

Profesión

Esperanza Pastor Velasco

Responsable de Registros.
Dirección Técnica Cofares



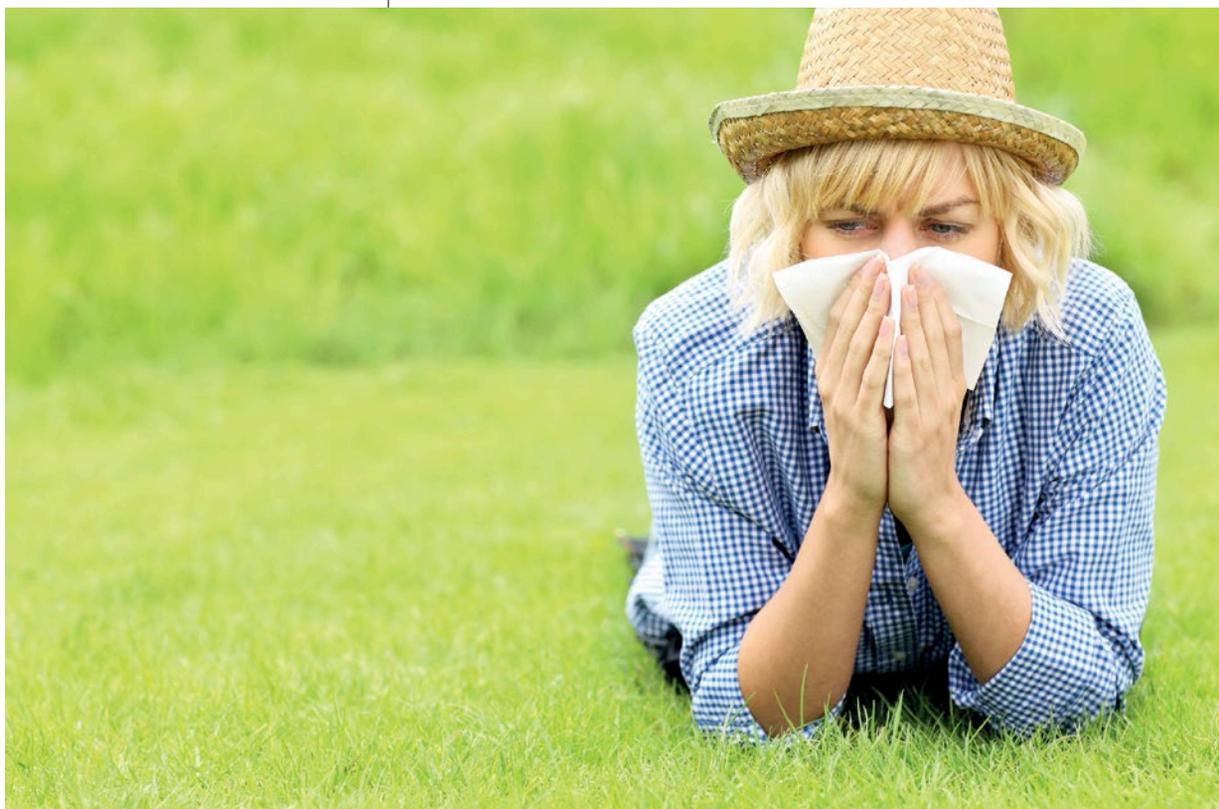
Esta enfermedad inflamatoria ha experimentado un incremento en su prevalencia en los últimos años, y se estima que actualmente afecta al 10-30% de la población»

Rinitis alérgica, una enfermedad nada trivial

La rinitis alérgica es un proceso inflamatorio de las vías respiratorias altas, caracterizada por prurito nasal, estornudos, rinorrea y obstrucción nasal. Los síntomas se producen por una reacción de hipersensibilidad inmediata (tipo 1) a diversos alérgenos. La reacción está mediada por inmunoglobulinas E (IgE). Inicialmente, se produce la exposición antigénica a través de las células presentadoras de antígenos y, cuando hay una exposición posterior, se desencadena la reacción alérgica.

En España, las primeras publicaciones en las que aparece descrita la alergia que afecta a las vías respiratorias comienzan en el año 1935. Es una enfermedad inflamatoria que ha experimentado un incremento en su prevalencia en los últimos años, y se estima que actualmente afecta al 10-30% de la población.

Tiende a persistir de forma indefinida una vez que han aparecido los síntomas clínicos, aunque la gravedad de estos síntomas puede variar de año a año en función de la cantidad de alérgeno y de la exposición del paciente. Un pe-



©Kamil Macniak/123RF

queño porcentaje (alrededor del 8%) puede presentar remisiones clínicas espontáneas; por el contrario, entre un 7 y un 30% de los pacientes pueden terminar desarrollando asma bronquial, por lo que hay teorías que dicen que puede formar parte de una única enfermedad. Múltiples estudios de cohorte han demostrado que la alergia es el factor de riesgo más importante para padecer rinitis y asma en la infancia.

