

Diagnóstico y tratamiento de la rinitis en el paciente asmático: práctica corriente en atención primaria y sus desafíos.

JOSÉ LUIS MARTÍNEZ CARRASCO, JESÚS MOLINA PARIS.

Resumen

La rinitis y el asma son enfermedades muy prevalentes y a menudo relacionadas. En España un 71% de los pacientes asmáticos atendidos en las consultas de neumología y en las de atención primaria presentan también rinitis. Se magnifica esta relación porque la presencia de rinitis agrava el asma, por lo que es importante su diagnóstico y tratamiento en el manejo del paciente con asma en este primer nivel de atención.

La rinitis alérgica es una enfermedad que puede producir un importante deterioro en la calidad de vida de los pacientes que la padecen, siendo la base fundamental para su diagnóstico una historia clínica detallada, que en atención primaria puede ser suficiente para iniciar de forma empírica el tratamiento. La confirmación puede realizarse con los test de hipersensibilidad inmediata en piel y la determinación de la IgE específica en suero. Su tratamiento se basa en las medidas de evitación, el tratamiento farmacológico y la inmunoterapia.

Los corticosteroides nasales y los antihistamínicos orales no sedativos son los fármacos de elección en el tratamiento de la rinitis alérgica. Los antileucotirenos pueden jugar un papel cuando coexisten asma y rinitis por actuar sobre ambas enfermedades. La inmunoterapia es eficaz y puede prevenir la aparición de nuevas sensibilizaciones y el desarrollo de asma.

La rinitis y el asma son enfermedades con una alta prevalencia en la población que no sólo comparten características clínicas, sino también epidemiológicas y de mecanismos comunes de acción¹. Ambas entidades son graves problemas de salud pública a nivel mundial², y una gran parte de los pacientes que las padecen son atendidos en atención primaria. Diversos estudios han mostrado que el asma es muy prevalente en la mayoría de los países, estimándose que hay unos 300 millones de afectados a nivel mundial. De igual manera, la rinitis alérgica es también muy frecuente, especialmente en los países de estilo de vida occidental donde la prevalencia puede alcanzar del 10 al 20 % de la población, calculándose con cifras conservadoras que

afecta aproximadamente a 500 millones de seres en nuestro planeta.

La relación entre la rinitis y el asma no debe sorprendernos, tanto por razones anatómicas, pues la vía nasal y los senos paranasales están integrados dentro del tracto respiratorio, como funcionales, pues la mucosa nasal y bronquial presentan similitudes, interactúan entre sí y son funcionalmente complementarias. De hecho, estas relaciones han planteado el concepto de “una vía aérea única con una sola enfermedad”. Si bien es cierto que no todos los pacientes con rinitis tienen asma y que hay peculiaridades que diferencian a estas enfermedades, no se puede obviar que la presencia de una rinitis alérgica habitualmente agrava el asma, incrementando el número de crisis asmáticas y de las visitas a los servicios de urgencias y hospitalizaciones por dicha enfermedad.

Los diversos estudios epidemiológicos han mostrado de manera fehaciente que hay una coexistencia de asma y rinitis en muchos pacientes³, que claramente supera la que se produciría por el azar, ya que si bien la prevalencia del asma en los pacientes sin rinitis es menor de un 2%, se sitúa entre un 10 y un 40% dependiendo de los estudios entre los pacientes con rinitis⁴. Pero además, si bien cualquier paciente con rinitis puede padecer también de asma, los pacientes con formas moderadas o graves de rinitis persistente tienen más probabilidades de tener asma como comorbilidad que aquellos con rinitis alérgica intermitente o con formas más leves de rinitis⁵.

Visto desde el otro punto de vista, el de los pacientes asmáticos, la mayoría de ellos presentan rinitis. De hecho la rinitis es un factor de riesgo para el asma independiente de la alergia. Tanto en niños como en adultos que presentan asma, los pacientes que a su vez presentan una rinitis concomitante presentan más hospitalizaciones y visitas al médico general relacionadas con su asma, como a su vez el coste de la medicación utilizada para el asma es mayor que en aquellos que presentan asma sin rinitis⁶. En general,

también estos pacientes con comorbilidad asma-rinitis presentan más ausencias al trabajo y un descenso de la productividad⁷.

La relación entre el asma y la rinitis es especialmente importante en las áreas urbanas de los países desarrollados⁸. La prevalencia de asma y de rinitis es mucho más baja en las zonas rurales y en los países menos desarrollados, aunque posiblemente una parte de ello se deba a infradiagnóstico, bien por darle menor importancia a los síntomas, o por tener menor acceso a los servicios sanitarios⁹.

En España, según los datos del estudio RINAIR, un 71% de los pacientes asmáticos atendidos en las consultas de neumología presenta rinitis¹⁰, siendo en general los asmáticos que presentan rinitis más jóvenes y con una menor gravedad de la afectación funcional pulmonar. En este estudio la atopía se relacionó con el asma asociado a rinitis y el tratamiento de la rinitis tiende a mejorar la función pulmonar.

Diagnóstico de la rinitis alérgica en atención primaria

La rinitis alérgica es una inflamación de la mucosa nasal mediada por IgE después de la exposición a un determinado alérgeno. La base fundamental del diagnóstico es una historia clínica detallada, en la que la exposición a desencadenantes ambientales es un punto crucial.

