

TITULO: Manejo de la rinitis alérgica

AUTORES

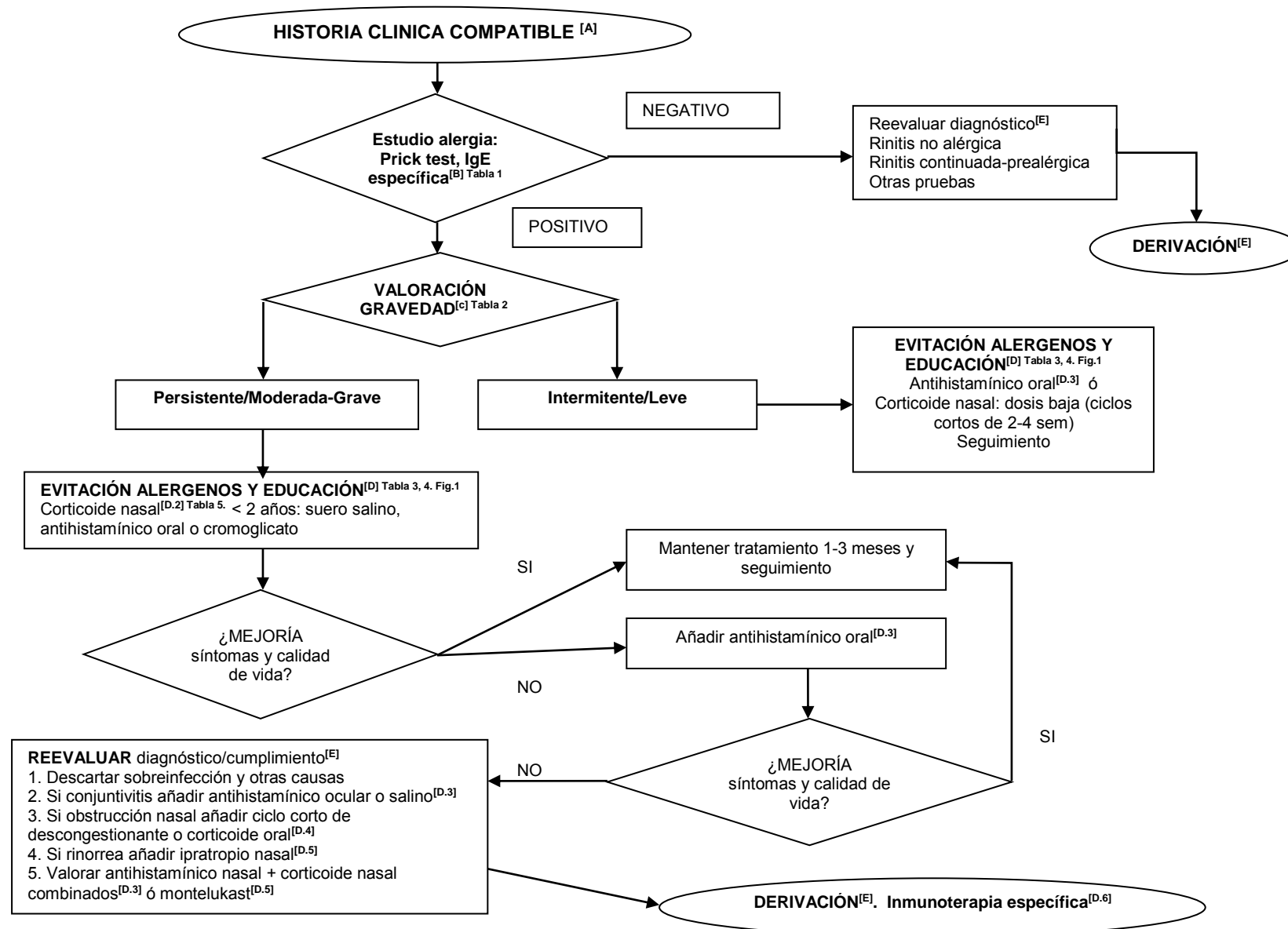
Alberto Bercedo Sanz
Pediatra CS Buelna. Cantabria
Grupo de Vías Respiratorias AEPap

