

Rinitis Alérgica: Diagnóstico y Tratamiento en Atención Primaria

INTRODUCCIÓN: La Rinitis Alérgica es una patología de frecuente consulta en la atención primaria y que afecta tanto a niños como adultos con una prevalencia estimada entre un 10 y un 20 %.

OBJETIVO: Reactualizar el tema mostrando los elementos fisiopatológicos y clínicos para una mejor pesquisa de la Rinitis Alérgica y su tratamiento.

COMENTARIO: Poner el tema de Rinitis Alérgica en actualización, permite al Médico Familiar tener la información necesaria para dar una atención integral a los pacientes con esta patología que en muchas ocasiones no se diagnostica adecuadamente, generando una disminución de la calidad de vida y consultas reiteradas en los servicios de salud.

Dra. Ximena Fonseca A.

Jefe del Dpto. de Otorrinolaringología, Hospital Clínico de la P.U.C.

Dra. Claudia Véjar P.

Médico Familiar - Mención Niño
Centro de Salud Familiar San Joaquín, U.C. y Centro de Salud Familiar Bernardo Leighton G.

Dra. Ana María Medina V.

Residente de Medicina Familiar -
Mención Niño - Centro de Salud Familiar Bernardo Leighton G.

Dra. Sibila Iñiguez C.

Residente de Medicina Familiar -
Mención Adulto - Centro de Salud Familiar Bernardo Leighton G.

RINITIS ALÉRGICA

El estornudo, la rinorrea, obstrucción nasal y el prurito son, en general, síntomas de la mayor parte de las infecciones virales del tracto respiratorio superior y frecuentemente motivo de consulta de los Centros de Atención Primaria. Sin embargo, corresponden también a los síntomas de la Rinitis Alérgica.

La prevalencia en la población general es de un 10 % aproximadamente.

Cerca del 10% de la población infantil y del 20 % de los adolescentes tienen alguna forma de rinitis alérgica, pero por diversos factores pudiera no ser correctamente diagnosticada o tratada provocando complicaciones con un aumento significativo de morbilidad asociada con sinusitis, otitis media y tos crónica, entre otras.

MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS

La Rinitis Alérgica se produce en un sujeto sensibilizado a un determinado

alergeno. Frente a una nueva exposición al alergeno, se produce la unión de éste con la inmunoglobulina E que se encuentra en la superficie de las células cebadas y basófilas. Después de la exposición, se produce una activación celular y liberación de mediadores (*histamina, prostaglandina D2, leucotrienos, triptasa*). Estos mediadores, principalmente la histamina, producen **Reacción Inmediata** y síntomas asociados con la exposición del alergeno (*prurito y estornudos*) por estimulación de los receptores de histamina H1 de las terminaciones nerviosas sensoriales de la nariz, ojos y garganta; al mismo tiempo que se incrementa el flujo sanguíneo, hay aumento de la permeabilidad vascular y secreción glandular provocando a corto plazo rinorrea y congestión nasal.

Los mediadores de las células cebadas (*histamina, factores quimiotácticos de los eosinófilos, interleuquina IL1, factor de necrosis tumoral alfa y beta y leucotrienos*) también producen la **Fase Tardía** de la reacción inflamatoria la que puede ocurrir en horas (2-4 h) o días

después de la unión alérgeno-IgE. Durante esta fase la liberación de citoquinas (*IL4, IL5, IL10, FNT alfa*) actúa como un factor activador de eosinófilos y de reclutamiento de las células inflamatorias en la circulación nasal. Otras citoquinas liberadas por las células del epitelio de las vías respiratorias (*eotaxinas, quimiocina Rantes y factores de estimulación de colonias de granulocitos*) participan también en el reclutamiento, proliferación y supervivencia de los eosinófilos.