Los síntomas típicos de la rinitis alérgica son los estornudos (que suelen ser Paroxísticos), el prurito en ojos, nariz, paladar y oídos, la rinorrea acuosa anterior y la obstrucción nasal bilateral, siendo este último muy frecuentemente el síntoma más molesto para estos pacientes. Con frecuencia suele haber historia familiar, sensibilidad a alérgenos específicos y coexistencia de asma y/o eczema.

Otros síntomas incluyen: hiposmia o anosmia, que si bien es rara en la rinitis alérgica no es extraño que el sentido del olfato se encuentre ligeramente afectado¹¹, ronquidos y problemas del sueño¹², goteo postnasal y tos crónica, en particular cuando se complica con una rinosinusitis crónica¹³, y también puede inducir sedación por la propia enfermedad, independiente de la que producen los medicamentos para tratarla.

Además de tener en cuenta los síntomas que sugieren una rinitis alérgica, en atención primaria hay que valorar los síntomas que habitualmente no están asociados a esta enfermedad y que deben orientar hacia otros cuadros patológicos, entre ellos se encuentran la presencia de síntomas unilaterales, la obstrucción nasal como síntoma aislado, la rinorrea mucopurulenta, la rinorrea posterior con secreción mucosa espesa y/o que no se acompaña de rinorrea anterior, el dolor facial, las epistaxis recurrentes, la anosmia, la deformidad facial, la hipoacusia unilateral y las adenopatías cervicales. La presencia de estos síntomas debe hacer pensar en la presencia de patología estructural, ante la cual el paciente debe ser derivado al otorrinolaringólogo.

Se debe hacer una exploración de la fosa nasal, que es prácticamente obligatoria cuando la rinitis es perenne, y que puede ser realizada en atención primaria con ayuda del otoscopio. No obstante, lo ideal es hacer una rinoscopia anterior usando un espéculo, en la cual podemos apreciar el aspecto de la mucosa nasal y del moco, la existencia de pólipos y/o cuerpos extraños y el estado de los cornetes. El siguiente paso en la exploración es la endoscopia nasal que puede ser útil cuando se produce un fracaso del tratamiento.

Es importante recordar, que muchos pacientes no acuden a la consulta de un médico por síntomas nasales. A pesar de ello, la mayoría de los pacientes con rinitis alérgica son vistos en atención primaria, donde muchas veces por motivos prácticos es posible hacer el diagnóstico de rinitis únicamente con la anamnesis

y la exploración física sin ninguna otra prueba complementaria.

Cuando la historia clínica no es evidente y es difícil identificar al alérgeno, está indicado en el paciente con síntomas persistentes a pesar del tratamiento la realización de pruebas complementarias, derivando al paciente al siguiente nivel asistencial cuando sea necesario. Se puede llegar así al ideal en el diagnóstico de la rinitis alérgica, que es la concordancia entre una historia típica y los test diagnósticos. Dichos test están basados en la demostración de IgE específica frente al alérgeno en la piel (mediante test cutáneos) o en sangre (determinación de IgE específica).

Los test de hipersensibilidad inmediata en piel (especialmente el Prick test por su alta sensibilidad y bajo coste) son una herramienta de primer orden en el campo de la alergia. Son muy usados y están muy experimentados, y cuando están correctamente realizados sirven para confirmar el diagnóstico de una alergia específica. Su mayor problema es que por la complejidad y la rigurosa metodología en su realización e interpretación es conveniente que sean llevados a cabo por profesionales entrenados¹⁴, lo cual dificulta su petición por parte de la atención primaria, que muchas veces trata por este motivo la rinitis de forma empírica.

A pesar de su alta reproductibilidad y eficiencia, incluso cuando los falsos positivos y negativos han sido eliminados, los resultados de las pruebas cutáneas deben ser contrastados con los hallazgos de la historia clínica y la exploración física. Un test cutáneo positivo no confirma por sí solo la reactividad a un alérgeno.

La otra gran prueba es la medida de IgE específica en suero, que tiene un valor similar a las pruebas cutáneas, aunque con una sensibilidad menor y una especificidad similar¹⁵. Tiene el problema de su alto coste y de que sólo una seleccionada lista de alérgenos puede ser testada. En contraste, la IgE total tiene

un escaso valor predictivo para determinar alergia y no debería ser usada como herramienta diagnóstica en la rinitis.