María Teresa Callen Bleuca
Pediatra CS Bidebieta. San Sebastián.
Grupo de Vías Respiratorias AEPap

María Teresa Guerra Pérez.
Pediatra CS San Telmo. Jerez de la Frontera. Cádiz
Grupo de Vías Respiratorias AEPap

Cómo citar este artículo: Bercedo Sanz A, Callen Bleuca MT, Guerra Pérez MT. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Manejo de la rinitis alérgica. AEPap. 2017 (en línea) consultado el dd/mm/aaaa. Disponible en algoritmos.aepap.org

Manejo de la Rinitis Alérgica (RA) en Atención Primaria



A.- DIAGNÓSTICO. Historia clínica

La base fundamental del diagnóstico de la RA es una historia clínica detallada que incluya la exposición a desencadenantes ambientales y el entorno del niño a nivel familiar, escolar, mascotas. Se aconseja realizar estudio alergológico para identificar los desencadenantes alérgicos, al menos en aquellos casos de rinitis persistente¹⁻⁷.

1. Historia clínica compatible. Sugieren posible causa alérgica:
 - a. Estacionalidad.
 - b. Prurito nasal, ocular, faríngeo.
 - c. Síntomas catarrales persistentes (rinorrea acuosa) en ausencia de fiebre.
 - d. Influencia de los cambios ambientales (viajes, obras, animales...).
 - e. Antecedentes personales o familiares de atopia, asociación con asma y/o dermatitis atópica y/o alergia alimentaria.
2. El síntoma predominante es el prurito nasal que puede obligar al saludo alérgico o pulsión por rascado nasal. Otros síntomas y signos frecuentes son rinorrea acuosa anterior y posterior, congestión u obstrucción nasal, estornudos (en salvas), síntomas oculares como prurito ocular, conjuntivitis, lagrimeo mucoso y fotofobia, anosmia, síntomas óticos y faríngeos. Se buscarán los signos de la tríada clásica atópica (asma, rinoconjuntivitis y dermatitis atópica) así como la coexistencia o síntomas previos de alergia alimentaria.

B.- DIAGNÓSTICO. Estudio alergológico

1. La RA es una inflamación de la mucosa nasal producida por una reacción mediada por IgE, tras la exposición a alérgenos en personas previamente sensibilizadas. Aunque la historia clínica puede orientar hacia el alérgeno probablemente responsable (Tabla 1), es recomendable realizar el estudio alergológico⁷.
2. Los ácaros del polvo y los pólenes son los alérgenos más importantes desencadenantes de los síntomas de alergia. Dentro de los pólenes que son causantes de síntomas más estacionales, son las gramíneas la causa más frecuente de polinosis. A pesar de que en nuestro país la estación predominante es la primavera, el calendario polínico abarca todo el año.
3. Estudio alergológico: Disponemos de dos métodos diagnósticos para identificar el desencadenante alérgico⁷.

- a. Prick test. Es el método de elección: alta sensibilidad, bajo coste e inmediato. Para una valoración correcta es necesario extractos estandarizados y una valoración previa de los fármacos utilizados por el paciente así como de la presencia de dermatografismo. Se aconseja según disponibilidad valorar posibles reactividades cruzadas mediante la utilización de panalérgenos.
- b. Determinación de IgE específica frente a alérgenos. En niños polisensibilizados y sobre todo en caso de asociarse a alergia alimentaria se puede realizar un estudio de componentes alérgicos recombinantes (diagnóstico molecular) que permite valorar si se trata de una verdadera sensibilización primaria o si el resultado positivo del prick test o IgE específica se debe a marcadores de reactividad cruzada.

