



# Diagnóstico y tratamiento de la rinitis

M. T. CALLÉN BLECUA

Pediatra. Centro de Salud Bidebieta (San Sebastián)

## CUADERNO DEL PEDIATRA DE ATENCIÓN PRIMARIA

- El diagnóstico de la rinitis se hace en base a los síntomas, en la rinitis alérgica (RA) son muy importantes los factores de riesgo. En caso de duda hacer un Prick test (1.ª elección) o IgE específica.
- Instruir al paciente en medidas básicas de control ambiental para minimizar los irritantes y la exposición al alérgeno.
- Los fármacos descongestivos solos o asociados a antihistamínicos (AH), no están indicados en el tratamiento del catarro.
- Los corticoides nasales (CN) son la primera línea de tratamiento para la RA, imprescindibles en la moderada-severa.
- Evaluar al cabo de 1-2 semanas. Utilizar siempre la dosis mínima eficaz. Los efectos pueden ser aditivos cuando se usan otros corticoides.
- El tratamiento puede fracasar si, en presencia de mucosidad, no se limpia bien la nariz previamente a la administración del CN y si la técnica no es correcta.
- Cuando no hay una respuesta adecuada al tratamiento inicial está indicado asociar un antihistamínico. Una vez alcanzado el control se volverá a un solo fármaco.
- Según criterios de uso racional del medicamento, el CN de elección es la budesonida; los de menor biodisponibilidad sistémica son la fluticasona y mometasona. Entre los AH son cetirizina y loratadina. Tener en cuenta la edad de autorización en ficha técnica.
- Otras medicaciones como cromoglicato, antihistamínicos nasales y antileucotrienos son mucho menos coste-eficientes, pero pueden ser coadyuvantes o alternativas en algunos casos.
- La derivación a especializada se realizará en los casos no controlados, se debería reevaluar el diagnóstico o valorar la inmunoterapia. No hay datos suficientes para recomendar la inmunoterapia sublingual.
- Se debe investigar siempre la presencia de asma.

## INTRODUCCIÓN

La rinitis es un problema común que afecta a todos, la causa más frecuente es la infección viral. El tratamiento es sintomático, los fármacos descongestivos, solos o asociados a AH, son ampliamente utilizados a pesar de su baja efectividad; recientemente se ha cuestionado su seguridad en el niño.

La segunda causa de rinitis es la alergia. Según estudios epidemiológicos, la prevalencia de rinitis alérgica (RA) está aumentando en los países desarrollados, en nuestro medio 8,5% de los niños de 6-7 años y 16,3% de los de 13-14 años refieren haber tenido síntomas de rinitis alérgica durante el último año<sup>1</sup>. La RA y el asma son enfermedades comórbidas, lo que ha dado lugar al concepto «una misma vía aérea una enfermedad». Además de los corticoides inhalados nasales, nuevos antihistamínicos, nuevos fármacos, antagonistas de los receptores de los leucotrienos (ARLT) y nuevas formas de inmunoterapia (sublingual) se preconizan como eficaces en la disminución de los síntomas de la rinitis, en el control del asma e incluso en retrasar su aparición.

El objetivo de este artículo es hacer una actualización del diagnóstico y tratamiento de la rinitis siguiendo las mejores guías de práctica clínica (GPC) seleccionadas por el instrumento AGREE y las pruebas obtenidas de una revisión bibliográfica realizada en las bases de datos médicas secundarias (Clinical Evidence, Cochrane Library, Trip Database, Bestbest) y Medline de los últimos 5 años.

### Puntos a revisar

- Diagnóstico diferencial RA y rinitis no alérgica (RNA).
- Seguridad de los fármacos «anticatarrales».
- Papel de los ARLT en el tratamiento de la RA.
- Nuevos antihistamínicos.
- Uso de los corticoides nasales a demanda.
- Efectividad de la asociación de CN con AH, ARLT y AH, descongestivos y AH.
- Inmunoterapia sublingual.
- Enfermedades asociadas a la RA.

## DEFINICIÓN E IMPACTO

La rinitis se puede definir<sup>2</sup> como la presencia de uno o más de los siguientes síntomas: estornudos, rinorrea anterior o posterior, congestión y prurito nasal. Es producida por la inflamación de la mucosa nasal.

En la RA esta inflamación se produce por una reacción mediada por IgE, después de la exposición al alérgeno en las personas sensibilizadas. Estos alérgenos son los pólenes de gramíneas, árboles y plantas en primavera-otoño y los ácaros, los animales de compañía y los hongos durante todo el año.

La RA es la enfermedad crónica más frecuente en la infancia, en ocasiones se confunde con infecciones respiratorias recurrentes. Tradicionalmente ha sido considerada una enfermedad leve y, en consecuencia, ha sido infradiagnosticada e infratratada. Hoy en día conocemos que puede alterar el sueño, la capacidad de concentración e incluso las relaciones sociales, con la consiguiente repercusión sobre la calidad de vida y el rendimiento escolar. Entre los niños con RA, el 9% refieren haber tenido síntomas de rinitis grave o severa<sup>1</sup> (presencia de problemas nasales que hayan impedido realizar sus actividades diarias en muchas ocasiones).