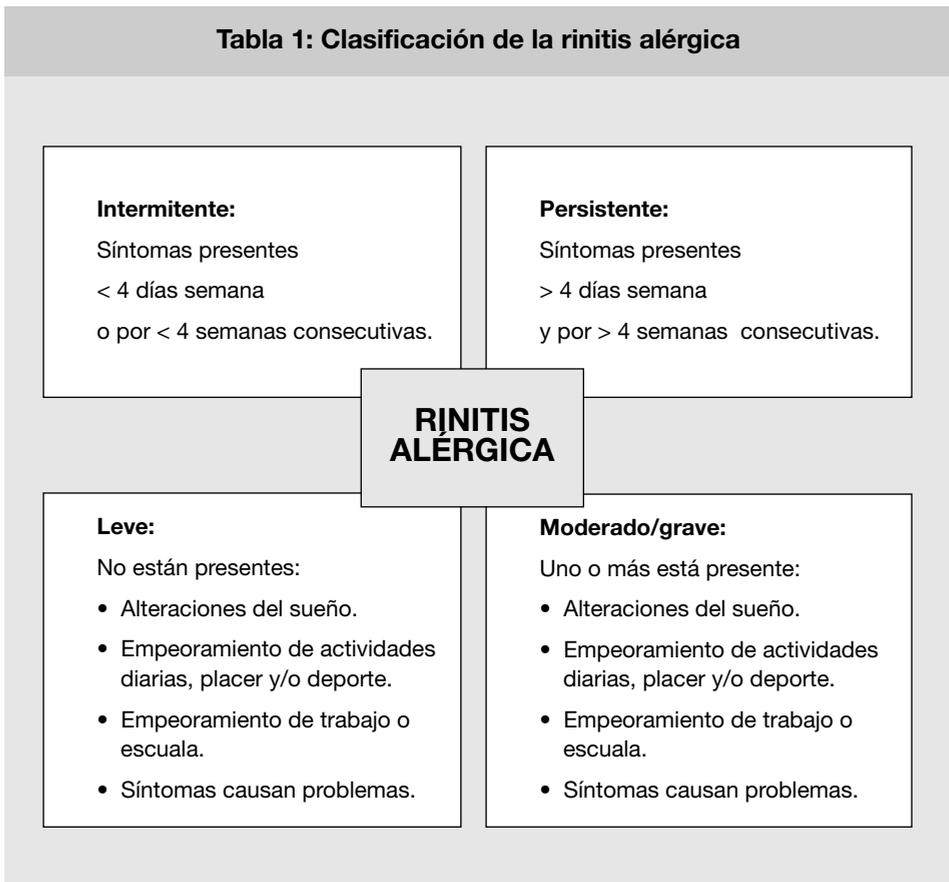
Fuera de estas dos pruebas básicas, la más utilizada es el test de provocación, que a pesar de ser más utilizada en investigación que en clínica, puede ser importante para el diagnóstico de la rinitis ocupacional. Otras pruebas: citología nasal para apreciar la eosinofilia o pruebas de imagen y técnicas rinométricas para valorar la permeabilidad de las fosas nasales, son todavía menos utilizadas y algunas de ellas están sólo al alcance del especialista.

Una vez diagnosticada, la rinitis alérgica debe ser clasificada según su duración en intermitente o persistente y según su gravedad en leve o moderada/grave. Los criterios para clasificarla aparecen en la Tabla I.

Tratamiento

La mayoría de los pacientes con asma tiene rinitis, lo que sugiere el concepto de "una vía aérea, una enfermedad". La rinitis no es solo un factor independiente

Tabla 1: Clasificación de la rinitis alérgica



de la alergia en el riesgo de presentar asma, sino que también es un factor de riesgo para el control del asma^{16,17}. Los niños y adultos con asma y rinitis comparados con los que únicamente tienen asma, no sólo presentan más hospitalizaciones y visitan más al médico de atención primaria, sino también mayores costes en la medicación antiasmática y más ausencias al trabajo y descensos de la productividad.

Hay un principio básico: el asma y la rinitis son manifestaciones de un síndrome en dos partes del tracto respiratorio, y cuanto más grave es la rinitis, más grave es el asma. Por ello, es fundamental desde atención primaria tratar y mejorar la rinitis en el paciente asmático.

El manejo de la rinitis alérgica se basa en la educación del paciente (donde se incluyen las medidas de evitación), la farmacoterapia y la inmunoterapia específica. Sus diversos componentes se exponen a continuación:

1. EVITAR FACTORES DESENCADENANTE

Aunque hay un consenso en que las medidas de evitación deberían conducir a una mejoría de los síntomas, hay muy poca evidencia que apoye el uso de métodos barrera físicos o químicos sencillos. En los pacientes polínicos se recomienda cerrar las ventanas en la casa y en el coche en la época de mayor carga polínica, utilizar filtros de aire y ducharse antes de ir a la cama para eliminar el polen del pelo y de la piel. En las alergias a ácaros del polvo se recomiendan una serie de medidas generales como evitar alfombras, cortinas de tela, aspirar a menudo, quitar el polvo con un paño húmedo, utilizar ropa de cama fácilmente lavable, etc., pero en cambio están más en discusión el uso de medidas complejas, que además son difíciles de llevar a cabo como el uso de acaricidas, filtros, lavar la ropa de cama a alta temperatura, etc. Los pacientes alérgicos a animales con piel se pueden beneficiar de la eliminación de éstos del hogar, aunque no se pueda evitar el encuentro ocasional con ellos en la calle. Si los alérgenos responsables de la

rinitis y/o del asma son ocupacionales, se debe intentar evitarlos, como por ejemplo usando guantes bajos en látex, cambiando al trabajador de puesto o utilizando medidas físicas de protección.

2. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

Corticosteroides intranasales

Son los fármacos más eficaces en el tratamiento de la rinitis¹⁹, especialmente en pacientes con síntomas persistentes e intensos, por lo que son de elección en pacientes con rinitis persistente moderada-grave. La base racional para su uso se encuentra en las altas concentraciones que pueden ser alcanzadas en la mucosa nasal con mínimos efectos adversos sistémicos²⁰. Además, mejoran tanto los síntomas nasales como los oculares. El corticoide nasal es particularmente efectivo en la congestión nasal, donde claramente es más eficaz que cualquier otro tratamiento.

