

PROPUESTA TÉCNICA DE REVISIÓN DE LA CODIFICACIÓN DEL SNV EN EL RePER

1. Introducción y objeto del documento

El presente documento tiene por objeto exponer, con base técnica y clínica, la necesidad de revisar la codificación actualmente asignada al **Síndrome de Nariz Vacía (SNV)** en el **Registro de Pacientes con Enfermedades Raras (RePER)**, donde aparece clasificado bajo el código **CIE-10-ES: J31.0 – Rinitis crónica**.

La evidencia clínica, epidemiológica y fisiopatológica disponible demuestra que el SNV constituye un síndrome postquirúrgico funcional y estructural, cuya naturaleza no se corresponde con las entidades inflamatorias comprendidas en J31.0. Esta discordancia dificulta la correcta identificación de los pacientes afectados, limita la validez epidemiológica del registro y compromete el desarrollo de investigación específica y la adecuada planificación sanitaria.

El objetivo de este documento es:

- **Solicitar la revisión técnica** de la clasificación del SNV dentro del RePER, dada su actual ubicación en un código que no refleja su verdadera naturaleza clínica.
- **Plantear la necesidad de crear una subcategoría específica** dentro del capítulo J3X del CIE-10-ES (enfermedades del aparato respiratorio superior), que permita identificar el SNV como una entidad propia, diferenciada de la rinitis crónica.
- **Proponer alternativas de codificación provisional**, más adecuadas que J31.0, mientras se estudia la creación de un código definitivo.

La correcta clasificación del SNV en el RePER es fundamental para garantizar la calidad de los datos epidemiológicos, mejorar la identificación de pacientes, favorecer la investigación y fortalecer la toma de decisiones en materia de salud pública relacionadas con esta patología.

2. Situación actual de la codificación

Según la información comunicada a la Asociación Española de Síndrome de Nariz Vacía (AESNV), el SNV ha sido incorporado recientemente al RePER bajo la siguiente codificación:

- CIE-10: J31.0 – Rinitis crónica
- CIE-10 ampliado: 01

Si bien esta clasificación permite, por primera vez, registrar oficialmente a pacientes con SNV dentro del sistema epidemiológico nacional, se trata de una ubicación provisional adoptada ante la ausencia de un código específico en la CIE-10-ES.

No obstante, la categoría J31.0 describe únicamente procesos inflamatorios crónicos de la mucosa nasal, lo cual no refleja la naturaleza funcional, estructural y postquirúrgica del SNV. En consecuencia, la actual codificación:

- no se ajusta a la fisiopatología real del síndrome,
- no distingue al SNV de la rinitis crónica común,
- dificulta su identificación epidemiológica,
- y limita la capacidad del RePER para ofrecer datos fiables sobre esta patología.

3. Evaluación técnica de J31.0 en CIE-10-ES

El código J31.0 – Rinitis crónica pertenece al capítulo J00–J99 (Enfermedades del aparato respiratorio) y se integra en el subgrupo J31 (Rinitis, faringitis y rinofaringitis crónica) de la CIE-10-ES.

La definición oficial de J31.0 incluye exclusivamente procesos inflamatorios crónicos de la mucosa nasal, tales como:

- rinitis crónica (rinitis atrófica crónica),
- rinitis granulomatosa crónica,
- rinitis hipertrófica crónica,
- rinitis obstructiva crónica,
- rinitis purulenta crónica,
- rinitis ulcerosa crónica.

Además, la CIE-10-ES especifica expresamente que:

- la rinitis alérgica debe clasificarse en J30.x,
- la rinitis aguda debe clasificarse en J00,
- y J31.0 excluye explícitamente entidades no inflamatorias.

Esta estructura evidencia que J31.0 está diseñado para enfermedades inflamatorias crónicas de origen inmunológico, infeccioso o irritativo de la mucosa nasal, y no contempla:

- trastornos funcionales,
- síndromes postquirúrgicos,
- alteraciones aerodinámicas,
- disfunción neurosensorial,
- cambios estructurales derivados de cirugía de cornetes.

