

Tratamiento de la Rinitis Alérgica Infantil

Dra. Pamela Rojas G.
Médico Familiar PUC

Correspondencia a:
Pamela Rojas G.
E-mail: projasgo@uc.cl

RESUMEN

Con frecuencia nos enfrentamos a niños que consultan en forma reiterada por "resfríos" que parecen no resolverse o que se repiten con una frecuencia inusitada. En estos casos planteamos el diagnóstico diferencial de una rinitis alérgica.

La rinitis alérgica tiene una alta prevalencia en la población infantil. Dado la forma en la cual se manifiesta clínicamente genera un consumo importante de recursos en salud (consultas frecuentes, medicamentos, etc) y logra alterar la calidad de vida de quienes la padecen. Considerando estos puntos se plantea la necesidad de revisar su diagnóstico y la efectividad de los tratamientos farmacológico en uso, sobre la base de evidencia actualizada.

Palabras claves: rinitis alérgica, antihistamínicos, corticoides nasales.

INTRODUCCIÓN

La rinitis alérgica se define clínicamente como un trastorno sintomáti-

ALLERGIC RHINITIS IN CHILDREN

It is not unusual to see children that consult several times with the "common cold" and cannot fully recover between each of these events. A diagnosis we should have in mind when confronted to this situation is allergic rhinitis. Allergic rhinitis is highly prevalent in pediatric population, being an important cause of expenditure in health care (medical attention, prescriptions). Furthermore, it can affect quality of life. The present article is aimed to review the diagnostic features of this entity and the effectiveness of the pharmacologic therapies in light of the best available evidence.

Key words: allergic rhinitis, antihistamines, intranasal corticosteroids.

co de la nariz, inducido por la exposición a un alérgeno determinado, a través de un proceso inflamatorio mediado por Ig E.

Los alérgenos intradomiciliarios más comúnmente involucrados en la rinitis alérgica son los ácaros y caspas de animales domésticos. De los alérgenos extradomiciliarios destacan los pólenes y mohos¹.

Su prevalencia es de un 10 a 25% de la población mundial^{1,2}, la que se observa en aumento³. Estadísticas en población adolescente muestran cifras de hasta un 40%⁴, lo que da cuenta de la magnitud del problema en el mundo.

DIAGNÓSTICO DE RINITIS ALÉRGICA

Clínica

El diagnóstico de la rinitis alérgica es clínico. Éste se basa en la presencia de síntomas como la rinorrea, obstrucción y prurito nasal y estornudos^{5,6}.

La forma de que se presenta la rinitis alérgica puede variar según la predominancia de ciertos síntomas por sobre otros. De esta manera, los pacientes se pueden dividir en: "Estornudadores" (aquellos con síntomas principalmente diurnos en los que predominan los estornudos en paroxismos, prurito nasal, rinorrea acuosa anterior y posterior) y en "Obstructivos" (aquellos en los que los síntomas nocturnos son los más severos, con predominio de obstrucción nasal y rinorrea posterior)⁷. Pese a que el tratamiento es similar entre los dos grupos, esta clasificación evita subdiagnosticar pacientes. Esto, en especial en el grupo "obstructivo", el cual se presenta con síntomas menos "característicos" de rinitis alérgica (sin prurito nasal, sin estornudos).

Test complementarios

Los test complementarios se refieren principalmente al "Test de hipersensibilidad cutánea inmediata" (*Prick test*); test ampliamente utilizado en población adulta e infantil para demostrar una reacción cutánea mediada por

IgE^{8,9}. Éste test, utilizado apropiadamente, permite confirmar el alérgeno específico que produce una reacción alérgica en el paciente.

Es importante destacar que pese a que el test tiene cierta utilidad, no es indispensable en el diagnóstico ni en el tratamiento de la rinitis alérgica.

Clasificación de la rinitis alérgica

Antiguamente la clasificación de la rinitis alérgica se basaba en si esta era perenne, estacional u ocupacional. Actualmente el enfoque se ha modificado con la idea de hacerlo más operativo. La tendencia actual es a clasificarla según su duración en "intermitente" o "persistente" y según su severidad, basado en los síntomas y calidad de vida, en "leve" y "moderada o severa"¹ (Tabla 1).