En la fase III del estudio ISAAC<sup>1</sup> (*International Study of Asthma and Allergy in Childhood*) se ha observado la tendencia creciente de los síntomas de RA en el grupo de edad 6-7 años, respecto a la fase I de este estudio, realizada en 1993-94.

La RA puede coexistir o complicarse con otras enfermedades respiratorias como asma, síndrome de apneas obstructivas durante el sueño, conjuntivitis y sinusitis.

## CLASIFICACIÓN

La RA tradicionalmente se dividía en estacional, cuando los síntomas de forma típica ocurren sólo en ciertas épocas del año, y perenne, con síntomas a lo largo de todo el año. Un consenso de expertos actualizado recientemente<sup>3</sup> ha propuesto una nueva clasificación según la duración de los síntomas en intermitente o persistente y según la gravedad y el impacto sobre la calidad de vida de los pacientes en leve, moderada-grave:

- **Intermitente**, menos de 4 días a la semana o menos de 4 semanas.
- **Persistente**, más de 4 días a la semana y más de 4 semanas.
- **Leve**, sueño, deporte, actividades diarias y escolares no alterados, sin síntomas molestos.
- **Moderada-grave**, sucede uno o más de los siguientes hechos: sueño alterado, actividad diaria deportiva o escolar alterados, síntomas molestos.

Estas clasificaciones, fruto de consenso, no de la evidencia, no concuerdan con la clínica habitual, en la que los síntomas, están presentes durante casi todo el día y la mayoría de los días en la mayor parte de los pacientes, o bien en algunos casos «van y vienen». Sin embargo, sí es importante

para el tratamiento considerar el concepto de gravedad de la guía ARIA<sup>3</sup>: cualquier repercusión de la rinitis en la vida habitual hace que no sea LEVE<sup>2</sup>.

Actualmente, todavía hay pocos ensayos clínicos publicados en los que se haya utilizado la clasificación nueva. Casi todos los estudios a los que haremos referencia están hechos según la clásica de rinitis, estacional o perenne (**tabla 1**).

Tabla 1 CLASIFICACIÓN DE LOS NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADO DE RECOMENDACIÓN		
Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Grado de recomendación
Metaanálisis	Ia	A
Al menos un ECA*	Ib	A
Al menos un ensayo, sin aleatorización	IIa	B Recomendación extrapolada desde estudios de nivel de evidencia I
Al menos 1 estudio casi experimental	IIb	B Recomendación extrapolada de estudios de nivel de evidencia I y II
Estudios descriptivos, no experimentales	III	C Recomendación extrapolada de estudios de nivel de evidencia I y II
Opiniones de expertos	IV	D Recomendación extrapolada de estudios de nivel de evidencia I, II y III

(\*) ECA: ensayo clínico aleatorizado. Según la Joint Task Force on Practice Parameters<sup>2</sup>.

## DIAGNÓSTICO

Es importante diferenciar la rinitis alérgica de la rinitis NO alérgica (RNA), porque el tratamiento y el pronóstico de ambas son distintos. Solo en caso de RA serán beneficiosas la inmunoterapia y el control de las medidas ambientales (evitación de alérgenos). Los AH y CN no han probado su eficacia en la RNA. El pronóstico de la RA es distinto dada su frecuente asociación con el asma.

En la **tabla 2** se describe un breve cuestionario<sup>4</sup> que permite diferenciar la RA de otras causas de rinitis como son: la infección viral (en ocasiones complicada con una rinosinusitis), un cuerpo extraño, la hipertrofia adenoidea, problemas estructurales como desviación del tabique, pólipos, hiperplasia de cornetes y atresia de coanas, rinitis inducida por medicamentos y enfermedades sistémicas como la fibrosis quística, disquinesia ciliar e inmunodeficiencia.

El diagnóstico de la RA está basado en una historia clínica detallada y la existencia de factores de riesgo, éstos son los antecedentes familiares o personales de atopía. La relación con la exposición a desencadenantes ambientales es un punto crucial de la historia. Se debe tener en cuenta que en oca-

Tabla 2  
PREGUNTAS PARA EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL  
DE RINITIS (\*)

RINITIS
<p>¿Tiene alguno de estos síntomas?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntomas en solo un lado de la nariz</li> <li>• Rinorrea mucopurulenta</li> <li>• Goteo posnasal sin rinorrea anterior</li> <li>• Dolor facial</li> <li>• Epistaxis recurrente</li> <li>• Anosmia</li> </ul>
RINITIS ALÉRGICA
<p>¿Tiene alguno de estos síntomas en época estacional o al menos 1 h al día en la mayoría de los días?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rinorrea acuosa</li> <li>• Estornudos paroxísticos</li> <li>• Obstrucción nasal</li> <li>• Picor nasal</li> <li>• Conjuntivitis</li> </ul>

(\*) Modificado de Bousquet J. Allergic rhinitis management pocket referente. Allergy 2008;63:990-6.

siones el síntoma cardinal de la RA puede ser la obstrucción nasal y que la rinosinusitis bacteriana es una complicación frecuente, la rinorrea purulenta, el goteo posnasal 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<sup>5</sup>.

