

Valoración del paciente con rinitis

J.M. Bravo Santervás, F. Canales Cid, I. Jiménez Catena

INTRODUCCIÓN

La rinitis puede ser definida como la presencia de uno o más de los siguientes síntomas nasales: estornudos, rinorrea (anterior o posterior), congestión nasal y picor nasal.

La rinosinusitis incluye: congestión nasal, drenaje nasal posterior, opresión y dolor facial, cefalea, fatiga y disminución del olfato.

RINITIS ALÉRGICA

Se estima que del 10 al 30% de los adultos, y más de un 40% de niños, presentan rinitis alérgica. Los síntomas tienen habitualmente su pico en la infancia, y presentan un nuevo pico en la década de los 30 ó 40 años, tendiendo a continuar con severidad variable a lo largo de la vida, incluyendo periodos de remisión⁽¹⁾.

La rinitis alérgica es clasificada como estacional, si los síntomas ocurren habitualmente en una época particular del año, o perenne, si los síntomas ocurren durante todo el año. Puede también ser clasificada como episódica o persistente.

Los pacientes con rinitis alérgica estacional a menudo tienen asociada conjuntivitis alérgica, caracterizada por picor, enrojecimiento e irritación ocular.

- Los alérgenos que comúnmente causan la rinitis alérgica estacional son árboles, hierbas y pólenes.

- Alérgenos del interior del hogar, como ácaros del polvo, cucarachas, proteínas animales y hongos, se asocian habitualmente con rinitis perenne.

RINITIS NO ALÉRGICA

Se caracteriza por la presencia crónica de uno o más de los siguientes síntomas: congestión nasal, rinorrea y drenaje nasal posterior. Es un diagnóstico de exclusión de etiologías como: inmunológica, infecciosa, farmacológica, estructural, hormonal, vasculítica, metabólica y causas atróficas.

Clínicamente se distingue de la rinitis alérgica por la ausencia de picor nasal u ocular, una mayor edad de comienzo, la presencia más constante de congestión nasal y la naturaleza perenne de los síntomas.

Los desencadenantes típicos en la rinitis no alérgica incluyen el fumar tabaco, la emisión de diésel por los coches, los cambios en la temperatura, las fragancias fuertes, los productos de limpieza y las bebidas alcohólicas.

- La **rinitis vasomotora** se caracteriza por rinorrea acuosa, congestión intermitente y una reacción exagerada a irritantes no específicos, como la polución ambiental o los cambios de temperatura, especialmente la exposición al aire frío y seco.
- La **rinitis gustatoria** es una condición episódica con rinorrea acuosa desencadenada por

comidas calientes o con especias, que puede estar causada por un reflejo vagal.

- El **síndrome de rinitis no alérgica con eosinofilia nasal** (NARES) se caracteriza por secreciones nasales con más de un 25% de eosinófilos. Los pacientes con NARES tienen test cutáneos e *in vitro* negativos para IgE específica a alérgenos, aunque éstos pueden responder con síntomas a la exposición nasal a alérgenos.

RINITIS MIXTA

Combinación de rinitis alérgica y no alérgica. Es la forma más común de rinitis, afectando aproximadamente al 45% de la población.

RINITIS OCUPACIONAL

Es causada por alérgenos ambientales o irritantes en el lugar de trabajo del paciente. Los síntomas son más prominentes en el trabajo y mejoran en los días de descanso. El mecanismo subyacente puede ser alérgico o irritante (tóxico). Ejemplos comunes de sustancias que provocan rinitis de causa alérgica incluyen proteínas de la orina y piel de animales de laboratorio, proteínas de alimentos en trabajadores que procesan dichos alimentos, proteínas enzimáticas en manipuladores de detergentes, y polvo orgánico en manipuladores de la madera.

OTRAS CAUSAS DE RINITIS

Rinitis medicamentosa

Síntomas de rinitis como resultado de la aplicación de agentes tópicos en el revestimiento nasal. El precipitante más común es el abuso de descongestionantes nasales tópicos. Varios días de uso regular provocan congestión nasal de rebote, lo que conduce a los pacientes a administrarse la medicación más frecuentemente para obtener alivio. Esto lleva a un círculo vicioso de congestión nasal.

La obstrucción crónica y la inflamación nasal se manifiestan en el examen físico como membranas nasales rojas. El diagnóstico se basa en una adecuada historia clínica y los característicos hallazgos en el examen físico. El tratamiento incluye la

retirada de la medicación. Además, habitualmente son necesarios los esteroides nasales tópicos para reducir los síntomas del paciente al abandonar la medicación responsable⁽²⁾. La recuperación completa se alcanza al año.

El riesgo de desarrollar rinitis medicamentosa por el uso de descongestionantes nasales puede ser minimizada limitando su uso a aproximadamente 5 días, y utilizando la menor dosis posible durante esos días.

Medicación sistémica

Las clases de medicación que pueden causar síntomas nasales incluyen anticonceptivos, drogas antihipertensivas (bloqueantes alfa-adrenérgicos, bloqueantes beta-adrenérgicos, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina), drogas para la disfunción eréctil y antiinflamatorios no esteroideos. Los psicofármacos que han sido implicados incluyen clorpromacina, tioridazina, perfenacina, clordiazepóxido, amitriptilina y alprazolam. Últimamente, se ha observado que la ciclosporina y el micofenolato pueden causar síntomas nasales.

