



Rinitis Alérgica

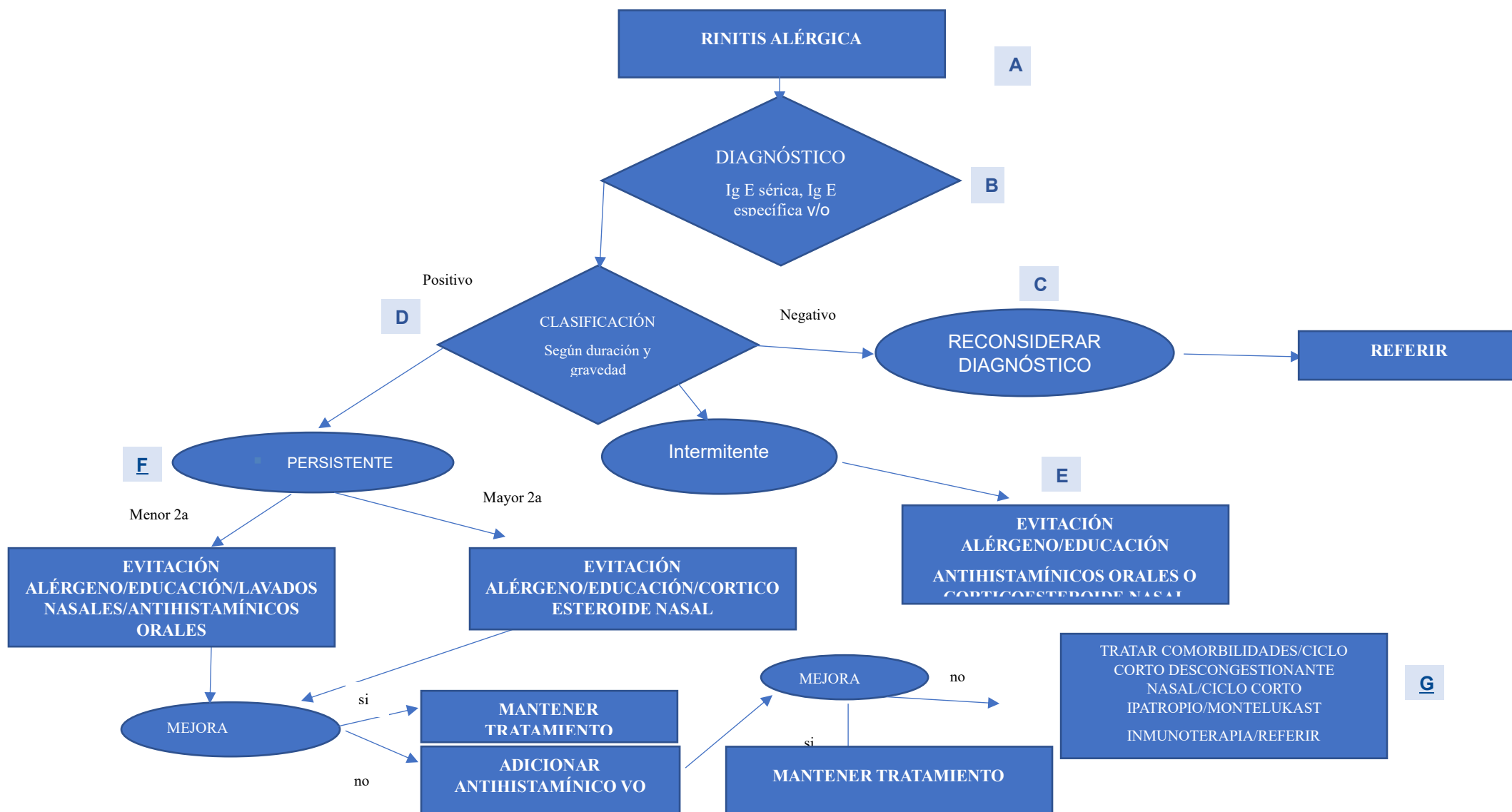
AUTORES

Caballero Madelf¹ Torres Joselit²

¹Coordinadora: Pediatra Inmunólogo. Especialista II Servicio de pediatría y Puericultura Hospital Antonio Patricio de Alcalá. Cumaná Sucre. ²Pediatra Alergólogo. Jefe del Servicio de Puericultura y Pediatría del Hospital Vargas, Distrito Capital.

Nombre autor responsable Caballero Madelf¹

Correo: madelfcaba@gmail.com



A DEFINICION

Definición:

Es la inflamación crónica de la mucosa nasal, que ocurre cuando el sistema inmunitario reacciona de forma anormal a alérgenos comunes inhalados (ácaros, pólenes, epitelio de animales), que se presenta en niños y adultos en forma recurrente, caracterizada por congestión nasal, rinorrea anterior, estornudos en salva, prurito nasal, cuya evolución clínica depende del estadio, características genéticas y adherencia al tratamiento, así como el diagnóstico de comorbilidades.

