

Rinitis Alérgica en Pediatría

Liliana Palma Vinuela

Definición

Es la afección inflamatoria de la mucosa nasal producida por la exposición a diversos alérgenos y mediada por IgE .

Mecanismo

Como todos los trastornos inmunitarios es complejo. Simplificando diríamos que ante la exposición al alérgeno se produce una inflamación de la mucosa nasal por quimiotactismo y migración de células a través de la mucosa. Ellas son eosinófilos, linfocitos T, mastocitos y células epiteliales. Se liberan citoquinas y mediadores humorales, entre ellos histamina y cistein-leucotrienos. Estos son los responsables, entre otros de los síntomas por sus acciones vasomotoras y sobre las células mucosas.

Epidemiología

Aproximadamente un 17% de la población mundial esta afectada por padecimientos alérgicos de distinta índole; cifra que aumenta progresivamente.

El porcentaje de enfermedades alérgicas en pacientes pediátricos atendidos en consultorios otorrinolaringológicos es mucho mayor.

Pensemos en las otitis medias secretorias de origen alérgico, en las afecciones laringeas agravadas por una atopía, e n los eczemas auriculares, en las rinitis alérgica (RA) que nos ocupan, en su relación con la sinusitis que tantas veces pasa desapercibida en los niños y en la estrecha relación que guardan RA y asma.

Anamnesis

El estudio de esta afección comienza con una detallada anamnesis al niño y sus padres ya que existe una fuerte tendencia familiar (interrogar antecedentes familiares de asma, urticaria, anafilaxia, y alergia alimentaria y a medicamentos). La enfermedad no se manifiesta hasta que el órgano de choque es expuesto al alérgeno. Es poco frecuente entonces encontrar síntomas de RA antes de los 2 o 3 años de edad, pero por el interrogatorio podemos encontrar datos de alergia alimentaria al dejar de recibir leche materna e introducirse otros alimentos; especialmente cuanto más precoz es el cambio.

A medida que el niño esta más expuesto a aero alérgenos y va madurando su aparato inmunitario aparecen los síntomas clásicos de rionorrea serosa, estornudos, obstrucción nasal y prurito, a lo que se pueden agregar ojeras y conjuntivitis alérgica. Síntomas que pueden ser estacionales o perennes.

En el examen clínico encontramos un paciente respirador bucal, con labios entreabiertos, nariz respingada, surco horizontal en el dorso nasal debido a l gesto habitual del niño de frotarse la nariz.

En las fosas nasales se observa la secreción serosa o mucosa, que puede estar sobreinfectada y tornarse purulenta, los cornetes hipertróficos de color pálido liláceo por el edema, pero que también pueden ser rojos especialmente cuando hay sobre infección. En el examen endonasal hay que inventariar otros signos que nos pueden ayudar a l diagnóstico diferencial, como desviaciones del septum o pólipos.

Los pólipos en la infancia rara vez son alérgicos en caso de encontrarlos debe descartarse enfermedad de Woakes, o alteración de los cilios, Kartagener, o fibrosis quística. Es obligatorio el examen completo para descartar otras causas de obstrucción nasal como son los tumores del cavum. En los niños los más frecuentes son los linfoepiteliomas y los angiofibroma.

Otro signos frecuentes en los niños alérgicos son la hipertrofia adenoidea y amigdalina sin historia de infecciones que contribuyen a transformarlo en un respirador bucal y a la consecuente deformidad de su aparato ortognático con paladar profundo, escaso desarrollo del tercio medio de la cara y mala oclusión dentaria.

Estos trastornos pueden presentarse a lo largo de todo el año o estar vinculados a cambios estacionales. Esto nos ayuda a identificar el tipo de alergeno ofensor. Cuando se trata de rinitis periódicas vinculadas a la estación probablemente sean los pólenes los implicados. Cuando son rinitis perennes los alergenos suelen estar en el entorno doméstico: polvo, ácaros (dermatofagoides), lana, plumas, pelos y caspa de animales domésticos (especialmente gatos y perros), hongos y mohos.

Diagnóstico

La búsqueda de pruebas para confirmar la RA incluye:

- titulación de IgE sérica total
- titulación de IgE específica, prueba de *radioallergosorbent test* (RAST) o mejor aun prueba de *radioallergosorbent test* modificada (MRT). Esta prueba es de elevado costo y no está disponible en muchos laboratorios, especialmente en países en desarrollo.
- Eosinofilia sistémica: menos del 5% de los pacientes la presentan. Puede deberse a parasitosis, por ello es tan importante contar con la historia completa para valorar el dato.
- Citología nasal: especialmente eosinofilia (de valor relativo).
- Pruebas específicas in vivo: pruebas cutáneas están a disposición en los consultorios de los alergólogos o inmunólogos y otorrinolaringólogos dedicados a alergias. Se realizan con extractos de los alergenos mencionados anteriormente.