TRATAMIENTO, ¿QUÉ DICE LA EVIDENCIA?

En términos generales, el pilar del tratamiento en rinitis alérgica se basa en 2 aspectos:

1. Evitar el alérgeno
2. Tratamiento farmacológico
 - a. Antihistamínicos orales
 - b. Corticoides intranasales

Diversos fármacos se han utilizado en el manejo de los múltiples síntomas de los pacientes con rinitis alérgica. El efecto de cada tratamiento sobre los distintos síntomas de la enfermedad es variable. Al respecto, la Tabla 2 resume la Declaración del Consenso sobre tratamiento de rinitis alérgica⁷.

Efectividad de los Medicamentos

1. Antihistamínicos orales H1^{10,11}:

Efectividad:

- Antihistamínicos H1 (Astemizol, Cetirizina, Ebastina, Fexofenadina, Loratadina, Desloratadina) han de-

Tabla 1. Clasificación de la rinitis alérgica

| Clasificación según temporalidad | Clasificación según severidad de los síntomas |
|--|--|
| Intermitente - Síntomas < 4 días/ semana - Síntomas < 4 semanas | Leve - Sueño normal - Actividades diarias normales - Desempeño laboral/ escolar normal - Sin síntomas que ocasionen grandes problemas |
| Persistente - Síntomas > 4 días/ semana - Síntomas > 4 semanas | Moderada-severa - Sueño alterado - Compromete actividades diarias - Desempeño laboral/ escolar alterado - Síntomas problemáticos |

Tabla 2. Efecto sobre los síntomas

| Intervención | Estornudos | Rinorrea | Obstrucción nasal | Prurito nasal | Síntomas oculares |
|----------------------------------|------------|----------|-------------------|---------------|-------------------|
| Antihistamínicos orales H1 | ++ | ++ | + | +++ | ++ |
| Antihistamínicos intranasales H1 | ++ | ++ | + | ++ | - |
| Corticoides intranasales | +++ | +++ | +++ | ++ | ++ |

International Rhinitis Management Working Group. Allergy, 1994

mostrado ser más efectivos que placebo en el control de síntomas de la rinitis alérgica. Terfenadina muestra evidencia contradictoria al respecto.

- No existe estudios randomizados controlados (RCT) de otros antihistamínicos, incluyendo Clorfenamina.

Efectos adversos: Los efectos adversos más frecuentemente estudiados son la sedación y somnolencia. Al respecto:

- Fexofenadina, Cetirizina y Loratadina han mostrado mayor sedación *versus* placebo.
- Cetirizina produciría mayor sedación que Loratadina (OR 3,53, 95% CI 2,07 a 5,42. p < 0,0001).
- Desloratadina no muestra diferencias estadísticamente significativas al compararla con placebo en cuanto a sedación.

Aprobación según edad: la edad de aprobación de la FDA para el uso de los antihistamínicos en niños, varía según el medicamento¹². Así:

- Cetirizina: aprobado para su uso en mayores de 6 meses.
- Loratadina: aprobado para su uso mayores de 2 años.
- Desloratadina: aprobado para su uso mayores de 12 años.

2. Corticoides intranasales¹³

Efectividad:

- Los corticoides intranasales han demostrado ser más efectivos que los antihistamínicos orales en el manejo de los síntomas nasales.
- Hasta la fecha, no hay evidencia que apoye que un corticoide intranasal sea más efectivo que otro.

Efectos adversos: Los efectos adversos más

ACTUALIZACIONES EN CLÍNICA

comúnmente descritos son: irritación nasal transitoria (ardor, prurito), epistaxis, estornudos, rinitis y cefalea.

Todos los corticoides intranasales muestran un perfil de efectos adversos similares, sin observarse diferencias importantes entre ellos.

Aprobación según edad: la edad de aprobación de la FDA para el uso de los corticoides intranasales en niños, varía según el medicamento¹². Así:

- Mometasona: aprobado para su uso mayores de 2 años.
- Fluticasona: aprobado para su uso mayores de 4 años.
- Budesonida: aprobado para su uso mayores de 6 años.