Etiología:

Es producida por la exposición a alérgenos como el polen, los ácaros (dermatophagoides, blomia tropical), caspa de animales (perros, gatos), plumas de aves, esporas de hongos (tabla 1) que provocan una reacción inmune en las fosas nasales El paciente debe tener una historia clínica compatible:

Antecedentes familiares de atopia

Investigar factores predisponentes asociados (presencia de fumadores, tipo de parto, uso indiscriminado de antibióticos, presencia de mascotas, zona de vivienda, humedad)

Examen físico: saludo alérgico, pliegue transversal en nariz, líneas de Dennie Morgan, mucosa nasal pálida, cornetes nasales hipertrofiados, paladar ojival, edema palpebral, doble pliegue palpebral

B DIAGNÓSTICO

Diagnóstico:

- **Epidemiológico:** Historia familiar de rinitis alérgica, asma o alguna atopia, antecedente de eccema, exposición a cigarrillo durante la gestación.

- **Clínico:** el diagnóstico clínico viene dado por la presencia de prurito nasal, el paciente va a presentar lo que se conoce como el saludo alérgico, congestión, estornudos en salva y rinorrea anterior hialina anterior y posterior con síntomas concomitantes como prurito ocular, lagrimeo y/o enrojecimiento ocular. De acuerdo a la frecuencia con la que presente los síntomas se clasifica en rinitis alérgica intermitente o persistente (tabla 2) y si presenta otros síntomas asociados, como son: alteración del sueño, afectación de las actividades cotidianas, afectación del rendimiento escolar, síntomas molestos será leve, moderada/grave (tabla 3).
- **Etiológico:** viene dado por la realización de las pruebas específicas:

Determinación de Ig E sérica la cual puede estar elevada en pacientes atópicos, los valores normales varían de acuerdo al grupo etario

Determinación de Ig E específica a través del análisis de sangre (método inmunoquímico) que identifica y cuantifica la Ig E específica para un alérgeno determinado. También se puede realizar a través de las pruebas prick (pruebas cutáneas) en donde se aplican pequeñas cantidades de extractos de alérgenos sobre la piel (antebrazo o espalda), se realiza una pequeña escarificación y pasado un lapso de 15-20 minutos, si la persona es alérgica presentará un enrojecimiento o la formación de una pápula.

Tabla 1. Alérgenos más frecuentes.

alérgenos de interior	alérgenos de exterior	Ocupacionales
Ácaros, mohos, epitelio de animales	Pólenes, plantas, mohos	Harinas, maderas y productos químicos

Tabla 2. Clasificación de la rinitis alérgica según la duración de los síntomas

Intermitente	Síntomas < 4 días/semana, ó < 4 semanas consecutivas
Persistente	Síntomas ≥ 4 días/semana, y ≥ 4 semanas consecutivas

Tabla 3. Clasificación de la rinitis alérgica según la gravedad de 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
Moderad/grave (1 o más)	Interfiere en el sueño Interfiere en las actividades diarias, deportivas y de ocio Interfiere en las actividades escolares y laborales Síntomas presentes y molestos

C CRITERIOS A TOMAR EN CUENTA

Es importante considerar el diagnóstico diferencial de la rinitis alérgica, como la rinitis infecciosa, la rinitis vasomotora, la rinitis medicamentosa, la presencia de cuerpos extraños o problemas estructurales como la desviación septal, la hipertrofia adenoidea o los pólipos nasales, considerar también condiciones menos comunes pero más graves como tumores nasofaríngeos, rinitis no alérgica con síndrome de eosinofilia o condiciones sistémicas como el hipotiroidismo.

D VALORACIÓN DE GRAVEDAD

La rinitis alérgica se asocia con frecuencia con el asma, que se encuentra en el 15% al 38% de los pacientes con rinitis alérgica, y los síntomas nasales están presentes en el 6% al 85% de los pacientes con asma. Además, la rinitis alérgica es un factor de riesgo para el asma, y la rinitis alérgica moderada a grave no



controlada afecta el control del asma, puede afectar la calidad del sueño, la realización de actividades cotidianas y la asistencia a sus actividades escolares, el paciente puede experimentar síntomas asociados como cefalea, ansiedad, bajo rendimiento escolar, respiración bucal y maloclusión dental, esta patología esta infradiagnosticada.

La clasificación de la rinitis alérgica va en función de la duración de los síntomas, que puede ser intermitente si los mismos se manifiestan menos de 4 días en la semana o menos de 4 semanas consecutivas y es persistentes si estos se manifiestan mas de 4 días a la semana o más de 4 semanas consecutivas. Sera leve si no presenta síntomas concomitantes y moderada/grave si presentase 1 o mas de los siguientes síntomas: alteración del sueño, aafectación de las actividades diarias, deportivas o de ocio, interfiere con sus actividades laborales o escolares y los síntomas son molestos, afectando la calidad de vida (tablas 2 y 3)

La complicación más frecuente de la rinitis alérgica suele ser la rinosinusitis infecciosa que se caracteriza por rinorrea anterior y posterior verdosa, con mal olor, tos crónica y cefalea

