

# Síndrome de Fernand Vidal.

## Revisión de siete casos

Hospital General  
"Camilo Cienfuegos"  
Sancti Spiritus.

Fernand Vidal syndrome. Report of seven cases

### RESUMEN

La Rinosinusitis Crónica es frecuente en las consultas de Otorrinolaringología en Cuba. Esta entidad cuando se acompaña de poliposis nasal, asma e intolerancia al A.A.S. y/o AINES constituyen el Síndrome de Fernand Vidal, descrito por primera ocasión en el año 1922 y retomado en 1968 por Sampter. Método: Se realizó un estudio descriptivo longitudinal prospectivo en la Consulta de Otorrinolaringología del Hospital General "Camilo Cienfuegos" de Sancti Spiritus, en el periodo comprendido desde septiembre 2007 hasta marzo 2010. La población estuvo constituida por 108 pacientes diagnosticados de Rinosinusitis Crónica y poliposis nasal; realizándosele endoscopia, tomografía de los senos paranasales y estudios inmunológicos e histológicos. El objetivo general fue determinar la frecuencia del Síndrome de Fernand Vidal en la provincia de Sancti Spiritus. Resultados. El 6.5% de los pacientes con Rinosinusitis crónica y poliposis nasal se diagnosticaron con el Síndrome de Fernand Vidal; más frecuente en hombres de la raza blanca y de la 4ta década de la vida; presentaron Rinosinusitis crónica con poliposis nasal, alergia a la aspirina, a los antiinflamatorios no esteroideos y asma bronquial. Se encontró el antecedente de hipertensión arterial y rinitis alérgica. Asistieron a consulta por referir anosmia, obstrucción nasal y cefalea. Los valores obtenidos en estudios inmunológicos y hematológicos se corresponden con historia de alergia con cifras elevadas en el conteo absoluto de eosinófilos y en la secreción nasal. La alergia es un tipo de Hipersensibilidad tipo I o anafiláctica, cuyo mediador principal es la IgE. En los hallazgos tomográficos, según la clasificación de Metson/Glicklich (M/G) predominó el M/G 1 que se caracteriza por estar afectado un solo grupo de los senos paranasales y/o con una variable anatómica.

### PALABRAS CLAVE:

Síndrome de Fernand Vidal. Clasificación de Metson/Glicklich.

### SUMMARY

*Abstract Background and Aim. Chronic Rhino-sinusitis is frequent in ah services of O.R.L. in Cuba. This condition accompanied by nasal polyposis, asthma, and intolerance to A.A.S. and/or AINES, constitutes the Fernand Vidal's Syndrome, which was first described in 1922, and reassumed by Sampter in 1968. Methods. A prospective longitudinal, and prospective study was carried out in the O.R.L. Services of the "Camilo Cienfuegos" General Hospital in Sancti Spiritus from september 2007 to march 2010. The population was of 108 patients diagnosed of Chronic Rhino-sinusitis Population was constituted by 108 chorinic rinosinusitis patients and Nasal Polyposis. The age, clinical manifestations, pathological antecedents, and immunologic, histological, endoscopies and tomography studies were conducted. The general objectives was to determine the frequency of Fernand Vidal's Syndrome in the Sancti Spiritus Province. Conclusion. Seven patients were diagnosed with the Syndrome of Fernand Vidal that represented 6,5% of those diagnosed of chronic Rinosinusitis and Nasal Polyposis. They belonged to the group of ages above the 60 years. It was picked up like primary fact the early beginning of anosmia, nasal poliposis and chronic rinosinusitis; being unchained the asthma crisis when ingesting A.S.A. and/or A.I.N.E., causing pruritus, urticary and edema of the face and the hands. According to these they present high eosinophilia, and elevated levels of IgE and circulating Immunocomplex. The patient was diagnosed by studies tomography of classification the Metson/Glicklich (M/G) and predominant MIG 1 wich one grup afecctt and anatomy variable.*

### KEY WORDS:

*Syndrome. Metson/Glicklich of classification.*

## Introducción

El Síndrome de Fernand Vidal o Triada A.S.A. fue descrito en 1922 y retomado en el año 1968 por Sampter. Comprende asma, Rinosinusitis crónicas con poliposis nasal e intolerancia a la aspirina y a los antiinflamatorios no esteroideos; estadísticas mundiales muestran que afecta alrededor del 10% de los asmáticos<sup>1,2,5</sup>. La historia de la enfermedad comienza con rinitis perenne grave en pacientes mayores de 40 años que se asocia a rinosinusitis crónica con poliposis nasal, estableciéndose como síntoma cardinal la anosmia. El asma aparece después, desencadenada

por la ingestión de aspirina (AAS.) y/o antiinflamatorios no esteroideos (A.I.N.E.), con un periodo de duración de varias horas, intensidad marcada y deficiente respuesta a los broncodilatadores. No están mediados por inmunoglobulinas ni existen reacciones antígeno-anticuerpo. Estos pacientes no tienen antecedentes familiares de asma<sup>5,6,11</sup>.