C. VALORACIÓN DE GRAVEDAD. Clasificación y complicaciones

1. La RA tiene gran importancia por el impacto que produce sobre la calidad de vida, produciendo alteraciones del sueño, problemas de conducta, ansiedad, cefaleas, falta de atención, problemas de aprendizaje, somnolencia diurna y afectando al rendimiento escolar. Así mismo, la respiración oral y los problemas de maloclusión dental secundarios son muy frecuentes. Se considera que está infratratada e infradiagnosticada.
2. Afecta al 25% de la población general y su prevalencia está aumentando en los países desarrollados.
3. La rinitis alérgica y el asma son enfermedades comórbidas: un alto porcentaje de pacientes con rinitis alérgica (40-50%) tienen asma, mientras que un 80-90% de asmáticos tienen rinitis alérgica. Un óptimo manejo de la RA puede prevenir o retrasar la aparición de asma y mejorar el coexistente.
4. La clasificación de RA considera por un lado la duración (“intermitente” o “persistente”) y por otro lado la gravedad de los síntomas junto al impacto sobre la calidad de vida (“leve” o “moderada-grave”)^{1,4} (Tabla 2).
5. La rinosinusitis bacteriana es una complicación frecuente, la rinorrea purulenta que persiste más de 10 días, el goteo postnasal y la tos crónica en niños son los signos más característicos, pero individualmente ninguno de ellos tiene la sensibilidad y especificidad suficiente como para diferenciar la sinusitis bacteriana de la rinitis viral o alérgica.

D. TRATAMIENTO

El tratamiento se basa en la identificación y eliminación de los alérgenos específicos, cuando es posible, y en el uso de medicamentos de forma escalonada que disminuyan los síntomas; la inmunoterapia se utilizará en pacientes seleccionados y no respondedores a los tratamientos farmacológicos recomendados. Si el diagnóstico clínico es evidente, se debería iniciar tratamiento sintomático que incluirá medidas de evitación de alérgenos (Tabla 3) como el uso de fármacos (Tablas 4, 5). El tratamiento farmacológico o inmunoterápico no excluye su cumplimiento. Recientemente, se han desarrollado escalas analógicas visuales de síntomas través de aplicaciones móviles interactivas ya disponibles para los adolescentes⁵.

1. Educación y Control ambiental

- a) La educación del paciente es fundamental no sólo para realizar unas óptimas medidas de evitación para minimizar la exposición al alérgeno, sino también en el uso de su medicación.
- b) El paciente debe aprender a identificar la sintomatología, conocer su propio calendario polínico, e instaurar un tratamiento preventivo y precoz, anticipándose 1-2 semanas al inicio de sintomatología. Es útil dar esta información por escrito en una consulta preparatoria previa a la estación sintomática (por ejemplo uno-dos meses antes). Se le debe instruir para poder hacer un seguimiento de los recuentos polínicos de su localidad.

2. Corticoides nasales

- a) Los corticoides nasales (CN) son la primera línea de tratamiento para la RA, siendo su uso necesario e ineludible en la RA moderada-grave^{7,8}. El resto de fármacos deberían ser considerados como alternativas.
- b) Los CN deben administrarse de forma pautada “en ciclos” de al menos 2-4 semanas, son menos eficaces si se usan de forma intermitente “a demanda”. Se iniciará el tratamiento con la dosis recomendada para cada CN y para cada edad. Después de este ciclo se reevaluará, disminuyendo si es posible la dosis para utilizar siempre la dosis mínima eficaz. Los efectos pueden ser aditivos cuando se usan otros corticoides.

- c) Se debe recomendar continuar el tratamiento hasta que termine la exposición al alérgeno implicado, si los síntomas persisten a lo largo de todo el año, el tratamiento deberá ser continuo, aspecto muy frecuente en la alergia a los ácaros del polvo. En caso de alergia a pólenes, habitualmente será necesario únicamente durante la estación polínica.
- d) Todos los CN han demostrado eficacia en la mejoría de los síntomas nasales pero existen diferencias entre ellos en cuanto al inicio de acción, biodisponibilidad sistémica, eficacia en síntomas oculares, dispositivo de administración y coste de tratamiento. Budesonida cuenta con una amplia experiencia de uso, un menor coste y un inicio de acción algo más rápido y puede ser una buena opción con mejor relación costo-beneficio.
- e) Es recomendable también tener en cuenta también la biodisponibilidad sistémica de los CN de segunda generación, aspecto importante si se usan con corticoides inhalados o tópicos en el niño, puesto que existen importantes diferencias entre ellos: muy baja <2% (mometasona, furoato o propionato de fluticasona), baja 34% (budesonida), media 44-46% (beclometasona y triamcinolona). Aunque no se ha observado alteración del crecimiento a las dosis recomendadas éste debe de ser monitorizado⁸.
- f) El tratamiento puede fracasar si, en presencia de mucosidad, no se limpia bien la nariz previamente a la administración del CN, o si la técnica no es correcta² (Tabla 4, Figura 1).

