

RINITIS ALERGICA: ENFRENTAMIENTO TERAPÉUTICO

Autor: Dra. Paula Aubel L. Residente medicina familiar PUC

Editor: Dra. Isabel Mora, docente departamento medicina familiar PUC

2 de Julio 2019

Resumen de portada:

La rinitis alérgica es una enfermedad altamente prevalente, generalmente subdiagnosticada y subtratada. En esta revisión nos enfocaremos en el tratamiento de esta entidad.

Palabras clave: **Rinitis alérgica – Tratamiento – Antialérgicos – Medicina familiar – APS**

RINITIS ALERGICA: ENFRENTAMIENTO TERAPÉUTICO

Autor: Dra. Paula Aubel L. Residente medicina familiar PUC

Editor: Dra. Isabel Mora, docente departamento medicina familiar PUC

2 de Julio 2019

Rinitis alérgica (RA):

Afección nasal inflamatoria mediada por inmunoglobulina E (IgE). Resulta de la introducción de alérgenos en un individuo sensibilizado¹. Se definió en 1929 como un proceso que incluía 3 síntomas cardinales²: estornudos, obstrucción nasal y secreción de moco, además de exposición al alérgeno en el paciente alérgico.

Se puede clasificar como intermitente (síntomas < 4 días por semana o menos de 4 semanas consecutivas) y persistente (síntomas > 4 días por semana y al menos 4 semanas consecutivas)³.

La prevalencia de RA general varía entre el 22% y 41% en individuos de 18 a 75 años, aunque se puede subestimar considerablemente la prevalencia real⁴. En Chile no hay estudios serios epidemiológicos sobre RA en adultos. Un estudio de la Universidad de Chile (2013) estimó en población general una prevalencia del 15 - 30%⁵.

Como carga de enfermedad los pacientes con RA sufren una calidad de vida general y específica muy reducida. La RA afecta negativamente la calidad del sueño. La carga total reside en el deterioro del funcionamiento físico, social y financiero. El tratamiento conduce a una mejora en calidad de vida significativa².

Tratamiento:

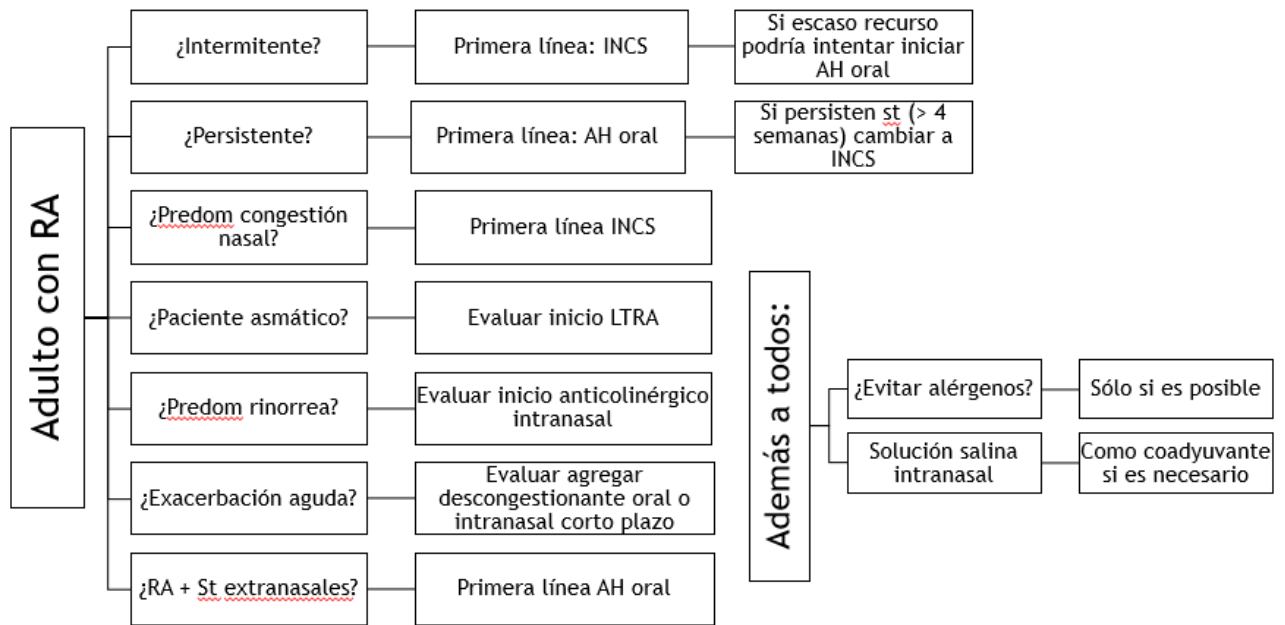
¿Qué tratamientos existen actualmente para el manejo de la RA?