El mecanismo de acción de la hipersensibilidad se explica por el desequilibrio entre la prostaglandinas, causa que precipitará el broncoespasmo en éstos pacientes tras la ingestión de AAS. y/o A.I.N.E. Constituye la segunda causa de reacciones adversas a medicamentos después de los

Beta-lactámicos. Otro número importante de reacciones adversas al AAS. y a los A.I.N.E han aumentado como consecuencia de un mayor desarrollo mundial, describiéndose reacciones respiratorias, dermatológicas: urticarias, anafilaxia, meningitis y neomunitis<sup>10,11</sup>.

Los pacientes con asma inducida presentan aumento de la síntesis de leucotrienos superior a la de los otros pacientes asmáticos y la población general. Se ha observado que en condiciones basales, aumenta la actividad de la enzima LTC sintetasa en el tejido bronquial y aumento de leucotrienos en los lavados bronquiales y en la orina, que se incrementa tras la administración de AAS. y/o A.I.N.E. Estos pacientes difieren significativamente de los otros pacientes asmáticos y de la población en general porque presentan un aumento basal de la actividad de la enzima LTC sintetasa y de la síntesis de leucotrienos que se exacerba tras la administración de AAS. y/o A.I.N.E, e interrumpe el efecto antiinflamatorio de la PGE que actúa como un freno de la actividad de la enzima<sup>12</sup>. El tratamiento de elección una vez diagnosticada la entidad consiste en evitar la ingestión de aspirina y los antiinflamatorios no esteroideos; puede utilizarse como antiálgico seguro el dextropropoxifeno y/o la codeína.

Diferentes autores señalan que el diagnóstico definitivo de este síndrome puede establecerse mediante el Test de provocación controlada con dosis progresivas de AAS y con una correcta historia clínica. En los pacientes alérgicos a AAS, deberán evitar la ingestión de A.I.N.E. por la posibilidad de reacciones cruzadas<sup>6,7,11,12</sup>.

### Discusión

En el Hospital General "Camilo Cienfuegos" de Sancti Spiritus se realizó un estudio descriptivo longitudinal prospectivo en la Consulta de Piso Medio facial durante el período comprendido desde septiembre del 2007 hasta marzo del 2010.

La población estuvo constituida por 108 pacientes atendidos con afecciones del piso medio facial; con el diagnóstico de Rinosinusitis crónica y poliposis nasal; se diagnosticaron ocho pacientes con el diagnóstico de Síndrome de Fernand Vidal o Triada A.S.A que cumplieron los criterios de inclusión.

El objetivo general fue determinar la frecuencia del Síndrome de Fernand Vidal en la provincia de Sancti Spiritus.

Los objetivos específicos:

- Determinar los grupos de edades, sexo y raza.
- Describir los antecedentes patológicos personales y familiares en la evolución de la enfermedad.
- Determinar las manifestaciones clínicas por la cual asistieron a la consulta.
- Describir las manifestaciones clínicas según complementados realizados: hematológicos, inmunológicos, endoscópicos, tomográficos y estudio histológico.

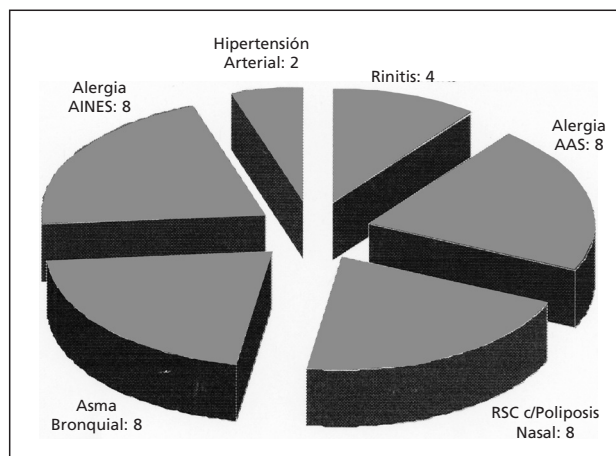
Antes de iniciar la discusión del presente trabajo debemos aclarar que este estudio se realizó en pacientes diagnosticados con Rinosinusitis crónica; por este motivo no podemos comparar los resultados obtenidos por otros autores que lo realizan en la población asmática<sup>1,4</sup>.