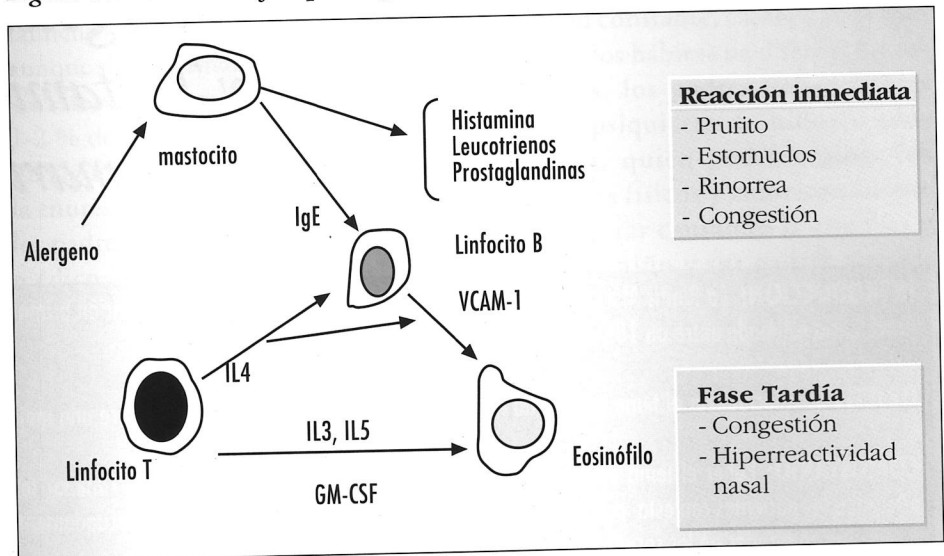
Esta cascada de citoquinas iniciada por la unión del alérgeno con la IgE y la resultante degranulación del mastocito produce el infiltrado de células inflamatorias característico, en el cual los linfocitos T-helper tipo 2 se encuentran predominantemente. Éstos, a su vez, producen citoquinas que actúan selectivamente en la activación adicional de eosinófilos en la submucosa y la mucosa de las vías aéreas. El infiltrado eosinofílico en la mucosa nasal, con numerosos eosinófilos en la secreción nasal es una característica de la rinitis alérgica. (Figura 1).

La mantención del proceso inflamatorio durante semanas o meses por exposición continua con el alérgeno produce alteraciones de la estructura de los tejidos de la nariz y los senos paranasales, manifestándose como hiperplasia de la mucosa, aumento de la capilaridad, engrosamiento de la membrana basal con proliferación de fibroblastos y, en ocasiones, puede haber edema polipoideo.

CLASIFICACIÓN DE LAS RINITIS ALÉRGICAS

- 1). RINITIS ALERGICA ESTACIONAL (RAE).
- 2). RINITIS ALÉRGICA PERENNE (RAP).

Figura 1. Mecanismos fisiopatológicos de la rinitis alérgica.



En el caso de la RAE, también llamada Fiebre de Heno o Polinosis, el alérgeno está geográficamente determinado por el clima de cada área en particular, de tal forma que los alérgenos responsables como los pólenes de los árboles, de malezas, de pastos y esporas de hongos son transportados por el viento. Su 'peak' de aparición ocurre en período de primavera.

En la RAP, por otra parte, los alérgenos responsables más importantes son el ácaro del polvo de casa, caspa de animales y, en algunas áreas, la cucaracha y ciertas especies de hongos. Se presenta durante todo el año.

DIAGNÓSTICO

EL Diagnóstico se realiza a través de:

- 1) Historia Clínica.
- 2) Examen Físico.
- 3) Exámenes de Laboratorio.

1) Historia Clínica:

a) **Antecedentes:** Son importantes tanto los antecedentes personales como los familiares. Respecto a los antecedentes

personales, interesa conocer el patrón de presentación, la cronicidad y estacionalidad de los síntomas, la respuesta a medicamentos, detalles de la historia ambiental, los factores y las situaciones precipitantes (como polvo de habitación, pasto, animales y otros). También interesa investigar antecedentes de otras manifestaciones de atopia, como asma bronquial y dermatitis atópica.

Respecto a los antecedentes familiares, éstos son de gran importancia, especialmente en los niños, ya que muchas veces el médico se verá enfrentado a tratar especialmente a niños pequeños basado en los síntomas y los antecedentes. Se dice que un hijo de un padre alérgico tiene más o menos un 30% de posibilidades de ser alérgico y un hijo de dos padres alérgicos, un 60-70 % de serlo.

b) Síntomas:

- **Obstrucción Nasal:** Puede ser uni o bilateral; en algunos casos este síntoma no es percibido y se traduce en una respiración bucal crónica y otros síntomas como voz nasal, salivación y dolor de garganta por resequecedad de la mucosa faríngea.

