

Diagnóstico y tratamiento de la rinitis

M. T. Callén Blecua

Pediatra. CS Bidebieta. San Sebastián (España)

PUNTOS CLAVE

- El diagnóstico de rinitis alérgica (RA) se realiza por la clínica, según el patrón de síntomas. La presencia de factores de riesgo (historia personal o familiar de atopia) y una clara relación entre la exposición a neuroalérgenos y los síntomas aumentan la probabilidad diagnóstica.
- En caso de duda se deben realizar pruebas alérgicas, *prick test* (de primera elección por su alta sensibilidad y bajo coste) o bien IgE específica, según se recoge en el protocolo de identificación de alergia del GVR.
- Los descongestivos orales no están recomendados en el tratamiento del resfriado común ni de la RA en niños por sus efectos secundarios y poca eficacia.
- Los corticoides nasales (CN) son más efectivos que los antihistamínicos (AH) orales en el tratamiento de la RA en adolescentes y adultos. La evidencia es moderada en niños.
- Los CN no alteran el crecimiento final, ni el funcionamiento del eje hipotálamo-hipofisis-suprarrenal a las dosis recomendadas.
- Es razonable iniciar el tratamiento de la RA frecuente o persistente con un corticoesteroide nasal.
- La inmunoterapia subcutánea mejora los síntomas y disminuye la necesidad de medicación en los niños con RA.
- La inmunoterapia sublingual para la rinitis polínica representa una alternativa segura.
- Son necesarios más estudios prospectivos para aclarar si el tratamiento de la RA puede evitar o mejorar el control del asma.
- Los niños con RA deben ser evaluados respecto a la presencia de asma.

INTRODUCCIÓN

La rinitis es un problema común que afecta a todos; la causa más frecuente es la infección viral. El tratamiento es sintomático, los fármacos descongestivos solos o asociados a AH son ampliamente utilizados a pesar de su baja efectividad; se ha cuestionado su seguridad en el niño.

La segunda causa de rinitis es la alergia. Según estudios epidemiológicos, la prevalencia de rinitis alérgica (RA) está aumentando en los países desarrollados: en nuestro medio el 8,5% de los niños de 6-7 años y el 16,3% de los de 13-14 años refieren haber tenido síntomas de rinitis alérgica durante el último año¹. La RA y el asma son enfermedades comórbidas, lo que ha dado lugar al concepto “una misma vía aérea una enfermedad”. Además de los corticoides inhalados nasales, nuevos antihistamínicos, nuevos fármacos, antagonistas de los receptores de los leucotrienos (ARLT) y nuevas formas de inmunoterapia (sublingual) se preconizan como eficaces en la disminución de los síntomas de la rinitis, en el control del asma e incluso en retrasar su aparición.

Este artículo es una actualización del publicado en el año 2009 donde se revisaba el diagnóstico y tratamiento de la rinitis según la mejores guías de práctica clínica (GPC) seleccionadas según el instrumento AGREE, bases de datos médicas secundarias y Medline.

DEFINICIÓN E IMPACTO

La rinitis se puede definir² como la presencia de uno o más de los siguientes síntomas: estornudos, rinorrea anterior o posterior, congestión y prurito nasal. Se produce por la inflamación de la mucosa nasal.

En la RA esta inflamación se origina por una reacción mediada por IgE después de la exposición al alérgeno en las personas sensibilizadas. Estos alérgenos son los pólenes de gramíneas, árboles y plantas en primavera-otoño; y los ácaros, los animales de compañía y los hongos durante todo el año.

La RA es la enfermedad crónica más frecuente en la infancia. En ocasiones se confunde con infecciones respiratorias recurrentes. Tradicionalmente ha sido considerada una enfermedad leve y, en consecuencia, ha sido infradiagnosticada e infratratada. Hoy en día conocemos que puede alterar el sueño, la capacidad de concentración e incluso las relaciones sociales, con la consiguiente repercusión sobre la calidad de vida y el rendimiento escolar. Entre los niños con RA, el 9% refieren haber tenido síntomas de rinitis grave o severa¹ (presencia de problemas nasales que hayan impedido realizar sus actividades diarias en muchas ocasiones).

En la fase III del International Study of Asthma and Allergy in Childhood (estudio ISAAC)¹ se ha observado la tendencia creciente de los síntomas de RA en el grupo de edad 6-7 años, respecto a la fase I de este estudio, realizada en 1993-94.

La RA puede coexistir o complicarse con otras enfermedades respiratorias como asma, síndrome de apneas obstructivas durante el sueño, conjuntivitis y sinusitis.