### ¿Son necesarias más exploraciones para diagnosticar la RA?

No hay estudios prospectivos de diagnóstico dirigidos a conocer cuál es la prueba diagnóstica más simple para diferenciar la RA de la no alérgica. Un metanálisis que evaluó posibles estrategias diagnósticas de RA sugiere que las pruebas alérgicas (Prick, RAST y Phadiatop) son menos útiles que la clínica entre los pacientes que tienen una alta probabilidad pretest de tener RA según la historia.

### PUNTOS CLAVE

- El diagnóstico de RA se realiza por la clínica, según el patrón de síntomas. La presencia de factores de riesgo (historia personal o familiar de atopia) y una clara relación entre la exposición a neuroalergenos y los síntomas aumentan la probabilidad diagnóstica **(B)**.
- En caso de duda se deben realizar pruebas alérgicas, Prick test (1.ª elección por alta sensibilidad y bajo coste) o bien ImmunoCap Rapid y/o Phadiatop-IgE específica, según se recoge en el protocolo de identificación de alergia del GVR **(D)**. ([http://www.respirar.org/pdf/gvr/identificacion\\_alergia\\_p\\_gvr\\_3\\_2006.pdf](http://www.respirar.org/pdf/gvr/identificacion_alergia_p_gvr_3_2006.pdf)).

## TRATAMIENTO DE LA RINITIS INFECCIOSA (resfriado común)

### ¿Son efectivos el suero salino, los descongestivos y los AH?

Hay fuerte evidencia de que la administración tópica de suero salino nasal, solo o en combinación con otros fármacos, es beneficiosa tanto en la rinosinusitis como en la rinitis alérgica<sup>2,6,7</sup>.

En teoría, el efecto anticolinérgico de los AH de primera generación podría reducir la secreción nasal que se produce en los catarros, de hecho estos fármacos solos o asociados a los descongestivos, antitusivos y expectorantes son muy utilizados. Los pocos ensayos clínicos aleatorizados (ECAs) publicados no han demostrado ninguna eficacia; por otro lado, se han comunicado en niños menores de 2 años muertes por sobredosificación de pseudoefedrina, carbinoxamina, dextrometorfano y acetaminofen junto con pseudoefedrina<sup>2</sup>. En el año 2007, la Food and Drug Administration (FDA) lanzó una alerta sobre los medicamentos OTC (over the counter), dispensables sin receta médica para el resfriado y la tos y el riesgo de sobredosificación cuando la familia utiliza más de un fármaco con el mismo componente.

## TRATAMIENTO DE LA RINITIS ALÉRGICA

El control de RA requiere establecer una buena relación entre el paciente, la familia y el médico, evitar los alérgenos desencadenantes y una correcta cumplimentación de los fármacos prescritos.

### Medidas preventivas

Las medidas preventivas van dirigidas a disminuir la hiperrespuesta nasal en todos los tipos de rinitis, evitando el humo de tabaco, olores fuertes, aire acondicionado, cambios bruscos de temperatura y a evitar la exposición a alérgenos en la RA.

### ¿Son eficaces las medidas de evitación de los alérgenos?

La evitación del contacto con el alérgeno es la primera medida de tratamiento, es obvio que es eficaz puesto que la rinitis polínica no se produce fuera de la estación, pero existe una considerable incertidumbre sobre la efectividad de las intervenciones diseñadas para reducir la exposición a los ácaros del polvo<sup>2,6,7</sup>.

### PUNTOS CLAVE

- La evidencia disponible actualmente no permite hacer recomendaciones en cuanto al control de los ácaros **(A)**.
- Se recomienda cerrar las ventanas y evitar la exposición exterior en épocas de alta concentración de polen **(B)**.
- Retirar los animales de compañía en caso de sensibilización mejora los síntomas de RA **(D)**.

## Fármacos

Los fármacos de primera línea para el tratamiento de la RA son los AH orales o en forma de spray nasal y los CN. Otras opciones son los ARLT, el cromoglicato disódico, el bromuro de ipratropio y los descongestivos.

No hay estudios de eficacia según la **gravedad** de los síntomas, pocos estudios se han realizado en niños y en los que los incluyen no se han analizado como subgrupo.

### ¿Cuál es el fármaco de primera elección en el tratamiento de la RA?

La elección del fármaco se realizará según criterios de riesgo/coste-beneficio.

## Corticoides

### Corticoides nasales

**Eficacia:** los corticoides nasales son la medicación más efectiva para el tratamiento de la RA en adolescentes y adultos<sup>2,7</sup>. Actúan sobre todos los síntomas de la RA.

En niños menores de 12 años, según una revisión sistemática (RS) publicada por la Colaboración Cochrane, que incluye sólo tres ECAs, «el volumen de evidencia no es suficiente y la recomendación para usarlos dependerá de la experiencia clínica del médico y la situación de cada paciente»<sup>8</sup>.

**Efectos secundarios:** numerosos estudios han valorado su efecto sobre el crecimiento y el eje hipotálamo-hipofisopararrenal sin encontrar efectos relevantes a las dosis recomendadas<sup>2,3,5-7</sup>. Los efectos secundarios locales son leves, irritación de la mucosa y epistaxis; no se han observado cambios clínicos ni histológicos tras largos períodos de tratamiento.