Por su mecanismo de acción, la eficacia aparece las 6-12 horas tras su administración, aunque para alcanzar su máxima eficacia se requieren dos semanas, motivo por el que en la rinitis estacional se pueden utilizar de forma profiláctica dos semanas antes del comienzo de la estación polínica. Son fármacos muy bien tolerados y con escasos efectos secundarios (irritación nasal, epistaxis, costras nasales y raramente perforación del tabique nasal) que pueden ser usados durante tiempo prolongado sin atrofia de la mucosa. Cuando aparecen los efectos adversos a menudo se relacionan con una administración inadecuada.

Los distintos corticoides nasales son similares en cuanto a eficacia, pero sí hay diferencia en la tolerabilidad, siendo preferibles los que tienen menor absorción sistémica (budesonida, fluticasona o mometasona) en lugar de beclometasona. Un ejemplo es el crecimiento en los niños, que está ligeramente reducido cuando se usa beclometasona por periodos de más de un año, mientras que no se ha observado retardo de crecimiento en los ensayos con un periodo de seguimiento similar realizados con fluticasona o mometasona.

Se suele comenzar con dosis máxima, y una vez que se controlan los síntomas adecuadamente, se va bajando la dosis hasta llegar a la dosis mínima eficaz, pues hay que tener en cuenta que muchos pacientes con síntomas graves necesitarán un uso diario de forma regular. En los pacientes asmáticos el efecto de los corticoides intranasales es aditivo al efecto de los corticoides inhalados.

Antihistamínicos orales

Son fármacos que bloquean a la histamina en el receptor H1. Han demostrado ser eficaces en el control de los síntomas mediados por la histamina, como los estornudos, el picor, la rinorrea y los síntomas oculares, pero con escaso efecto sobre la obstrucción²¹. Algunos también poseen propiedades antialérgicas. En los estudios realizados han demostrado mejorar la calidad de vida de los pacientes, y en un ensayo clínico, levocetirizina ha demostrado ser costo-efectiva en el tratamiento de la rinitis perenne²². Todos son efectivos, pero la respuesta individual varía entre los diferentes pacientes. Son fármacos seguros en el tratamiento a largo plazo.

Los antihistamínicos de primera generación poseen importantes efectos adversos debidos a su acción sedativa y a sus efectos anticolinérgicos. Por ello, durante los últimos 20 años se han desarrollado nuevos antihistamínicos sin o con escasa sedación y que no son anticolinérgicos, son los llamados antihistamínicos de segunda generación.

Aunque los antihistamínicos de primera generación son efectivos, no son recomendables cuando tenemos a nuestro alcance drogas de segunda generación sin sus efectos sedativos y anticolinérgicos²³. Además, se ha demostrado que los antihistamínicos de primera generación no son coste-efectivos precisamente por el coste asociado a la sedación. Por tanto, hoy se emplean antihistamínicos de segunda generación como cetirizina, ebastina, fexofenadina, loratadina, mizolastina, y los mal llamados de tercera generación (deslo-

ratadina, levocetirizina, rupatadina) por su favorable relación eficacia/seguridad. Su acción comienza aproximadamente a las 3 horas de su administración.

Aunque su cardiotoxicidad no es un efecto de clase, ha existido preocupación por el efecto arritmogénico de terfenadina, astemizol (que prolongan el intervalo QT) y las dosis altas de difenhidramina, que han sido asociados ocasionalmente con casos fatales. También hay que tener en cuenta a la hora de manejar los antihistamínicos que muchos tienen metabolismo hepático vía citocromo P450, aunque hay algunas excepciones como cetirizina y fexofenadina, por ello hay que tener en cuenta potenciales interacciones medicamentosas, como con los antifúngicos y los macrólidos, y especial cuidado en pacientes con alteraciones hepáticas.

Los antihistamínicos son seguros y efectivos en niños. Un estudio comparativo de cetirizina frente a placebo retrasó, y en algunos casos previno, el desarrollo de asma en niños con dermatitis atópica sensibilizados al polen de gramíneas, y también, aunque en menor medida, en los sensibilizados con el polvo de casa. En los niños pequeños no deben emplearse los antihistamínicos de primera generación, pues pueden producir agitación paradójica. Estos fármacos tampoco deben ser empleados en ancianos por sus efectos anticolinérgicos.

Antihistamínicos tópicos

Los antihistamínicos intranasales (azelastina, levocabastina) tienen escasa absorción sistémica, pero son efectivos en el sitio de su administración reduciendo el prurito, los estornudos, la rinorrea y, a diferencia de los antihistamínicos orales, tienen cierta eficacia para tratar la congestión nasal²⁴. Cuando se aplican intranasales no parecen mejorar los síntomas oculares, pero si se administran a nivel ocular son efectivos para tratar los síntomas oculares alérgicos. En general los antihistamínicos tópicos son bien tolerados, se suelen prescribir dos veces al día, aunque también

pueden ser dados a demanda, y tienen ventaja sobre los orales en su rápido comienzo de acción (menos de 20 minutos). A altas dosis la azelastina puede ser tan efectiva como los antihistamínicos orales²⁵. Su efecto adverso más característico es el sabor amargo y pueden producir una ligera sedación.