La rinitis es un problema de salud que no debe ser considerado como una enfermedad trivial, ya que sus síntomas pueden afectar a la calidad de vida de forma muy importante y causar fatiga, cefaleas o deterioro cognitivo; además, puede coexistir o complicarse con otras enfermedades respiratorias, como sinusitis, asma u otitis media. En el ámbito pediátrico, en aquellos niños con síntomas no controlados, pueden producirse alteraciones del sueño y problemas de aprendizaje escolar.

Clínica

Los síntomas principales de la rinitis, aunque todos reversibles con medidas preventivas y el tratamiento adecuado, son los siguientes:

- Congestión u obstrucción nasal.
- Secreción abundante, acuosa. El paciente tiene que usar varios pañuelos al día.
- Picor en la nariz, pero también en los ojos, oídos y garganta.
- Estornudos en «salvas», muchos seguidos y que se repiten de manera frecuente.
- Alteraciones del olfato (anosmia o hiposmia).
- Si se acompaña de conjuntivitis, aparecerán lagrimeo y ojos enrojecidos.

El diagnóstico se basa en primer lugar en los síntomas y la historia clínica, pero para poder decir que la rinitis es «alérgica» deben realizarse pruebas cutáneas de hipersensibilidad inmediata. Se aplica una gota del alérgeno en el punto realizado en la piel del antebrazo con una lanceta. La respuesta consiste en la aparición de una pápula rodeada de un halo eritematoso que se compara con un control negativo (diluyente de los extractos aplicados) y otro positivo (normalmente histamina en solución de 10 mg/mL).

La determinación de IgE y eosinofilia en sangre no aporta en el caso de la rinitis, a diferencia de otras alergias, datos significativos.

En determinados casos, está también indicada la provocación nasal como confirmación diagnóstica en pacientes polisensibilizados, para valorar así la importancia clínica de cada alérgeno. Se reproduce, de forma controlada y en una fase asintomática de la enfermedad, la respuesta de la mucosa nasal a los alérgenos que desencadenan los síntomas.

Tanto en las pruebas cutáneas como en la provocación nasal, en las 48 horas previas se evitará el consumo de tabaco, de alcohol y de algunos fármacos:

- Antihistamínicos de corta duración o primera generación (2-3 días).
- Antihistamínicos de corta duración o segunda generación (5-7 días).
- Antidepresivos tricíclicos (1-2 semanas).
- Corticoides tópicos (en las 2 semanas previas a la prueba).
- Corticoides orales (>10 mg de forma mantenida, 4-5 días).

Clasificación

Existen varias clasificaciones, pero la más habitual es en función del momento en que aparece y de la gravedad (leve, moderada y grave), aunque hay pacientes difíciles de clasificar en algún grupo:

- **Rinitis alérgica perenne.** Producida por alérgenos como ácaros del polvo, caspa de los animales o uso de diversos productos que están presentes todo el año.
- **Rinitis alérgica estacional.** También se ha llamado «fiebre del heno», pues el alérgeno más frecuente es el polen. Según el clima y la flora de la zona, puede comenzar en enero y terminar en agosto-septiembre, aunque la mayor afectación se produce de mayo a junio.

Las **alergias leves** producen síntomas poco molestos que no interfieren en el sueño, el trabajo, el colegio o el ocio. Las **moderadas y graves** sí interfieren en cualquier actividad diaria y en el sueño.



La rinitis es un problema de salud que no debe ser considerado como una enfermedad trivial»

Tratamiento

El Documento de Consenso «Rinoconjuntivitis Alérgica» propugna un tratamiento integral a través de la educación sanitaria del paciente, en el siguiente orden: la evitación alérgica, el tratamiento farmacológico y la inmunoterapia específica.

Evitación alérgica

La evitación alérgica consiste en minimizar en la medida de lo posible el contacto con el alérgeno (principalmente pólenes, ácaros y animales), de manera que este contacto no sea suficiente para desencadenar los síntomas.