3. Antihistamínicos intranasales¹⁴

Efectividad:

- Un metanálisis encontró evidencia de la efectividad de antihistamínicos intranasales *versus* placebo.
- Hasta la fecha no se ha demostrado diferencias entre el efecto de antihistamínicos intranasales *versus* antihistamínicos orales.

Efectos adversos: No se han reportado efectos adversos relevantes con el uso de antihistamínicos intranasales.

Pese a estar disponibles en Chile (Levocabastina, Azelastina), su uso es aún limitado por su alto costo.

4. Inmunoterapia^{15,16,17}

- *Inmunoterapia subcutánea:* No existen, hasta la fecha, estudios de calidad que avalen su uso en niños.
- *Inmunoterapia oral:* Hasta la fecha la inmunoterapia oral ha mostrado ser inefectiva en niños.

**¿Como iniciar el tratamiento?
Tratamiento Escalonado**

El tratamiento de la rinitis alérgica se

plantea se manera escalonada de acuerdo a la clasificación revisada en el artículo anterior. Así¹:

1. Rinitis intermitente:

- a. Leve: Antihistamínicos H1 orales o intranasales (sin orden de preferencia).
- b. Moderada-Severa: Antihistamínicos H1 orales o intranasales o corticoides intranasales (sin orden de preferencia).

2. Rinitis persistente:

- a. Leve: Antihistamínicos H1 orales o intranasales o corticoides intranasales

(sin orden de preferencia) y reevaluar en 2 a 4 semanas. En caso de mejoría mantener el tratamiento por 1 mes. En caso de fracaso pasar a la siguiente fase.

- b. Moderada-Severa: Corticoides intranasales y reevaluar en 2 a 4 semanas. En caso de mejoría mantener el tratamiento por 1 mes. En caso de fracaso:
 - i. Incrementar la dosis de corticoides intranasales.
 - ii. Agregar antihistamínicos H1 en caso de prurito y estornudos (Figura 1).

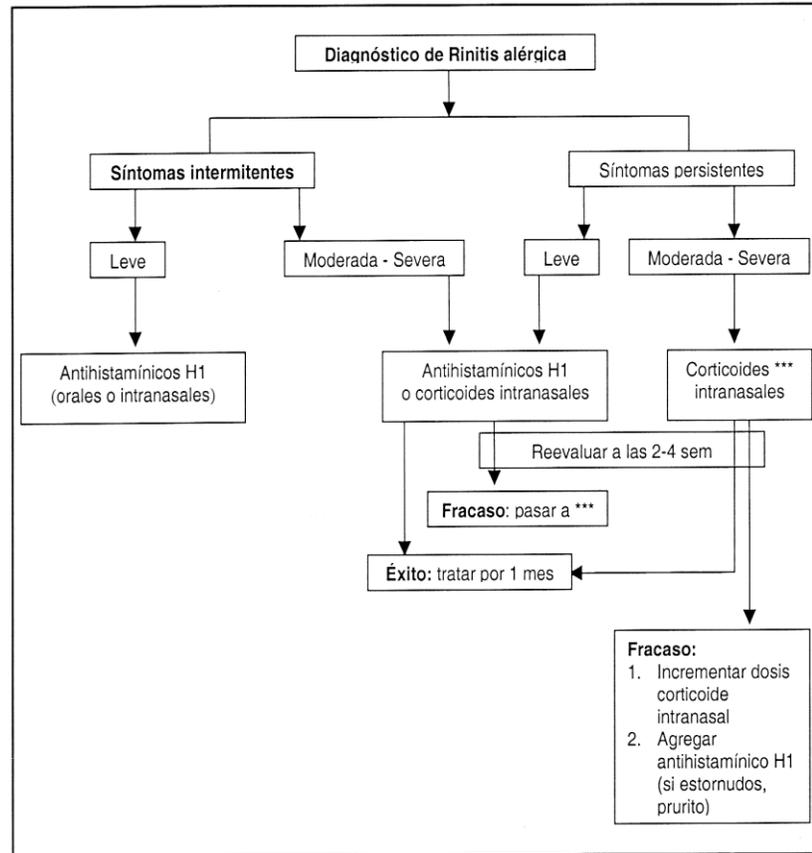


Figura 1.