Anormalidades estructurales

Incluyen anomalías congénitas, anomalías adquiridas (hipertrofia adenoidea, cuerpos extraños, desviación y perforación septal, pólipos nasales) y tumores.

Rinitis gestacional

Se define como congestión nasal en las últimas 6 semanas de gestación, sin otros signos de infección del tracto respiratorio y sin causa alérgica conocida, que desaparece completamente en las dos semanas después del parto⁽³⁾. Deben excluirse otras causas de rinitis.

Rinitis atrófica

En países occidentales ocurre típicamente en individuos de mayor edad y personas que se han sometido a cirugía repetida de senos o nasal. Se produce una atrofia progresiva de la mucosa nasal, que conduce a la colonización por bacterias (*Klebsiella ozonae*). La sintomatología incluye congestión nasal, irritación y mal olor. El tratamiento con-

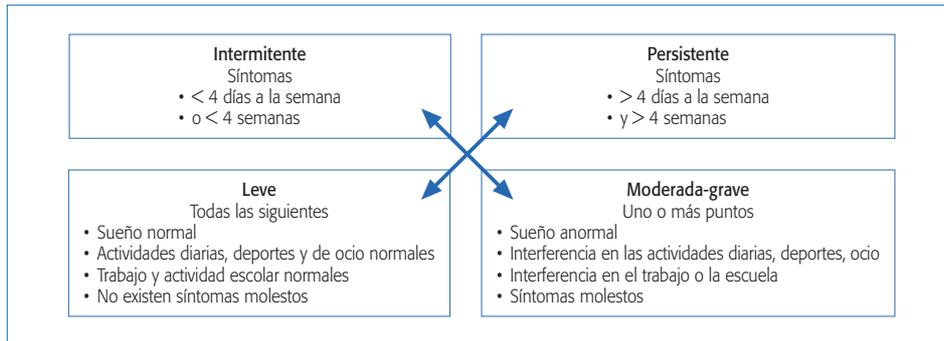


Figura 1. Clasificación de la rinitis de ARIA (*Allergic Rhinitis and its Impact in Asthma*).

siste en lavados nasales diarios y lubricación, combinada con antibióticos tópicos.

Enfermedades sistémicas

Enfermedades granulomatosas (granulomatosis de Wegener, policondritis recidivante, sarcoidosis, granuloma de la línea media), fibrosis quística, hipotiroidismo, síndromes de cilio inmóvil e inmunodeficiencias.

DIAGNÓSTICO DE RINITIS ALÉRGICA

El diagnóstico de rinitis alérgica se realiza tomando como base los hallazgos clínicos, con una historia característica (incluyendo la presencia de factores de riesgo), síntomas y signos en el examen físico y, si está indicada, la confirmación de la presencia de IgE específica a los alérgenos. Los síntomas deben también ser reproducibles con la exposición a alérgenos a los que el paciente esté sensibilizado.

Historia

La rinitis alérgica estacional puede habitualmente ser diagnosticada sólo por la historia. Si la exposición a alérgenos es estacional, el polen de árboles o hierbas en la primavera, o la exposición a polen de malezas en el trabajo (fiebre del heno), son los más fácilmente identificables como responsables, y los síntomas son predecibles y reproducibles.

Igualmente, una historia de exposición a alérgenos inhalados, como las proteínas de la saliva del

gato, caspa de caballo, proteínas urinarias murinas, polen, o ácaros del polvo doméstico, que pueden provocar síntomas alérgicos agudos, son fácilmente diagnosticados como rinitis alérgica episódica.

Por contra, la clásica rinitis alérgica perenne se asocia con síntomas nasales que ocurren durante más de dos horas al día y durante más de nueve meses al año. La rinitis alérgica perenne refleja habitualmente alergia a los alérgenos de interior, como los ácaros, cucarachas o caspa de animal. No obstante, aeroalérgenos pueden causar rinitis perenne en climas tropicales o subtropicales.

En colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS), un congreso internacional de 34 especialistas en alergia respiratoria ha propuesto una clasificación sintomática de la rinosinusitis alérgica por frecuencia (“intermitente” o “persistente”) y severidad (“leve” o “moderada-severa”) (Figura 1).

- “Intermitente”: los síntomas están presentes durante menos de 4 días a la semana o durante menos de 4 semanas.
- “Persistente”: los síntomas están presentes durante más de 4 días a la semana y durante más de 4 semanas.
- “Leve”: ninguno de los ítems de la siguiente lista de “moderada-severa” están presentes.
- “Moderada-severa”: uno o más de los siguientes ítems están presentes: alteración del sueño, interferencia con la actividad escolar o laboral, interferencia con las actividades cotidianas, tiempo libre o actividades deportivas, síntomas molestos.

Exploración nasal

En pacientes con rinitis alérgica activa, la mucosa nasal frecuentemente muestra un tono azul o palidez con edema de cornetes, aunque esto no es un hallazgo universal.

En pacientes mayores de 5 años, el rinoscopio de fibra óptica flexible puede facilitar la exploración. La rinorrea puede ser visible anteriormente o, si existe obstrucción nasal, el goteo a faringe posterior asemeja a un adoquinado. Este adoquinado refleja hiperplasia linfoide.

