

Actualización en el Diagnóstico y Tratamiento de la Rinitis Alérgica

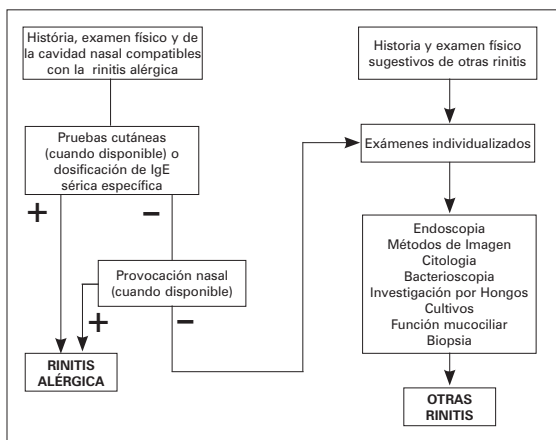
Nelson Augusto Rosário Filho y Herberto Chong Neto

La rinitis alérgica es la inflamación de la mucosa de revestimiento nasal en consecuencia de la reacción de hipersensibilidad mediada por anticuerpos IgE a alérgenos específicos, caracterizada por síntomas como la obstrucción nasal, rinorrea acuosa, estornudos y prurito nasal reversibles espontáneamente o con tratamiento.

Aunque sea una enfermedad común y de alta prevalencia, su epidemiología es poco conocida. Estudios realizados en todo el mundo, como el ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood ¹), evidenciaron en algunas ciudades en Brasil en 1996 y 2003, que los niños y adolescentes presentaron síntomas nasales en el último año variando entre 25 y 34% ².

El diagnóstico de la rinitis alérgica se hace por la historia, el examen físico de la cavidad nasal, determinación de IgE específica, por exámenes cutáneos o en suero y examen de provocación nasal. (Figura 1)

Figura 1: Esquema para el diagnóstico de la rinitis ²



Las pruebas cutáneas de hipersensibilidad inmediata son más utilizadas para el diagnóstico de las alergias, pues presentan sensibilidad y especificidad semejantes a los métodos *in vitro*, son más baratas, no requieren punción venosa y laboratorio especializado y es más rápida la obtención del resultado. El examen de provocación nasal todavía está restringido a la investigación clínica.

El tratamiento tiene como objetivo reducir el riesgo de asma y otras comorbilidades, mejorar la hiperreactividad bronquial, restituir la calidad de vida y prevenir las deformidades orofaciales y las consecuencias de la respiración oral.

El niño con rinitis alérgica debe tratarse por medio de un manejo integral y no

solo sus síntomas. Este manejo envuelve la educación, prevención, farmacoterapia e inmunoterapia.

La educación no es sólo del individuo enfermo, y en el caso de niños, los padres deben conocer los síntomas y los factores desencadenantes de la rinitis, las comorbilidades y los motivos del tratamiento.

Así como la educación, la prevención debe hacer parte del cotidiano de toda la familia, pues los principales alérgenos causantes de la enfermedad son los domiciliarios. Aunque no haya evidencias que comprueben la eficacia de las medidas de control del ambiente en la rinitis alérgica, debe informarse a los pacientes sobre las medidas que pueden reducir la exposición a los factores desencadenantes o agravantes.

La terapia farmacológica (**Tabla 1**) se utiliza para inhibir y reducir los mediadores inflamatorios envueltos en la respuesta inmunológica en individuos sensibilizados³.

Tabla 1. Efectos de los medicamentos en los síntomas de rinitis alérgica

	Estornudos	Rinorrea	Obstrucción nasal	Prurito nasal	Síntomas oculares
Anti-histamínicos					
oral	++	++	+	+++	++
nasal	++	++	+	++	0
ocular	0	0	0	0	+++
Corticosteroides					
nasal	+++	+++	+++	++	++
Cromonas					
nasal	+	+	+	+	0
ocular	0	0	0	0	++
Descongestionantes					
nasal	0	0	++++	0	0
oral	0	0	+++	0	0
Antileucotrienos	0	+	++	0	++

Modificado de van Cauwenberge et al. Consensus statement on the treatment of allergic rhinitis. *Allergy* 2000; 55(2):116-34³.