CLASIFICACIÓN

La RA tradicionalmente se dividía en estacional, cuando los síntomas de forma típica ocurren solo en ciertas épocas del año, y perenne, con síntomas a lo largo de todo el año. Un consenso de expertos³ propone clasificarla según la duración de los síntomas en intermitente o persistente y según la gravedad y el impacto sobre la calidad de vida de los pacientes en leve y moderada-grave:

- Intermitente: menos de cuatro días a la semana o menos de cuatro semanas.
- Persistente: más de cuatro días a la semana y más de cuatro semanas.
- Leve: sueño, deporte, actividades diarias y escolares no alterados, sin síntomas molestos.
- Moderada-grave: sucede uno o más de los siguientes hechos: sueño alterado, actividad diaria deportiva o escolar alterados, síntomas molestos.

Estas clasificaciones, fruto de consenso, no de la evidencia, no concuerdan con la clínica habitual, en la que los síntomas están presentes durante casi todo el día y la mayoría de los días en la mayor parte de los pacientes, o bien en algunos casos “van

y vienen”. Sin embargo, **sí es importante para el tratamiento considerar el concepto de gravedad de la guía ARIA³: cualquier repercusión de la rinitis en la vida habitual hace que no sea leve².**

Actualmente todavía hay pocos ensayos clínicos publicados en los que se haya utilizado la clasificación nueva. Casi todos los estudios a los que haremos referencia están hechos según la clásica de rinitis, estacional o perenne.

DIAGNÓSTICO

Es importante diferenciar la rinitis alérgica de la **rinitis no alérgica (RNA)**, porque el tratamiento y el pronóstico de ambas son distintos. Solo en caso de RA serán beneficiosas la inmunoterapia y el control de las medidas ambientales (evitación de alérgenos). Los AH y CN no han probado su eficacia en la RNA. El pronóstico de la RA es distinto dada su frecuente asociación con el asma.

En la **Tabla 1** se describe un breve cuestionario⁴ que permite diferenciar la RA de otras causas de rinitis como son: la infección viral (en ocasiones complicada con una rinosinusitis), un cuerpo extraño, la hipertrofia adenoidea, problemas estructurales como desviación del tabique, pólipos, hiperplasia de cornetes y atresia de coanas, rinitis inducida por medicamentos y enfermedades sistémicas como la fibrosis quística, discinesia ciliar e inmunodeficiencia.

El diagnóstico de la RA está basado en una historia clínica detallada y la existencia de factores de riesgo; estos son los antecedentes familiares o personales de atopia. La relación con la

Tabla 1. Preguntas para el diagnóstico diferencial de la rinitis

Rinitis
¿Tiene alguno de estos síntomas? • Síntomas en solo un lado de la nariz • Rinorrea mucopurulenta • Goteo posnasal sin rinorrea anterior • Dolor facial • Epistaxis recurrente • Anosmia
Rinitis alérgica
¿Tiene alguno de estos síntomas en época estacional o al menos una hora al día en la mayoría de los días? • Rinorrea acuosa • Estornudos paroxísticos • Obstrucción nasal • Picor nasal • Conjuntivitis

Modificado de Bousquet J, et al. Allergic rhinitis management pocket referente. Allergy. 2008;63:990-6.

exposición a desencadenantes ambientales es un punto crucial de la historia. Se debe tener en cuenta que en ocasiones el síntoma cardinal de la RA puede ser la obstrucción nasal y que la rinosinusitis bacteriana es una complicación frecuente; la rinorrea purulenta, el goteo posnasal y la tos crónica en niños son los signos más característicos, pero individualmente ninguno de ellos tiene la sensibilidad y especificidad suficiente como para diferenciar la sinusitis bacteriana de la rinitis viral o alérgica⁵.

¿Son necesarias más exploraciones para diagnosticar la RA?

No hay estudios prospectivos de diagnóstico dirigidos a conocer cuál es la prueba diagnóstica más simple para diferenciar la RA de la no alérgica. Un metaanálisis que evaluó posibles estrategias diagnósticas de RA sugiere que las pruebas alérgicas (*prick test*, RAST y Phadiatop) son menos útiles que la clínica entre los pacientes que tienen una alta probabilidad pretest de tener RA según la historia.

TRATAMIENTO DE LA RINITIS INFECCIOSA (RESFRIADO COMÚN)

¿Son efectivos el suero salino, los descongestivos y los antihistamínicos?

Hay fuerte evidencia de que la administración tópica de suero salino nasal, solo o en combinación con otros fármacos, es beneficiosa tanto en la rinosinusitis como en la rinitis alérgica^{2,6,7}.