Los centros otorrinolaringológicos a nivel mundial tienen concebidos departamentos de rinología donde se aborda de manera integral las entidades rinosinusaes. En Cuba con la introducción de la Tomografía Computarizada y la Endoscopia Nasal, se complementa el diagnóstico clínico de estas afecciones elevando la calidad de la atención médica en el Sistema Nacional de Salud.

**Tabla I.** Distribución de pacientes con Síndrome de Fernand Vidal según grupos de edades, sexo y raza. Hospital General "Camilo Cienfuegos". Sancti Spiritus. 2007- 2010.

Variables.		No. de pacientes.	%
Grupos de edades (años).	18-40	0	0
	41-63	5	62,5
	64-86	3	37,5
Sexo	Femenino.	5	62,5
	Masculino.	3	37,5
Raza.	Blanca.	6	75
	Negra.	2	25
	Amarilla.	0	0

Se diagnosticaron ocho pacientes con el Síndrome de Fernand Vidal que representó el 6,5% de la población estudiada. Estos están comprendidos en el grupo de edades por encima de los 40 años, en el sexo masculino y de la raza blanca coincidiendo con diferentes autores entre ellos Colás Sanz y Ginel Mendoza, los cuales realizaron el estudios en poblaciones de asmáticos<sup>1,5</sup>.



**Figura 1:** Antecedentes patológicos personales de los pacientes con Síndrome de Fernand Vidal. 2007-2009.

La Rinosinusitis crónica con poliposis nasal, asma bronquial y alergia a los AINES y al AAS. estuvo presente en los ocho pacientes diagnosticados y estudiados, seguidos de la rinitis alérgica; esta última frecuente en la práctica médica habitual debiéndose tener en cuenta sus formas

crónicas que afectan la calidad de vida de los pacientes coincidiendo con estudios realizados. Bateman y Rodríguez M. consideraron la rinitis alérgica estacionaria o perenne factor que influye en la aparición de la Rinosinusitis crónica que forma parte de este síndrome<sup>10,13,15</sup>.

Tabla II. Manifestaciones clínicas en pacientes con Síndrome de Fernand Widal. Hospital General "Camilo Cienfuegos". Sancti Spiritus. 2007- 2010.

Síntomas.	No. de pacientes (n=8).	%
Obstrucción nasal.	8	100,0
Anosmia.	8	100,0
Reacciones adversas AAS. y/o AINE.	Edema facial y de las manos.	4 80,0
	Crisis de Asma.	8 100,0
Cefalea.	8	100,0
Tos.	4	80,0

La Obstrucción nasal, anosmia y cefalea estuvo presente en los pacientes estudiados y diagnosticados con el síndrome; coincidiendo con estudios realizados por Colás. Ceylan y Baterman determinaron que fue el hallazgo mas frecuente en los pacientes con Rinosinusitis crónica. Yáñez, Pfaar y Donald demostraron que el asma predominó dentro de las reacciones adversas mas frecuentes desencadenada por los AINE. y/o AAS., coincidiendo con el presente estudio<sup>5,7,9,11,14</sup>.

Tabla III. Valores obtenidos en estudios inmunológicos y hematológicos Hospital General "Camilo Cienfuegos". Sancti Spiritus.2007- 2010.

Estudios Realizados.	Valores de Referencia.	Predominio Celular		
		Normal.	Elevado.	Disminuido
Dosificación de IgE.	≤ 150 UI / ml.	2	6	0
Dosificación de IgA.	Hombre: 8,3-4,6g/ L	3	5	0
	Mujer: 0,7 - 3,7 g/L			
Inmunocomplejo Circulante.	0 - 150	2	6	0
Conteo Absoluto de Eosinófilos.	0 – 0,02 10 6/L	0	8	0
Eosinófilos en Secreción Nasal.	0%	1	7	0

La tabla III nos muestra que los procesos alérgicos predominaron en el presente estudio; encontrándose elevados en los 8 pacientes estudiados; seguido del inmunocomplejo circulante y la dosificación de IgE. La alergia es un tipo de Hipersensibilidad tipo I o anafiláctica, cuyo mediador principal es la IgE Esta se produce debido a la presencia de alérgenos en los pacientes sensibles. Gameros demostró se encuentra elevada en los pacientes atópicos<sup>18</sup>.