No se han encontrado diferencias entre los distintos corticoides en cuanto a síntomas nasales, rinitis, picor, obstrucción. Es recomendable utilizar los de menor biodisponibilidad sistémica: fluticasona, mometasona y budesonida.

### Corticoides orales

Mejoran todos los síntomas de la RA. Por sus conocidos efectos secundarios sólo se usan ocasionalmente en los casos graves y durante un período no superior a 5-7 días.

## Antihistamínicos H1 (1.ª y 2.ª generación) orales

**Eficacia:** son efectivos comparados con placebo sobre el prurito nasal, estornudos y rinorrea acuosa, con poco efecto sobre la congestión y el bloqueo nasal. Son menos efectivos que los corticoides nasales, sobre todo en la congestión. No se han encontrado diferencias entre los distintos AH, ninguno ha demostrado ser mejor que otro<sup>2-7</sup>.

**Efectos secundarios:** producen sedación y somnolencia, sobre todo para los de primera generación. Los AH de 2.ª generación (fexofenidina, loratadina y desloratadina) no pro-

ducen sedación a las dosis recomendadas; sí que producen si se emplean a dosis más altas. La cetirizina y la azelastina intranasal producen sedación a las dosis habituales<sup>2</sup>.

Todos pueden causar dolor de cabeza, náuseas y sequedad de boca. La terfenadina y el astemizol no deben usarse por la posibilidad de toxicidad cardíaca.

### Nuevos antihistamínicos

La levocetirizina es un enantiomero de la cetirizina que tiene el doble de afinidad por los receptores H1. No hay estudios comparándolas en la rinitis alérgica estacional. La desloratadina es el principal metabolito de la loratadina, no hay ensayos comparando una frente a otra. La desloratadina es segura en niños mayores de dos años, la levocetirizina es segura y eficaz en niños, frente a placebo disminuye la congestión nasal y mejora la calidad de vida.

No hay suficiente evidencia que confirme si en la práctica estos antihistamínicos tienen alguna ventaja sobre los de segunda generación pero se les atribuye un cierto efecto antiinflamatorio<sup>2</sup>.

### Antihistamínicos tópicos

Azelastina y levocastina son recomendados como una alternativa a los AH orales, tienen un comienzo de acción más rápido para los síntomas tanto nasales como oculares.

No aportan beneficio adicional frente al tratamiento convencional con AH orales<sup>5</sup>. Pueden provocar irritación local.

## Antagonistas de los receptores de los leucotrienos

Los ARLT solos o en combinación con antihistamínicos han probado su eficacia en el tratamiento de la RA. Son inferiores a los CN en la disminución de síntomas y en la valoración de la calidad de vida por cuestionario. Son superiores a placebo y similares a los AH (pero inferiores en síntomas oculares)<sup>2-7</sup>.

El Montelukast es seguro y eficaz en los estudios realizados en niños. La FDA ha aprobado su uso en niños >6 meses con rinitis perenne y en mayores de 2 años con rinitis estacional. No ocurre lo mismo en nuestro medio, en el que sólo ha sido aprobado para el alivio sintomático de la RA estacional en pacientes asmáticos que cumplen las siguientes condiciones:

- Montelukast se utiliza como terapia adicional en asma persistente leve a moderada no controlada adecuadamente con corticoides inhalados.
- Los agonistas B<sub>2</sub> de acción corta «a demanda» proporcionan un control clínico insuficiente en el asma.

En un ECA publicado con esta indicación, Montelukast es superior a placebo en la reducción de los síntomas asociados a RA estacional. Se debería determinar el beneficio obtenido con Montelukast respecto al obtenido con AH o los CN en estos pacientes asmáticos.

Normalmente son bien tolerados, de manera ocasional pueden causar dolor de cabeza y síntomas gastrointestinales.

## Descongestivos

Los descongestivos están disponibles en formulación oral y tópica, incluyen la pseudoefedrina, la fenilefrina y la oxymetazolina. En adultos y adolescentes reducen la congestión nasal, pero en niños no hay estudios que demuestren su eficacia<sup>2,3</sup>. Pueden producir insomnio, irritabilidad y palpitaciones.

Los tópicos tienen efecto rebote a partir de los 3-4 días. Por este motivo no están indicados como tratamiento continuo, pero pueden ser útiles durante 3 días cuando hay un gran componente obstructivo, administrados unos minutos antes del CN<sup>2-7</sup>.

## Cromonas (cromoglicato sódico)

Usado como tratamiento profiláctico por su efecto sobre mastocitos, neutrófilos, macrófagos y eosinófilos. Hay fuerte evidencia sobre la eficacia del cromoglicato disódico para disminuir los síntomas de la RA<sup>2,3,6,7</sup>, pero debe ser administrado de forma preventiva (su efecto puede tardar incluso 2-4 semanas) y con un intervalo entre dosis corto (cada 4-6 horas). Es menos eficaz que los CN y no se han comparado con los AH y ARLT<sup>5</sup>.

No tiene efectos secundarios.

## Anticolinérgicos (bromuro de ipratropio)

Existen pocos estudios, pero parece que en adultos reduce la rinorrea, no tiene efecto sobre otros síntomas.

## Asociaciones de fármacos

Se han publicado pocos ECAs que comparen las distintas alternativas y combinaciones.

