, ocasiona obstrucción, estornudos y rinorrea acuosa, que se torna en purulenta por sobreinfección bacteriana.

Los rinovirus son los principales agentes etiológicos del resfriado común. Durante la infección por rinovirus aumentan las cininas en la secreción nasal, pero no la histamina. Otros virus menos frecuentes y que originan síntomas sistémicos y locales son, el virus respiratorio sincitial, los adenovirus, el virus de la influenza y los de la parainfluenza.

Las rinitis bacterianas son raras como infecciones primarias, lo habitual es que sean secundarias a una rinitis viral o sinusitis. Cursan con obstrucción nasal, rinorrea mucopurulenta, dolor facial y costras en el vestíbulo nasal. Los agentes etiológicos más frecuentes son el neumococo y el haemophilus influenzae.

1.2.2. Rinitis crónica. Las rinitis infecciosas crónicas son poco frecuentes en los países desarrollados, y están causadas por organismos específicos como en la sífilis (*Treponema pallidum*), tuberculosis (*Mycobacterium tuberculosis*), rinitis diftérica crónica, rinoesclerema (*klebsiella rhinoscleromatis*) o en la lepra nasal (*bacillus leprae* o bacilo de Hansen).

Los hongos y las levaduras también pueden infectar crónicamente la nariz y senos paranasales, los más comunes son los del género *Aspergillus* y *Cándidas*. Estos agentes deben ser tenidos en cuenta en pacientes inmunodeprimidos y muy especialmente, en pacientes afectados de SIDA.

Las infecciones crónicas del tracto respiratorio superior, con frecuencia, son la primera manifestación clínica en las inmunodeficiencias por déficit de anticuerpos, tales como la inmunodeficiencia común variable, el déficit de IgA y los déficit selectivos de subclases de la IgG (IgG2).

Las anomalías en el aclaramiento mucociliar es otra de las causas de infecciones repetidas del tracto respiratorio superior. Es más frecuente que las anomalías en el aclaramiento sean secundarias a infecciones. Las anomalías primarias, como el síndrome de Kartegener (sinusitis, bronquiectasias, situs inverso, anomalía en la motilidad ciliar) y el síndrome de Young (moco anormalmente

viscoso, azoospermia, poliposis nasal) son más raras.

1.3. RINITIS EOSINOFÍLICA NO ALÉRGICA

Con el término de rinitis eosinofílica no alérgica (NARES) se denomina a un grupo de rinitis inflamatorias crónicas, no infecciosas, sin causa inmunológica conocida, que presentan eosinófilos en el exudado nasal y a veces poliposis nasosinusal, y que a menudo acompañan al asma bronquial intrínseco. La acentuada eosinofilia de las secreciones nasales es la característica fundamental de este grupo de rinitis, pero se desconoce el papel del eosinófilo en esta enfermedad.

Losada, emplea el término de rinitis intrínseca por analogía con el de asma intrínseco, al que frecuentemente se asocian, y Mygind el de rinitis perenne no alérgica. Siguiendo a Eli Meltzer, nosotros preferimos emplear el término de rinitis eosinofílica no alérgica por parecernos más descriptivo y menos confuso.

A diferencia de las rinitis alérgicas, suelen comenzar en la edad media de vida del adulto. En el estudio Alergológica afectaban al 9% del total de los pacientes con rinitis. Sus síntomas característicos son la obstrucción nasal, a menudo severa y la secreción nasal acuosa o blanquecina y mucóide. Los estornudos, el prurito y los síntomas conjuntivales no son tan frecuentes como en las rinitis alérgicas.

Las rinitis eosinofílicas no alérgicas se acompañan, en más de una tercera parte, de hiperplasia de la mucosa naso-sinusal y de la aparición secundaria de pólipos eosinofílicos, que ocluyen aún más las fosas nasales, y pueden afectar seriamente la actividad habitual de quien los padece. Se localizan más frecuentemente en la pared lateral de las fosas nasales, alrededor del meato medio. Pueden ocupar los senos paranasales, sobre todo los etmoidales y maxilares. Es frecuente la ausencia total o parcial de ofalto y a veces, también la ausencia del sentido del gusto. Cuando la presencia de poliposis naso-sinusal ocurre en pacientes asmáticos y, que además son intolerantes a los A.I.N.E.S. por ocasionarles crisis de broncoespasmo, este conjunto de síntomas constituyen el síndrome de ASA-tríada.

La respuesta al tratamiento con esteroides tópicos e incluso sistémicos de las rinitis eosinofílicas, es marcadamente mejor que la respuesta a los antihistamínicos o al cromoglicato.

1.4. RINITIS GRANULOMATOSAS

La granulomatosis de Wegener y el granuloma de la línea media son enfermedades de etiología desconocida, que frecuentemente se presentan con lesiones ulceradas, obstructivas y destructivas de la cavidad nasal y de los senos paranasales. El diagnóstico se basa en la biopsia de las lesiones, donde aparece vasculitis de pequeños vasos con necrosis y ulceración de la mucosa y de la submucosa, granulomas epiteloideos y necrosis fibrinoide.