3. Antihistamínicos

Cuando no hay una respuesta adecuada al tratamiento inicial está indicado asociar un antihistamínico (AH)^{3-4,6}. Una vez alcanzado el control se volverá a un solo fármaco.

- a) Los antihistamínicos orales son eficaces en algunos de los síntomas de la RA, pero menos que los corticoides (sobre todo para la congestión). Sus efectos adversos más frecuentes son la sedación y somnolencia.
- b) Los AH recomendados son los de segunda generación (cetirizina, ebastina y loratadina) que son mucho menos sedantes que los de primera generación (difenhidramina, dexclorfeniramina, hidroxicina).
- c) No hay evidencia en la práctica de que los nuevos antihistamínicos (desloratadina, levocetirizina, fexofenadina, rupatadina, bilastina) sean superiores a los ya disponibles de segunda generación. Los AH (cetirizina, fexofenadina y desloratadina) están aprobados para su uso por encima de los 6 meses de edad⁸.

- d) Los AH nasales (azelastina, levocabastina, olopatadina) tienen cierta eficacia para mejorar la congestión nasal y un comienzo de acción más rápido (menos de 15 minutos) pero solo se recomiendan en la RA estacional³. Los AH nasales son efectivos en los síntomas oculares pero sin diferencias comparados con los corticoides nasales.
- e) Existe una combinación intranasal de azelastina y propionato de fluticasona que es más efectiva que en monoterapia y que se utilizará si los síntomas no están controlados con antihistamínico o corticoide nasal en caso de RA moderada o grave en mayores de 12 años^{4,8}.
- f) En caso de conjuntivitis alérgica asociada se puede asociar AH oculares en colirio (levocabastina, azelastina, ketotifeno, olopatadina) o solución salina y si los síntomas oculares son persistentes y graves un ciclo corto de corticoide ocular durante 5 días en colirio (fluorometolona o dexametasona).

4. Descongestivos nasales tópicos y corticoides orales⁸

Los descongestivos nasales tópicos pueden ser útiles cuando hay un gran componente obstructivo (administrados minutos antes del CN), pero sólo se administrarán un máximo de tres-cinco días para evitar su efecto rebote. Deben ser evitados en niños preescolares.

En casos muy seleccionados de rinitis persistente y grave con gran obstrucción e insuficiencia respiratoria nasal puede considerarse un ciclo corto de corticoide oral (prednisona 1mg/kg/día) durante tres-cinco días, siendo además conveniente descartar sobreinfección asociada.

5. Otros medicamentos

Otras medicaciones como cromoglicato, anticolinérgicos y antileucotrienos pueden ser coadyuvantes o alternativas en algunos casos^{7,8}.

- a) Cromoglicato disódico disminuye los síntomas de la RA, pero debe ser administrado antes de que los síntomas estén presentes (su efecto puede tardar incluso 2-4 semanas) y cada 4-6 horas lo que limita su uso. Son menos eficaces que los CN y los AH orales y pueden ser una opción en niños menores de 2 años.
- b) Bromuro de ipratropio nasal puede ser de utilidad como tratamiento adyuvante para control de la rinorrea excesiva.
- c) Antagonistas de los receptores de los leucotrienos (montelukast) son inferiores a los CN en la disminución de síntomas. Son superiores a placebo y similares a los AH (pero inferiores en síntomas oculares). Está aprobado el uso de montelukast en pacientes mayores de 15 años

con asma y rinitis alérgica. La guía ARIA recomienda el uso del montelukast en niños con RA estacional y en niños preescolares con RA persistente pero basa su recomendación en su seguridad y tolerabilidad añadiendo además su limitada eficacia y alto coste del tratamiento³⁻⁴.