En teoría, el efecto anticolinérgico de los AH de primera generación podría reducir la secreción nasal que se produce en los catarros, de hecho, estos fármacos, solos o asociados a los descongestivos, antitusivos y expectorantes, son muy utilizados. Los pocos ensayos clínicos aleatorizados (ECA) publicados no han demostrado ninguna eficacia; por otro lado, se han comunicado en niños menores de dos años muertes por sobredosificación de pseudoefedrina, carboxamina, dextrometorfano y acetaminofen junto con pseudoefedrina². En el año 2007, la Food and Drug Administration (FDA) lanzó una alerta sobre los medicamentos OTC (*over the counter*), dispensables sin receta médica, para el resfriado y la tos y el riesgo de sobredosificación cuando la familia utiliza más de un fármaco con el mismo componente.

TRATAMIENTO DE LA RINITIS ALÉRGICA

El control de RA requiere establecer una buena relación entre el paciente, la familia y el médico, evitar los alérgenos desencadenantes y una correcta cumplimentación de los fármacos prescritos.

Medidas preventivas

Las medidas preventivas van dirigidas a disminuir la hipersensibilidad nasal en todos los tipos de rinitis, evitando el humo de tabaco, los olores fuertes, el aire acondicionado, los cambios bruscos de temperatura y la exposición a alérgenos en la RA.

¿Son eficaces las medidas de evitación de los alérgenos?

La evitación del contacto con el alérgeno es la primera medida de tratamiento; es obvio que es eficaz puesto que la rinitis polínica no se produce fuera de la estación, pero existe una considerable incertidumbre sobre la efectividad de las intervenciones diseñadas para reducir la exposición a los ácaros del polvo^{2,6,7}.

Fármacos

Los fármacos de primera línea para el tratamiento de la RA son los AH orales o en forma de spray nasal y los CN. Otras opciones son los ARLT, el cromoglicatodisódico, el bromuro de ipratropio y los descongestivos.

No hay estudios de eficacia según la gravedad de los síntomas, pocos estudios se han realizado en niños y en los que los incluyen no se han analizado como subgrupo.

¿Cuál es el fármaco de primera elección en el tratamiento de la RA?

La elección del fármaco se realizará según criterios de riesgo/coste-beneficio.

Corticoides

Corticoides nasales

Eficacia: los corticoides nasales son la medicación más eficaz para el tratamiento de la RA tanto estacional como perenne²⁻⁷. Actúan sobre todos los síntomas de la RA y se consideran el tratamiento preferido sobre cualquier otra opción en la rinitis moderada-severa, siempre que el síntoma predominante sea la obstrucción y en la rinitis persistente con mayor duración de los síntomas³. En niños menores de 12 años, según una revisión sistemática (RS) publicada por la Colaboración Cochrane, que incluye solo tres ECA, "el volumen de evidencia no es suficiente y la recomendación para usarlos dependerá de la experiencia clínica del médico y la situación de cada paciente"⁸. Estudios posteriores apoyan el uso en este grupo de edad.

Efectos secundarios: numerosos estudios han valorado su efecto sobre el crecimiento y el eje hipotálamo-hipofisis-suprarrenal sin encontrar efectos relevantes a las dosis recomendadas^{2,3,5-7}. Los efectos secundarios locales son leves, irritación de la mucosa y epistaxis; no se han observado cambios clínicos ni histológicos tras largos periodos de tratamiento.

No se han encontrado diferencias entre los distintos corticoides en cuanto a síntomas nasales, rinitis, picor u obstrucción. Es recomendable utilizar los de menor biodisponibilidad sistémica: muy baja (< 1%) propionato, furoato de fluticasona y mometasona, baja (1-15%) budesonida.

Corticoides orales

Mejoran todos los síntomas de la RA. Por sus conocidos efectos secundarios, solo se usan ocasionalmente en los casos graves y durante un periodo no superior a 5-7 días.

Antihistamínicos H1 (1.ª y 2.ª generación) orales

Eficacia: son efectivos comparados con placebo sobre el prurito nasal, estornudos y rinorrea acuosa, con poco efecto sobre la congestión y el bloqueo nasal. Son menos efectivos que los corticoides nasales, sobre todo en la congestión. No se han encontrado diferencias entre los distintos AH, ninguno ha demostrado ser mejor que otro²⁻⁷.

Efectos secundarios: producen sedación y somnolencia, sobre todo para los de primera generación. Los AH de 2.ª generación (fexofenidina, loratadina y desloratadina) no producen sedación a las dosis recomendadas; sí que producen si se emplean a dosis más altas. La cetirizina y la azelastina intranasal producen sedación a las dosis habituales².