De ello se desprende que J31.0 no es una categoría diseñada para acoger el SNV, puesto que:

1. La fisiopatología del SNV es postquirúrgica, funcional y estructural, no inflamatoria.
2. La asignación del SNV a J31.0 implica una clasificación errónea, al confundirlo con una enfermedad de naturaleza distinta.
3. La permanencia del SNV bajo J31.0 compromete la claridad epidemiológica del RePER, al mezclarlo con patologías que no comparten etiología ni manifestaciones clínicas.

4. Discordancia clínico-fisiopatológica entre el SNV y la categoría J31.0

La inclusión del SNV en la categoría J31.0 – Rinitis crónica resulta clínicamente inadecuada, ya que ambas entidades presentan mecanismos fisiopatológicos, criterios diagnósticos, etiología y manifestaciones clínicas radicalmente distintas.

4.1. Naturaleza del SNV

El SNV es un síndrome funcional, estructural y neurosensorial que aparece exclusivamente tras intervenciones quirúrgicas que afectan a los cornetes nasales. Se caracteriza por:

- alteración del flujo aéreo y la aerodinámica nasal,
- reducción o pérdida de la percepción del paso de aire,
- disfunción neurosensorial de la mucosa,
- cambios en la presión, temperatura y turbulencia del aire,
- alteración del microclima nasal,
- síntomas de disnea paradójica,
- impacto significativo en la calidad de vida,
- no implica necesariamente inflamación crónica de la mucosa nasal.

4.2. Naturaleza de la categoría J31.0

La categoría J31.0 agrupa exclusivamente entidades de rinitis crónica de carácter inflamatorio, tales como rinitis atrófica, hipertrófica, granulomatosa, obstructiva o ulcerosa. Estas condiciones comparten:

- inflamación persistente de la mucosa nasal,
- etiología inmunológica, infecciosa o irritativa,
- hallazgos mucosos característicos,
- curso clínico inflamatorio y no postquirúrgico.

Por definición, J31.0 excluye las alteraciones estructurales o funcionales no inflamatorias de la nariz.

4.3. Consecuencias técnicas de esta discordancia

Los casos de SNV se mezclan con patologías inflamatorias, lo que impide conocer la verdadera prevalencia del síndrome y afecta la calidad de los datos del RePER.

- **Distorsión epidemiológica:** los casos de SNV se mezclarían con patologías inflamatorias, dificultando conocer la verdadera prevalencia del síndrome.
- **Confusión clínica:** puede inducir a los profesionales a asumir que el problema principal es inflamatorio cuando el mecanismo real es funcional y postquirúrgico.
- **Dificultad en la investigación:** al no estar identificado como entidad propia, es más complejo diseñar estudios observacionales, ensayos o registros específicos.

- **Impacto en el acceso a prestaciones:** Clasificar el SNV como rinitis puede afectar negativamente la percepción de su gravedad, su cronicidad, y la correcta asignación de recursos sanitarios, sociales y de apoyo a los pacientes.
- **Dificultad para la armonización internacional:** Dado que el SNV está siendo reconocido progresivamente como un síndrome diferenciado en literatura científica internacional, mantenerlo codificado como rinitis crónica dificulta:
 - la armonización con otros sistemas internacionales,
 - la comparación con bases de datos globales,
 - la integración en redes europeas de enfermedad rara.
 - Una codificación correcta permitiría situar a España en una posición técnica avanzada y alineada con estándares emergentes.

En síntesis, la naturaleza postquirúrgica, funcional y estructural del SNV es incompatible con la definición inflamatoria propia de la categoría J31.0. Ello hace necesaria la reconsideración de su ubicación dentro del RePER y evidencia la pertinencia de buscar una clasificación alternativa más adecuada dentro del capítulo J30–J39 del CIE-10-ES.

5. Evaluación técnica de la categoría J95.89

Dado que el SNV es una condición que aparece tras procedimientos quirúrgicos que afectan a los cornetes nasales, podría surgir la duda de si debería clasificarse dentro del bloque *J95 – Complicaciones y trastornos intraoperatorios y posprocedimiento del aparato respiratorio*, y en particular bajo *J95.89 – Otras complicaciones y trastornos posprocedimiento del aparato respiratorio, no clasificados bajo otro concepto*.

