

# Manejo terapéutico de la rinitis alérgica

R. Casas<sup>1-3</sup>, F. de la Roca<sup>1,2</sup>, G. Araújo<sup>1,2</sup>, P. Ribó<sup>1,2</sup>, R. Muñoz-Cano<sup>1-3</sup>

<sup>1</sup>Sección de Alergología. Servicio de Neumología. Hospital Clínic. Universidad de Barcelona. Barcelona.

<sup>2</sup>Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS). Barcelona. <sup>3</sup>ARADyAL. Instituto de Salud Carlos III. Madrid

## Mensajes clave

- ▶ El tratamiento de la rinitis alérgica debe contemplar medidas de evitación ambiental, farmacoterapia e inmunoterapia (IT) específica con alérgenos.
- ▶ La inmunoterapia específica está recomendada tanto en adultos como en niños con un nivel de evidencia A.
- ▶ Se ha demostrado que la inmunoterapia con alérgenos disminuye la sintomatología, la necesidad de tratamiento médico, el riesgo de nuevas sensibilizaciones y de desarrollar asma, mejorando la calidad de vida del paciente.

La rinitis extrínseca, o rinitis alérgica, es una enfermedad inflamatoria que afecta al tejido mucoso que tapiza la nariz. Está mediada por un mecanismo dependiente de IgE, que se activa tras la exposición a alérgenos ambientales a los que la persona se ha sensibilizado previamente. Es una enfermedad muy prevalente en Europa, se estima que la padece entre el 17 y el 28,5% de la población, y los datos epidemiológicos de los que disponemos actualmente sugieren que estas cifras aumentarán de manera progresiva.

La rinitis alérgica se manifiesta clínicamente en forma de prurito nasal, hidrorrea, congestión nasal y estornudos en salva, y habitualmente va de la mano de síntomas oculares, como el eritema conjuntival, epífora y prurito (rinoconjuntivitis). Es importante tener en cuenta que la rinitis se asocia frecuentemente, en el 15-38% de los pacientes, al asma. Este hecho nos lleva al concepto de «vía respiratoria única», en el que se postula que tanto los síntomas de la vía respiratoria superior como los de la inferior son el resultado de un mismo proceso inflamatorio común a toda la vía respiratoria.

Comparada con otras patologías, la rinitis por sí sola no se considera una enfermedad grave, pero sí la causante de una pérdida de calidad de vida importante en quienes la padecen. Provoca también pérdidas económicas directas asociadas a costes sanitarios, e indirectas debidas tanto al absentismo laboral como a la baja productividad en el trabajo. En los niños y adolescentes, el rendimiento escolar también se ve afectado.

Desde el año 2001, la guía ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma)<sup>1</sup> propone una nueva clasificación de la rinitis basada en la duración, la frecuencia de los síntomas y la intensidad de éstos. La ARIA divide la rinitis en intermitente (síntomas <4 días a la semana o <4 semanas al año) o persistente (>4 días a la semana y >4 semanas al año), y en leve o moderada-grave (en función de las manifestaciones clínicas y la repercusión sobre la calidad de vida del paciente).

Cada vez conocemos mejor la fisiopatología de la inflamación alérgica asociada a la rinitis, y este hecho ha propiciado la optimización de las pautas terapéuticas. En la alergia se pone en marcha un primer mecanismo a partir de la interacción del antígeno con la IgE específica, que se une a receptores de alta afinidad de mastocitos y basófilos que liberan mediadores preformados, entre los que destaca la histamina. La histamina es la responsable de una fase inicial de síntomas, como la hidrorrea, el prurito o los estornudos, sobre los que de manera muy efectiva van a actuar tanto los corticoides intranasales como los antihistamínicos. Si la inflamación alérgica continúa y se amplifica, tendrá lugar la manifestación clínica típica de la congestión nasal, en la que de nuevo desempeñan un papel importante los corticoides.

Actualmente se sigue manteniendo la evitación ambiental de alérgenos como uno de los pilares fundamentales del tratamiento de la rinitis, a pesar de que no siempre es posible conseguirlo. En la estación primaveral, por ejemplo, es complicado reducir el contacto con los aeroalérgenos hasta

## Evidencias en...

### Manejo terapéutico de la rinitis alérgica

que finaliza la temporada de polinización. Con respecto a los alérgenos perennes con los que convivimos a diario (ácaros, mohos, epitelio de animales), sí podemos disminuir su cantidad en los hogares, mediante la limpieza habitual con sistemas de aspirado o lavando la ropa de cama y demás tejidos a alta temperatura, si bien nunca se conseguirá la eliminación completa. Respecto a las mascotas, hay que destacar que no existen animales hipoalérgicos. Se ha demostrado que los perros o gatos supuestamente «hipoalérgicos» producen la misma cantidad de alérgenos que los «normales».