Test alérgeno-específicos

En pacientes en los que los síntomas no son controlados con medicación y en los que la causa de rinitis no es evidente por la historia, los test cutáneos adecuadamente realizados pueden ser de ayuda.

Un metaanálisis de 2004 sugería que los test diagnósticos de alergia (métodos *in vivo* e *in vitro*) son menos útiles en pacientes con una alta probabilidad pre-test de rinitis alérgica basada en la historia, así como los test negativos son probablemente falsos negativos⁽⁴⁾.

Test cutáneos

El *prick test*, realizado cuidadosamente, es un método rápido, relativamente barato y seguro para identificar la presencia de alérgenos IgE específicos. En pacientes sensibles, los test diagnósticos con extractos de árbol, hierba, moho, caspa de caballo y/o alérgenos animales producen un habón y enrojecimiento en la piel a los 20 minutos.

Sin embargo, la sensibilización puede ocurrir con niveles de alérgenos por debajo de aquellos que provocan síntomas. La correlación entre el *prick test* positivo y la provocación con inhalación nasal (*gold standard*) es generalmente del 60 al 90%.

Los test cutáneos son particularmente útiles entre pacientes con:

- Un diagnóstico no claro, basado en la historia y el examen físico.
- Síntomas pobremente controlados, como síntomas nasales persistentes y/o una inadecuada respuesta clínica a corticosteroides nasales.

- Coexistencia de asma persistente y/o sinusitis/otitis recurrente.
- Rinitis ocupacional.

Debe evitarse la realización de test cutáneos en pacientes muy sintomáticos durante los picos estacionales de polen, pues éstos pueden agravar los síntomas aún más, y pueden asociarse con mayor proporción de reacciones sistémicas.

Test séricos de alergia

Los métodos habitualmente en uso son inmunoensayos para alérgenos IgE específicos. Estos test son más caros que los test cutáneos y aportan información similar a la obtenida con los test cutáneos. Los inmunoensayos son menos sensibles para el diagnóstico de alergia a los alérgenos inhalados que los test cutáneos, porque al menos un 25% de pacientes con un test cutáneo positivo tienen un inmunoensayo negativo. Tienen, pues, una limitada utilidad en la evaluación y diagnóstico de rinitis alérgica.

Otros test

Aunque es relativamente inespecífica, la citología nasal revela un predominio de eosinófilos en caso de rinitis alérgica. En comparación, la presencia de neutrófilos sugiere un proceso infeccioso.

La eosinofilia nasal puede también verse en otras situaciones, incluyendo:

- Asma sin síntomas de alergia nasal.
- Poliposis nasal, con o sin asma y sensibilidad a aspirina.
- Síndrome de rinitis no alérgica con eosinofilia (NARES), un síndrome de marcada eosinofilia nasal y una propensión a pólipos nasales, pero sin historia de alergia, test cutáneos negativos, y sin sensibilidad a aspirina.

Algunos también utilizan la citología para el seguimiento de la respuesta a la medicación antiinflamatoria.

Ni los niveles de IgE total sérica (elevados en sólo el 30 a 40% de pacientes) ni el número de eosinófilos en sangre periférica son suficientemente sensibles para ayudar de forma rutinaria al diagnóstico de rinitis alérgica.

Exposición a alérgenos

Aunque la exposición nasal a alérgenos puede establecer definitivamente el diagnóstico, esto es impracticable en la clínica, y rara vez se realiza.

Evaluación de condiciones concurrentes

La rinitis alérgica a menudo ocurre en asociación con sinusitis, asma, eczema y/o conjuntivitis alérgica.

MANEJO DE LA RINITIS ALÉRGICA

Evitación de alérgenos

Identificación de alérgenos

Es necesario realizar una cuidadosa historia ambiental.

El uso de test diagnósticos para identificar los alérgenos responsables se ha asociado con mejoría de la evolución de los pacientes⁽⁵⁾.

Los test cutáneos son generalmente considerados el camino óptimo para determinar la sensibilidad alérgica, y baratos. Los test positivos son sólo significativos si los resultados son compatibles con la historia clínica y los hallazgos físicos. Existe un pequeño, pero real, riesgo de reacciones alérgicas durante el procedimiento.

Medidas de evitación

La evitación de alérgenos y la modificación del ambiente son los primeros escalones lógicos en el tratamiento⁽⁶⁾.

Opciones farmacológicas

La mayoría de los pacientes requieren tratamiento con fármacos, además de la evitación de alérgenos, para un control satisfactorio de los síntomas.

El tratamiento más efectivo, para pacientes con síntomas nasales persistentes son los corticoides intranasales tópicos. Otros tratamientos incluyen los antihistamínicos orales, antihistamínicos tópicos nasales, estabilizadores de los mastocitos, antileucotrienos e ipratropio. Los sprays descongestionantes y glucocorticoides orales no deben ser usados para el tratamiento rutinario de la rinitis alérgica.

Glucocorticoides intranasales

Son en la actualidad el tratamiento único de mantenimiento más efectivo para la rinitis alérgica y causa escasos efectos secundarios a las dosis recomendadas. Son particularmente efectivos en el tratamiento de la congestión nasal. Agentes específicos incluyen beclometasona, flunisolida, budesónida, propionato de fluticasona, furoato de mometasona y furoato de fluticasona.