Sin embargo, un análisis detallado del contenido de la CIE-10-ES muestra que J95.89 tampoco representa adecuadamente la naturaleza del SNV ya que se reserva para complicaciones posoperatorias inmediatas o subagudas, incluyendo manifestaciones clínicas agudas, inmediatas o de curso temporal limitado tras el acto quirúrgico, tales como:

- neumonía posoperatoria,
- escape de aire,
- neumotórax posprocedimiento,
- hematomas, seromas o hemorragias,
- insuficiencia respiratoria posquirúrgica,
- complicaciones mecánicas relacionadas con el respirador.

En cambio, el SNV es una condición crónica, de curso prolongado y permanente, que no encaja en el patrón temporal ni fisiopatológico propio de las complicaciones incluidas en J95.

6. Opciones de codificación más adecuadas

A la luz del análisis clínico, fisiopatológico y normativo, se identifican dos bloques de la CIE-10-ES que ofrecen un encaje técnico más apropiado para el Síndrome de Nariz Vacía (SNV) que la actual clasificación bajo J31.0. Ambos pertenecen al capítulo *J00–J99 Enfermedades del aparato respiratorio* y permiten la creación de una subcategoría específica.

6.1. J34 – Otras enfermedades y las no especificadas de la nariz y de los senos nasales

El bloque J34 reúne enfermedades estructurales, anatómicas y funcionales de la nariz y de los senos nasales. A diferencia de J31.0, este grupo no requiere la presencia de inflamación crónica y se utiliza para clasificar alteraciones morfológicas o funcionales que afectan a la fisiología nasal.

Entre sus códigos se incluyen:

- J34.2 – Tabique nasal desviado,
- J34.3 – Hipertrofia de los cornetes nasales,
- J34.8 – Otras enfermedades especificadas de la nariz y de los senos nasales,
- J34.89 – Otras enfermedades especificadas de la nariz y de los senos nasales (incluye perforación del tabique).

Por sus características anatómico-funcionales, el bloque J34 constituye el marco más adecuado para la futura incorporación de una subcategoría específica para el SNV.

6.1.1. Justificación técnica para la creación de un código específico dentro de J34

Se propone valorar la creación de una subcategoría específica dentro del bloque J34: *J34.X – Síndrome de Nariz Vacía*.

Los fundamentos técnicos para ello son los siguientes:

Coherencia anatómica y funcional

Las entidades recogidas en J34 describen alteraciones morfofuncionales que afectan la respiración nasal. El SNV comparte esta base fisiopatológica, dado que se origina tras una modificación anatómica de los cornetes que altera la dinámica del flujo aéreo y la función sensorial de la mucosa.

Alineación con la literatura científica internacional

La literatura especializada describe el SNV como un síndrome postquirúrgico crónico originado por alteraciones anatómicas de los cornetes. Ninguna publicación médica lo describe como una rinitis inflamatoria. Asimismo, los tratamientos actualmente disponibles (procedimientos reconstructivos y regenerativos) actúan sobre la anatomía nasal, reforzando su naturaleza estructural y su pertenencia.

Evita la distorsión epidemiológica

Una codificación dentro de J34 permitiría diferenciar el SNV de la rinitis inflamatoria crónica y obtener datos reales de prevalencia.

6.1.2. Clasificación provisional recomendada

Como alternativa provisional, mientras se estudia la creación del código específico, se propone emplear una alternativa más adecuada que J31.0: *J34.89 – Otras enfermedades especificadas de la nariz y de los senos nasales*, que pertenece al mismo bloque anatómico y evita clasificar el SNV como rinitis inflamatoria.

6.2. J39 – Otros trastornos de las vías respiratorias superiores

El bloque J39 agrupa otros trastornos del tracto respiratorio superior que no se encuentran recogidos en categorías previas del capítulo J30–J38. Incluye entidades heterogéneas de naturaleza no inflamatoria, no infecciosa y no necesariamente estructural, tales como:

- J39.0 – Absceso retrofaríngeo y parafaríngeo,
- J39.1 – Otras enfermedades de la faringe,
- J39.2 – Otras enfermedades de la laringe,
- J39.8 – Otros trastornos especificados de las vías respiratorias superiores.