Todos pueden causar dolor de cabeza, náuseas y sequedad de boca. La terfenadina y el astemizol han sido retirados por la posibilidad de toxicidad cardíaca.

Nuevos antihistamínicos

No hay evidencia en la práctica de que los nuevos antihistamínicos (desloratadina, levocetirizina, fexofenadina, rupatadina, bilastina) sean superiores a los ya existentes de segunda generación².

La desloratadina es segura en niños mayores de dos años, la levocetirizina es segura y eficaz en niños, frente a placebo disminuye la congestión nasal y mejora la calidad de vida.

Antihistamínicos tópicos

Azelastina y levocastina son recomendados como una alternativa a los AH orales; tienen un comienzo de acción más rápido para los síntomas tanto nasales como oculares.

No aportan beneficio adicional frente al tratamiento convencional con AH orales⁵. Pueden provocar irritación local.

Antagonistas de los receptores de los leucotrienos

Los ARLT, solos o en combinación con antihistamínicos, han probado su eficacia en el tratamiento de la RA. Son inferiores a los CN en la disminución de síntomas y en la valoración de la calidad de vida por cuestionario. Son superiores al placebo y similares a los AH (pero inferiores en síntomas oculares)²⁻⁷.

El montelukast es seguro y eficaz en los estudios realizados en niños. La FDA ha aprobado su uso en niños mayores de seis meses con rinitis perenne y en mayores de dos años con rinitis estacional. No ocurre lo mismo en nuestro medio, en el que solo ha sido aprobado para el alivio sintomático de la RA estacional en pacientes asmáticos que presentan conjuntamente rinitis y asma.

En un ECA publicado con esta indicación, montelukast es superior a placebo en la reducción de los síntomas asociados a RA estacional. Se debería determinar el beneficio obtenido con montelukast respecto al obtenido con AH o los CN en estos pacientes asmáticos.

Normalmente son bien tolerados, de manera ocasional pueden causar dolor de cabeza y síntomas gastrointestinales.

Descongestivos

Los descongestivos están disponibles en formulación oral y tópica, incluyen la pseudoefedrina, la fenilefrina y la oximetazolina. En adultos y adolescentes reducen la congestión nasal, pero en niños no hay estudios que demuestren su eficacia^{2,3}. Pueden producir insomnio, irritabilidad y palpitaciones.

Los tópicos tienen efecto rebote a partir de los 3-4 días. Por este motivo no están indicados como tratamiento continuo, pero pueden ser útiles durante tres días cuando hay un gran componente obstructivo, administrados unos minutos antes del CN²⁻⁷.

Cromonas (cromoglicato sódico)

Usado como tratamiento profiláctico por su efecto sobre mastocitos, neutrófilos, macrófagos y eosinófilos. Hay fuerte evidencia sobre la eficacia del cromoglicato disódico para disminuir los síntomas de la RA^{2,3,6,7}, pero debe ser administrado de forma preventiva (su efecto puede tardar incluso 24 semanas) y con un intervalo entre dosis corto (cada 4-6 horas). Es menos eficaz que los CN y no se han comparado con los AH y ARLT⁵.

No tiene efectos secundarios.

Anticolinérgicos (bromuro de ipratropio)

Existen pocos estudios, pero parece que en adultos reduce la rinorrea; no tiene efecto sobre otros síntomas.

Asociaciones de fármacos

Se han publicado pocos ECA que comparen las distintas alternativas y combinaciones:

- **Corticoides nasales y antihistamínicos:** no hay evidencia de que añadir un AH mejore la efectividad de los CN. En la guía ARIA³ esta combinación de tratamiento, es la indicada para pacientes con síntomas persistentes y enfermedad moderada a grave.
- **Antihistamínicos y descongestivos:** hay fuerte evidencia de la eficacia de los AH orales con la pseudoefedrina en adolescentes y adultos^{2,3,6,7}. Deberían ser usados con prudencia por los mencionados efectos secundarios.
- **Antihistamínico más ARLT:** montelukast + loratadina, no está claro que la combinación sea superior a cada uno de ellos por separado^{5,6}; en todo caso es menor que los CN²⁻⁷.
- **Corticoide + antihistamínico nasal:** evidencia reciente sugiere que la administración de CN y AH nasales combinados tienen una acción sinérgica y obtienen un mayor beneficio que la monoterapia en la RA estacional en niños mayores de 12 años y adultos.

Utilización “a demanda” de los antihistamínicos y los corticoide nasales

El uso continuo de estos fármacos es mucho más efectivo, pero “a demanda” puede ser suficiente para los síntomas muy leves o exposiciones ocasionales².