Eficacia

Un metaanálisis de ensayos controlados y randomizados encontró que los glucocorticoides intranasales producían un mayor y significativo alivio de la obstrucción nasal, la descarga nasal, picor, estornudos, goteo nasal posterior, y del total de síntomas nasales, que los antihistamínicos orales⁽⁷⁾.

Los glucocorticoides intranasales son el tratamiento de primera línea para la rinitis alérgica.

Seguridad en niños y adultos

Los corticosteroides intranasales pueden ser divididos en preparados de primera, segunda y tercera generación. Estos productos son igualmente eficaces, aunque la biodisponibilidad total (oral y nasal) de los esteroides intranasales de segunda y tercera generación es marcadamente menor que los agentes de primera generación, resultando en menor riesgo de efectos sistémicos⁽⁸⁾.

La irritación local de la mucosa nasal, incluyendo sequedad, quemazón e irritación, se presenta en el 2 a 10% de pacientes.

Epistaxis se presenta con glucocorticoides intranasales en el 2 a 12% de pacientes. No apareció atrofia de mucosa en la biopsia nasal después de 5 años de tratamiento con glucocorticoides intranasales. Hay raros informes de perforación del tabique nasal, por lo que el spray debiera siempre ser dirigido lejos del tabique.

Uso óptimo

Es recomendable iniciar el tratamiento con la máxima dosis para la edad. Una vez que los síntomas son controlados adecuadamente, reducimos la dosis en intervalos de una semana hasta la dosis efectiva más baja. Los pacientes con síntomas seve-

ros pueden requerir dosis diaria de forma crónica. Algunos pacientes, especialmente niños, pueden reducir el uso de glucocorticoides intranasales gradualmente, y mantener el control de síntomas con uso en días alternos o según necesidad.

Para optimizar los efectos de este tratamiento y el cumplimiento del mismo, sugerimos lo siguiente:

- Si la mucosa presenta costras, los pacientes deben lavarse la nariz con spray salino nasal o irrigación antes de la aplicación del corticosteroide nasal.
- Son convenientes las preparaciones de una sola dosis diaria, pues pueden ayudar a optimizar el cumplimiento. Éstas incluyen: acetónido de triamcinolona, budesónida, propionato de fluticasona, furoato de mometasona, o furoato de fluticasona. La mayoría de corticosteroides intranasales son usados a una dosis de 1 a 2 puffs en cada orificio nasal, una o dos veces al día.
- Las preparaciones de un solo uso diario pueden ser más efectivas si se administran por la tarde, dado que la inflamación nasal es mayor durante la noche que durante el día⁽⁹⁾.
- Los pacientes deben ser instruidos para mantener su cabeza un poco hacia abajo durante la aplicación del spray y evitar, inclinando la cabeza hacia atrás, que pueda drenarse la medicación desde la nariz a la garganta. Además, debe evitarse dirigir el spray al tabique, ya que puede irritarse.

Antihistamínicos (Tabla I)

Antihistamínicos de primera generación

La primera generación de antihistamínicos incluye: difenhidramina, clorfeniramina, hidroxizina y bromfeniramina. Los antihistamínicos de primera generación reducen el picor, el estornudo, y la rinitis, con menos efecto sobre la congestión nasal. Hay una similar eficacia entre ellos, con escasas diferencias⁽¹⁰⁾.

Efectos adversos y seguridad

Los antihistamínicos de primera generación causan una sedación significativa y agitación para-

dójica en jóvenes, y los preparados sin receta para el resfriado que contienen antihistamínicos se han relacionado con un pequeño número de muertes en niños de menos de 2 años de edad⁽¹¹⁾.

Los antihistamínicos de primera generación tienen también un significativo efecto anticolinérgico, incluyendo sequedad de boca y ojos, retención urinaria y confusión. Estos síntomas pueden ser particularmente problemáticos en pacientes mayores.

Papel en el tratamiento

Están considerados agentes de segunda línea.

Antihistamínicos de segunda generación

La segunda generación de antihistamínicos incluye loratadina, cetirizina y azelastina. El comienzo de la acción es en la primera hora para la mayoría de los agentes, y el pico de niveles séricos se obtiene en 2 a 3 horas. Hay también de larga acción y dosis una o dos veces diarias. Sin embargo, tienen menos impacto en la congestión nasal comparado con los glucocorticoides intranasales.

Eficacia

Los antihistamínicos son menos efectivos que los esteroides nasales tópicos⁽¹³⁾. Los antihistamínicos de segunda generación son igual o más eficaces que la cromolina en mitigar síntomas.

No hay evidencia de que se desarrolle tolerancia a antihistamínicos⁽¹⁴⁾ ni de que dosis mayores de las recomendadas de antihistamínicos de segunda generación incrementen la eficacia para rinitis alérgica; con dosis mayores de las recomendadas se presenta sedación en algunos casos.

Efectos adversos

Los antihistamínicos de segunda generación son menos sedantes que los agentes de primera generación. Fexofenadina no es sedante a las dosis recomendadas, e incluso a mayores dosis de las recomendadas.

- Los antihistamínicos de segunda generación tienen grados variables de efectos anticolinérgicos. La sequedad de ojos, en particular, es evidente en algunos pacientes.