- d) Suero salino o sprays salinos nasales pueden ser usados de forma única para síntomas leves de RA o de forma combinada antes de aplicar otros tratamientos tópicos con el objetivo de dejar la mucosa nasal limpia de secreciones. Son especialmente útiles en caso de costras nasales.

6. Inmunoterapia

La inmunoterapia (IT) consiste en la administración de dosis crecientes de un alérgeno para modificar la respuesta inmunológica y clínica frente a él.

Para ello se utilizan preparados farmacéuticos que derivan de extractos de sustancias alérgicas naturales capaces de causar o provocar enfermedades alérgicas.

- a) La inmunoterapia se utilizará en pacientes seleccionados con rinitis alérgica moderada-grave (con o sin asma) en los que los síntomas clínicos no se controlan a pesar de las medidas estrictas de control ambiental y tratamiento farmacológico o cuando el alérgeno relevante en la aparición de los síntomas no es evitable o interfiera de forma persistente en su calidad de vida y siempre que no haya contraindicación⁸⁻¹¹.
- b) La edad por debajo de los cinco años es una contraindicación relativa para la administración de IT, excepto en el caso de alergia a veneno de himenópteros.
- c) La IT subcutánea (ITSC), comparada con placebo, mejora los síntomas y disminuye la necesidad de medicación para la rinitis. Los inconvenientes de la ITSC son la forma de administración, el tiempo prolongado de tratamiento (habitualmente de 3 a 5 años) y el riesgo de reacciones alérgicas sistémicas (0,1 a 4%). El riesgo de anafilaxia fatal es de 1 por 2,5 millones de inyecciones⁹.
- d) Los candidatos más idóneos para recibir ITSC serán aquellos niños con necesidad diaria y crónica de tratamiento farmacológico y una fuerte historia familiar de asma, especialmente cuando los padres han comprendido los riesgos y beneficios de la ITSC y están motivados además para prevenir el desarrollo de asma⁷.
- e) Otra alternativa reciente es la IT sublingual (ITSL), con extractos alérgicos acuosos en ampollas o en tabletas. Es más fácil su administración en los niños, tienen un menor riesgo de anafilaxia (no descrita en niños) y producen cambios inmunológicos similares a la ITSC. Los estudios y revisiones sistemáticas refieren una eficacia menor de la ITSL comparada con la ITSC¹⁰⁻¹¹.

E. COMORBILIDADES. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL. DERIVACIÓN

- a) La presencia de RA suele preceder al desarrollo de asma y puede dar lugar a un asma de difícil control. En caso de sospecha de síntomas asmáticos asociados, la espirometría forzada es una prueba diagnóstica que debe realizarse.
- b) La derivación a Atención Hospitalaria se realizará en aquellos casos no controlados con el tratamiento habitual, cuando exista organicidad o comorbilidad asociada (otitis medias de repetición, poliposis nasal, desviación de tabique nasal, hipertrofia adenoidea, síndrome de alergia oral asociado a polinosis, alergia alimentaria, urticarias y anafilaxia, etc.), o cuando se considere que la IT este indicada⁷.