Este bloque actúa como categoría residual para condiciones que afectan al tracto respiratorio superior pero que no presentan un encuadre claro en bloques más específicos del capítulo J00–J99 *Enfermedades del aparato respiratorio*.

Si bien el Síndrome de Nariz Vacía (SNV) es un trastorno principalmente anatómico-funcional de la cavidad nasal, y por tanto encuentra un encaje más natural dentro del bloque J34, en ausencia de un código propio podría contemplarse su clasificación provisional dentro de J39, como *J39.8 – Otros trastornos especificados de las vías respiratorias superiores*.

No obstante, dado que el bloque J39 no recoge específicamente alteraciones anatómicas o funcionales de la cavidad nasal, su utilización debe considerarse únicamente una alternativa secundaria y provisional, aplicable únicamente en caso de que no pueda aprobarse una clasificación específica dentro del bloque J34, que sigue siendo la opción más coherente desde el punto de vista anatómico y funcional.

7. Base normativa para la creación de nuevas subcategorías

En la introducción y guía de uso de la CIE-10-ES, se indica que:

- La clasificación es objeto de actualizaciones y modificaciones extensas para corregir carencias identificadas en su uso clínico real.
- Existen entidades clínicas emergentes o poco frecuentes que inicialmente se codifican de forma aproximada bajo categorías genéricas.
- Corresponde a las unidades técnicas de clasificación y a los órganos de registro identificar estos vacíos y, cuando procede, proponer la creación de nuevas subcategorías específicas que reflejen mejor la realidad clínica.

Asimismo, la CIE-10-ES establece que, cuando no existe un código específico, deben utilizarse categorías puente que cumplen funciones distintas:

- “Otros especificados” (NCOC): se emplea cuando la entidad clínica está definida, pero aún no dispone de un código propio. Actúa como categoría puente hasta la creación de una subcategoría específica.
- “No especificado de otro modo” (NEOM): se utiliza únicamente cuando la información clínica es insuficiente o el diagnóstico no está especificado. No debe aplicarse a entidades bien caracterizadas.

El Síndrome de Nariz Vacía (SNV) se encuentra precisamente en esta situación: es una entidad plenamente definida que actualmente carece de codificación propia. Su inclusión bajo J31.0 constituye una solución de compromiso que no refleja su naturaleza clínica ni fisiopatológica.

Dado que el SNV cuenta con definición clínica, fisiopatología y criterios diagnósticos consolidados, su clasificación provisional adecuada corresponde a una categoría NCOC (como J34.89), mientras que NEOM no sería apropiado.

8. Propuesta técnica de reclasificación

A la luz de lo anterior, se propone:

1. Reconocer explícitamente que el SNV no es una rinitis crónica y que, por tanto, J31.0 no es la categoría adecuada para su codificación en la CIE-10-ES ni en el RePER.
2. Valorar, en el seno de los órganos competentes, la creación de una subcategoría específica para el SNV dentro del:
 - *Capítulo 10. Enfermedades del aparato respiratorio (J00-J99) y Otras enfermedades del tracto respiratorio superior (J30-J39), preferentemente:*
 - Dentro del bloque J34 – *Otras enfermedades y las no especificadas de la nariz y de los senos nasales*. Es decir, J34.X – *Síndrome de Nariz Vacía*,
 - Dentro del bloque J39 – *Otras enfermedades del tracto respiratorio superior*. Es decir, J39.X – *Síndrome de Nariz Vacía*.
3. Mientras se estudia la creación del nuevo código específico, contemplar el uso provisional de categorías más adecuadas que J31.0, tales como:
 - J34.89 – *Otras enfermedades especificadas de la nariz y de los senos nasales*, al tratarse de una condición estructural y funcional específica de la cavidad nasal.
 - J39.8 – *Otras enfermedades especificadas del tracto respiratorio superior*, en aquellos casos en que se opte por un enfoque más amplio del tracto respiratorio superior.

En cualquier caso, se considera esencial evitar la clasificación del SNV bajo códigos diseñados para procesos inflamatorios crónicos (J31.0) o para complicaciones posoperatorias agudas (J95.x), con los que no comparte fisiopatología.