Tabla I. Antihistamínicos: mecanismo de acción y efectos secundarios más frecuentes

	Nombre genérico	Mecanismo de acción	Efectos secundarios	Comentarios		
Antihistamínicos H1 orales	De 2ª generación	<ul style="list-style-type: none"> • Los fármacos de nueva generación pueden usarse una vez al día • No desarrollan taquifilaxia 	Sin cardiotoxicidad <ul style="list-style-type: none"> • Acrivastina tiene efectos sedantes • Mequitazina tiene efectos anticolinérgicos • Azelastina oral puede producir sedación y tiene sabor amargo 	Relación eficacia/seguridad farmacocinética De efecto rápido (menos de 1 hora) sobre los síntomas nasales y oculares Moderadamente eficaces sobre la congestión nasal		
	Acrivastina					
	Azelastina					
	Cetirizina					
	Desloratadina					
	Ebastina					
	Fexofenadina					
	Levocetirizina					
	Loratadina					
	Mequitazina					
	Mizolastina					
	Rupatadina					
	De 1ª generación				De 1ª generación	<ul style="list-style-type: none"> • El efecto sedante es normal • Y/o pueden aparecer efectos anticolinérgicos
	Clofeniramina					
	Clemastina					
	Dimetindeno					
	Hidroxicina					
	Ketotifeno					
	Oxatomina					
Otros						
Cardiotóxicos*						
Astemizol						
Terfenadina						
Antihistamínicos H1 locales (intraoculares, intraoculares)	Azelastina	<ul style="list-style-type: none"> • Bloqueo del receptor H1 • Azelastina tiene cierta actividad antialérgica 	<ul style="list-style-type: none"> • Efectos secundarios locales menores • Azelastina: sabor amargo 	De efecto muy rápido (menos de 30 min) sobre los síntomas nasales u oculares		
	Levocabastina					
	Olopatadina					

*Los medicamentos que causan toxicidad cardiovascular ya no se comercializan en la mayoría de países.

- El spray nasal de azelastina tiene un sabor amargo molesto en aproximadamente el 20% de pacientes.
- Los antihistamínicos de segunda generación, terfenadina y astemizol, fueron retirados del mercado porque estaban asociados con prolongación del QT y Torsade de Pointes.

Papel en el tratamiento

Los antihistamínicos de segunda generación son una opción aceptable para muchos pacientes, especialmente para aquellos con síntomas leves o intermitentes.

Combinaciones de antihistamínicos/ descongestionantes

Los antihistamínicos no sedantes combinados con el descongestionante, pseudoefedrina, pueden aliviar los síntomas mejor que los antihistamínicos solos⁽¹⁵⁾. Hay preparaciones disponibles que incluyen loratadina/pseudoefedrina, cetirizina/pseudoefedrina y fexofenadina/pseudoefedrina.

Sin embargo, los descongestionantes se deben prescribir con mucha cautela, porque pueden causar una variedad de efectos secundarios, incluyendo hipertensión, insomnio, irritabilidad y cefalea.

Los descongestionantes están contraindicados en pacientes que reciben tratamiento con inhibidores de la monoamino-oxidasa y deben usarse con precaución en pacientes con glaucoma de ángulo cerrado, enfermedad cardiovascular o cerebrovascular, hipertiroidismo o retención urinaria.

Cromolín sódico

Es un estabilizador del mastocito que disminuye la inflamación alérgica. Esto inhibe la liberación de histamina del mastocito, y de otros mediadores inflamatorios. El cromolín sódico está disponible como un spray nasal.

Cromolín bloquea los síntomas asociados con la exposición nasal inmediata y prolongada al alérgeno, y es efectivo incluso cuando se usa poco antes de la inhalación del alérgeno. Esto hace al cromolín particularmente útil para individuos que experimentan síntomas episódicos a alérgenos, como al gato, donde puede ser usado 30 minutos antes de la exposición.

Eficacia

El cromolín sódico es más efectivo que placebo en el tratamiento de la rinitis alérgica estacional. Sin embargo, la mayoría de los estudios muestra que es menos efectivo que los glucocorticoides intranasales o los antihistamínicos de segunda generación⁽¹⁶⁾. Es más efectivo para la rinitis alérgica cuando se inicia justo antes de la estación alérgica.

Papel en el tratamiento

Cromolín sódico se usa más frecuentemente en pacientes pediátricos con rinitis alérgica leve, en los que los padres desean evitar los glucocorticoides intranasales. Se requieren dosis frecuentes para obtener un buen efecto. Son necesarias una o dos aplicaciones en cada orificio nasal 4 veces al día para tratar la rinitis alérgica estacional. La dosis frecuentemente debe ser reducida después de las primeras 2 ó 3 semanas de tratamiento.

Montelukast

Hay varios agentes antileucotrienos disponibles para el uso en asma, aunque sólo el montelukast

está aprobado para el tratamiento de la rinitis alérgica⁽¹⁷⁾. Éste también consigue aliviar algo la conjuntivitis alérgica.

Papel en el tratamiento

Preferimos glucocorticoides intranasales a montelukast en cualquier grupo con rinitis alérgica porque los glucocorticoides intranasales son más efectivos. Sin embargo, los pacientes que presentan epistaxis con los sprays nasales a pesar de una adecuada técnica y no toleran otros glucocorticoides intranasales o azelastina, pueden ser un candidato para montelukast, solo o combinado con un antihistamínico. Además, montelukast puede usarse en pacientes con rinitis alérgica y asma concomitante, o poliposis nasal coexistente.