- Rinorrea: Esta puede ser serosa o mucosa; no siempre es visible vía anterior y se manifiesta por un constante drenaje posterior (*goteo post nasal*) que ocasiona tos, más frecuente al acostarse, y la necesidad de aclarar la garganta.
- Estornudos: Son generalmente en salva de predominio matinal, nocturno o ambos (*dependiendo del alérgeno que los provoque*).
- Prurito Nasal: El paciente se rasca continuamente la nariz y tiende a elevar su punta; lo que se conoce como «Saludo Alérgico». El prurito se extiende al paladar, nasofaringe y los oídos con la producción de un sonido característico tratando de aliviar el síntoma.
- Síntomas menos frecuentes: Se presenta hiposmia, cefalea, carraspeo, irritabilidad, fatiga fácil, falta de concentración, prurito de la faringe, sensación de oídos tapados y síntomas oculares como prurito y enrojecimiento.

2) Examen Físico:

- Palidez facial y arruga en el dorso de la nariz.
- Ojos: Se puede encontrar irritación conjuntival, la línea de DENNIE-MORGAN y ojeras que indican un edema periorbitario secundario a éstasis venoso.
- Nariz: Mucosa edematosa que puede ser de cualquier color, más frecuentemente pálida. Es importante recordar que el color no apoya ni descarta el diagnóstico.
- Pulmón: Se encuentra, en algunos casos, signos de obstrucción bronquial (*al asociarse con Asma Bronquial*).
- Piel: La piel se encuentra seca, a veces, hay eczema y dermatografismo.

3) Exámenes de Laboratorio:

- Test Cutáneo o Prick Test.
- RAST (*Radioallergosorbent Test*).
- Eosinófilos en secreción Nasal.
- a) **Test Cutáneo:** Es la prueba cutánea de mayor utilidad, es simple, rápida de ejecutar, de bajo costo y alta sensibilidad. Se realiza por punción epidérmica y un resultado (+) indica que el sujeto es atópico a ese antígeno y tiene una reactividad alterada a él. Falsos (-) se obtienen en pacientes que recibieron medicamentos como antihistamínicos o antidepressivos tricíclicos. La Terfenadina y la Loratadina pueden suprimir el test cutáneo hasta 20 días después de la ingestión del medicamento. El Astemizol induce supresión por 4 -6 semanas.
- b) **RAST:** Es una técnica compleja y cara que mide la cantidad de IgE específica contra un alérgeno determinado en sangre. Se utiliza en ocasiones, como pa-

cientes con dermatografismo o enfermedades a la piel y cuando han recibido tratamiento antihistamínico. Su sensibilidad promedio es de un 70 a 75%.

c) **Eosinófilos en Secreción Nasal:** Es un examen muy solicitado, sin embargo es inespecífico ya que la eosinofilia observada no sólo se ve en Rinitis Alérgica sino que en NARES (*Rinitis No Alérgica con Eosinofilia Nasal*) y también en sensibilidad a drogas como la Aspirina. Por otro lado, la ausencia de eosinofilia no excluye alergia como causa de Rinitis. En general, porcentajes de eosinófilos en secreción nasal mayores al 25% y, especialmente mayores al 50%, sugieren Rinitis Alérgica.

d) Existen **otros exámenes** como nivel total de eosinófilos en sangre, IgE total y test de provocación que no son recomendados, salvo en casos especiales.

Tabla 1. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE OBSTRUCCIÓN NASAL.

INFLAMATORIA	MECÁNICA
Infeción vía aérea alta	Hipertrofia Adenoidea
Rinitis Vasomotora ó No A no E	Desviación Septal
Rinitis no Alérgica Eosinofílica	Neoplasia
Rinitis Medicamentosa	Cuerpo extraño
Rinitis con enf. Granulomatosa	Atresia de Coanas
Rinitis Atrófica	Pólipo Antro coanal
Rinitis Hormonal *	
Pólipo Nasal **	

* Por embarazo, hipotiroidismo y terapia de sustitución

** Es de origen inflamatorio pero produce un efecto mecánico

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Debe siempre considerar aquellas causas que producen Obstrucción Nasal y que podemos separar en causas que obstruyen por un componente **inflamatorio** y las que producen obstruc-

ción de origen **mecánico** (*ver tabla 1*).