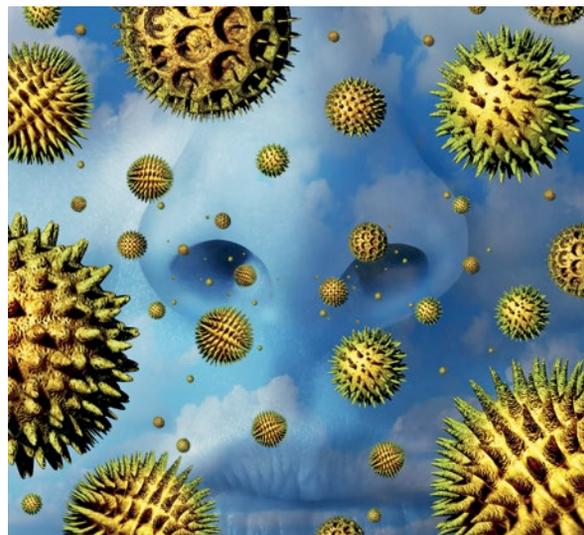
Para ello es interesante conocer estas medidas:

- Si el alérgeno es un polen, averiguar la planta y su época de polinización.
- Si es el pelo de una mascota, lo más eficaz es no tener mascota en casa, pero, si se tiene, debemos impedir que entre en los dormitorios. Además, deberemos bañar a la mascota por inmersión y aspirar todas las superficies.

- Mantener las ventanas cerradas por la noche y, si se usa aire acondicionado, debe disponer de filtros.
- Disminuir la actividad al aire libre entre las 5 y 10 de la mañana, cuando las plantas emiten pólenes, y entre las 7 y las 10 de la noche, cuando el aire se enfría y el polen cae.
- Poner filtros en el aire acondicionado del coche y mantener las ventanillas cerradas en los viajes.
- Evitar excursiones al campo en épocas de alto nivel de polinización.
- Seguir la evolución de los recuentos de polen, que pueden encontrarse con facilidad en varias páginas web, entre otras la del Comité de Aerobiología de la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (<http://www.polenes.com/>) y la de la Red Española de Aerobiología (http://www.uco.es/rea/pol_abierto.html), en las que encontraremos datos de España y Europa.
- Durante los días de máxima concentración de los niveles de polinización, permanecer en casa el mayor tiempo posible, sobre todo en días de viento.
- Evitar cortar el césped y tumbarse en él.
- No secar la ropa en el exterior durante los días en que los niveles de polinización son altos, pues los granos de polen pueden quedarse atrapados en ella.
- Limpiar o cambiar con la frecuencia que determine el fabricante los filtros del aire acondicionado, tanto en casa como en el coche.
- Utilizar siempre gafas de sol en el exterior y, si es posible, tomar las vacaciones en los días de recuentos altos y viajar a zonas libres de polen, por ejemplo la playa.

Si la reacción alérgica se produce por los ácaros del polvo doméstico o mohos, deberemos:

- Tener la casa bien ventilada, evitando la humedad. Actualmente hay deshumidificadores que controlan el grado de humedad relativa del aire dentro de la vivienda.
- Usar colchones y almohadas de fibra sintética (p. ej., poliuretano), nunca de lana, plumas o miraguano.
- Las habitaciones deben estar poco decoradas, con cortinas sencillas y poca tapicería, y evitando las moquetas para que se acumule menos polvo.
- Evitar estanterías con acumulación de libros.
- Eliminar peluches, juguetes de tela o fieltro y pósteres en las paredes.
- Utilizar el aspirado en la limpieza, y siempre cuando no esté presente el paciente alérgico.
- No se recomiendan estufas de gas, chimeneas o cocinas de leña que generen humos, ni ambientadores o sustancias olorosas. Evitar en lo posible el humo del tabaco.
- No es aconsejable tener animales de pelo o plumas dentro de casa.
- Si se tiene una segunda vivienda, debemos ventilarla al llegar, y hacer en ese momento la cama con ropa que no esté húmeda.



©lightwise/123RF

« La evitación alérgica consiste en minimizar en la medida de lo posible el contacto con el alérgeno, de manera que este contacto no sea suficiente para desencadenar los síntomas »

- Si se usan sacos de dormir, que sean acrílicos y reversibles para poder darles la vuelta en días alternos.

Tratamiento farmacológico

Irà dirigido al control de los síntomas, excepto en el caso de la inmunoterapia específica, que se centra en el origen del problema, o la cirugía, que busca corregir problemas anatómicos o de obstrucción permanente que no revierten con el tratamiento farmacológico.

El tratamiento busca en parte reducir la inflamación (si no se controla, puede llegar a cronificarse) y en parte disminuir los síntomas y prevenir infecciones concomitantes (p. ej., por acumulación de mucosidad en los senos nasales).

- **Antihistamínicos orales.** Son antagonistas de los receptores H_1 . Los de segunda generación son de primera elección en el tratamiento de la rinitis alérgica. Su uso prolongado es preferible al uso a demanda, especialmente cuando se presenta un alto nivel de alérgeno. Los de primera generación (como la difenhidramina, clorfeniramina, etc.), cuya especificidad con los receptores H_1 es baja, tienen efectos anticolinérgicos, antimuscarínicos y antiserotoninérgicos, por lo tanto no están indicados en la mayoría de los pacientes.

