

# *Actualización de la Rinitis Alérgica*

*Nelson Augusto Rosário Filho*

La rinitis alérgica es una condición prevalente y la más frecuente de las enfermedades alérgicas. Considerando que el 25% de la población presenta síntomas nasales y oculares y es positivo para el examen cutáneo de *D. pteronyssinus*, casi 40 millones de brasileños son afectados por esta enfermedad<sup>1</sup>. Las comorbilidades asociadas a la rinitis incluyen el asma, sinusitis, conjuntivitis, hiperreactividad bronquial e infecciones respiratorias, además de interferir en varios aspectos de la calidad de vida de la persona<sup>2</sup>. La estrategia de tratamiento recomendada para la rinitis sigue un abordaje progresivo paso a paso que incluye medidas farmacológicas y no farmacológicas<sup>3</sup>. La clasificación de la rinitis alérgica como intermitente (cuando los síntomas ocurren en menos de 4 días por semana o duran menos de 4 semanas) o persistente (cuando los síntomas ocurren mas frecuentemente) según las líneas de ARIA<sup>2</sup> para seguir la clasificación de asma, es muy útil para escoger el tratamiento estándar.

En la forma leve e intermitente de rinitis, los antihistamínicos orales de segunda generación o intranasales puede ser administrados solos o con un descongestionante oral o antileucotrieno en cualquier orden de preferencia. En los casos más severos o persistentes, se pueden agregar corticosteroides tópicos nasales. Si la rinitis persiste el paciente debe de ser visto nuevamente en 3 o 4 semanas y en caso de fracaso del tratamiento se debe de aumentarlo. Si la condición mejora, el tratamiento debe de continuarse por al menos un mes. En la rinitis moderada o severa un corticoesteroide nasal es la primera línea de tratamiento. El paciente debe ser evaluado después de 2 a 4 semanas: si hay mejoría se puede disminuir el tratamiento y continuar por 1 mes. Si no hay mejoría, el diagnóstico debe ser reevaluado y las dosis del corticoide nasal (si hay aumento de obstrucción) u oral (para cortos períodos de tiempo) y del descongestionante deben ser aumentadas. Los antihistamínicos de primera generación no se recomiendan debido a su baja razón de eficacia/seguridad. Los de segunda generación son la primera línea excepto en casos de rinitis persistente severa para lo cual se prefieren los corticosteroides<sup>1,2,4</sup>. Los descongestionantes tópicos pueden utilizarse por un máximo de 5 días y los orales (pseudofedrina) se debe usar con precaución y solo por pocos días, debido a efectos adversos resultantes de la acción simpaticomimética. La fenilefrina no se recomienda ya que su eficacia no ha sido comprobada. Más estudios son necesarios para demostrar su eficacia y seguridad<sup>5</sup>.

Para los casos con síntomas persistentes, los corticoides nasales tópicos son recomendados como primera línea ya que han sido reconocidos como los agentes más efectivos. Algunos pacientes no toleran los efectos adversos, aunque otros factores pueden influenciar en su aceptación del tratamiento. Atributos sensoriales son algunos de los efectos percibidos por el uso de este medicamento. La percepción del olor, sabor, volumen del aerosol, drenaje al exterior o a la orofaringe y el tipo de implemento (aerosol, polvo o solución acuosa) determinan la aceptación del producto. Por ejemplo, la budesonida libera pequeños volúmenes y no contiene esencias, CFC, alcohol o cloruro de benzalkonio (que puede causar una quemadura o irritación de las narinas)<sup>6</sup>. Otras formulas de esteroides intranasales tópicos contienen alcohol feniletílico, el cual le agrega un olor floral, o cloruro de benzalkonio, un preservante con sabor amargo<sup>7</sup>.

Una de las metas del tratamiento de la rinitis alérgica es usar la dosis efectiva más baja de esteroide intranasal y maximizar el seguimiento del tratamiento con el menor número de aplicaciones diarias<sup>2-4</sup>. Dos variables determinan el éxito del tratamiento, principalmente en caso de síntomas persistentes, que muchas veces requieren uso prolongado de medicamentos: preferencia por la formulación y el cumplimiento de las recomendaciones médicas. La satisfacción del paciente es la clave del éxito del tratamiento. Las recomendaciones de ARIA indican que el médico debe considerar las preferencias del paciente para la medicación como un factor potencial de cumplimiento<sup>2</sup>. Varios estudios demostraron que los pacientes con rinitis alérgica, cuando comparan con diferentes productos, son capaces de distinguir los atributos sensoriales de los sprays intranasales, por ejemplo: olor y sabor, y pueden expresar su preferencia<sup>6-9</sup>. La distribución de los medicamentos en la cavidad nasal depende de las interacciones entre el tipo de aplicador, tamaño de las partículas y las características físicas y químicas de la droga<sup>7</sup>. Los aplicadores intranasales están diseñados para garantizar la aplicación efectiva de la droga en la mucosa, en la región del meato medio y con mínimo depósito en la orofaringe, así como para reproducir estándares idénticos de aplicación cada vez que se utilizan<sup>10</sup>.

Las siguientes características del producto pueden afectar su aceptación y por lo tanto el seguimiento del tratamiento: apariencia física (solución o polvo), olor y sabor residual, irritación nasal (estornudos) y faríngeo, facilidad para aplicar<sup>6</sup>. Como la formulación de esteroides intranasales tiene eficacia clínica comparable, los atributos sensoriales son importantes, tomando en cuenta las preferencias del paciente y resultando en seguimiento del tratamiento. Mientras más desagradables son los atributos sensoriales del producto, menor será la adherencia al tratamiento por parte del paciente. Comparado con otras formulaciones de corticoides, en los estudios que analizan la eficacia y atributos sensoriales, la budesonida ha recibido pocas quejas acerca de la fuerza del spray, olor desagradable y sensación de líquido en las narinas y orofaringe<sup>8</sup>.

