



Rinitis alérgica

Definición

Enfermedad inflamatoria crónica de la mucosa nasal mediada por anticuerpos IgE, contra los alérgenos inhalados y que involucra la inflamación de la mucosa mediada por las células T helper tipo 2 (Th2) , cuyos síntomas se desencadenan tras la exposición a un alérgeno (1).

Los alérgenos de mayor importancia incluyen: polen, mohos estacionales, alérgenos de interiores perennes, como los ácaros del polvo, las mascotas, las plagas y algunos hongos (1).

Epidemiología

La rinitis alérgica es común, afecta del 10% al 30% de los niños y adultos en los Estados Unidos y otros países industrializados (2), (3). Puede ser menos común en algunas partes del mundo, incluso los países en desarrollo reporta tasas significativas (4). La prevalencia de asma, rinoconjuntivitis y eczema se evaluaron sistemáticamente en aproximadamente 1,2 millones de niños en 98 países en el "Estudio Internacional de Asma y Alergias en la Infancia-Fase III" (ISAAC, en inglés) llevado a cabo por P. Ellwood, M. Asher, R. Beasley R y colaboradores entre el 2000 al 2003, focalizado en la etiología del asma, de la rinoconjuntivitis alérgica y del eccema atópico (5). La prevalencia general de rinoconjuntivitis en niños/as de 6 a 7 años y de 13 a 14 años fue de 8.5% y 14.6%, respectivamente. La prevalencia en el mundo industrializado está aumentando, especialmente en las zonas urbanas.

Síntomas

- Tos (6)
- Paroxismos de estornudos (6)
- Rinorrea clara (6)
- Obstrucción Nasal (6)
- Picazón Nasal o faríngeo (6)

- Irritabilidad y fatiga, que remiten espontáneamente o con fármacos (6)

Gráfico 1. Edema de los Cornetes Nasales



Fuente: <http://www.otorrinomarbella.com/hipertrofia-de-cornetes/>

Factores de riesgo

- Familiares atópicos
- Sexo masculino
- Estado Primogénito
- Uso temprano de antibióticos
- Exposición a tabaco en el primer año de vida
- Exposición a alérgenos como ácaros del polvo.
- IgE sérica > 100 UI / ml antes de los seis años
- La presencia de IgE específica de alérgeno

La rinitis alérgica suele requerir de unos años de exposición a los alérgenos para desarrollarse, en niños menores de dos años con esta sintomatología, se deben considerar otros diagnósticos, hipertrofia de las adenoides, sinusitis aguda o crónica, anomalías congénitas (atresia de coanas), cuerpos extraños, y pólipos nasales (7) (gráfico 1).

Es frecuente el diagnóstico en escolares y adultos jóvenes. La condición suele ser persistente en la edad adulta, con una cierta mejora en la edad avanzada.

Gráfico 2. Descripción anatómica y patológica de los cornetes



Fuente: <https://www.google.com.ec/search?q=anatomia+normal+de+cornetes>

Patologías asociadas a rinitis alérgica son: conjuntivitis alérgica (60%), sinusitis aguda (30%), sinusitis crónica (80%), asma y dermatitis atópica (50%) (8) (gráfico 2).

Examen físico

- Edema y palidez de cornetes nasales (6)
- Líneas acentuadas o pliegues debajo de los párpados inferiores (6).
- Un pliegue nasal transversal causada por frotamiento repetido (6).
- “Facies alérgicas”, que normalmente se ven en niños con inicio temprano de la rinitis alérgica, se componen de un paladar altamente arqueado, con la boca abierta debido a la respiración bucal y la mal oclusión dental (6).
- Las membranas timpánicas pueden retraerse o puede acumularse líquido seroso detrás de las membranas timpánicas en pacientes con inflamación significativa de la mucosa nasal y disfunción de la trompa de Eustaquio (6).

Clasificación

Por la Duración

- Persistente: los síntomas están presentes por más de cuatro días a la semana y durante más de cuatro semanas.
- Intermitente

Por la Gravedad. Preguntar por:

- Trastornos del sueño
- Deterioro del rendimiento escolar o laboral
- Deterioro de las actividades diarias, el ocio y / o actividades deportivas
- Leve – ausencia de estos trastornos. La presencia de cualquiera de estos síntomas la convierte en grave.

Laboratorio

- Pruebas cutáneas de alergia confirman que el paciente está sensibilizado a aeroalérgenos, no es necesario para el diagnóstico inicial.
- Ni los eosinófilos en sangre periférica, ni los niveles de IgE total en suero (elevados en el 30 a 40 por ciento de los pacientes) son lo suficientemente sensibles para ayudar a diagnosticar la rinitis alérgica (6).
- Eosinofilia en moco nasal es poco utilizada, dado que puede estar elevada en otras patologías (asma, poliposis nasal, rinitis no alérgica con síndrome de eosinofilia).

TRATAMIENTO

El tratamiento de la rinitis alérgica implica las siguientes modalidades:

- Evitar los alérgenos
- El tratamiento farmacológico
- Tratamiento inmunológico (en cada caso específico).