9. Beneficios esperados de la reclasificación

La reclasificación del SNV mediante la creación de un código específico y/o el uso de categorías más apropiadas comportaría los siguientes beneficios:

- **Claridad diagnóstica:** el SNV se reconoce como lo que es, un síndrome postquirúrgico funcional y estructural.
- **Mejor calidad de los datos del RePER y, en el futuro, del ReeR:** permitiría identificar y cuantificar con precisión el número de personas afectadas, evitando la dilución de casos entre patologías no relacionadas.
- **Impulso a la investigación:** la existencia de un código específico facilitaría la realización de estudios clínicos, epidemiológicos y de resultados, así como la comparación de datos entre centros.
- **Base sólida para las políticas sanitarias:** permitiría evaluar con mayor realismo el impacto del SNV en términos de calidad de vida, consumo de recursos sanitarios y necesidad de apoyos sociosanitarios.
- **Alineamiento internacional:** diversos grupos científicos describen ya el SNV como entidad diferenciada; una codificación específica situaría a España en una posición avanzada en la clasificación y reconocimiento de esta patología.

10. Solicitud

La Asociación Española de Síndrome de Nariz Vacía (AESNV) solicita respetuosamente:

1. Que se **revise la decisión de encuadrar el SNV bajo J31.0 – Rinitis crónica** en el RePER, a la luz de la definición oficial de ese código en la CIE-10-ES.
2. Que se abra un **proceso de valoración técnica** para crear una **subcategoría específica** para el SNV dentro del capítulo J3X (preferentemente en J34 o J39).
3. Que, en tanto se resuelve la propuesta, se explore una clasificación transitoria más adecuada (por ejemplo, dentro de J34.89 o J39.8).

11. Referencias bibliográficas

1. Houser SM. Empty nose syndrome. *Otolaryngol Clin North Am.* 2009;42(2):311–330.
2. Kuan EC, Suh JD, Wang MB. Empty nose syndrome. *Curr Allergy Asthma Rep.* 2015;15(1):493.
3. Chhabra N, Houser SM. The diagnosis and management of empty nose syndrome. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2017;156(5):882–887.
4. Velasquez N, Thamboo A, et al. Empty nose syndrome: diagnosis and management. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2018;26(1):8–15.
5. Zhao K, Jiang J, Blacker K, et al. Regional peak mucosal cooling predicts the perception of nasal patency. *J Appl Physiol.* 2014;116(5):538–544.
6. Sullivan CD, Schlosser RJ. Nasal airway physiology. *Rhinology.* 2015;53(1):3–13.
7. Sozansky J, Houser SM. Pathophysiology and clinical assessment of empty nose syndrome. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2011;137(6):616–625.
8. Coste A, Dessi P, Serrano E. Empty nose syndrome. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis.* 2012;129(2):93–97.
9. Ping Chu YH, et al. Reconstruction of the inferior turbinate for empty nose syndrome. *Am J Rhinol Allergy.* 2014;28(5):397–402.
10. Thamboo A, Velasquez N, et al. Disease-specific quality-of-life outcomes in empty nose syndrome. *Laryngoscope.* 2018;128(1):195–202.
11. Pinto JM, et al. Nasal neurosensory dysfunction in empty nose syndrome. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2016;154(4):645–654.
12. Gelardi M, Cassano M, et al. Empty Nose Syndrome questionnaire (ENS6Q): validation study. *Rhinology.* 2015;53(3):312–318.
13. Li Y, Lee D, et al. Altered brain activity in patients with Empty Nose Syndrome: a resting-state fMRI study. *Sci Rep.* 2020;10:11569.
14. Barham HP, Knisely A, Harvey RJ, Sacks R, et al. Development and validation of the Empty Nose Syndrome 6-Item Questionnaire (ENS6Q). *Int Forum Allergy Rhinol.* 2016;6(12):1248–1252.
15. Zhao K, Scherer PW, Hajiloo SA, Dalton P. Effect of anatomy on airflow distribution and nasal resistance: a computational fluid dynamics study. *Rhinology.* 2019;57(5):356–365.
16. Leong SC, Kubba H, White PS. Empty nose syndrome: current diagnostic strategies and management. *J Laryngol Otol.* 2021;135(3):195–204.