Inmunoterapia

La inmunoterapia subcutánea (ITSC) ha demostrado en numerosos ECA frente a placebo y metaanálisis que mejora los síntomas y disminuye la necesidad de medicación en los niños con RA⁹. Los efectos secundarios incluyen reacciones sistémicas graves.

Las guías de práctica clínica (GPC) más recientes sobre la RA²⁻⁷ concluyen que la ITSC está indicada en pacientes con RA monosensibilizados en los que las medidas preventivas y el tratamiento farmacológico no ha sido eficaz.

Se han identificado pocos ECA que comparen la inmunoterapia con AH o con CN en el tratamiento de la RA estacional o perenne.

¿La inmunoterapia oral es una opción segura y eficaz?

La inmunoterapia oral (ITO), fundamentalmente sublingual (ITSL), es una alternativa a la ITSC convencional que disminuye el riesgo de efectos secundarios graves, evita el rechazo al pinchazo y se puede llegar a administrar en el domicilio. En principio es segura y fácil de administrar.

Los resultados de la actualización de una RS previa publicada en la Cochrane Library, sobre el efecto de la ITSL en cuanto a disminuir los síntomas y la necesidad de fármacos en adultos y niños con RA estacional, expresados como diferencia de medias estandarizada (DME) muestran una reducción significativa en los síntomas (DME: -0,49; intervalo de confianza del 95% [IC 95]: -0,64 a -0,34); y la necesidad de medicación (DME: -0,32; IC 95: -0,43 a -0,21). No se encontraron efectos sistémicos graves, pero sí algunos efectos locales leves y gastrointestinales. Otras RS en niños apoyan con menor evidencia que en adultos el uso de la ITSL como una alternativa en pacientes muy seleccionados a la ITSC. El tratamiento con inmunoterapia puede ser coste-efectivo comparado con el tratamiento sintomático, pero solo en vacunas que producen beneficio a largo plazo (seis años)¹⁰.

Con los datos existentes hasta la fecha, no es posible determinar cuál de las dos vías de administración es superior en eficacia. La mayoría de los estudios utilizan inmunoterapia con un solo alérgeno.

La guía ARIA solo recomienda la IT sublingual en caso de RA estacional por pólenes y limita la IT sublingual frente a ácaros al contexto de ensayos clínicos.

Educación

La educación mediante un plan de acción estandarizado ha demostrado mejorar la calidad de vida de los pacientes²⁻⁷. Debe incluir información sobre las causas y mecanismos de la rinitis, sobre los síntomas y sobre las medidas de evitación de los alérgenos desencadenantes. También incluirá información acerca de los fármacos, cómo y durante cuánto tiempo usarlos y posibles efectos secundarios. El paciente debe entender que la curación completa es poco probable y que necesitará tratamiento a largo plazo, así como la importancia que tiene el buen control de la rinitis sobre la calidad de vida y para evitar posibles complicaciones.

Medicinas alternativas

Una RS que evaluó la efectividad de las medicinas alternativas en la RA: acupuntura, homeopatía y hierbas chinas, concluye que la evidencia disponible no soporta la posible eficacia de estos tratamientos. Los autores no combinaron los resultados de los diferentes estudios.

RINITIS Y ASMA

Un alto porcentaje de pacientes con RA (20-40%) tienen asma, mientras que un 30-50% de asmáticos tienen rinitis. Los alérgenos

implicados son los mismos, también el papel de los mastocitos, eosinófilos y el de los metabolitos liberados por ellos en la respuesta inflamatoria. Todos estos hechos sugieren que no se debe pensar en dos enfermedades, sino en un lugar donde se asienta el proceso de las vías aéreas y una misma enfermedad.

¿Un óptimo manejo de la rinitis puede prevenir la aparición de asma o mejorar el asma coexistente?

- **Tratamiento de la rinitis para prevenir el asma:** se ha observado en estudios de cohortes que la rinitis precede en muchos casos a la aparición clínica del asma. La inmunoterapia (método clásico de inducir tolerancia inmunológica) se ha utilizado con la finalidad de controlar la rinitis y prevenir o retrasar el desarrollo de asma en pacientes con RA. En tres estudios, dos de ellos de baja calidad metodológica en niños con RA estacional, la inmunoterapia retrasó el comienzo del asma.

Aunque los CN disminuyen la hiperactividad bronquial y parece que mejoran los síntomas del asma, ni en las bases de datos secundarias ni en Medline se han encontrado estudios dirigidos a responder si el tratamiento de la rinitis actual con CN puede prevenir el desarrollo posterior de asma.