Los antihistamínicos tanto orales como tópicos son menos potentes que los corticoides tópicos, especialmente en el control de la congestión, pero son más rápidos y, por tanto, de elección en pacientes con síntomas leves o intermitentes, y/o en los que se requiere un alivio rápido. Son también adecuados cuando se van a producir exposiciones predecibles a los alérgenos.

Los antihistamínicos son la terapia añadida de elección cuando el alivio de los síntomas es insuficiente con los corticoides nasales y se requiere intensificar el tratamiento.

Antileucotrienos

Los antagonistas de los receptores de los antileucotrienos son más eficaces que el placebo, equivalentes a los antihistamínicos orales (loratadina) e inferiores a los glucocorticoides nasales en el tratamiento de la rinitis estacional. En estudios con pacientes afectados de rinitis estacional y asma, montelukast mejoró tanto los síntomas bronquiales como los nasales, logrando también reducir el uso de medicación de rescate²⁶ (nº de inhalaciones de β_2 agonistas de acción corta). Está aprobado su uso en pacientes mayores de 15 años que presentan asma y rinitis conjuntamente.

Terapia combinada con corticosteroides intranasales

Hay todavía insuficientes datos para hacer recomendaciones sobre el uso de combinaciones farmacológicas para el tratamiento de la rinitis, inclusive para la combinación posiblemente más utilizada de antihista-

mínicos H_1 y glucocorticoides intranasales²⁷. No se ha logrado incrementar la eficacia con la asociación de antihistamínicos H_1 y antagonistas de los receptores de los antileucotrienos, siendo cualquiera de ellos menos efectivo que los glucocorticoides intranasales. Si parece, en cambio, que la combinación de corticoides inhalados con Bromuro de Ipratropio mejora la eficacia que se logra con cualquiera de esos fármacos de forma aislada.

Descongestionantes nasales

Son efectivos para tratar la obstrucción nasal en el corto plazo, sin embargo no mejoran ni el prurito, ni los estornudos, ni la rinorrea²⁸. Con su uso prolongado (más de 10 días) se produce taquifilaxia, produciendo inflamación de rebote de la mucosa nasal y originando una rinitis medicamentosa²⁹. Este tipo de fármacos (oximetazolina, xilometazolina, nafazolina, fenilefrina) puede ser útil inmediatamente antes de los corticosteroides nasales en el tratamiento de la obstrucción nasal severa durante periodos de hasta una semana. No se deben emplear en niños menores de 6 años, y con dudas entre los 6 y los 12 años.

Descongestionantes orales

Los vasoconstrictores orales como pseudoefedrina, fenilefrina o fenilpropranolamina tienen efectos sistémicos a nivel del SNC (irritabilidad, vértigos, cefalea, temblor e insomnio) y cardiovasculares (taquicardia e hipertensión). Se han usado combinados con los antihistamínicos orales con el objetivo de mejorar la obstrucción nasal que muestra muy poca mejoría usando sólo estos últimos. Deben utilizarse con precaución en pacientes con glaucoma de ángulo estrecho, hipertiroidismo, pacientes con retención urinaria por hipertrofia prostática, y enfermedades cardio o cerebrovasculares. No se recomiendan en menores de 12 años.

Cromonas

El cromoglicato disódico y el nedocromil sódico están disponibles por vía intranasal e intraocular. Son más eficaces que placebo, pero menos que los corticoides intranasales y antihistamínicos. Su eficacia es muy modesta a nivel nasal y resultan algo más efectivos en los síntomas oculares³⁰. Son muy seguros y pueden ser de elección en mujeres embarazadas y niños con asma leve cuyos padres no quieren utilizar glucocorticoides inhalados. Tienen una pauta incómoda de varias veces al día que dificulta su uso.

Anticolinérgicos

Bromuro de ipratropio por vía intranasal es muy eficaz para controlar la rinorrea y no afecta a los estornudos, el prurito o la obstrucción nasal³¹. Sus efectos secundarios tópicos, debidos a su acción anticolinérgica, son raros y dosis dependientes. No son fármacos de elección en la rinitis, pero pueden ser útiles en pacientes con rinorrea que no se controla con corticoides nasales y fundamentalmente en pacientes con rinitis vasomotora o mixta (alérgica y vasomotora).

Corticoides sistémicos

Son muy eficaces pero con efectos adversos importantes. Sólo se deben emplear en pacientes con síntomas muy graves (que les impiden el sueño y/o el trabajo), que no responden a otras medicaciones o que no toleran fármacos intranasales. Se emplean durante cortos periodos de tiempo, pudiéndose comenzar con prednisona 20-40mg/día³².

Otras medicaciones: ketorolaco tiene un efecto modesto cuando es usado en preparaciones oftálmicas.

3. INMUNOTERAPIA ESPECÍFICA

La inmunoterapia es la práctica de administrar dosis gradualmente crecientes de un extracto alérgico a

un paciente sensibilizado, con el objetivo de mejorar los síntomas subsecuentes asociados a la exposición a dicho alérgeno. Es el único tratamiento etiológico disponible. Con la intención de remitir la rinitis y prevenir el asma tenemos dos formas de inmunoterapia, la subcutánea y la sublingual.