Tabla 1: recomendaciones de tratamiento para la RA. Recomendaciones resumidas desde la Declaración de consenso internacional sobre alergias y rinología: rinitis alérgica (ICAR: AR) desarrollada para resumir la mejor evidencia relacionada con la RA².

Tipos de tratamientos:	Características:	Recomendación:
Evitar los alérgenos	1.- Ácaros del polvo: La disminución de carga de ácaros de polvo incluye ropa de cama, uso de acaricidas, filtros de aire y uso combinado de estos⁶. Podría reducir síntomas. 2.- Mascotas: Podría haber beneficio mayormente en personas con asma, no es posible demostrar beneficio sólo en RA⁷. 3.- Polen: Evitar exposición en épocas de mayor polen. Se puede recomendar mantener ventanas cerradas en hogar, uso de filtros especiales en automóvil y disminuir actividad aeróbica⁸.	Para 1, 2 y 3: Grade B + balance beneficio-daño
Antihistamínicos (AH) orales H1 de 2º generación: (loratadina, cetirizina, desloratadina, levocetirizina) (TRATAMIENTO de 1º LÍNEA)	Altamente selectivos para el receptor H1, escasa penetración de la barrera hematoencefálica. Reducen síntomas en un 7% versus placebo y puede mejorar significativamente la calidad de vida. Actúan predominantemente sobre síntomas de prurito, estornudos y rinorrea, y conjuntivitis alérgica. Efecto moderado sobre la congestión nasal. Uso con regularidad en lugar de "según sea necesario" en la rinitis persistente ² . Sin diferencias significativas con INCS en RA persistente.	Grade A + beneficio > daño en antihistamínicos de 2º generación
Corticoides	1.- Corticoides intranasales (INCS) (TRATAMIENTO 1º LÍNEA): Reduce todos los síntomas en un 17% versus placebo. Inicio de acción 6-8 horas. Efecto máximo hasta después de 2 semanas. Eficacia clínica similar para todos los INCS, pero distinta biodisponibilidad. Podría ser más eficaz que AH orales en RA intermitente. Efectos adversos: Irritación nasal local, dolor de garganta y epistaxis (10%). Se ha descrito presión intraocular elevada¹⁰. 2.- Corticoides inyectables: Metilprednisolona o betametasona al inicio de temporada de mayor polen. Ha demostrado mejoría sintomática. Dado efectos adversos sistémicos, no se recomienda². 3.- Corticoides orales: Premedicación con prednisona durante 2 días antes de contacto con alérgenos mostró reducción de síntomas. Cursos de 4 días muestra alivio de los síntomas de RA, pero con recaída dentro de 7 días posteriores. Dado efectos adversos sistémicos, no se recomienda².	1.- Grade A + beneficio > daño 2.- Grade B + daño > beneficio 3.- Grade B + daño > beneficio
Soluciones salinas nasales	Bien tolerada, barata, fácil de usar. Incluyen: solución salina hipertónica, solución salina isotónica, agua de mar. No hay diferencias significativas entre cada uno de estos. Tiene pequeño efecto beneficioso en reducción de síntomas y puede reducir terapia farmacológica. Utilizado como coadyuvante ⁹ .	Grade A + beneficio > daño

Descongestionantes	1.- Descongestionantes orales: (pseudoefedrina). Puede aliviar la congestión nasal en RA. Utilizado para el alivio de síntomas <u>a corto plazo</u>. Efectos secundarios: insomnio, nerviosismo, palpitaciones y aumento presión arterial². 2.- Descongestionantes intranasales: (Xilometazolina y Oximetazolina). Se recomienda uso para manejo sintomático por pocos días, por riesgo de rinitis medicamentosa que podría ocurrir desde 3 días de tratamiento. Efectos secundarios: ardor nasal, sequedad y ulceración de la mucosa. Posible congestión de rebote cuando se usa a largo plazo¹¹.	1.- Grade agregado B + balance beneficio-daño 2.- Grade agregado B + posiblemente > daño si uso + de 3 días
Antagonistas del receptor de leucotrienos (LTRA)	Reducción de síntomas y mejor calidad de vida en comparación con placebo. Eficacia reducida en comparación con otros agentes de primera línea (INCS; antihistamínicos). Puede ser una alternativa útil en contraindicación tanto para INCS como para antihistamínicos. En pacientes con RA y asma, LTRA puede contribuir al manejo de los síntomas de ambas enfermedades respiratorias¹².	Grade A + beneficio > daño + recomendación en contra en tratamiento primera línea.
Anticolinérgicos intranasales (bromuro de ipatropio)	Uso principalmente para reducir la rinorrea. Inicio de acción rápido y vida media corta administrada hasta 6 veces por día, con menos del 10% de absorción. No hay beneficios significativos en el control de los síntomas que no sean la rinorrea. Efectos secundarios: sequedad nasal, irritación, epistaxis y ardor. Sin efectos sistémicos¹³.	Grade B + beneficio > daño en rinorrea
Terapias alternativas	Ninguno tiene evidencia de resultados positivos, pocos estudios, metaanálisis realizados no muestran mejoría sintomática. Sin riesgo de daño². 1.- Acupuntura 2.- Miel 3.- Terapia en base a hierbas	1.- Grade B + balance beneficio-daño 2.- Grade B + balance beneficio-daño 3.- Incierto