- **Corticoides nasales y antihistamínicos:** no hay evidencia de que añadir un AH mejore la efectividad de los CN. Hay en marcha un protocolo Cochrane para hacer una RS que evalúe la efectividad y efectos secundarios de añadir AH a los CN en la RA intermitente y persistente en los niños.
- **Antihistamínicos y descongestivos:** hay fuerte evidencia de la eficacia de los AH orales con la pseudoefedrina en adolescentes y adultos<sup>2,3,6,7</sup>. Deberían ser usados con prudencia por los mencionados efectos secundarios.
- **Antihistamínico más ARLC:** Montelukast + loratadina, no está claro que la combinación sea superior a cada uno de ellos por separado<sup>5,6</sup>, en todo caso es menor que los CN<sup>2-7</sup>.

## Utilización «a demanda» de los antihistamínicos y los corticoide nasales

El uso continuo de estos fármacos es mucho más efectivo, pero «a demanda» puede ser suficiente para los síntomas muy leves o exposiciones ocasionales<sup>2</sup> (B).

### PUNTOS CLAVE

- Los descongestivos orales no están recomendados en el tratamiento del resfriado común ni de la RA en niños por sus efectos secundarios y poca eficacia (A).
- Los CN son más efectivos que los AH orales en el tratamiento de la RA en adolescentes y adultos. No hay suficiente volumen de evidencia en niños (A).
- Los CN no alteran el crecimiento final, ni el funcionamiento del eje hipotálamo-hipofiso-suprarrenal a las dosis recomendadas (A).
- Los AH orales son eficaces en algunos de los síntomas de la RA (A).
- No hay evidencia en la práctica de que los nuevos antihistamínicos (desloratadina, levocetirizina) sean superiores a los de segunda generación.
- Los leucotrienos son menos eficaces que los CN, tan eficaces como los AH y más eficaces que el placebo en el tratamiento de la RA (A).
- Es razonable iniciar el tratamiento de la RA frecuente o persistente con un corticoesteroide nasal (A).
- La elección del corticoide deberá de hacerse siguiendo criterios de coste-beneficio, dentro de los de menor biodisponibilidad sistémica (D).
- No está claro cuál es el fármaco a añadir en la RA moderada-grave no controlada con CN (D).

## Inmunoterapia

Las GPC más recientes sobre la RA<sup>2-7</sup> concluyen que la inmunoterapia subcutánea (ITS) está indicada en pacientes con RA monosensibilizados en los que las medidas preventivas y el tratamiento farmacológico no ha sido eficaz.

Los efectos secundarios incluyen reacciones sistémicas graves.

No se identificaron ECAs que comparen la inmunoterapia con AH o con CIN en el tratamiento de la RA estacional o perenne.

### ¿La inmunoterapia sublingual es una opción segura y eficaz?

La inmunoterapia sublingual (ITSL) es una alternativa a la ITS convencional que disminuye el riesgo de efectos secundarios graves, evita el rechazo al pinchazo y se puede llegar a administrar en el domicilio. En principio es segura y fácil de administrar, falta comprobar su eficacia.

Los resultados de las cuatro RS, publicadas hasta la actualidad, sobre el efecto de la ITSL en cuanto a disminuir los



síntomas y la necesidad de fármacos en niños y adolescentes con RA son contradictorios, la mayoría de los ECAs incluidos son de baja calidad, no describen si hubo ocultación de la secuencia de aleatorización, son heterogéneos en cuanto a la población, al tipo de extracto alergénico, dosis utilizada, duración del tratamiento y escalas clínicas de medida de síntomas, no obstante en tres de las revisiones se combinaron los resultados en un metaanálisis.

Una RS de la colaboración Cochrane, no observa mejoría en el grupo niños. Posteriormente Panagos et al.<sup>9</sup> obtienen una reducción en los síntomas estimada por diferencia estandarizada de medias (DSM) -0,56 (IC 95%; 1,01-0,10) y en la necesidad de medicación. La revisión de Röder et al.<sup>10</sup> que incluye un número mayor de ensayos clínicos no encuentra evidencia de eficacia al analizar (sin metaanálisis) los ECAs de mejor calidad.

Por otro lado, un ECA recientemente publicado, realizado en el ámbito de la atención primaria, 204 sujetos de 6 a 18 años con rinitis polínica tratados durante 2 años no mostró diferencias en la puntuación media de la escala de síntomas durante el segundo año ni en otras variables analizadas, días sin necesidad de medicación de rescate y calidad de vida.

No se encontraron efectos sistémicos graves, pero sí algunos efectos locales leves y gastrointestinales.

La ITSL es mencionada en numerosas guías de práctica clínica, pero no se han descrito protocolos específicos de uso, por la falta de consenso internacional sobre el papel de esta forma de tratamiento.

## PUNTOS CLAVE

- La inmunoterapia subcutánea mejora los síntomas y disminuye la necesidad de medicación en los niños con RA (A).
- Actualmente no hay evidencia suficiente para recomendar el uso de la ITSL (B).