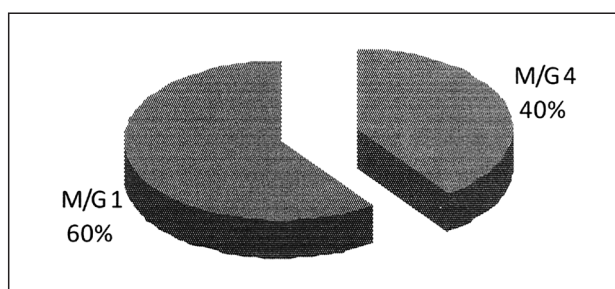


Figura 2: Resultado de la tomografía computerizada de senos paranasales.

En la figura 2 se muestran los hallazgos tomográficos según la clasificación de Metson/Glicklich (M/G). El M/G 1 estuvo presente en 6 pacientes que representó el 60%; y se caracterizó por estar afectado un solo grupo, de los senos paranasales y/o con una variable anatómica; seguido del M/G 4 en dos pacientes que representó el 40%. En estos se encuentra afectado todos los senos paranasales<sup>19</sup>. Presentaron dentro de estos, evolución tórpida los pacientes diagnosticados de Rinosinusitis alérgica micótica por la T.C. Muñoz y Gandur demostraron que entre el 5 y el 10% de los pacientes con Rinosinusitis crónica padecen micosis, aunque no se ha demostrado si existe relación con la alergia a la aspirina pero la literatura mundial señala que éstos se encuentran en lugares con humedad relativa muy alta. Añaden, es más frecuente en los pacientes adultos jóvenes no coincidiendo con los pacientes estudiados cuya edad estaba por encima de los 60 años<sup>16,20</sup>.

Tabla IV. Predominio celular en pacientes con Síndrome de Fernand Widal. Hospital General "Camilo Cienfuegos". Sancti Spiritus. 2007- 2010.

Pacientes	Predominio Celular	
	Eosinófilos	Neutrófilos
No.1 y 2	Si	No
No.3	Si	Si
No.4 y 5	Si	No
No.6 y 7	Si	No
No. 8	Si	No

Observamos en la Tabla VI el predominio celular cuando se les realizó estudio histológico de los pólipos posteriores a la exéresis de estos; dentro de ellos estuvieron presentes los eosinófilos en los ocho pacientes y solo en uno se aisló eosinófilos y neutrófilos. Es importante la determinación de éstos, porque en dependencia de ellos será la conducta médica a seguir. Además J. entre otros autores indican como tratamiento idóneo cuando el predominio celular es de eosinófilos el uso de esteroides vía tópica y sistémica; los primeros porque ayudan a evitar la recidiva de los mismos mencionando los excelentes resultados de la Mometazona y/o la Budesonida las cuales no están al alcance de la población pero la sustituimos por Beclometazona en spray, obteniendo buen resultado en el grupo estudiado y sin reacciones adversas<sup>11</sup>.

Ademá J. sugiere cuando en el grupo celular están presentes los neutrófilos el uso de Azitromicina vía oral en reiteradas ocasiones por un periodo de tres a cuatro meses.

## Conclusiones

El 6,5% de los pacientes con Rinosinusitis crónica y poliposis nasal se diagnosticaron con el Síndrome de Fernand Widal; se presenta con más frecuencia en hombres de raza blanca y de la cuarta década de la vida. Además de presentar Rinosinusitis crónica y poliposis nasal, alergia a la aspirina y a los antiinflamatorios no esteroideos y asma bronquial, característicos de la enfermedad, se encontró el antecedente de hipertensión arterial y rinitis alérgica. Acuden a consulta por referir anosmia, obstrucción nasal y cefalea. Los valores obtenidos en estudios inmunológicos y hematológicos se corresponden con historia de alergia obteniendo cifras elevadas en el conteo absoluto de eosinófilos y en la secreción nasal. La alergia es un tipo de Hipersensibilidad tipo 1 o anafiláctica, cuyo mediador principal es la IgE. En los hallazgos tomográficos, según la clasificación de Metson/Glicklich (M/G) predominó el M/G 1 que se caracteriza por estar afectado un solo grupo de los senos paranasales y/o con una variable anatómica.