TRATAMIENTO

I.-Educación al Paciente:

Muchos pacientes que consultan por rinitis alérgica esperan ser sanados en un

tiempo relativamente corto. En este sentido, la educación de la cronicidad de su enfermedad es importante y el rol activo que deben tener en su tratamiento, sobre todo en lo que respecta al control ambiental.

Aunque el *polen* puede ser difícil de manejar, se recomienda a los pacientes mantener cerrados sus casas y autos durante las primeras horas de la mañana, así como evitar actividades deportivas o de jardinería. En los menores que tienen alergia al pasto, después de jugar, en época polínica, se les indica cambio de ropa; idealmente ducharse, lavarse el cabello, pestañas y cejas antes de acostarse. Con estas medidas eliminamos el transporte de pólenes.

Los *dermatofagoides*, excretan enzimas proteicas en las heces las cuales son la principal fuente de antígeno. Objetos como colchones, almohadas, ropa de cama, cortinas fácilmente producen condiciones húmedas y cálidas, promoviendo el crecimiento de hongos, lo que facilita a su vez, la reproducción de los dermatofagoides. Se recomienda envolver colchón y almohadas en cobertores de plástico o vinilo. El uso de vaporizadores aumentaría la humedad, por lo que se debe desaconsejar. La ropa de cama debe ser lavadas con agua caliente cada una o dos semanas. Los peluches deben evitarse, de lo contrario requerirían de lavados semanales o su colocación por las noches en el freezer. El uso de acaricidas en forma periódica ha resultado ser efectivo.

Las *mascotas* son fuentes de alérgenos en su caspa, saliva y pelaje, su presencia muchas veces dificulta el manejo del medio ambiente, ya que además al ingresar al interior de las casas pueden actuar como vectores de pólenes. En ocasiones, los pacientes no quieren deshacerse de ellas, y en estos casos se reco-

mienda un baño semanal y limitarlas a ciertas áreas de la casa.

El **tabaco ambiental** debe ser evitado, ambos, fumadores pasivos y activos pueden exacerbar sus síntomas de rinitis independiente de su etiología.

II.-Farmacoterapia:

El tratamiento medicamentoso está basado fundamentalmente en el uso de drogas estabilizadoras de la célula cebada, vasoconstrictores, antihistamínicos, anticolinérgicos, esteroides tópicos y sistémicos.

1.-Antihistamínicos:

Los antihistamínicos compiten con la histamina en los receptores H1 en las células diana. Son capaces de inhibir la liberación de histamina en la degranulación de las células cebadas y basófilos al actuar como estabilizadores de membrana y de evitar la estimulación neurogénica. Son particularmente efectivos en aliviar el prurito ocular, nasal, de oídos y paladar, los estornudos y la rinorrea. Estos medicamentos son ideales para el paciente con síntomas leves u ocasionales, y especialmente aquellos con síntomas oculares. No tienen efecto sobre la congestión nasal.

Los *antihistamínicos de primera generación* como la difenhidramina, clorfenamina e hidroxizina, pueden producir efectos como sedación y sequedad bucal.

Los *antihistamínicos de segunda generación* como astemizol, loratadina, fexofenadina y cetirizina (*en menor grado*) son lipofóbicos y, por lo tanto, no atraviesan la barrera hematoencefálica, evitando la sedación y los cambios psicómotors. Cetirizina sí produce somnolencia, por lo que se debe evitar en personas que requieren concentración permanente (*por ejemplo: choferes*), lo mismo vale para los

antihistamínicos de primera generación. Para evitar la taquifilaxis (*pérdida de eficacia por tolerancia al fármaco*), se deben alternar entre ellos en tratamientos prolongados.

Sobredosis de antihistamínicos pueden provocar arritmias, particularmente fibrilación ventricular con prolongación de la onda QT. Astemizol puede producir aumento de peso y no debe ser administrado con medicamentos que interfieran en su metabolismo hepático. Existen antihistamínicos de segunda generación tópicos como la levocabastina que disminuye el prurito nasal, estornudos, y la rinorrea. No es efectivo contra la congestión nasal.

2.-Corticoides tópicos:

Actúan disminuyendo la permeabilidad capilar, estabilizando la membrana de los lisosomas, bloquean el factor inhibidor de la migración, reducen síntesis de citoquinas e inhiben el metabolismo del ácido Araquidónico.

Son los agentes más efectivos para el control de síntoma, especialmente para el tratamiento de la obstrucción nasal.