## Educación

La educación mediante un plan de acción estandarizado ha demostrado mejorar la calidad de vida de los pacientes<sup>2-7</sup>. Debe incluir información sobre las causas y mecanismos de la rinitis, sobre los síntomas y sobre las medidas de evitación de los alérgenos desencadenantes. También incluirán información acerca de los fármacos, cómo y durante cuánto tiempo usarlos y posibles efectos secundarios. El paciente debe entender que la curación completa es poco probable y que necesitará tratamiento a largo plazo, así como la importancia que tiene el buen control de la rinitis sobre la calidad de vida y para evitar posibles complicaciones.

## Medicinas alternativas

Una RS evaluó la efectividad de las medicinas alternativas en la RA: acupuntura, homeopatía y hierbas chinas, concluye que la evidencia disponible no soporta la posible eficacia de

estos tratamientos. Los autores no combinaron los resultados de los diferentes estudios pero no dicen si existía heterogeneidad.

## RINITIS Y ASMA

Un alto porcentaje de pacientes con RA (20-40%) tienen asma, mientras que un 30-50% de asmáticos tienen rinitis. Los alérgenos implicados son los mismos, también el papel de los mastocitos, eosinófilos y el de los metabolitos liberados por ellos en la respuesta inflamatoria. Todos estos hechos sugieren que no se debe pensar en dos enfermedades, sino en un lugar donde se asienta el proceso de las vías aéreas y una misma enfermedad.

### ¿Un óptimo manejo de la rinitis puede prevenir la aparición de asma o mejorar el asma coexistente?

- *Tratamiento de la rinitis para prevenir el asma:* se ha observado en estudios de cohortes que la rinitis precede en muchos casos a la aparición clínica del asma. La inmunoterapia (método clásico de inducir tolerancia inmunológica) se ha utilizado con la finalidad de controlar la rinitis y prevenir o retrasar el desarrollo de asma en pacientes con RA. En tres estudios, dos de ellos de baja calidad metodológica en niños con RA estacional, la inmunoterapia retrasó el comienzo del asma. Aunque los CN disminuyen la hiperactividad bronquial y parece que mejoran los síntomas del asma, ni en las bases de datos secundarias ni en Medline se han encontrado estudios dirigidos a responder si el tratamiento de la rinitis actual con CN puede prevenir el desarrollo posterior de asma.
- *Tratamiento de la rinitis para mejorar el asma:* las guías recientes sobre rinitis sugieren que el tratamiento óptimo de la misma puede mejorar el asma coexistente<sup>2,3,6,7</sup> apoyándose en tres estudios retrospectivos. Una revisión Cochrane analiza el efecto de los corticoides intranasales para el control del asma en pacientes con asma y rinitis coexistentes. No se demuestra ninguna diferencia, existiendo una tendencia a favor de los CN en la medida del FEV1 y en los síntomas de asma.

## PUNTOS CLAVE

- No hay estudios dirigidos a conocer si el tratamiento precoz de la RA en los niños con CN puede prevenir el asma.
- En tres ECAs en niños con RA al polen, la inmunoterapia retrasó la aparición de asma (C).
- La eficacia de los CN sobre el asma en los individuos con asma y rinitis es incierta (A).
- Son necesarios más estudios prospectivos para aclarar si el tratamiento de la RA puede evitar o mejorar el control del asma (D).
- Los niños con RA deben ser evaluados respecto a la presencia de asma (D).