Para estudiar la seguridad y la tolerabilidad de la fexofenadina fueron evaluados en 393 niños entre las edades de seis meses y dos años, en dos estudios randomizados controlados con placebo. No hubo diferencia clínica entre los signos vitales y datos electrocardiográficos a los ocho días de tratamiento con fexofenadina, en dosis

terapéuticas. Este es el primer estudio que muestra la seguridad de la fexofenadina en lactantes. La farmacocinética de la desloratadina en los niños de entre 6 meses y <2 años de edad ha demostrado que las dosis de 1,0 mg y 1,25 presentan una exposición a desloratadina similar a la de los adultos que recibieron 5 mg. Los dos primeros medicamentos, junto con cetirizina / levocetirizina, son anti-histamínicos que pueden ser administrados a los niños mayores de seis meses.

La inmunoterapia sublingual (ITSL) es una forma de tratamiento que se ha vuelto popular en Europa para sustituir a la aplicación subcutánea de los alérgenos. Más de 550 artículos ya se han publicado en torno a este asunto, por lo menos 15 de ellos en 2008. Un metanálisis, con una selección exhaustiva de estudios randomizados, doble ciego, evaluó el tratamiento en 441 pacientes. Hubo una reducción significativa de los síntomas y el uso de la medicación. La normalización de la administración de extractos alérgicos es muy prometedora para los niños con alergia<sup>13</sup>.

El objetivo del tratamiento es recuperar la función normal nasal, utilizando las medidas de higiene ambiental (evidencia D) para suprimir los alérgenos que causan los síntomas y el uso de fármacos con propiedades anti-histamínicas. La nueva generación de anti-histamínicos (evidencia A) son fácilmente administrados, no causan somnolencia, y puede ser utilizados con los niños muy pequeños. Los corticoides tópicos nasales son fármacos eficientes y seguros para el tratamiento de la rinitis (evidencia A), sin presentar los efectos adversos de los corticosteroides sistémicos. El uso de vacunas de alérgenos (inmunoterapia específica) puede resultar en una mejora permanente del proceso alérgico, evitando nuevas sensibilizaciones, y previniendo el asma, en pacientes con rinitis alérgica aislada. El nivel de recomendación es A para la inmunoterapia sublingual y subcutánea tradicional.

### Referencias bibliográficas

1. Plaut M, Valentine MD. Allergic rhinitis. *N Engl J Med* 2005;353:1934–1944
2. Bousquet J, Khaltaev N, Cruz AA, Denburg J, Fokkens WJ, Togias A, Zuberbier T Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008. *Allergy* 2008; 63 (Suppl. 86): 8–160
3. Warner W. Carr, M.D. Pediatric allergic rhinitis: Current and future state of the art. *Allergy Asthma Proc* 2008; 29:14–23.
4. II Consenso Sobre Rinitis *Rev Bras Alerg Immunopatol* 2006;29:29-58.
5. Hatton RC, Winterstein AG, McKelvey RP, Shuster J, Hendeles H. Efficacy and Safety of Oral Phenylephrine: Systematic Review and Meta-Analysis *Ann Pharmacother* 2007; 41: 381-390.
6. Meltzer EO Formulation considerations of intranasal corticosteroids for the treatment of allergic rhinitis. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2007;98:12–21.
7. Mahadevia PJ, Shah SR, Leibman C, Kleinman L, O'Dowd L. Patient preference for sensory attributes of intranasal corticosteroids and willingness to adhere to prescribed therapy in allergic rhinitis: A conjoint analysis. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2004; 93:345–350

8. Shah SR, Miller C, Pethick N, Uryniak T, Jones MK, O'Dowd L. Two multicenter, randomized, single-blind, single-dose, crossover studies of specific sensory attributes of budesonide aqueous nasal spray and fluticasone propionate nasal spray. *Clin Ther.* 2003;25:2198–2214.
9. Bachert C, El-Akkad T. Patient preferences and sensory comparisons of three intranasal corticosteroids for the treatment of allergic rhinitis. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2002; 89:292–297
10. Waddell AN, Patel SK, Toma AG, Maw AR. Intranasal steroid sprays in the treatment of rhinitis: is one better than another? *J Laryngol Otol* 2003;117:843– 845.
11. Hampel FC, Kittner B, Bavel JH. Safety and tolerability of fexofenadine hydrochloride, 15 and 30 mg, twice daily in children aged 6 months to 2 years with allergic rhinitis. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2007;99:549–554
12. Samir K. Gupta, Bhavna Kantesaria, Christopher Banfield & Zaiqi Wang. Desloratadine dose selection in children aged 6 months to 2 years: comparison of population pharmacokinetics between children and adults. *Br J Clin Pharmacol* 2007;64:174–184
13. Martin Penagos, MD, MSc; Giovanni Passalacqua, MD; Enrico Compalati, MD; Carlos E. Baena-Cagnani, MD; Socorro Orozco, MD; Alvaro Pedroza, MD and Giorgio Walter Canonica, MD. Metaanalysis of the Efficacy of Sublingual Immunotherapy in the Treatment of Allergic Asthma in Pediatric Patients, 3 to 18 Years of Age. *Chest.* 2008; 133:599-609