La Sarcoidosis también puede causar obstrucción nasal. Es típico la aparición de pápulas o nódulos en la piel nasal y engrosamiento de la mucosa en la parte anterior de la cavidad. La biopsia muestra granulomas de histiocitos, células gigantes multinucleadas y necrosis focal.

La Tuberculosis afecta a la parte anterior del tabique nasal y a los cornetes. En la mucosa aparecen nódulos eritematosos que obstruyen la luz nasal. Histológicamente se componen de granulomas de células epiteloideas, células gigantes de Langerhan y áreas de necrosis caseosa.

1.5. RINITIS ATRÓFICA PRIMARIA

La rinitis atrófica primaria es una enfermedad crónica e inflamatoria, rara en los países desarrollados, que se caracteriza por atrofia de las estructuras nasales (mucosa, cornetes, tabique) que da lugar a un excesivo aumento de su calibre interno, con sequedad y costras, que se infectan y producen mal olor (ocena). Su etiología es desconocida. Se han aislado algunas bacterias en los cultivos como el cocobacilo de Loewenberg, el cocobacilo de Pérez, klebsiella ozenae, bacilos difteroides, proteus vulgaris, streptococos, stafilococos etc. Anatómo-patológicamente, hay metaplasia del epitelio cilíndrico a escamoso estratificado, disminución del tejido conectivo submucoso y obliteración y fibrosis de los vasos capilares.

1.6. MASTOCITOSIS NASAL

Puede comenzar a cualquier edad con rinoorrea y obstrucción nasal. El diagnóstico se realiza por biopsia, observándose proliferación de mastocitos en la mucosa nasal.

2. RINITIS NO INFLAMATORIAS

2.1. RINITIS VASOMOTORA, COLINÉRGICA O IDIOPÁTICA

Una vez que se ha podido excluir cualquier otro tipo de enfermedad nasal, nos encontramos con una patología agrupada bajo los nombres de rinitis vasomotora, colinérgica o rinitis idiopática, cuya patogenia es desconocida y que se caracteriza por congestión nasal y rinorrea profusa. Era responsable del 6% de pacientes con rinitis en el estudio Alergológica.

En este grupo de pacientes no se detecta ninguna alteración anatómo-patológica. Algunos autores, consideran que la mucosa nasal se encuentra en un estado de desequilibrio autonómico, con hipertonia colinérgica responsable de la descarga acuosa y de la vasodilatación de la mucosa.

Es más frecuente en mujeres en la edad media y es característico, una respuesta nasal exagerada a estímulos inespecíficos, que son tolerados por el resto de individuos. Pueden desencadenar hidrorrea profusa con más o menos congestión, el cambio de temperatura corporal, el cambio de postura, la ansiedad y el estrés, olores fuertes, vapores y humos, aire acondicionado, corrientes de aire, etc.

El tratamiento de esta enfermedad no es fácil, por ello será fundamental evitar los factores precipitantes mencionados. También pueden beneficiarse del uso de anticolinérgicos tópicos, vasoconstrictores administrados por vía general, y en menor medida, de los antihistamínicos.

2.2. RINITIS MEDICAMENTOSA

La rinitis medicamentosa es la obstrucción nasal causada por el uso o abuso de algunos medicamentos. En estadios tempranos, la mucosa nasal se muestra pálida y eritematosa, y en los estadios avanzados, adquiere apariencia de mucosa atrófica, eritematosa y con costras. Se pueden apreciar cambios histológicos como pérdida de cilios, metaplasia escamosa y fibrosis.

Esta rinopatía casi siempre ocurre por el abuso de vasoconstrictores tópicos nasales. Estos fármacos pertenecen a dos grupos: aminas simpaticomiméticas e imidazoles. La descongestión nasal se produce por contracción de las arteriolas, sinusoides y esfínteres precapilares subepiteliales. Como

estos fármacos se usan repetidamente, se pierde el efecto vasoconstrictor beneficioso, y se produce vasodilatación de rebote que origina la obstrucción nasal.

Otras causas de obstrucción nasal medicamentosa son la administración sistémica de fármacos como: hipotensores con efecto parasimpaticomimético como la hidralazina, metildopa y reserpina, agonistas beta-adrenérgicos como el salbutamol y la terbutalina, fármacos psicosedantes, y fármacos que actúan por mecanismo idiosincrático como la aspirina y el cromoglicato disódico.

2.3. RINITIS ENDOCRINA U HORMONAL

La obstrucción nasal que se observa en relación a ciertos cambios hormonales, posiblemente ocurra por alteración del flujo sanguíneo nasal y por hiperactividad glandular. Estas rinopatías se asocian a hipotiroidismo, acromegalia, gestación, anti-conceptivos orales, menopausia, senectud, etc.

3. RINITIS DE CAUSA ANATÓMICA

El síntoma fundamental en este grupo es la obstrucción nasal y secundariamente, por defecto en el drenaje del moco, es frecuente que se asocien con rinitis infecciosas agudas recurrentes.