- **Tratamiento de la rinitis para mejorar el asma:** las guías recientes sobre rinitis sugieren que el tratamiento óptimo de la misma puede mejorar el asma coexistente^{2,3,6,7}.

Una revisión Cochrane analiza el efecto de los corticoides intranasales para el control del asma en pacientes con asma y rinitis coexistentes. No se demuestra ninguna diferencia, existiendo una tendencia a favor de los CN en la medida del FEV1 y en los síntomas de asma.

Los fármacos que pueden actuar conjuntamente sobre los dos procesos en toda la vía aérea son los ARLT y los anticuerpos monoclonales recombinantes humanizados anti-IgE. El montelukast, como se ha comentado anteriormente, está aprobado para ambas indicaciones. Los anti-IgE (omalizumab) son eficaces en la profilaxis de la RA estacional y perenne en adultos y niños mayores de seis años, así como en la mejoría de los síntomas y calidad de vida del asma. Solo están aceptados para el tratamiento del asma grave.

OTRAS ENFERMEDADES ASOCIADAS CON LA RINITIS ALÉRGICA

Se ha observado un aumento del síndrome de apneas obstructivas durante el sueño en niños con rinitis crónica^{2,3}.

A pesar de que es universalmente aceptado que la RA es un factor de riesgo para la otitis, los diversos estudios no han establecido una relación causa efecto entre la RA, la otitis media aguda y la otitis media serosa recurrente².

Es muy frecuente la asociación rinoconjuntivitis alérgica. Algunos estudios comparativos han demostrado que la combinación de CN y gotas oculares de AH es más eficaz y causa menos sequedad en los ojos que la combinación de CN y AH oral.

MANEJO DE LA RINITIS ALÉRGICA

En la [Figura 1](#) se describe un esquema de diagnóstico y tratamiento basado en las pruebas de eficacia ([Tabla 2](#)) y seguridad de los distintos medicamentos.

El tratamiento de elección dependerá en gran medida de la frecuencia, severidad, duración de los síntomas y del tratamiento previo.

En la RA moderada-severa el tratamiento de elección son los CN; solo en la RA leve u ocasional pueden ser apropiados los AH orales.

Se debe tener en cuenta la edad de autorización en ficha técnica⁵.

En los casos de síntomas no controlados con CN debería añadirse un segundo fármaco. Las opciones incluyen un AH oral (de elección) o nasal, montelukast o un antihistamínico asociado a un descongestivo.

La combinación de un AH y un descongestivo (en adolescentes) puede ser una alternativa para los pacientes que no cumplen o en los que están contraindicados los CN.

El seguimiento se hará a las 4-6 semanas de iniciado el tratamiento. Antes de añadir otro fármaco, hay que valorar la técnica de la administración ([Figura 2](#)), el cumplimiento, las medidas de evitación, la posible sobreinfección bacteriana y el diagnóstico. En caso de mala evolución, derivar a consulta especializada.