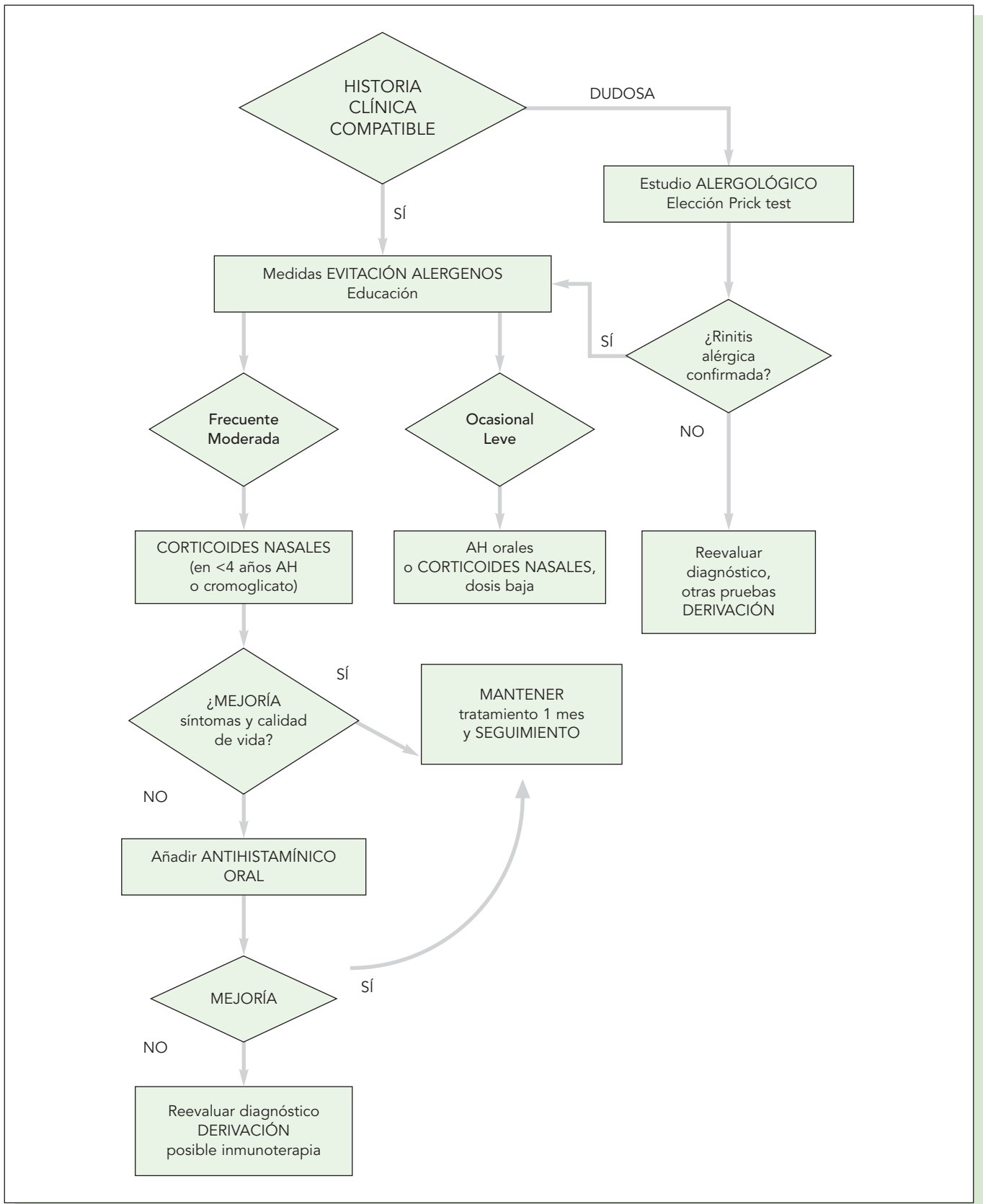


FIGURA 1. Manejo de la rinitis alérgica en atención primaria.

Los fármacos que pueden actuar conjuntamente sobre los dos procesos en toda la vía aérea son los ARLT y los anticuerpos monoclonales recombinantes humanizados Anti-IgE. El Montelukast, como se ha comentado anteriormente está aprobado para ambas indicaciones. Los anti-IgE (omalizumab) es eficaz en la profilaxis de la RA estacional y perenne en adultos y niños >6 años, así como en la mejoría de los síntomas y calidad de vida del asma. Solo está aceptado para el tratamiento del asma grave.

### OTRAS ENFERMEDADES ASOCIADAS CON LA RINITIS ALÉRGICA

Se ha observado un aumento del síndrome de apneas obstructivas durante el sueño en niños con rinitis crónica<sup>2,3</sup>.

A pesar de que es universalmente aceptado que la RA es un factor de riesgo para la otitis, los diversos estudios no han establecido una relación causa efecto entre la RA, la otitis media aguda y la otitis media serosa recurrente<sup>2</sup>.

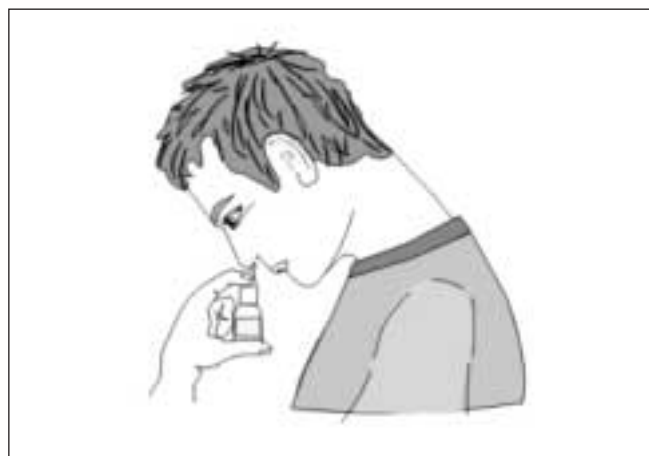
Es muy frecuente la asociación rinoconjuntivitis alérgica. Algunos estudios comparativos han demostrado que la combinación de CN y gotas oculares de AH es más eficaz y causa menos sequedad en los ojos que la combinación de CN y AH oral.

### MANEJO DE LA RINITIS

En la **figura 1** se describe un esquema de diagnóstico y tratamiento basado en las pruebas de eficacia (**tabla 3**) y seguridad de los distintos medicamentos.

El tratamiento de elección dependerá en gran medida de la frecuencia, severidad, duración de los síntomas, así como del tratamiento previo.

En la RA moderada-severa el tratamiento de elección son los CN, sólo en la RA leve u ocasional pueden ser apropiados los AH orales.



**FIGURA 2.** Postura correcta para la administración de fármacos en forma de sprays nasales. Reproducido de Scadding GK<sup>6</sup>.

En los casos de síntomas no controlados con CN debería añadirse un segundo fármaco. Las opciones incluyen un AH oral (de elección) o nasal, Montelukast o un antihistaminico asociado a un descongestionante.

La combinación de un AH y un descongestivo (en adolescentes) puede ser una alternativa para los pacientes que no cumplen o en los que están contraindicados los CN.