3.1. ATRESIA DE COANAS

Si la atresia es bilateral, dará síntomas a las pocas horas del nacimiento, porque la alimentación del bebé se verá seriamente obstaculizada al tener que respirar por la nariz. Usualmente se corrige quirúrgicamente en las primeras 48 horas.

Si es unilateral, puede pasar desapercibida hasta la vida adulta, por ello debe considerarse siempre en el diagnóstico diferencial de la obstrucción nasal unilateral.

3.2. ADENOIDES

En la población infantil son responsables de obstrucción nasal y secundariamente de catarros recurrentes. También pueden contribuir a la persistencia de otitis serosa media y en este caso, se debería considerar la adenoidectomía.

3.3. DESVIACIÓN DEL TABIQUE NASAL

Son muy frecuentes y ocurren por alteración del desarrollo óseo, trastornos del crecimiento y por traumatismos. El síntoma predominante es la obstrucción nasal y si compromete seriamente el paso de aire, es necesaria la corrección quirúrgica.

3.4. TUMORES

Los más frecuentes son el encefalocele, el papiloma invertido, carcinoma de células escamosas, sarcoma y el angiofibroma.

4. MISCELÁNEA

4.1. RINORREA DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO

Después de un traumatismo craneoencefálico que lesione la lámina cribosa del etmoides, puede observarse una rinorrea acuosa y con frecuencia unilateral de líquido cefalorraquídeo. Se diferencia del moco nasal por su contenido en glucosa. Requiere tratamiento quirúrgico.

4.2. RINITIS POR CUERPO EXTRAÑO

Es más frecuente en los niños. Al cabo de unos días, aparece una rinorrea purulenta y maloliente que suele ser unilateral. Es raro que llegue a diagnosticarse una rinitis crónica.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. DRUCE HM. *Allergic and Nonallergic Rhinitis*. En: Middleton E, Reed CE, Ellis EF, Adkinson NF, Yunginger JW, Busse WW, eds. *Allergy: principles and practice*, fifth ed, Vol. II. St Louis: Mosby, 1998; 1005-1016.

2. BALLENGER JJ. *Enfermedades de la nariz, garganta, oído, cabeza y cuello*. Barcelona: Salvat Editores, 1988.
3. HERNÁNDEZ J. *Rinitis alérgica*. Madrid: Editorial CEA (grupo Jarpyo), 1987.
4. HOGAN MB, GRAMMER LC, PATTERSON R. *Rhinitis*. *Ann Allergy* 1994; 72: 293-302.
5. HOWARTH PH, HOLMBERG K. *Allergic rhinitis: an increasing clinical problem*. *Allergy* 1995; 50 Supl 23: 4-5.
6. International Consensus Report on the Diagnosis and Management of Rhinitis. International Rhinitis Management Working Group. *Allergy* 1994; 49 Supl 19: 5-34.
7. LUCENTE FE. *Rhinitis and nasal obstruction*. *Otolaryngol Clin North Am* 1989; 22: 307-18.
8. MACKAY IS. *Introduction*. En: Mackay I, ed. *Rhinitis. Mechanisms and Management*. Royal Society of Medicine Services Limited. London and New York 1989; 1-10.
9. MELTZER EO, SCHATZ M, ZEIGER RS. *Rinitis alérgica y no alérgica*. En: Middleton E, Reed CE, Ellis EF, Adkinson NF, Yunginger JW, eds. *Alergia: principios y práctica*, Vol. II. Barcelona: Salvat Editores, 1992; 1164-1199.
10. MIDDLETON E, REED CE, ELLIS EF, ADKINSON NF, YUNGINGER JW, eds. *Alergia: principios y práctica*. Vol. II. Barcelona: Salvat, 1992.
11. MYGIND N. *Alergia nasal*. Barcelona: Salvat Editores, 1988.
12. NORMAN PS. *Allergic rhinitis*. *J Allergy Clin Immunol* 1985; 75: 531-45.
13. OLIVÉ A. *Rinitis alérgica*. Vol. I. Balmes (Barcelona): Editorial JIMS SA, 1992.
14. RICKETTI AJ. *Allergic Rhinitis*. En: Patterson R, ed. *Allergic Diseases: diagnosis and management*, fifth ed. Lippicott-Raven, 1997; 183-207.
15. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ALERGOLOGÍA E INMUNOLOGÍA CLÍNICA E INMUNOLOGÍA ABELLÓ, S.A. eds. *Alergológica: Factores epidemiológicos, Clínicos y Socioeconómicos de las Enfermedades Alérgicas en España*. Madrid 1995.
16. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ALERGOLOGÍA E INMUNOLOGÍA CLÍNICA. *La rinitis alérgica y su impacto sobre el asma: ARIA WORKSHOP REPORT*. *Alergol Inmunol Clin* 2003; 18 Supl 1: 2-19.
17. TRATADO DE ALERGOLOGÍA E INMUNOLOGÍA CLÍNICA. TOMO IV. *Alergología Clínica (II)*. 1ª edición. Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica. Madrid: Luzán 5, 1986; 129-193.