Bromuro de ipratropio

Bromuro de ipratropio puede reducir la rino-rrhea. Es menos efectivo que los glucocorticoides intranasales para el estornudo, el prurito o la obstrucción nasal.

No es recomendado como droga de primera línea en rinitis alérgica. Es usado con frecuencia en niños o adultos que tienen rinorrea profusa no controlada con esteroides tópicos nasales.

Tratamientos que precisan precaución

Los sprays descongestionantes nasales y los glucocorticoides sistémicos son terapias que pueden ser altamente efectivos si se usan infrecuentemente y con precaución, y muy problemáticos si se usan incorrectamente.

Descongestionantes nasales

Los descongestionantes tópicos vasoconstrictores disponibles son fenilefrina, oximetazolina, xilometazolina y nafazolina. Los sprays descongestionantes nasales NO están recomendados en el tratamiento crónico de la rinitis alérgica, ya que la regulación a la baja del receptor alfa-adrenérgico se desarrolla después de 3 a 7 días y conduce a congestión nasal de rebote, a la larga, resultando en rinitis medicamentosa.

No obstante, los descongestionantes nasales pueden ocasionalmente ser de ayuda durante perio-

dos de una semana o menos, cuando se usan justo antes de la administración de esteroides nasales tópicos en pacientes con obstrucción nasal severa. Son también de ayuda cuando se usan justo antes de viajes en avión en pacientes que notan exacerbación de los síntomas cuando vuelan, y antes de conducir en montaña, en asociación con cambios severos de altitud. El agente de larga duración, oximetazolina, es administrado 2 veces al día, y está aprobado para uso limitado a niños mayores de 6 años y en adultos.

Glucocorticoides orales

Los pacientes con síntomas severos después de 7 a 10 días de glucocorticoides intranasales, antihistamínicos y descongestionantes pueden precisar tandas cortas de glucocorticoides para mantener los síntomas bajo control. Nosotros administramos una semana de prednisona oral, a una dosis de 0,25 mg/kg del peso corporal ideal una vez al día. Los glucocorticoides sistémicos normalmente eliminan todos los síntomas de rinitis alérgica; sin embargo, los potenciales efectos secundarios de un tratamiento sistémico regular es demasiado grande para justificar un uso regular de esta intervención.

Abordaje farmacológico

Adultos y niños mayores de 3 años

Síntomas leves o intermitentes

Los pacientes con síntomas leves o intermitentes relacionados con la exposición a alérgenos previsible (visita a la casa de familiares con mascotas), pueden ser tratados con una de las siguientes opciones:

- Antihistamínicos de segunda generación (orales o azelastina intranasal), administrados de forma pautada o a demanda (se recomienda de 2 a 5 horas antes de la exposición).
- Uno de los nuevos glucocorticoides tópicos intranasales (más efectivos que los antihistamínicos), administrados de forma pautada o a demanda. Para previsible exposiciones sugerimos iniciar el tratamiento 2 días antes, durante y, al menos, 2 días tras la exposición⁽²⁰⁾.

- Cromoglicato sódico tópico intranasal, administrado de forma pautada o a demanda (30 minutos antes de la exposición). De esta manera es útil en exposiciones de corta duración. Para exposiciones prolongadas se debe administrar de 4 a 7 días por adelantado.

Síntomas moderados o severos persistentes

Los glucocorticoides tópicos intranasales deben ser la primera opción terapéutica para pacientes con síntomas moderados y severos persistentes.

Para pacientes con síntomas de moderados a severos y/o aquellos en los que no existe una respuesta adecuada a los glucocorticoides intranasales, está indicado asociar un segundo fármaco. Las opciones incluyen el uso asociado de antihistamínicos orales (nuestra opción preferida), antihistamínicos tópicos intranasales, cromoglicato sódico tópico, montelukast, o combinados de antihistamínicos/descongestionantes.

Con asma concomitante

Hasta un 40% de los pacientes con rinitis alérgica presentan un asma asociada. El antileukotrieno montelukast puede asociarse al tratamiento de pacientes con asma o poliposis nasal.

Con conjuntivitis alérgica concomitante

En pacientes con rinitis y conjuntivitis alérgica concomitante se prefiere la combinación de glucocorticoides tópicos intranasales y antihistamínicos tópicos oculares como *epinastina*, *levocabastina*, *azelastina*, *emedastina* u *olopatadina*, en lugar de glucocorticoides tópicos intranasales asociados a antihistamínicos orales, ya que la primera opción ha demostrado que es más efectiva y ocasiona menos sequedad ocular⁽²¹⁾.

Algunos glucocorticoides tópicos (fluticasona furoato) han mostrado un pequeño pero significativo efecto en la mejoría de los síntomas oculares⁽²²⁾.

Cromoglicato sódico está disponible en preparaciones oftálmicas para su uso profiláctico antes de una exposición previsible a alérgenos.

Ancianos

Los glucocorticoides tópicos intranasales son la primera opción terapéutica para ancianos con rinitis alérgica. Debemos tener especial precaución cuando administramos antihistamínicos de segunda generación en paciente ancianos, aunque existen pocos efectos adversos descritos. Los antihistamínicos de primera generación están contraindicados.

Síntomas refractarios

En pacientes con sospecha de rinitis alérgica que no mejora de forma significativa con medidas de evitación alérgica ni con la terapia farmacológica apropiada, debemos pensar en la existencia de una rinosinusitis crónica o rinitis de etiología diferente a la alérgica.