CONCLUSIONES

La rinitis alérgica es un cuadro frecuente en nuestra población, por lo que tenerlo presente es central. Además de ser una patología que produce molestias a quien la padece, actúa como factor de riesgo de otras múltiples condiciones, lo que implica para el paciente un deterioro variable en su calidad de vida y un uso de recursos sanitarios importante.

Su diagnóstico es principalmente clínico por lo que conocer sus manifestaciones clínicas y las nuevas clasificaciones en uso permite un diagnóstico y manejo más adecuado.

El tratamiento farmacológico de la rinitis alérgica se plantea de manera escalonada.

Con respecto a los fármacos, existe suficiente evidencia que avale la efectividad de los antihistamínicos H1 en el manejo de rinitis alérgica. Sus costos y la edad de aprobación por FDA varían entre cada droga.

Con respecto a corticoides nasales, la evidencia disponible avala su uso en niños. La efectividad de los distintos corticoides es similar, al igual que su perfil de efectos adversos. Sus costos y la edad de aprobación por FDA muestran diferencias entre sí.

Antihistamínicos nasales han demos-

trado ser efectivos, sin embargo, no son superiores a su símil oral.

Con relación a inmunoterapia; no existe evidencia que sustente su utilización en niños.

REFERENCIAS

- 1.- OMS. Gufas ARIA (The Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma). www.whiar.com
- 2.- International Rhinitis Management Working Group. International Consensus Report on Diagnosis and Management of Rhinitis. *Allergy* 1994; 49 (Suppl 19): 1-34
- 3.- TOGIAS A. Unique mechanistic features of allergic rhinitis. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* 2000.
- 4.- The International Study of Asthma, Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee. Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema: ISAAC. *Lancet* 1998; 351: 1225-32.
- 5.- DURHAM S, WALKER S, VARGA E M, JACOBSON M, O'BRIEN F, NOBLE W, et al. Long-term clinical efficacy of grass-pollen immunotherapy. *New England Journal of Medicine* 1999; 341 (7): 468-75.
- 6.- SCADDING G K. Could treating asthma help rhinitis?. *Clinical and Experimental Allergy* 1997; 27: 1387-93.
- 7.- LUND V J, et al. International Consensus Report on the Diagnosis and Management of Rhinitis. International Rhinitis Management Working Group. *Allergy* 1994; 49 (Suppl 19): 1-34.
- 8.- MALLING H L, ANDERSON C E, BOAS M B. The allergy prickler. *Allergy* 1982; 37: 563-7.
- 9.- MARTÍNEZ G, MÉNDEZ C, TALESNIK E, CAMPOS E, VIVIANI P, SÁNCHEZ I. Pruebas cutáneas de hipersensibilidad inmediata en una población pediátrica seleccionada *Rev Méd Chile* 2005; 133: 195-201.
- 10.- AZIZ S, et al. Seasonal allergic rhinitis. *Clin Evid* Sept 2003.
- 11.- SIMONS E. Advances in H1 Antihistamines. *N Engl J Med* 2004; 351: 2203-17.
- 12.- FDA. Food and Drugs administration. www.FDA.gov
- 13.- WADDELL A, et al. Intranasal steroid sprays in the treatment of rhinitis: is one better than other. *J Laryngol Otol* 2003; 117 (11): 843-5.
- 14.- SHEIK H A, SINGH PANESAR S, DHAMI S. Seasonal allergic rhinitis. *Clinical Evidence*, Septiembre 2003.
- 15.- ALVES B, SHEIKH A, HURWITZ B, DURHAM S. Allergen injection immunotherapy for seasonal allergic rhinitis. *Protocolo Cochrane* 2000.
- 16.- VARNEY V, GAGA M, FREW A, ABER V, KAY A, DURHAM S. Usefulness of immunotherapy in patients with severe summer hay fever uncontrolled by antiallergic drugs. *Cochrane Review*, 2001.
- 17.- WILSON D, TORRES L, DURHAM S. Sublingual immunotherapy for allergic rhinitis. *Cochrane Review*, 2003.