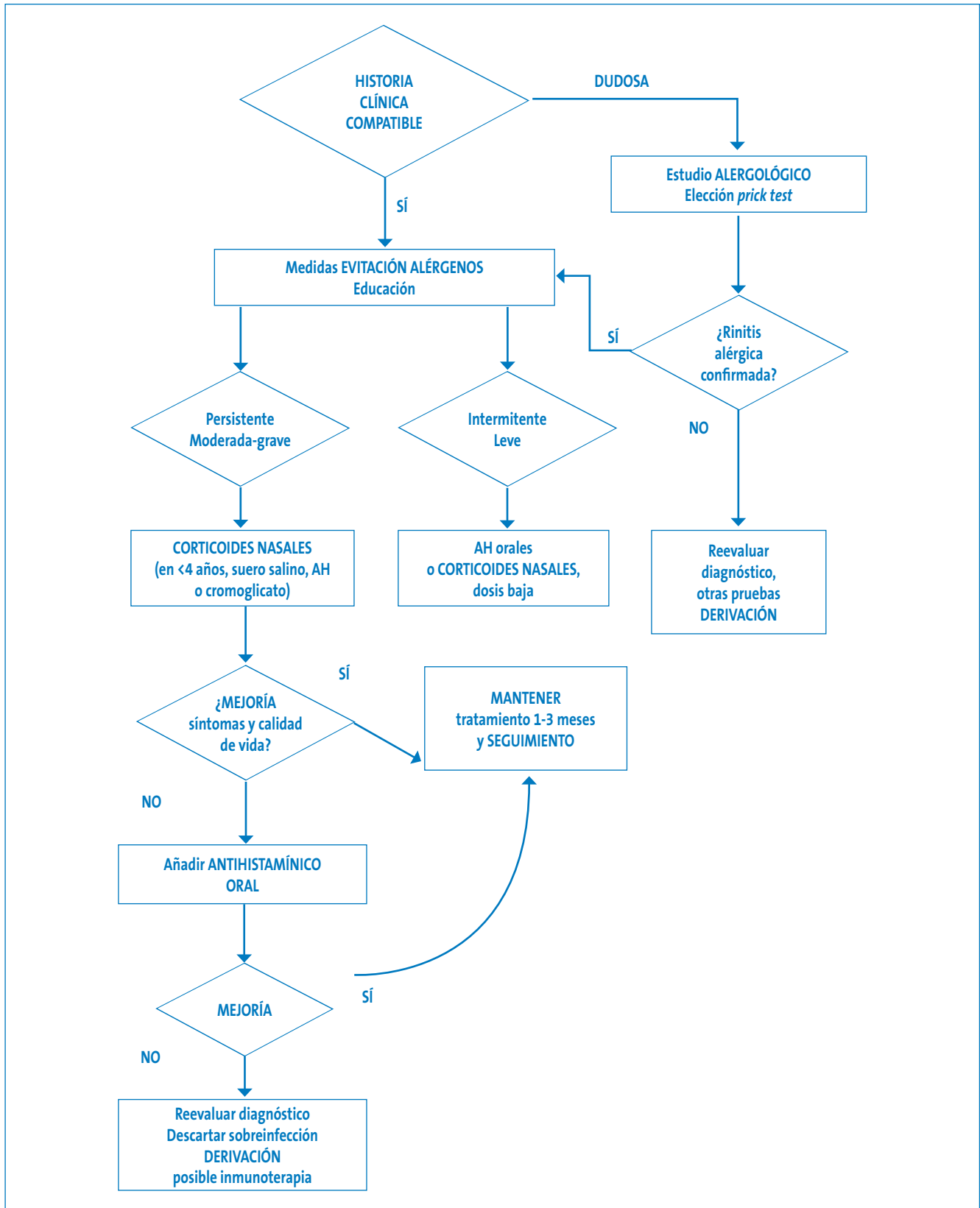


Figura 1. Manejo de la rinitis alérgica en Atención Primaria

Tabla 2. Eficacia de los fármacos en los síntomas de rinitis alérgica

	Rinorrea	Estornudos	Picor	Obstrucción	Síntomas en los ojos
Glucocorticoide nasal	+++	+++	++	+++	++
Antihistamínico					
Oral	++	++	+++	+	++
Nasal	++	++	++	+	0
Cormoglicato					
Nasal	+	+	+	+	+
Ocular	0	0	0	0	++
Antileucotrienos	++	++	++	+	+
Descongestivo					
Nasal	0	0	0	++++	0
Oral	0	0	0	+	0

+++; muy eficaz; ++; poco eficaz; 0; no eficaz.

Modificado de Van Cauwenburge P. Allergy. 2000;55:11.



Fuente: Scadding GK.

Figura 2. Postura correcta para la administración de fármacos en forma de espráis nasales

PREVENCIÓN PRIMARIA DE LA RINITIS ALÉRGICA³

- Evitar la exposición precoz a ácaros y mascotas no disminuye el riesgo de alergia.
- No se ha establecido un efecto protector de la lactancia materna sobre la RA, pero se debe mantener la recomendación general a todos los niños.
- No se ha establecido una clara relación entre tabaco y atopia, pero se sigue la recomendación general de evitar la exposición al humo de tabaco desde la gestación.
- Actualmente no hay evidencia para recomendar el uso de probióticos u otros agentes bacterianos.
- No están recomendados cambios en la alimentación de la madre ni el niño.

El futuro puede estar en la inmunoterapia preventiva y las “vacunas alérgicas”.

CUADERNO DEL PEDIATRA

- El diagnóstico de la rinitis se hace en base a los síntomas; en la rinitis alérgica (RA) son muy importantes los factores de riesgo. En caso de duda hacer un *prick test* (primera elección) o IgE específica.
- Instruir al paciente en medidas básicas de control ambiental para minimizar los irritantes y la exposición al alérgeno
- Los fármacos descongestivos, solos o asociados a antihistamínicos (AH), no están indicados en el tratamiento del catarro.
- Los corticoides nasales (CN) son la primera línea de tratamiento para la RA, imprescindibles en la RA moderada-severa.
- Evaluar al cabo de una o dos semanas. Utilizar siempre la dosis mínima eficaz. Los efectos pueden ser aditivos cuando se usan otros corticoides.