Existen disponibles varias presentaciones: mometasona, beclometasona, flunisolide, budesonide, triamcinolona y fluticasona. Existe evidencia que el tratamiento de rinitis alérgica con corticoides nasales en pacientes con asma pueden reducir los síntomas del asma.

Una de las principales causas de falla en el tratamiento de rinitis alérgica con 'sprays' nasales es la mala técnica de su uso. Los pacientes deben ser advertidos de que puede tomar de 7 a 14 días antes de alcanzar el máximo efecto. Se debe comenzar con dosis altas y luego ir bajando hasta encontrar la mínima que mantenga al paciente libre de síntomas. Pueden producir, ocasionalmente, efectos indeseados como candidiasis, irritación y sequedad de mucosa, epistaxis y

costras. Excepcionalmente, perforaciones septales. Las de tipo acuoso como la mometasona y fluticasona son más efectivas y tienen mejor distribución, además de menos efectos adversos. Su uso prolongado requiere el control local por el otorrinolaringólogo.

3.-Cromoglicato :

Estabilizador de la célula cebada evitando su degranulación, lo que evita la fase rápida y lenta de la reacción alérgica. Debiera ser usado en la rinitis alérgica infantil. Su mayor inconveniente es que requiere aplicación cada 4 horas durante las primeras semanas. Su potencia parece ser equivalente a los antihistamínicos y menor a los corticoides tópicos.

4.-Corticoides orales:

Los pacientes con rinitis alérgica severa que no ha podido ser controlada con el uso oral de antihistamínicos y corticoides

tópicos pueden responder a prednisona oral en cursos cortos. Se debe tener en cuenta sus efectos sistémicos.

5.-Descongestionantes:

No son en sí, parte del tratamiento de rinitis alérgica, su uso está recomendado en períodos de crisis y por no más de 7 días.

Son aminas simpaticomiméticas que actúan como agonistas adrenérgicos, disminuyendo el edema nasal y la rinorrea. Las más usadas son la pseudoefedrina, fenilpropanolamina y la fenilefedrina. Cuando el uso es prolongado, existe el riesgo de rinitis medicamentosa y efecto de rebote. Tienen efectos colaterales como cefalea, irritabilidad e insomnio. Deben usarse con precaución en pacientes con hipertensión, diabetes, glaucoma de ángulo cerrado, enfermedad coronaria, falla cardíaca congestiva,

hipertiroidismo, hipertrofia prostática y retención urinaria.

III.- Inmunoterapia:

La inmunoterapia ha sido usada como tratamiento de rinitis alérgica por décadas. Su uso es bastante discutido. Consiste en la desensibilización del paciente a través de la administración subcutánea de dosis pequeñas y crecientes del antígeno en problema, produciendo en el afectado anticuerpos bloqueadores IgG. Algunos proponen que la inmunoterapia debiera estar reservada a pacientes con rinitis alérgica en que el manejo ambiental y la farmacoterapia son insuficientes para controlar los síntomas. Todo tratamiento de inmunoterapia debe ser realizado en un lugar con personal y equipo capaces de manejar una reacción de anafilaxia. Otros la desaconsejan de partida.

DERIVACIÓN A OTORRINO-LARINGOLOGÍA

Algunas situaciones, entre otras, en que es necesaria la derivación son:

- 1 El manejo ha resultado insatisfactorio, por escasa eficacia en el tratamiento o por presentar reacciones adversas.
- 2 Falta de claridad de diagnóstico específico, en un (a) paciente con Rinitis.
- 3 Presencia de complicaciones.
- 4 Cuando se considera el tratamiento con inmunoterapia.
- 5 Cuando se requiere uso de corticoides sistémicos en el manejo y/o se necesita evaluar la mucosa nasal por el uso de corticoides nasales por tiempos prolongados.

Lectura Seleccionada

- 1.- Assessing and treating rhinitis. A practical guide for Canadian Physicians: diagnostic and treatment. (www.cma.ca/cpgbeta/cpgs%20f/rhinitis/diag.htm.)
- 2.- Allergic rhinitis: practical clues to diagnosis and treatment. Hospital medicine 35(6):32-40,1999.
- 3.- Diagnosis and management of rhinitis. National guideline clearinghouse 1998.
- 4.- Meneghello, Pediatría. Tema rinitis alérgica 1997.