Diagnostico positivo de Rinitis Alérgica

Si consideramos 5 puntos:

1. Anamnesis
2. Antecedentes familiares
3. IgE total y específica
4. Eosinofilia
5. Pruebas cutáneas y o de provocación nasal.

Se considera rinitis alérgica cuando están presentes 3 de los 5 puntos.

Diagnostico diferencial

- Con irritantes químicos
 - Aire frío
 - Condimentos alimentarios

Clasificación

La nueva clasificación de rinitis alérgica (vide ARIA ⁴ en las referencias bibliográficas) usa síntomas y parámetros de calidad de vida. Está basada en la duración de las manifestaciones clínicas y está clasificada en rinitis “intermitente” o “persistente”. La severidad puede ser “leve” o “moderada-severa”, dependiendo de la intensidad de los síntomas y el impacto en la calidad de vida de los pacientes.

Por su **duración**

- intermitente
- persistente

por la **severidad** de sus manifestaciones

- leves
- moderadas a severas

Tratamiento

Podrá ser etiológico o sintomático y dependerá: de la intensidad de las reacciones de su persistencia en el tiempo y de factores más personales como la disponibilidad de tiempo y la adherencia a los diferentes tratamientos (especialmente en los pacientes pediátricos).

Tratamientos etiológicos

1. Supresión del alérgeno (“evitación”)

Este tipo de tratamiento implica:

- identificar bien el alérgeno y su distribución
- posibilidad de evitarlo.

En caso de alergia a la lana evitar la vestimenta, la ropa de cama y la tapicería en este material y sustituirlo por sintético.

En caso de las plumas evitar las aves domesticas los almohadones y edredones rellenos en este material.

En caso de alergia al pelo de animales domésticos es más difícil evitar que el niño no esté en contacto con él. Se puede lograr una disminución de la exposición si se baña al animal más frecuentemente y, en lo posible, que permanezca fuera de la casa.

En caso del polvo y los ácaros evitar todo lo que pueda acumularlos, especialmente en el lugar donde el niño pasa más tiempo, como moquetas, alfombras, cortinas, peluches, estantes con libros. Si existen lavarlos con frecuencia y /o pasar aspiradora con filtro especial que retenga pequeñas partículas.

Para los mohos, evitar la humedad ambiental con medidas que dispersen hacia fuera los vapores producidos por baños, secadores de ropas y hervido de alimentos. Existen deshumificadores que pueden eliminar gran porcentaje de la humedad ambiental y que evitan usar agentes químicos para eliminar los mohos y hongos de las paredes.

2. Inmunoterapia

Existen varias formas de inmunoterapia:

- la desensibilización: se realiza con inyecciones subcutáneas de cantidades crecientes de extractos alérgicos (en general mixtos)
- la inmunoterapia también con inyecciones subcutáneas de cantidades crecientes de alérgenos pero aquí se emplean alérgicos específicos únicos identificados por RAST o mejor aun por MRT, con las dosis inicialmente máximas posibles determinadas por estos métodos.

Aquí el mecanismo es administrar el alérgeno por otra vía lo que produce un aumento de IgG específico. Este no se adhiere al mastocito por lo que no libera los mediadores pero compite con el IgE por el alérgeno.

Los inconvenientes de la inmunoterapia subcutánea son:

- se requiere tiempo prolongado (años)
- requiere tolerancia a los inyectables (poco probable en pacientes pediátricos)
- requiere tener estandarizados los alérgenos locales (no siempre posible en los países en desarrollo)
- requiere concurrir al consultorio del especialista para cada inyección.
- El tratamiento es costoso
- Puede provocar reacción anafiláctica.
- Esta contraindicada en enfermedades inmunodeficiarias congénitas o adquiridas.
- Esta contraindicada en pacientes grávidas
- No se realiza con extracto de hongos por ser cancerígena
- No se recomienda por debajo de los 5 años de edad.

Como beneficios la inmunoterapia inyectable adecuadamente indicada y cumplida beneficia al 65 o 70 % de los pacientes en forma definitiva alterando positivamente el curso de la alergia.

Tratamientos farmacológicos sintomáticos

Actualmente la farmacopea es extensa.

Los fármacos no tienen efecto prolongado al discontinuarse en caso de RA persistente se requiere tratamiento de mantenimiento. El tratamiento se hace por vía oral o intra nasal por lo que la adherencia al tratamiento es buena.