Inmunoterapia subcutánea. Su eficacia está bien establecida para ambos, la rinitis y el asma. Se reducen los síntomas y la necesidad de medicación y se mejora la calidad de vida. La inmunoterapia debe utilizarse durante al menos 3 años para que persistan sus efectos a largo plazo después de su cese. Sus inconvenientes vienen de la propia forma de administración y del riesgo de reacciones sistémicas, incluyendo el shock anafiláctico. Parece alterar el curso natural de las enfermedades alérgicas, pues previene el desarrollo de nuevas sensibilizaciones en niños monosensibilizados³³ e igualmente puede prevenir el desarrollo de asma en pacientes con rinitis³⁴.

Inmunoterapia sublingual. Tiene las ventajas de su comodidad, pues es tomada por el paciente en su hogar, y de su seguridad, ya que son muy raras las reacciones alérgicas sistémicas. Sí producen efectos adversos locales: prurito, edemas de labios y boca. Es posible que también impacte en el curso natural de las enfermedades alérgicas, pero se necesitan más datos para poder confirmarlo.

Anti-IgE

El anticuerpo monoclonal anti-IgE (omalizumab) forma complejos con la IgE libre bloqueando su interacción con los mastocitos y basófilos y bajando los niveles de IgE libre en la circulación. En los pacientes con asma y rinitis, omalizumab mejoró tanto los síntomas nasales como bronquiales y redujo las visitas urgentes por asma. Omalizumab puede producir raras, pero potencialmente graves, reacciones anafilácticas. Tiene además el problema de que precisa ser administrado en un centro sanitario pues necesita supervisión tras poner las inyecciones. Esta medicación es coste-efectiva

va en el asma grave, pero no está clara en la rinitis. Se está utilizando omalizumab en la época estacional de la rinitis después de una inmunoterapia específica pre-estacional, logrando disminuir los síntomas oculares y nasales en pacientes con polinosis. En este momento no puede indicarse desde atención primaria.

Medicinas alternativas:

Muchas medicinas alternativas y complementarias han sido usadas en el tratamiento de la rinitis alérgica y del asma. Tienen el problema de que existe una clara falta de evidencia para poder recomendarlas, en gran parte porque la mayoría de los estudios realizados con ellas presentan graves problemas metodológicos, como la falta de randomización, la ausencia de grupo control, muchos de esos estudios no son ciegos y presentan medidas no cuantitativas que son difíciles de interpretar. Por tanto, algunos tratamientos usados en la rinitis, como la acupuntura, la homeopatía y los tratamientos de herbolario carecen de evidencia científica para ser firmemente recomendados.

Existen otros tratamientos como los prebióticos, las lavados con suero salino o los métodos físico-químicos (filtros nasales, máscaras, cremas bloqueantes del polen, etc.) que también precisan de más datos para poder aconsejarlos.

El consenso ARIA¹ ha propuesto un tratamiento médico por pasos para la rinitis:

- En la rinitis alérgica intermitente (RAI) leve: antihistamínicos H1 orales.
- En la RAI moderada-grave: habría que prescribir corticosteroides intranasales (una dosis equivalente a 300-400 µgr de beclometasona). Después de una semana de tratamiento, si el control es insuficiente, se deben añadir antihistamínicos H₁ y/o corticosteroides orales.

- En la rinitis alérgica persistente leve: debería ser suficiente con antihistamínicos H₁ orales o una dosis baja de corticosteroides intranasales (equivalente a 100-200 µgr. de beclometasona).
- En la rinitis alérgica persistente moderada-severa: se deben prescribir dosis altas de corticosteroides intranasales (el equivalente a 300-400 µgr de beclometasona). Si los síntomas son graves, se deben añadir antihistamínicos H₁ orales y/o corticosteroides orales al comienzo del tratamiento.

Hay grupos específicos, manejados habitualmente en atención primaria, que precisan indicaciones especiales:

En la infancia la rinitis alérgica es rara antes de los dos años de edad, pero en cambio sí es frecuente en la edad escolar. Los fundamentos del tratamiento de la rinitis en los niños son las mismas que en los adultos, si bien por su mayor fragilidad hay que tener más cuidado en evitar los efectos secundarios en este grupo de edad.

Durante el embarazo se producen cambios fisiopatológicos en la mucosa nasal, y así con frecuencia, hasta en una de cada cinco embarazadas, se presenta una congestión nasal durante el embarazo, que no es de causa alérgica, ni produce otros síntomas respiratorios, y que suele desaparecer completamente en las dos semanas siguientes al parto.

La rinitis es por tanto un problema frecuente en el embarazo, siendo uno de sus síntomas cardinales la obstrucción nasal, agravada por el embarazo³⁵. Como en muchas otras patologías en el embarazo, hay muy pocos estudios realizados sobre su tratamiento, por lo que hay que ser especialmente precavidos, pues la mayoría de los medicamentos cruzan la placenta.

Otro grupo específico son los pacientes mayores, en el que son muy frecuentes la presencia de comorbilidades y de numerosos tratamientos, entre los que

pueden encontrarse los , bloqueantes y los IECA, que pueden agravar síntomas asociados al asma y a la rinitis. Además, algunos de los tratamientos utilizados, como los descongestionantes nasales u orales, pueden agravar patologías urinarias o cardiovasculares previas. Los corticosteroides intranasales no parecen estar asociados a un mayor riesgo de fracturas en personas mayores³⁶.