Bibliografía

1. Bousquet J, Khaltaev N, Cruz AA, Denburg J, Fokkens WJ, Togias A, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with the World Health Organization, GA(2)LEN and AllerGen). *Allergy* 2008;63 (suppl 86): 8-160.
2. Scadding GK, Durham SR, Mirakian R, Jones NS, Leech SC et al; British Society for Allergy and Clinical Immunology. BSACI guidelines for the management of allergic and non-allergic rhinitis. *Clin Exp Allergy* 2008; 38:19-42.
3. Brozek JL, Bousquet J, Baena-Cagnani CE, Bonini S, Canonica GW, Casale TB et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines: 2010 Revision. *J allergy Clin Immunol* 2010;126:466-76.
4. Bousquet J, Schunemann HJ, Hellings PW, Arnavielhe, S, Bachert, C, Bedbrook, A, et al. MACVIA clinical decision algorithm in adolescents and adults with allergic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol*. 2016 Apr 23. (en prensa). Disponible en doi: 10.1016/j.jaci.2016.03.025.
5. Bousquet J, Schunemann HJ, Fonseca J, Samolinski B, Bachert C, Canonica GW. et al. MACVIA-ARIA Sentinel Network for allergic rhinitis (MASK-rhinitis): the new generation guideline implementation. *Allergy*. 2015;70(11):1372-92
6. Seidman MD, Gurgel RK, Lin SY, Schwartz SR, Baroody FM, Bonner JR, et al. Clinical practice guideline: allergic rhinitis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2015;152:S1–43.
7. Bercedo Sanz A, Callén Blecua M, Guerra Pérez MT, y Grupo de Vías Respiratorias. Protocolo de Rinitis Alérgica. El pediatra de Atención Primaria y la Rinitis Alérgica. Protocolo del GVR (publicación P-GVR-6). [Consultado 23/08/2016]. Disponible en: http://www.respirar.org/images/rinitis_alergica_p_gvr_6_2016.pdf
8. De Shazo RD, Kemp SF. Pharmacotherapy of allergic rhinitis. Versión 42, Jul 2016. [Consultado 23/08/2016]. Disponible en www.Uptodate.com.
9. Creticos PS. Subcutaneous immunotherapy for allergic disease: indications and efficacy. Versión 14.0, Jul 2016. [Consultado 23/08/2016]. Disponible en www.Uptodate.com

10. Jutel M, Agache I, Bonini S, Burks A.W, Calderon M, Canonica W, et al. International consensus on allergy immunotherapy. J Allergy Clin Immunol. 2015;136:556-68
11. Li JT, Bernstein DI, Calderón, MA, Casale TB, Cox L, Passalacqua G., et al. Sublingual grass and ragweed immunotherapy: Clinical considerations-a PRACTALL consensus report. J Allergy Clin Immunol 2016;137:369-76.

Tabla 1: Relación entre alérgenos más frecuentes causantes de rinoconjuntivitis e historia clínica

	POLEN	ACAROS	ANIMALES
Afectación ocular	Severa	Escasa	Severa
Temporalidad	Estacional	Perenne (mejoría verano)	Perenne (nula mejoría verano)
Exacerbación	<ul style="list-style-type: none"> • Espacios abiertos y campo • Días soleados y viento 	<ul style="list-style-type: none"> • Espacios cerrados y zonas costeras • Presencia durante limpieza del hogar 	<ul style="list-style-type: none"> • Entorno del animal
	Diurna	Nocturna o al despertar	Nocturna o al despertar
Características casa	Ventanas abiertas	Cerrada, Humedad	Animal de compañía
Nivel del mar (playa)	Mejora	Empeora	No influye

Tabla 2: Clasificación de la rinitis alérgica según la duración y la gravedad de los síntomas

Según la duración de los síntomas	Intermitente	Síntomas < 4 días/semana, ó < 4 semanas consecutivas
	Persistente	Síntomas ≥ 4 días/semana, y ≥ 4 semanas consecutivas
Según la gravedad de los síntomas	Leve	No interfiere en el sueño No interfiere en las actividades diarias, deportivas y de ocio No interfiere en las actividades escolares y laborales Síntomas presentes pero no molestos
	Moderada-grave (1 o > ítems)	Interfiere en el sueño Interfiere en las actividades diarias, deportivas y de ocio Interfiere en las actividades escolares y laborales Síntomas presentes y molestos

Tabla 3. Control ambiental frente a alérgenos

MEDIDAS DE EVITACIÓN PÓLENES

- Es importante para el paciente saber la época de polinización, y durante la misma, evitar salir al campo
- Los días de viento y soleados son los peores por su mayor concentración de polen ambiental.
- Permanecer el mayor tiempo posible en el interior de edificios.
- Viajar con las ventanillas del coche cerradas, no cortar césped, no viajar en moto o bicicleta, llevar gafas de sol y utilizar purificadores de aire o filtros antipolen.
- Las puertas y las ventanas del dormitorio deben estar continuamente cerradas (especialmente cuando las concentraciones de polen son muy elevadas) Los filtros de ventana antipolen son muy eficaces