- Cuando no hay una respuesta adecuada al tratamiento inicial, está indicado asociar un antihistamínico. Una vez alcanzado el control se volverá a un solo fármaco.
- Los CN de menor biodisponibilidad sistémica son la fluticasona, la mometasona y la budesonida. Entre los AH, cetirizina y loratadina son de elección según criterios de uso racional del medicamento. Tener en cuenta la edad de autorización en ficha técnica.
- Otras medicaciones como cromoglicato, antihistamínicos nasales y antileucotrienos son mucho menos coste-eficientes, pero pueden ser coadyuvantes o alternativas en algunos casos.
- La derivación a Atención Especializada se realizará en los casos no controlados; se debería reevaluar el diagnóstico o valorar la inmunoterapia.
- Se debe investigar siempre la presencia de asma.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arnedo-Pena A, García-Marcos L, García Hernández G, Aguinagua Ontoso I, González Díaz C. Tendencia temporal y variaciones geográficas de la prevalencia de síntomas de rinitis alérgica en escolares de 6-8 años de ocho áreas españolas, según el ISAAC. *An Pediatr (Barc)*. 2005;62:229-36.
2. Wallace DV, Dykewicz MS, Bernstein DI, Blessing-Moore J, Cox L, Khan DA, *et al*. The diagnosis and management of rhinitis: an updated practice parameter. *J Allergy Clin Immunol*. 2008;122:S1-84.
3. Brozet JL, Bousquet J, Baena-Cagnani CE, Bonini S, Canonica GW, Casale TB, *et al*. Allergic rhinitis and its impact on Asthma (ARIA) guidelines: 2010 revision. *J Allergy Clin Immunol*. 2010;126:466-76.
4. Bousquet J, Reid J, Van Weel C, Baena Cagnani C, Canonica GW. Allergic rhinitis management pocket reference 2008. *Allergy*. 2008;63:990-6.
5. Callén Blecua M, Bercedo Sanz A, Grupo de Vías Respiratorias. Protocolo de rinitis alérgica. El pediatra de Atención Primaria y la rinitis alérgica. Protocolo del GVR (publicación p-GVR-6). En: Respirar.org [en línea] [consultado el 16/12/2015]. Disponible en: http://www.respirar.org/images/pdf/grupovias/rinitis_alergica_p_gvr_6_2009.pdf
6. Scadding GK, Durham SR, Mirakian R, Jones NS, Leech SC, British Society for Allergy and Clinical Immunology. BSACI guidelines for the management of allergic and non-allergic rhinitis. *Clin Exp Allergy* 2008;38:19-42.
7. De Guzmán DA, Bettcher CM, Harrison RV, Holland CL, Kileny S, Terrell JE. Allergic rhinitis. Guidelines for clinical care. En: University of Michigan Health System [en línea] [actualizado en octubre de 2013, consultado el 16/12/2015]. Disponible en: <http://www.med.umich.edu/1info/FHP/practice-guides/allergic/allergic.pdf>

8. Al Sayyad JJ, Fedorowicz Z, Alhashimi D, Jamal A. Topical nasal steroids for intermittent and persistent allergic rhinitis in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(1):CD003163.

9. Kim JM, Lin SY, Suárez-Cuervo C, Chelladurai Y, Ramamathan M, Begal JB, *et al*. Allergen-specific immunotherapy for pediatric asthma and rhinoconjunctivitis: a systematic review. *Pediatrics*. 2013;131:1155-67.

10. Meadws A, Kaambwa B, Novielli N, Huissoon A, Fry-Smith A, Meads C, *et al*. A systematic review and economic evaluation of subcutaneous and sublingual allergen immunotherapy in adults and children with seasonal allergic rhinitis. *Health Technol Asses*. 2013;17:vi, xi-xiv, 1-322.

LECTURA RECOMENDADA

- Wallace DV, Dykewicz MS, Bernstein DI, Blessing-Moore J, Cox L, Khan DA, *et al*. The diagnosis and management of rhinitis: an updated practice parameter. *J Allergy Clin Immunol*. 2008;122:S1-84.

Es la guía de práctica clínica sobre rinitis que mayor puntuación obtuvo al evaluarla cuatro miembros del Grupo de Vías Respiratorias mediante el instrumento AGREE (herramienta genérica diseñada principalmente para ayudar a productores y usuarios de guías de práctica clínica, en la evaluación de la calidad metodológica de estas). Expresa con claridad y rigor todos los aspectos de diagnóstico y tratamiento de la rinitis y ha sido actualizada en 2013.