Inmunoterapia

Indicaciones

Está indicada en pacientes con síntomas de rinitis alérgica y una o más de las siguientes características:

- Evidencia de IgE sérica o sensibilidad cutánea a uno o más de los siguientes alérgenos: pólenes de árboles, gramas, malezas, epitelio de gato, perro, *Alternaria*, *Cladosporium*, cucarachas y ácaros del polvo.
- Falta de control de síntomas tras evitación alérgica y tratamiento farmacológico.
- Efectos adversos de la medicación inaceptables.
- Preferencia para el tratamiento con inmunoterapia.

Efectos preventivos

Algunos estudios sugieren que la inmunoterapia en pacientes sensibilizados a un solo alérgeno puede prevenir la respuesta alérgica a otros alérgenos y en niños con rinitis alérgica prevenir el desarrollo posterior de asma alérgica⁽²³⁾.

Nuevos tratamientos

Inmunoterapia sublingual

Se basa en la aplicación de alérgenos en la mucosa oral o sublingual. El número de dosis es

mayor que la utilizada en la inmunoterapia subcutánea. Las ventajas de la inmunoterapia sublingual son la seguridad y la comodidad para el paciente. Puede ser administrada en domicilio y se asocia a mínimos efectos adversos locales y sistémicos, aunque la anafilaxia se ha descrito en raras ocasiones.

Comparada con placebo, la inmunoterapia sublingual ha mostrado ser efectiva⁽²⁴⁾, aunque menos que la subcutánea⁽²⁵⁾.

Terapia anti-IgE

Omalizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado recombinante anti-IgE. Al unirse a la IgE circulante, previene la interacción de ésta con los receptores que hay en la superficie de los mastocitos.

Estudios con omalizumab en pacientes con rinitis alérgica han demostrado ser eficaces y seguros⁽²⁶⁾.

Resumen y recomendaciones (Figura 2)

- En pacientes con síntomas leves o intermitentes el tratamiento recomendado es el siguiente:
 - Antihistamínicos de 2ª generación administrados de forma pautada o a demanda.
 - Glucocorticoides tópicos intranasales administrados de forma pautada o a demanda.
 - Cromoglicato sódico tópico intranasal, administrado de forma pautada o a demanda.

Los glucocorticoides tópicos intranasales son la opción más eficaz, aunque algunos pacientes prefieren la terapia oral con antihistamínicos o usar cromoglicato para evitar los efectos secundarios de los glucocorticoides.

- En pacientes con síntomas moderados o severos persistentes los glucocorticoides tópicos intranasales son los fármacos de elección (**grado 2 A**). Nosotros preferimos los nuevos agentes como *propionato de fluticasona*, *mometasona furoato*, *fluticasona furoato*, por su comodidad de uso (una o dos veces al día) y por los mínimos efectos adversos sistémicos. Se recomienda empezar por la máxima dosis recomendada por peso y posteriormente bajar

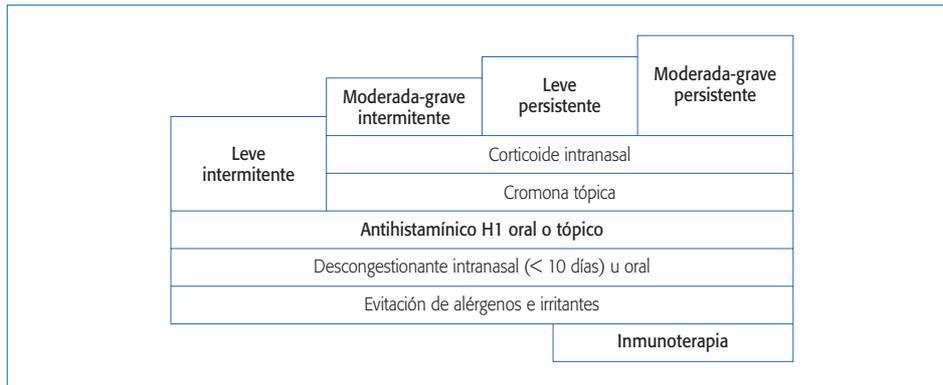


Figura 2. Tratamiento escalonado de la rinitis alérgica según ARIA (*Allergic Rhinitis and its Impact in Asthma*).

a la dosis mínima eficaz para mantener al paciente asintomático.

- Si no existe una respuesta adecuada a los glucocorticoides intranasales en monoterapia, recomendamos asociar antihistamínicos orales o tópicos intranasales (**grado 2 C**). Otras opciones incluyen montelukast, o un combinado de antihistamínicos/descongestionantes. No existen suficientes estudios que comparen las diferentes opciones mencionadas.
- Para pacientes con síntomas rínticos que son refractarios a los glucocorticoides tópicos, y aquellos con asma concomitante o poliposis nasal, añadir montelukast a los glucocorticoides tópicos puede ser beneficioso.
- En pacientes con rinitis refractaria y conjuntivitis alérgica concomitante se prefiere la combinación de glucocorticoides tópicos intranasales y antihistamínicos tópicos oculares, como *epinastina*, *levocabastina*, *azelastina*, *emedastina* u *olopatadina*.
- En pacientes con sospecha de rinitis alérgica que no mejora de forma significativa con medidas de evitación alérgica ni con la terapia farmacológica apropiada, debemos pensar en la existencia de una rinosinusitis crónica o rinitis mixta.
- **Inmunoterapia:** recomendamos inmunoterapia subcutánea en adultos y niños con rinitis alérgica moderada-severa que no responde a medidas de evitación alérgica y a la terapia