Flujograma 1: Resumen indicaciones de manejo



Predom = predomina; St = síntomas; INCS = corticoids intranasales; AH = antihistamínicos; LTRA = Antagonistas del receptor de leucotrienos

Conclusiones:

La RA es una enfermedad altamente prevalente, que conlleva una importante carga de enfermedad. Es importante tener los conocimientos de las terapias que existen hoy en día, basado en la evidencia actual para mejorar la calidad de vida de los pacientes con RA.

Los tratamientos de primera línea para RA son AH orales e INCS. Podrían ser más efectivos en RA intermitente los INCS y sin diferencias significativas entre AH orales e INCS para tratamiento de RA persistente.

Es importante evaluar a cada paciente de manera individual y según predominio de síntomas, posibles comorbilidades y uso de tratamientos previos, elegir el mejor tratamiento para cada uno.

Bibliografía:

1. Scadding, G. K., Kariyawasam, H. H., Scadding, G., Mirakian, R., Buckley, R. J., Dixon, T., Clark, A. T. (2017). BSACI guideline for the diagnosis and management of allergic and non-allergic rhinitis (Revised Edition 2017; First edition 2007). *Clinical & Experimental Allergy*, 47(7), 856–889.
2. Wise, S., Lin, S. and Toskala, E. (2018). International consensus statement on allergy and rhinology: allergic rhinitis-executive summary. *International Forum of Allergy & Rhinology*, 8(2), pp.85-107.
3. Bousquet J, Annesi-Maesano I, Carat F, et al. Characteristics of intermittent and persistent allergic rhinitis: DREAMS study group. *Clin Exp Allergy*. 2005;35:728–732.

4. Ahn JC, Kim JW, Lee CH, Rhee CS. Prevalence and risk factors of chronic rhinosinusitis, allergic rhinitis, and nasal septal deviation: results of the Korean National Health and Nutrition Survey 2008–2012. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*. 2016;142:162–167.
5. Rodolfo nazar saffie. (2013). rinitis alergica: enfrentamiento y manejo actual. 2013, de sociedad médica de Santiago
6. Nurmatov U, van Schayck CP, Hurwitz B, Sheikh A. House dust mite avoidance measures for perennial allergic rhinitis: an updated Cochrane systematic review. *Allergy*. 2012;67:158–165.
7. S´anchez J, D´iez S, Cardona R. Pet avoidance in allergy cases: Is it possible to implement it? *Biomedica*. 2015;35:357–362.
8. Kenney P, Hilberg O, Laursen AC, Peel RG, Sigsgaard T. Preventive effect of nasal filters on allergic rhinitis: a randomized, double-blind, placebocontrolled crossover park study. *J Allergy Clin Immunol*. 2015;136:1566–1572.e5.
9. Head K, Snidvongs K, Glew S, Scadding G, Schilder AGM, Philpott C, Hopkins C. Saline irrigation for allergic rhinitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 6. Art. No.: CD012597. DOI: 10.1002/14651858.CD012597.pub2.
10. Verkerk MM, Bhatia D, Rimmer J, Earls P, Sacks R, Harvey RJ. Intranasal steroids and the myth of mucosal atrophy: a systematic review of original histological assessments. *Am J Rhinol Allergy*. 2015;29:3–18.
11. Morris S, Eccles R, Martez SJ, Riker DK, Witek TJ. An evaluation of nasal response following different treatment regimes of oxymetazoline with reference to rebound congestion. *Am J Rhinol*. 1997;11:109–115.
12. Grainger J, Drake-Lee A. Montelukast in allergic rhinitis: a systematic review and meta-analysis. *Clin Otolaryngol*. 2006;31:360–367.
13. Dockhorn R, Aaronson D, Bronsky E, et al. Ipratropium bromide nasal spray 0.03% and beclomethasone nasal spray alone and in combination for the treatment of rhinorrhea in perennial rhinitis. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 1999;82:349–359.