Las guías internacionales recomiendan como primera línea de tratamiento de la rinitis los corticoides intranasales, que han demostrado un control de los síntomas, con un mínimo riesgo de reacciones adversas sistémicas. La mejoría aparece a partir de las 7 horas, con una eficacia máxima a los 15 días de tratamiento. Es fundamental la instrucción del paciente en la aplicación de los espráis nasales (administrar en cada fosa nasal con la mano contralateral) para evitar efectos secundarios locales, como la epistaxis. Los corticoides tópicos más utilizados son la budesonida, el furoato de fluticasona, el propionato de fluticasona y el furoato de mometasona, entre otros.

Los antihistamínicos se pueden administrar tanto por vía oral como tópica. Cuando se usan en monoterapia, se deben tomar cada día mientras persistan los síntomas. También se pueden utilizar para combatir las exacerbaciones cuando se emplea de base un corticoide tópico. Actualmente ya no se recomienda usar de manera sistemática los antihistamínicos de primera generación (clorfeniramina, hidroxicina...), sino que se opta por los de segunda generación (cetirizina, loratadina, bilastina...), ya que tienen la misma acción terapéutica pero sin provocar efectos secundarios, como la somnolencia, al no atravesar la barrera hematoencefálica. De este modo se evita la somnolencia al volante, la baja productividad laboral y el menoscabo del aprendizaje en los niños.

Ante una rinitis moderada-grave, podemos asociar al corticoide nasal o a los antihistamínicos un antileucotrieno, como el montelukast, con el objetivo de mejorar la clínica y reducir el uso de medicación de rescate.

En los casos en que la congestión nasal persista a pesar del tratamiento con corticoides nasales y antihistamínicos, se puede valorar también una pauta de corticoide oral o un ciclo corto de vasoconstrictores tópicos. Y en los casos en que predomine la hidrorrea, se puede probar con un anticolinérgico nasal.

En el tratamiento de la rinitis no debemos olvidar las medidas higiénicas, como los lavados con soluciones salinas o agua de mar, que, además de limpiar y retirar mucosidad y alérgenos, tienen un efecto antiinflamatorio en el caso de ser hipertónicos. Algunos vienen preparados con ácido hialurónico o aloe vera, que favorecen la cicatrización de pequeñas erosiones nasales.

Por último, hay que mencionar la inmunoterapia específica con alérgenos como otro pilar fundamental del tratamiento de la rinitis. Está recomendada tanto en adultos como en niños con un nivel de evidencia A. Se utilizará si se demuestra sensibilización mediada por IgE frente a un alérgeno clínicamente relevante. Se ha demostrado que la inmunoterapia con alérgenos disminuye la sintomatología y la necesidad de tratamiento médico, mejorando así la calidad de vida del paciente, y reduce el riesgo de presentar nuevas sensibilizaciones y de desarrollar asma en los pacientes con rinitis alérgica.

### Bibliografía

1. Brożek JL, Bousquet J, Agache I, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines-2016 revision. *J Allergy Clin Immunol*. 2017; 140(4): 950-958.
2. Global atlas of allergic rhinitis and chronic rhinosinusitis. En: Akdis CA, Hellings PW, Agache I, eds. *European Academy of Allergy and Clinical Immunology*, 2015; ISBN 9612852065.

## Práctica clínica

- ▶ Los corticoides intranasales se postulan como el tratamiento más efectivo para los síntomas de rinitis moderadas-graves.
- ▶ Los antihistamínicos de segunda generación (cetirizina, loratadina, bilastina...) mantienen el mismo efecto que los de primera generación (clorfeniramina, hidroxicina...), pero ocasionan menos efectos secundarios, como la somnolencia.
- ▶ Ante un paciente con rinitis alérgica debemos tener en cuenta que el asma es una comorbilidad frecuentemente asociada, por lo que debe descartarse o confirmarse mediante pruebas de función pulmonar (espirometría con test de broncodilatación, test de provocación bronquial inespecífica, óxido nítrico exhalado...).
- ▶ La inmunoterapia (IT) específica está recomendada tanto en adultos como en niños con un nivel de evidencia A.