farmacológica (**grado 2 A**). La inmunoterapia debe considerarse en niños con síntomas menos severos para prevenir el desarrollo de nuevas sensibilizaciones alérgicas y posterior asma bronquial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Danielsson J, Jessen M. The natural course of allergic rhinitis during 12 years of follow-up. *Allergy* 1997; 52: 331.
2. Passali D, Salemi L, Passali GC et al. Nasal decongestants in the treatment of chronic nasal obstruction: efficacy and safety of use. *Expert Opin Drug Saf* 2006; 5: 783.
3. Ellegard E, Hellgren M, Toren K, Karlsson G. The incidence of pregnancy rhinitis. *Gynecol Obstet Invest* 2000; 49: 98.
4. Gendo K, Larson EB. Evidence-based diagnostic strategies for evaluating suspected allergic rhinitis. *Ann Intern Med* 2004; 140: 278.
5. Szeinbach SL, Williams PB, Kucukarslan S, Elhefni H. Influence of patient care provider on patient health outcomes in allergic rhinitis. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2005; 95: 167.
6. Platts-Mills TA. Allergen avoidance. *J Allergy Clin Immunol* 2004; 113: 388.
7. Weiner JW, Abramson MJ, Puy RM. Intranasal corticosteroids versus oral H-1 receptor antagonists in allergic rhinitis: Systematic review of randomised controlled trials. *BMJ* 1998; 317: 1624.
8. LaForce C. Use of nasal steroids in managing allergic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol* 1999; 103: S388.
9. Storms WW. Pharmacologic approaches to daytime and nighttime symptoms of allergic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol* 2004; 114: S146.

10. Dykewicz MS, Fineman S, Skoner DP et al. Diagnosis and management of rhinitis: Complete guidelines of the Joint Task Force on Practice Parameters in Allergy, Asthma and Immunology. *Ann Allergy Asthma Immunol* 1998; 81: 478.
11. Infant deaths associated with cough and cold medications-two states, 2005. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2007; 56: 1.
12. Gentile DA, Friday GA, Skoner DP. Management of allergic rhinitis. Antihistamines and decongestants. *Immunol Allergy Clin North Am* 2000; 20: 355.
13. Van Bavel J, Friday SR, Hampel FC Jr et al. Intranasal fluticasone propionate is more effective than terfenadine tablets for seasonal allergic rhinitis. *Arch Intern Med* 1994; 154: 2699.
14. Simons FE. Advances in H1-antihistamines. *N Engl J Med* 2004; 351: 2203.
15. Bronsky E, Boggs P, Findlay S et al. Comparative efficacy and safety of a once-daily loratadine-pseudoephedrine combination versus its components alone and placebo in the management of seasonal allergic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol* 1995; 96: 139.
16. Perry TT, Corren J, Phillip G et al. Protective effect of montelukast on lower and upper respiratory tract responses to short-term cat allergen exposure. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2004; 93: 431.
17. Wilson AM, O'Byrne PM, Parameswaran K. Leukotriene receptor antagonists for allergic rhinitis: A systemic review and meta-analysis. *Am J Med* 2004; 116: 338.
18. Nayak A, Langdon RB. Montelukast in the treatment of allergic rhinitis: an evidence-based review. *Drugs* 2007; 67: 887.
19. Lieberman PL, Settipane RA. Azelastine nasal spray: a review of pharmacology and clinical efficacy in allergic and nonallergic rhinitis. *Allergy Asthma Proc* 2003; 24: 95.
20. Stempel DA, Thomas M. Treatment of allergic rhinitis: an evidence-based evaluation of nasal corticosteroids versus non-sedating antihistamines. *Am J Manag Care* 1998; 4: 89.
21. Kaiser HB, Naciero RM, Given J et al. Fluticasone furoate nasal spray: a single treatment option for the symptoms of seasonal allergic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol* 2007; 119: 1430.
22. Dykewicz MS, Fineman S, Skoner DP. Diagnosis and management of rhinitis: complete guidelines of the Joint Task Force on Practice Parameters In Allergy, Asthma, and Immunology. American Academy of Allergy, Asthma, and Immunology. *Ann Allergy Asthma Immunol* 1998; 81: 478.
23. Des Roches A, Paradis L, Menardo JL et al. Immunotherapy with a standardized *Dermatophagoides pteronyssinus* extract. VI. Specific immunotherapy prevents the onset of new sensitizations in children. *J Allergy Clin Immunol* 1997; 99: 450.
24. Wilson DR, Lima MT, Durham SR. Sublingual immunotherapy for allergic rhinitis: systematic review and meta-analysis. *Allergy* 2005; 60: 4.
25. Khinchi MS, Poulsen LK, Carat F et al. Clinical efficacy of sublingual and subcutaneous birch pollen allergen-specific immunotherapy: a randomized, placebo-controlled, double-blind, double-dummy study. *Allergy* 2004; 59: 45.
26. Casale TB. Experience with monoclonal antibodies in allergic mediated diseases: seasonal allergic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol* 2001; 108: S84.