Los de segunda generación presentan una alta especificidad y, por tanto, menos efectos secundarios. La ebastina, por ejemplo, es muy eficaz, tiene un bajo perfil de sedación y se administra en una sola toma.

« El tratamiento busca en parte reducir la inflamación y en parte disminuir los síntomas y prevenir infecciones concomitantes »

- **Antihistamínicos H₁ tópicos.** Su principal ventaja es que llegan de forma directa y en alta concentración a la mucosa nasal, de manera que el comienzo de la acción es más rápido y los efectos sistémicos se ven disminuidos. La azelastina y la levocabastina son muy eficaces. La pulverización nasal, tras un lavado previo con soluciones de agua marina isotónica o hipertónica, produce un rápido alivio de los picores y estornudos, y usada de forma regular previene la aparición de síntomas. Su uso se recomienda en procesos leves y limitados a la nariz, o como coadyuvante a la medicación oral. Son menos eficaces que los corticoides tópicos.
- **Descongestivos alfa-adrenérgicos.** En la fase aguda, para aliviar la rinorrea y la congestión nasal pueden usarse fármacos simpaticomiméticos (oximetazolina, xilometazolina), que reducen el flujo sanguíneo de los sinusoides de la zona y mejoran la respiración. La aplicación suele ser tópica, pues actúan con rapidez y tienen menos efectos secundarios. La sistémica, con un efecto más duradero pero con posibles complicaciones para enfermos con problemas cardíacos, diabéticos, etc., se usa con menos frecuencia. El uso tópico debe ser limitado en el tiempo por el peligro de sufrir efecto rebote, y no debe aplicarse a menores de 6 años.
- **Fármacos de segunda línea.** Otros fármacos de segunda línea son las cromonas, como el cromoglicato disódico (su eficacia ha sido menos probada), o el bromuro de ipratropio, cuya acción principal es la mejora de la hipersecreción nasal y debe asociarse a otros. Por último, nombraremos los antileucotrienos, como el montelukast. Su acción disminuye la obstrucción nasal y se administran como tratamiento profiláctico, sobre todo en rinitis que cursan con asma.

- **Corticoides.** El grupo de fármacos de **aplicación tópica nasal** actualmente se considera (junto a los antihistamínicos orales) el más eficaz para tratar la rinitis alérgica. Son los fármacos de primera elección, solos o con otros (como antihistamínicos o antileucotrienos), para las rinitis moderadas/graves o incluso las persistentes. Tienen un efecto potente como antiinflamatorio y reducen la hiperreactividad nasal en cualquier rinitis. Al ser de aplicación local, los efectos secundarios son más leves. Los **sistémicos** nunca deben considerarse como de primera elección, y, si se usan, será sólo en casos severos y durante ciclos cortos, y si la rinitis es perenne en 2-3 tandas al año.

Inmunoterapia

La inmunoterapia específica consiste en administrar a un paciente alérgico cantidades gradualmente crecientes de un extracto alérgico para modificar con el tiempo su respuesta inmunitaria a la exposición al alérgeno. Estas vacunas se fabrican con alérgenos estandarizados y en función de su actividad biológica. La administración debe ser en dosis óptimas. Múltiples ensayos clínicos demuestran su eficacia a la hora de impedir desarrollar nuevas sensibilizaciones y asma. Un 80-90% de los pacientes mejora con las vacunas.

Las vías de administración más usadas son la subcutánea y la sublingual. Las reacciones adversas son locales, y el riesgo de una reacción grave es extremadamente bajo. ●

Bibliografía

- Baena Ml. Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico sobre Rinitis Alérgica. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada, 2005.
- Calleja C. Rinitis alérgicas. Tratamiento. Farmacia Profesional. 2003; 17(4): 103-107.
- Descongestionantes nasales tópicos: simpaticomiméticos. Catálogo de Medicamentos 2016. Colección Consejo Plus. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.
- Garde JM, García B, Marco N, Montahud C, Perona J. Rinoconjuntivitis alérgica. Protoc Diagn Ter Pediatr. 2013; 1: 157-175.
- Gómez AE. Rinitis y congestión nasal. Offarm. 2009; 28(1): 46-53. Grupo de trabajo del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Vizcaya. Rinitis Alérgica. Atención Farmacéutica. Farmacia Profesional. 2002; 16(3): 56-65.
- Pelta R (coord). Rinoconjuntivitis alérgica: documento de consenso. Euromedice Ediciones Médicas, 2006.
- Recomendaciones y algoritmos de Práctica Clínica en Rinitis. Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica, 2010.
- Romero E, Martín AJ, Mier M, et al. Rinitis. Guías Clínicas. Disponible en: <http://www.fisterra.com>