## Bibliografía

- Mendoza Ginel L. A.S.A. Triada: A propósito de un caso. [Serie en Internet].2006 [Citado 22- 03-2008]; Disponible en: <http://www.elmedicointeractivo.com/revistaelmedico/991/3.pdf>
- Szczeklik A. Aspirin-induced asthma: Advances in pathogenesis and management. *Rev. Allergy Clin Immunology*. Esp.1999 ;( 4):5-13
- Fraj Lázaro J. Provocaciones bronquiales con ASA.- lisina. *Alergología e Inmunología Clínica* .Esp. 1999; (14):29-34
- Asma Bronquial. Programa anual 2000-2001. *Rev. El medico*. [Serie en Internet].2008 [Citado 22- 03-2008]. Disponible en: <http://www.elmedicointeractivo.com/revistaelmedico/991>
- Colás Sanz C. Asma con poliposis nasal e idiosincrasia a A.I.N.E. *Eur Arch Otorhinolaringol* [Serie en Internet].2007 [Citado 15- 03-2008]; 264(3): 357-62. Disponible en: <http://www.faes.es>
- Zeroli N. Aspirin-sensitive versus non-aspirin-sensitive nasal polyp patients: analysis of leukotrienes/Fas and Fas-ligand expression. *Otolaryngology Head Neck Surg*. [Serie en Internet] 2002 [Citado 15- 03-2008] Feb; 126(2):141-6. Disponible: [PubMed Indexed for MEDLINE]
- (Pfaar O. Aspirin desensitization in aspirin intolerance: update on current standards and recent improvements. *Allergy Clin Immunol*. [Serie en Internet] 2006 [Citado 8-03- 2010] Jun; 6(3):161-6. Disponible: [PubMed — indexed for MEDLINE]
- Ceylan E. Nasal polyps and the severity of asthma. *Respirology*. [Serie en Internet] 2007 [Citado 8-03-2010] Mar; 12 (2):272-6. Disponible: [PubMed - indexed for MEDLINE]
- Yáñez A. Reacciones adversas a aspirina (AAS.) y antiinflamatorios no esteroideos ( AINE.) *Rev. Enfoque. Alergia e Inmunología*. [Serie en Internet].2001 [Citado 15- 03-2008](2):10-14. Disponible en: <http://www.emc,alergia.orcharlenfoca> 10 14 2001
- Caballero M. *Alergológica* 2005. Methodological aspects and sample characteristics of the study. *Investig Clin. Inmunol* 2009; Vol.19 (2):2-6.
- M.Bernal, M.Massegur, J.M,Ademá C.Sprekelsen, M.Moina y J.M,Fabra: *Cirugía Endoscópica Nasosinusal Básica y de Avanzada*. Eda Grafiques Alzadora. Seg Edición, 2001
- Vallano A. Asma inducida por acido acetil salicilico. *Rey Clin. Barc* 2001 (Cado 12- 08-2008); 117:274-275. Disponible en <http://www.alergoaragon.org/2000/>
- Rodríguez M,M. Rinitis alérgica *Inf Ter Nac Salud* [Serie en Internet].2007 [Citado 12- 08-2008]; 24(1):1-8 Disponible en: <http://www.msc.es>
- Bateman ND. Nasal polyps: still more questions than answers. *The Journal of Laryngology&Otolology* [Serie en Internet].2007 [Citado 10-07-2008]; 203(117):1-9 Disponible en: <http://hinari.gw.who.Int>.
- Consenso mexicano sobre rinosinusitis crónica del adulto. Ed.2007; 5-54
- Muñoz F. Fungal sensitization in Nasal Poliposis *Investig Clinimmunol* 2009; Volt 19(1):6-12
- Lund VJ. Therapeutic targets in rhinosinusitis: inyection or inflammation? *Medscape Several Medicine* [Serie en Internet]. 2008. [Citado 10- 07-2008]; 10(4): 105-108. Disponible en: <http://www.arialespanol.orq>.
- Gameros G. Relation between IgE levels and infections in patients with allergic rhinitis and asthma. *Rey Alerg Mex*. 2005 Nov-Dec; 52(6):226-30
- Daghighi MH. Tomografía para evaluar Síndrome de Keros. *Rey. de Otorrinolaringología*. [Serie en Internet]. 2007 [Citado 13- 04-2008]; 93 (2): 1-5
- Gandur AF. Sinusitis alérgica micótica. *Arch Alergia Inmunología Clínica* [Serie en Internet]. 2008. [Citado 10- 07-2008]; 39(1):15-21 Disponible en. <http://hinan.gw.who.Int>.

## Correspondencia

Dra. Raquel M. García Alemán  
E.mail.raquelmahoss.ssp.sld.cu