El seguimiento se hará a las 4-6 semanas de iniciado el tratamiento. Antes de añadir otro fármaco valorar la técnica de la administración (**figura 2**), el cumplimiento, las medidas de evitación y el diagnóstico. En caso de mala evolución derivar a consulta especializada.

### PREVENCIÓN PRIMARIA DE LA RINITIS ALÉRGICA<sup>3</sup>

- Evitar la exposición a ácaros y mascotas no disminuye el riesgo de alergia (B).
- La lactancia materna protege poco en edades tempranas, mas tarde aumenta el riesgo (B).
- No se ha establecido una clara relación entre tabaco y atopía (B).
- Actualmente no hay evidencia para recomendar el uso de probióticos u otros agentes bacterianos (D).
- No están recomendados cambios en la alimentación de la madre ni el niño (B).
- El futuro puede estar en la Inmunoterapia preventiva y «vacunas alérgicas» (D).

### BIBLIOGRAFÍA

1. Arnedo-Pena A, García-Marcos L, García Hernández G, Aguina-gua Ontoso I, Gonzalez Díaz C. Tendencia temporal y variaciones geográficas de la prevalencia de síntomas de rinitis alérgica en escolares de 6-8 años de ocho áreas españolas, según el ISAAC. An Pediatr (Barc) 2005;62:229-36.

Tabla 3 EFICACIA DE LOS FÁRMACOS EN LOS SÍNTOMAS DE RINITIS ALÉRGICA (*)					
	Rinorrea	Estornudos	Picor	Obstrucción	Síntomas ojos
Glucocorticoide nasal	+++	+++	++	+++	++
Antihistamínico					
Oral	++	++	+++	+	++
Nasal	++	++	++	+	0
Cormoglicato					
Nasal	+	+	+	+	+
Ocular	0	0	0	0	++
Antileucotrienos	++	++	++	+	+
Descongestivo					
Nasal	0	0	0	++++	0
Oral	0	0	0	+	0

+++ : muy eficaz; + : poco eficaz; 0 : no eficaz.

(\*) Modificado de Van Cauwenburge P. Allergy 2000;55:11.



2. Wallace DV, Dykewicz MS, Bernstein DI, Blessing-Moore J, Cox L. Joint Task Force on Practice; American Academy of Allergy; Asthma & Immunology; American College of Allergy; Asthma and Immunology; Joint Council of Allergy, Asthma and Immunology. The diagnosis and management of rhinitis: an updated practice parameter. *J Allergy Clin Immunol* 2008;122(Suppl. 2):1-84.
3. Bousquet J, Khaltaev N, Cruz AA, Denburg J, Fokkens WJ. World Health Organization; GA(2)LEN; AllerGen. 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.
4. Bousquet J, Reid J, Van Weel C, Baena Cagnani C, Canonica GW. Allergic rhinitis management pocket reference 2008. *Allergy* 2008;63:990-6.
5. Pascual Pérez JM, Callén Blecua M, Grupo de Vías Respiratorias. Protocolo de Rinitis Alérgica. El pediatra de atención primaria y la rinitis alérgica. Protocolo del GVR (publicación p-GVR-6) disponible en [www.aepap.org/gvr/protocolos.htm](http://www.aepap.org/gvr/protocolos.htm).
6. Scadding GK, Durham SR, Mirakian R, Jones NS, Leech SC, 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.
7. DeGuzman DA, Bettcher CM, Harrison RV, Holland CL, Kileny S, Terrell JE. Allergy rhinitis. Guidelines for Clinical Care. University of Michigan Health system. October, 2007 (disponible en <http://www.med.umich.edu/1info/fhp/practiceguides/allergic/allergic.pdf>).
8. Al Sayyad JJ, Fedorowicz Z, Alhashimi D, Jamal A. Topical nasal steroids for intermittent and persistent allergic rhinitis in children. *The Cochrane Library*, 2008, Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
9. Penagos M, Compalati E, Tarantini F, Baena-Cagnani R, Huerta J. Efficacy of sublingual immunotherapy in the treatment of allergic rhinitis in pediatric patients 3 to 18 years of age: a meta-analysis of randomized, placebo-controlled, double-blind trials. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2006;97:141-8.
10. Röder E, Berger MY, De Groot H, Van Wijk RG. Immunotherapy in children and adolescents with allergic rhinoconjunctivitis: a systematic review. *Pediatr Allergy Immunol* 2008;19:197-207.

## LECTURA RECOMENDADA

- Wallace DV, Dykewicz MS, Bernstein DI, Blessing-Moore J, Cox L. Joint Task Force on Practice; American Academy of Allergy; Asthma & Immunology; American College of Allergy; Asthma and Immunology; Joint Council of Allergy, Asthma and Immunology. The diagnosis and management of rhinitis: an updated practice parameter. *J Allergy Clin Immunol* 2008;122(Suppl. 2):1-84. Es la guía de práctica clínica sobre rinitis que mayor puntuación ha obtenido al evaluarla cuatro miembros del Grupo de Vías Respiratorias mediante el instrumento AGREE (herramienta genérica diseñada principalmente para ayudar a productores y usuarios de guías de práctica clínica, en la evaluación de la calidad metodológica de éstas). Expresa con claridad y rigor todos los aspectos de diagnóstico y tratamiento de la rinitis, ha sido actualizada en el 2008.