El principal mediador inflamatorio en la rinitis alérgica es la histamina, y por eso los medicamentos más utilizados son los antihistamínicos H₁ y se clasifican en clásicos y no-clásicos. Los clásicos son cetotifeno, clemastina, dexclorfeniramina, hidroxizina y prometazina; se caracterizan por atravesar la barrera hematoencefálica. Los no clásicos son la cetirizina, desloratadina, ebastina, epinastina, fexofenadina, levocetirizina, loratadina y rupatadina.

El antihistamínico ideal debe ser eficaz, presentar poco o ningún efecto colateral, poseer un perfil de seguridad adecuada para todas los grupos de edad, ser de fácil administración, tener efecto rápido y prolongado, sin interacción con otras medicamentos, alcohol o alimentos y mejorar la calidad de vida del niño alérgico.

Para niños menores de 2 años, están liberados para su uso solo el cetotifeno, la

levocetirizina y la desloratadina. La prometazina está contra-indicada para niños menores de dos años debido al riesgo de depresión respiratoria.

Los descongestionantes tienen presentación oral y tópica nasal, no deben ser usados por más de cinco días y debe evitarse su uso en lactantes por el riesgo de intoxicación grave.

Los corticosteroides son las drogas más potentes y con acción en varias células y mediadores químicos envueltos en la respuesta alérgica. En la presentación tópica son eficaces en todos los síntomas nasales, inclusive la obstrucción nasal, siendo superiores a los antihistamínicos en todos los síntomas de la rinitis alérgica. Se han relatado algunos eventos adversos como el sangramiento nasal, perforación del septo, irritación y crisis de estornudos, cefalea y faringitis, pero de manera esporádica. Estudios a largo plazo con budesonida, beclometasona y mometasona para verificar alteraciones en la velocidad del crecimiento evidenciaron que no existe relación entre el uso de corticoides tópicos nasales y reducción de la velocidad de crecimiento.

El cromoglicato disódico puede ser beneficioso si se utiliza de forma profiláctica antes de la exposición al alérgeno, no presenta alivio de los síntomas en la crisis alérgica. El bromato de ipratrópio tiene acción solo en el control de la secreción nasal. Los antagonistas de los receptores de leucotrienos están indicados para aquellos niños con asma y rinitis concomitante, rinitis inducida por el ácido acetilsalicílico y en pacientes con dificultad de adhesión a los regímenes de tratamiento con medicación tópica nasal. La solución salina ha sido utilizada como tratamiento adyuvante en la rinitis alérgica y su mecanismo de acción todavía no está establecido.

La inmunoterapia específica con alérgenos reduce el grado de sensibilización y consecuentemente la inflamación provocada por la alergia. Se debe utilizar inmunoterapia cuando se comprueba la sensibilización alérgica mediada por IgE y la relación de la alergia con el desarrollo de síntomas en el niño. El resultado depende de la dosis utilizada del antígeno y debe ser individualizada y permanentemente controlada por el médico. Actualmente se puede realizar la inmunoterapia por administración subcutánea y sublingual.

Referencias bibliográficas

1. Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema: ISAAC. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee. *Lancet* 1998; 351: 1225-32.
2. Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia, Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-facial, Sociedade Brasileira de Pediatria, Academia Brasileira de Rinologia. II Consenso Brasileiro sobre Rinites 2006. *Rev Bras Alergia e Imunopatol* 2006; *in press*.
3. Bousquet J, van Cauwenberge P, Khaltaev N (WHO) and workshop expert panel. Allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA). *Allergy* 2002; 57: 841-55.