Educación

La educación del paciente ofrecida desde atención primaria es esencial para el manejo de la rinitis. La información al paciente y el compartir con el médico de familia el plan de tratamiento ayuda a un mejor cumplimiento y a una optimización de los resultados. No obstante, existe escasa bibliografía sobre el beneficio de la educación en los pacientes con rinitis. Al igual que en el asma, es importante en los pacientes con una rinitis alérgica grave tener un plan escrito de autotratamiento y de lo que deben hacer en caso de emergencia.

Poco se sabe también sobre la influencia que tiene sobre esta enfermedad la formación de los profesionales de atención primaria; no obstante, en un estudio en este campo, la formación estandarizada en educación alergológica condujo a modestas mejoras en la calidad de vida de pacientes con rinitis³⁷.

Tratamiento quirúrgico:

Aunque no es un tratamiento de primera elección en la rinitis alérgica, sí que puede ser usada en algunas situaciones concretas. Así por ejemplo, en algunos pacientes con rinitis alérgica perenne puede desarrollarse una hipertrofia del cornete inferior, que es resistente al tratamiento medicamentoso, y que produce cuadros de obstrucción nasal y rino-rrhea. En estos casos, con la reducción del cornete inferior puede producirse una mejoría clínica³⁸. Ac-

tualmente hay nuevos procedimientos, cada día menos invasivos, que pueden ayudar a casos con variaciones anatómicas de la enfermedad que no mejoran con el tratamiento medicamentoso.

Las siguientes situaciones requieren intervención quirúrgica y, por tanto, derivación al siguiente nivel asistencial:

- Hipertrofia del cornete inferior resistente al tratamiento médico.
- Alteraciones del septo con relevancia funcional.
- Anormalidades anatómicas óseas con relevancia estética o funcional.
- Poliposis uni o bilateral resistente al tratamiento.
- Desarrollo de una sinusitis crónica.
- Aparición de otras patologías no relacionadas con la alergia que requieren intervención (micetoma, tumores, enfermedad de Wegener, etc).

A pesar de un correcto tratamiento basado en las guías clínicas³⁹, hasta un tercio de los pacientes con rinitis moderada o severa permanece sin controlar, y algunos de ellos incluso con síntomas graves, especialmente de conjuntivitis y de congestión nasal.

Está indicado referir al paciente a un alergólogo o a otro especialista hospitalario cuando la respuesta a los fármacos o el control ambiental es pobre, si se precisa inmunoterapia, cuando hay complicaciones crónicas o recurrentes de la rinitis (ej. sinusitis, disfunción de la trompa de Eustaquio), si se necesitan más de 2 ciclos/año de corticosteroides sistémicos para controlar los síntomas y cuando éstos persisten más de 3 meses⁴⁰.

Bibliografía

1. Bousquet J, Khaltaev N, Cruz AA, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 Update (in collaboration with the World Health Organization, GA2LEN and AllerGen). *Allergy*. 2008;63 (Suppl. 86):8-160.
2. World variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema: ISAAC. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee. *Lancet* 1998;351:1225-1232.
3. *Alergológica 2005. Factores epidemiológicos, clínicos y socioeconómicos de las enfermedades alérgicas en España en 2005.* Madrid: Egraf SA; 2006.
4. Bauchau V, Durham SR. Prevalence and rate of diagnosis of allergic rhinitis in Europe. *Eur Respir J*. 2004;24:758-64.
5. Bousquet J, Annesi-Mesano J, Carat F, et al. Characteristics of intermittent and persistent allergic rhinitis: DREAMS study group. *Clin Exp Allergy* 2005;35:728-732.
6. Gaugris S, Sazonov-Kocevar V, Thomas M. Burden of concomitant allergic rhinitis in adults with asthma. *J Asthma* 2006;43:1-7.
7. Marshall PS, O'Hara C, Steinberg P. Effects of seasonal allergic rhinitis on fatigue levels and mood. *Psychosom Med* 2002;64:684-691.
8. Burney PG, Luczynska C, Chinn S, Jarvis D. The European Community Respiratory Health Survey. *Eur Respir J*. 1994;7:954-960.
9. Szeinbach SL, Williams PB, Kucukarslan S, Elhefni H. Influence of patient care provider on patient health outcomes in allergic rhinitis. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2005;95:167-17.
10. Castillo JA, Mullol J. Comorbilidad de rinitis y asma en España (estudio RINAIR). *Arch Bronconeumol*. 2008;44:597-603.
11. Apter AJ, Mott AE, Frank ME, et al. Allergic rhinitis and olfactory loss. *Ann Allergy Asthma Immunol* 1995;75:311-316.
12. Young T, Finn L, Kim H. Nasal obstruction as a risk factor for sleep-disordered breathing. The University of Wisconsin Sleep and Respiratory Research Group. *J Allergy Clin Immunol* 1997;99:S757-S762.