MEDIDAS DE EVITACIÓN ÁCAROS

- Reducir la humedad ambiental del dormitorio (< 50%), realizar una buena ventilación de las estancias y utilizar deshumidificadores si es preciso.
- Eliminar moquetas, alfombras, tapicerías, estanterías, libros, peluches, cortinas, etc.
- Utilizar colchón y almohadas sintéticas con fundas de colchón y almohada especiales. Edredón sintético no de plumas.
- Lavar la ropa de la cama cada semana y las mantas cada dos semanas a > 60°, para ello es aconsejable el uso de tejido de algodón.
- No barrer. Limpieza diaria con aspirador (filtro HEPA) y trapo húmedo, y hacerlo siempre en ausencia de la persona alérgica.
- Valorar el uso de acaricidas (sustancias físico-químicas que matan a los ácaros) en colchones, sofás, alfombras y moquetas.
- Evitar olores fuertes (insecticidas, ambientadores, ceras, naftalinas, perfumes, etc.).
- No utilizar estufas de gas.
- El paciente estará ausente en las maniobras de limpieza, Pintado, barnizado, encerado de parquet.

EPITELIO DE ANIMALES

- Consiste en sacar al animal responsable del hogar y realizar posteriormente una limpieza exhaustiva.
- Aun así se puede tardar seis meses o más en eliminar totalmente los alérgenos del hogar.
- Si el animal no puede ser evitado, se recomienda confinarlo a una habitación, lavarlo una vez a la semana y utilizar un producto que disminuya la carga alérgica.

MEDIDAS DE EVITACIÓN DE HONGOS

- Mantener secos los alrededores de la ducha y en general todo el baño incluyendo las toallas.
- No usar esponjas de baño.
- No guardar ropa o zapatos húmedos en armarios o zonas poco ventiladas.
- Incrementar la aireación de las estancias oscuras y húmedas de la casa y utilizar pinturas antimohos, incrementar la limpieza, evitando formación de manchas de humedad.
- Evitar plantas de interior y las flores secas de adorno y utilizar antifúngicos (trioximetileno, tributil-trioxido, formaldehído) en la limpieza de los filtros de aire acondicionado y deshumidificadores.
- No visitar bodegas o sótanos.
- Evitar salidas en días húmedos y lluviosos.
- No mover montones de hojas caídas al suelo
- Evitar acercarse a vegetación muerta o en estado de descomposición

Tabla 4. Recomendaciones para la administración de sprays nasales de suspensión acuosa (no aerosoles)

-
- Antes de la administración, se debe sonar la nariz y agitar el spray suavemente
 - Inclinar la cabeza ligeramente hacia delante.
 - Sujetar el spray en posición vertical y colocar el aplicador en uno de los orificios nasales.
 - Orientar el aplicador hacia el exterior de la nariz, lejos del tabique nasal. Esto favorece que el medicamento llegue a la parte adecuada de la nariz.
 - Mientras se coge aire por la nariz, apretar firmemente una única vez el botón dosificador.
 - Sacar el aplicador y echar el aire por la boca.
 - Evitar sonarse en los 15 minutos siguientes después de su uso.

*** Si se utiliza un sistema de aerosol el paciente debe inclinar la cabeza ligeramente hacia atrás, aguantar la respiración unos segundos y echar el aire por la boca.

Tabla 5. Efecto de los diversos fármacos en la rinitis alérgica*

	Rinorrea	Estornudos	Picor	Obstrucción	Síntomas oculares
Glucocorticoide Nasal	+++	+++	++	+++	++
Antihistamínico Oral	++	++	+++	+	++
Antihistamínico Nasal	++	++	++	+	0
Cromoglicato Nasal	+	+	+	+	+
Cromoglicato Ocular	0	0	0	0	++
Antileucotrienos	++	++	++	+	+
Bromuro de ipratropio	++/+++	0	0	0	0
Descongestivo Nasal	0	0	0	++++	0
Descongestivo Oral	0	0	0	+	0

Efecto: 0 no efecto; + ligero; ++ moderado; +++ pronunciado; ++++ muy pronunciado



Figura 1. Postura correcta para la administración de fármacos en forma de sprays nasales de suspensión acuosa (no aerosoles)

Reproducido de Scadding GK. Clin Exp Allergy 2008;38:19-4