Los medicamentos disponibles son:

1. Antihistamínicos Bloqueadores H1

Orales

Primera generación:

Los más usados Clorferinamina

- Difenhidramina
- Ketotifeno (más usado en el asma)
 - . rápida acción
 - . muy buena acción antihistamínica
 - . bajo costo
 - . acción anticolinérgica elevada
 - . pasan la barrera hematoencefálica por lo que son sedantes
 - . orexígenos, provocan aumento de peso
 - . requieren más de una dosis diaria

Segunda generación:

- Desloratadina
- Loratadina
- Cetirizina
- Fexofenadina
- Ebastina
- Azelastina
 - rápida acción
 - buena acción antihistamínica
 - no acción anticolinérgica
 - no pasan la barrera hematoencefálica
 - requieren una sola dosis diaria
 - la desloratadina, recién aprobada para la población pediátrica, prácticamente no presenta interacción con alimnetos o medicamentos
- Astemizol
- Terfenadina
 - Estos últimos dos discontinuados por acciones cardiotoxicas

Nasales

- Azelastina
- Levocabastina
 - acción rápida local
 - retrogusto amargo
 - ninguna acción colateral
 - más de una dosis diaria

2. Corticosteroides (glucocorticoides)**2.1. Orales o parenterales:**

- Hidrocortisona
- Metilprednisolona
- Prednisolona
- Prednisona
- Dexametasona
- Triamcinolona
- Betametasona
- Deflazacort
 - potentes antiinflamatorios
 - la medicación más efectiva
 - provoca reabsorción ósea y osteoporosis, modificaciones en la piel y en el carácter, hipertensión por retención hidrosalina, aumenta la disponibilidad de glucosa en sangre, aumenta la secreción gástrica.
 - contraindicados en hipertensión , diabetes, tuberculosos, glaucoma.
 - en niños inhibe el crecimiento
 - en tratamientos prolongados lleva a la atrofia suprarrenal
 - se recomienda bajo forma de tratamientos leves en pacientes con sintomatología moderada a severa como mordientes de otra medicación
 - debe ajustarse la dosis kilo-peso-día

2.2. Nasaes inhalatorios:

- Beclometasona
- Budesonida
- Fluticasona
- Fludisonida
- Mometasona
- Triamcinolona
 - muy eficaces, reducen la inflamación y la hiperreactividad
 - efectos colaterales leves locales como desecación, costras y epítaxis leves
 - no están descritos efectos colaterales graves antes descritos para los corticoides sistémicos, por lo cual pueden ser administrados en niños, especialmente Mometasona, por tiempo más prolongado
 - máximo efecto después de dos o tres días
 - elevado costo

3. Cromoglicato intranasal

- Estabilizante de membrana
- sin efectos colaterales
 - requiere varias dosis diarias
 - más efectivo en el uso ocular que en la rinitis alérgica
 - costo elevado

4. Descongestivos orales (sinpatomiméticos)

- Efedrina
- Fenilefrina
- Seudoefedrina
 - buena descongestión nasal
 - requieren varias dosis diarias
 - provocan hipertensión palpitaciones, inquietud, insomnio, sequedad de mucosas, exacerbación del glaucoma y tirotoxicosis
 - por lo que deben ser tratamientos relativamente breves.

5. Vasoconstrictores nasales

- Efedrina
 - Epinefrina
 - Nafazolina
 - Oximetazolina
 - Fenilefrina
- muy buena descongestión nasal
- iguales efectos simpatomiméticos que por vía oral pero menos intensos
- deben ser usados en tratamientos breves porque provocan efecto rebote y rinitis medicamentosa

6. Anticolinérgicos nasales

- Ipratropium
 - Anticolinérgico
 - bloquea la rinorea casi exclusivamente
 - no provoca efectos anticolinérgicos sistémicos
 - efectivo tanto en los pacientes alérgicos como las rinitis vasomotoras

7. Antileukotrienos

- Montelukast (droga prometedora) indicada na prevención de cuadros con asociación asma-rinitis alérgica
 - Bloquean los receptores cystLT
 - inhiben la eosinofilia
 - bien tolerados
 - efectivos en el 50 % de los pacientes
 - actualmente más usados en el asma

Referencias bibliográficas

- 1-Faria Rizzo, M.C, “Alergia na infancia” Sao Paulo ed. Lemos,2002
- 2-Ferguson, B.J, “Farmacoterapia eficaz con relación al costo para tratar rinitis alérgica” Clínicas Otorrinolaringológicas de Norteamérica vol.1,1998 pág. 85-103.
- 3-Renfro, B.L., “Alergia e,n Otorrinolaringología Pediatrica”. Clínicas Otorrinolaringológicas de Norteamérica vol. 1, 19992 pág.213-231
- 4-Allergic rhinitis and its impacto on asthma-ARIA. Workshop report. J Allergy Clin Immunol 2001 nov, 108 (5 supl): 5147-334.
- 5-Naclerio, R.M., “Allergic rhinitis.” N Engl J Med 1991; 325-860-9
- 6-King,H.C, “Inhalant Allergy”, Otolaringic Allergy and Immunology, ed by Helen F. Krause, 1989, Saunders.