13. Hadley JA, Schaefer SD. Clinical evaluation of rhinosinusitis: history and physical examination. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1997;117:S8-S11.
14. Demoly P, Michel F, Bousquet J. In vivo methods for study of allergy. Skin tests, techniques and interpretation. In: Middleton E, Reed C, Ellis E, Adkinson N, Yunginger J, Buse W, editors. *Allergy, principles and practice*, 5th edn. St Louis, MO: Mosby Co., 1998:530-539.
15. Pastorello EA, Incorvaia C, Pravettoni V, et al. Clinical Evaluation of CAP System and RAST in the measurement of specific IgE. *Allergy* 1992;47:463-466.
16. Price D, Bond C, Bouchard J, et al. International Primary Care Group (IPCRG) Guidelines: management of allergic rhinitis. *Prim Care Respir J* 2006;15:58-70.
17. Bousquet J, Van Cauwenberge P, Khaltaev N. Allergic rhinitis and its impact on asthma. *J Allergy Clin Immunol* 2001;108(Suppl. 5):S147-S334.
18. Sheikh A, Hurwitz B, Sehata Y. House dust mite avoidance measures for perennial allergic rhinitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;24:CD001563.
19. Weiner JM, Abramson MJ, Puy RM. Intranasal corticosteroids versus oral H1 receptor antagonist's allergic rhinitis: systematic review of randomized controlled trials. *BMJ* 1998;317:1624-1629.
20. Bousquet J, Van-Cauwenberge P, Bachert C et al. Requirements for medications commonly used in treatment of allergic rhinitis. *Allergy* 2003;58:192-197.
21. Simons FE. Advances in H1-antihistamines. *N Engl J Med* 2004;351:2203-2217.
22. Bachert C, Bousquet J, Canonica GW, et al. Levocetirizina improves quality of life and reduces costs in long-term management of persistent allergic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol* 2004;114:838-844.
23. Dykewicz MS, Fineman S, Skoner DP, et al. Diagnosis and management of rhinitis: complete guidelines of the Joint Task Force on Practice Parameters in Allergy, Asthma and Immunology. *American Academy of Allergy. Ann Allergy Asthma Immunol* 1998; management of allergic rhinitis. *Drugs* 1998;56:91-114.
24. Spaeth J, Schultze V, Klimek L, et al. Azelastine reduces histamine-induced swelling of nasal mucosa. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec* 1996;58:157-163.
25. McNeely W, Wiseman LR. Intranasal azelastine. A review of its efficacy in the Management of allergic rhinitis. *Drugs* 1998;56:91-114.
26. Patel P, Philip G, Yang W, et al. Randomized, double-blind, placebo-controlled study of montelukast for treating fall allergic rhinitis. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2004;92:367-373.
27. Di Lorenzo G, Pacor ML, Pelliteri ME, et al. Randomized placebo-controlled trial comparing fluticasone aqueous nasal spray in monotherapy, fluticasone plus cetirizine, fluticasone plus montelukast for seasonal allergic rhinitis. *Clin Exp Allergy* 2004;34:259-267.

28. Johnson DA, Hricik JG. The pharmacology of alpha-adrenergic decongestants. *Pharmacotherapy* 1993;13:110S-115S; discussion 43S-46S.
29. Graf P. Rhinitis medicamentosa: a review of causes and treatment. *Respir Med* 2005;4:21-29.
30. Owen CG, Shah A, Henshaw K, et al. Topical treatments for seasonal allergic conjunctivitis: systematic review and meta-analysis of efficacy and effectiveness. *Br J Gen Pract* 2004;54:451-456.
31. 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.
32. Borum P, Gronborg H, Mygind N. Seasonal allergic rhinitis and depot injection of a corticosteroid. Evaluation of the efficacy of medication early and late in the season based on detailed symptom recording. *Allergy* 1987;42:26-32.
33. Varney VA, Tabbah K, Mavroleon G, et al. Usefulness of specific immunotherapy in patients with severe perennial allergic rhinitis induced by house dust mite: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *Clin Exp Allergy* 2003;33:1076-1082.
34. Maestrelli P, Zanolla L, Pozzan M, et al. Effect of specific immunotherapy added to pharmacologic treatment and allergen avoidance in asthmatic patients allergic to house dust mite. *J Allergy Clin Immunol* 2004;113:643-649.
35. Ellegard E, Karlsson G. Nasal congestion during pregnancy. *Clin Otolaryngol* 1999;24:307-311.
36. Suissa S, Baltzan M, Kremer R et al. Inhaled and nasal corticosteroid use and the risk of fracture. *Am J Respir Crit Care Med* 2004;169:83-88.
37. Sheikh A, Khan-Wasti S, Price D, et al. Standardized training for healthcare professionals and its impact on patients with perennial rhinitis: a multicentre randomized controlled trial. *Clin Exp Allergy* 2007;37:90-97.
38. Mori S, Fujieda S, Igarashi M, et al. Submucous turbinectomy decreases not only nasal stiffness but also sneezing and rhinorrhea in patients with perennial allergic rhinitis. *Clin Exp Allergy* 1999;99:1542-1548.
39. International Consensus Report on Diagnosis and Management of Rhinitis. International Rhinitis Management Working Group. *Allergy* 1994;49(Suppl. 19):1-34.
40. Van Cauwenberge P, Bachert C, Passalacqua G, et al. Consensus statement on the treatment of allergic rhinitis. European Academy of Allergology and Clinical Immunology. *Allergy* 2000;55:116-134.