Síntomas leves o episódicos

Un antihistamínico oral de segunda generación administrado regularmente o según sea necesario (idealmente de dos a cinco horas antes de una exposición). Cetirizina (aprobada para niños ≥ 6 meses), loratadina y fexofenadina (ambos aprobados para niños ≥ 2 años) son igualmente eficaces y están disponibles en jarabes(9).

Síntomas moderados o severos.

Los fármacos de primera línea son los glucocorticoides intranasales y de entre estos, la elección es la Mometasona. (2 puffs en cada fosa nasal QD)(9).

Para pacientes con síntomas moderados a severos y / o en aquellos que no responden adecuadamente al tratamiento inicial con aerosoles nasales de glucocorticoides, se puede agregar un segundo agente. Las opciones incluyen un aerosol nasal antihistamínico, antihistamínicos orales, aerosol nasal montelukast y productos combinados antihistamínicos / descongestionantes(6).

Si los pacientes se rehúsan a la utilización de aerosoles, la combinación de antihistamínicos de segunda generación (Loratadina 10mg QD, Cetirizina 5-10mg QD) con Montelukast (10mg QD), parece ser una opción aceptable (9).

En pacientes con síntomas refractarios que no mejoran con glucocorticoides, considerar la remisión para tratamiento inmunológico (6).

La inmunoterapia (sublingual o subcutánea) con alérgenos sirve para mejorar la respuesta inmunitaria. Inmunoterapia subcutánea (SCIT) la mejor forma de inmunoterapia (10).

La inmunoterapia, por vía sublingual o subcutánea, está recomendada para los pacientes con rinitis alérgica que no presentan alivio sintomático con la terapia farmacológica, en combinación con medidas de control ambiental o sin éstas(6).

Aspectos socioculturales

Las enfermedades alérgicas son muy comunes, la prevalencia acumulada estimada en Colombia para rinitis alérgica es de 31.3%, en

Quito es de 36%, el 2% con síntomas severos, las exacerbaciones, coinciden con los periodos lluviosos de abril y mayo respectivamente (11).

El subdiagnóstico, se debe entre otras causas, por el poco conocimiento de los síntomas de parte de los cuidadores, por ejemplo, “ronquido habitual” no fue identificado como signo probable de rinitis, en un estudio realizado en Guayaquil (12).

Existe un gran impacto social y económico asociado con la enfermedad alérgica, un estudio en Colombia, determino, que la salud mental es más afectada que la salud física, en sujetos colombianos con alergia respiratoria.

Para algunos investigadores, la residencia rural y la convivencia con los geohelmintos, es protectora contra las atopías (13).

Referencias bibliográficas

1. Seidman M , Gurgel R , Nnacheta L. Clinical Practice Guideline: Allergic Rhinitis. American Academy of otolaryngology. 2015; 152(1S)(7-9).
2. UU. DdSySHdIE. Agencia para la investigación y la calidad de la atención médica. Manejo de la rinitis alérgica y no alérgica. ; Mayo 2002.
3. Abdulrahman H , Hadi U , Tarraf H , y col. Alergias nasales en la población del Medio Oriente: resultados de la encuesta “Alergias en Oriente Medio”. Am J Rhinol Allergy. 2012; 26 Suppl(1:53).
4. Kabir ML , Rahman F , Hassan MQ. Asma , eccema atópico y rinoconjuntivitis alérgica en escolares. Mymensingh Med J. 2005;(14:41).
5. Mallol J , Crane J , Von Mutius. El Estudio Internacional de Asma y Alergias en la Infancia (ISAAC) Fase Tres: una síntesis global.. Allergol Immunopathol. 2013; 41(73).
6. Deshazo RD. Allergic rhinitis : Clinical manifestations ,epidemiology and diagnosis. Update. 2018 Enero.
7. Prescott SL., et al. Infecciones respiratorias virales en asociación con asma y sinusitis. Ann Allergy Asthma Immunol. 2002; 89(553).
8. Bielory L. Trastornos alérgicos e inmunológicos del ojo. Parte II: alergia ocular. J Allergy Clin Immunol. 2000; 106(1019).
9. Deshazo RD. Pharmacotherapy of allergic rhinitis. Update. 2014 Feb.
10. Cox L , Nelson H , Lockey R. Inmunoterapia con alérgenos : Un parámetro de práctica tercera actualización. J Allergy Clin Immunol. 2011; 127(s1).
14. J B, L H, C B. Guía Práctica para las pruebas de punción cutánea en alergia a aeroalergenos. J Allergy. 2012; 67(18).
11. Barba F. Prevalence of Rhinitis among Children and Teenagers in Quito Ecuador. Journal Allergy Clinic Immunology. 2007 enero.
12. Tafur A, Chérrez-Ojeda I, Patiño C, Gozal D. Rhinitis symptoms and habitual snoring in Ecuadorian children. Sleep Medicine. 2009;(10): p. 1035-1039.
13. Cooper P, Vaca M, Rodríguez A, Chico M, Santos D. Hygiene, atopy and wheeze-eczema-rhinitis symptoms in schoolchildren from urban and rural Ecuador. Thorax. 2014 Marzo;(1): p. 232-239.