E TRATAMIENTO LEVE

-Tratamiento según la severidad: Es el tratamiento más ampliamente recomendado y para ello es importante establecer previamente la valoración del estado clínico basado en la clasificación presentada en las tablas 2 y 3 y se realizara de forma escalonada. La inmunoterapia se utilizará en pacientes seleccionados y no respondedores a los tratamientos farmacológicos recomendados

Leve: El Cuidado general incluye: control de los síntomas a través de la educación e identificación del desencadenante (alérgeno) y evitación del mismo, las medidas de control ambiental para los ácaros del polvo, cucarachas, mascotas, roedores, polen y alérgenos ocupacionales de acuerdo al caso, son medidas necesarias una vez identificado el desencadenante. Se debe indicar de acuerdo a la edad del paciente bien sea antialérgicos orales (menor de 2 años) tabla 4 o corticoesteroides nasales tabla 5 (mayores de 2 años) por 15 días a un mes de tratamiento, así como lavados nasales con solución fisiológica (entre 10-20 cc)

F TRATAMIENTO MODERADO/GRAVE

Evitación del alérgeno y educación: debe evitarse la exposición al alérgeno y las medidas de control ambiental para los ácaros del polvo, cucarachas, mascotas, roedores, polen y alérgenos ocupacionales de acuerdo al caso.

Corticoesteroides nasales: Constituyen la 1ra línea de tratamiento para la rinitis alérgica en los pacientes mayores de 2 años (mometasona y triamcinolona), debe enseñarse la manera correcta de uso, en cuanto a evitar aplicar sobre el tabique, hacerlo con la mano contraria a la fosa nasal en la cual se va a aplicar y la cabeza ligeramente inclinada hacia adelante. Se utilizan una a dos veces al día.

Antihistamínicos orales: Actualmente se recomiendan los antihistamínicos de 2da. generación, son la primera línea de tratamiento en la rinitis intermitente leve en menores de 2 años, pueden usarse en el paciente que no logra controlar los síntomas con corticoesteroides nasales en la rinitis persistente moderada o grave. Existen actualmente varios antihistamínicos en el mercado con diferentes presentaciones y dosificaciones. No se recomienda el uso de antihistamínicos de 1ª generación (Clorfeniramina, Difenhidramina, etc por los efectos colaterales asociados, el tratamiento debe mantenerse por lo menos 2 meses con reevaluaciones para hacer seguimiento, en el caso de no mejorar existen otros medicamentos que pueden asociarse e ir escalando para lograr el control de la patología, tales serían: bromuro de ipatropio, descongestionantes nasales (tiempo máximo de administración 7 días) y los inhibidores de leucotrienos (montelukast)

G INMUNOTERAPIA

La inmunoterapia es el tratamiento específico para la rinitis alérgica y será en función del resultado de la evaluación del paciente por un alergólogo, el cual realizará los estudios pertinentes para establecer la etiología y en función de eso indicarla. 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 enfermedades alérgicas. La misma está recomendada mínimo 3 años y existen diversas vías de administración (vía sublingual, subcutánea, etc)

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 contraindicación

Tabla 4. Medicamentos antialérgicos.

Cetirizina	Gts(10 mg/ml) susp 1mg/ml, sol (5mg/ml) y tabl. (10 mg)
Loratadina	Jbe (1mg/ml) susp. (5mg/ml) y Tablet. (10 mg)
Desloratadina	Jbe (2,5 mg/5ml) y (0,5 mg/ml) Tablet (5 mg)
Levocetirizina	Sol (5mg/ml) Tablet. (5 mg)
Fexofenadina	Jbe (30 mg/5ml) tabl (120 mg y 180 mg)

Tabla 5. Esteroides nasales

Furoato de mometasona	50 mcg
Triamcinolona	55 MCG
Budesonida	1 mg/100 mcg y gotas (32mcg/dosis)
Fluticasona	50 mcg

BIBLIOGRAFÍA

1. Bercedo Sanz A, Callen Blecua MT, Guerra Pérez MT. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Manejo de la rinitis alérgica. AEPap. 2017 (en línea). Disponible en algoritmos.aepap.org

2. Mora-Díaz- C., Díaz-Oliveros MA., Trujillo-Quijano JG., Silva-Rueda R. Guía para el diagnóstico y el tratamiento de la rinitis alérgica. Acta otorrinolaringol. Cir. cabeza cuello. 2024; 52 (3): 377-400
3. Mullol Joaquim y Valero Antonio. Actualización del manejo de la rinitis alérgica. Rev Rinol Guías GEMA y MACVIA-ARIA, 2019, VOLUMEN 19; 19 (1): 7-18
4. Sarah K. Wise MD MSCR et al. International consensus statement on allergy and rhinology: Allergic rinitis-2023. Int Forum Allergy Rhinol 2023; 13:293–859
5. Siti Muhamad Nur Husna, Hern-Tze Tina Tan, Norasnieda Md Shukri, Noor Suryani Mohd Ashari, Kah Keng Wong. Allergic Rhinitis: A Clinical and Pathophysiological Overview. Front Med (Lausanne) 2022 Apr 7; 9:874114.