

SUMARIO

- Rinitis alérgica
- Nuevos principios activos: revisión 1999
- Informaciones de interés:
 - Nuevas indicaciones autorizadas en 1999

del Sistema Nacional de Salud

Vol. 24-N.º 1- 2000

Dirección Internet: <http://www.msc.es/farmacia/infmedic>

Rinitis alérgica

Rodríguez Mosquera M. *

RESUMEN

■ La rinitis es uno de los síndromes más frecuentes en la práctica médica habitual, que presenta una etiología variable. Aunque se la considera un proceso poco importante, se debe tener en cuenta sobre todo sus formas crónicas ya que afectan considerablemente la calidad de vida de los pacientes.

En este trabajo se definen los distintos tipos de rinitis haciendo hincapie sobre la rinitis alérgica estableciendo su diagnóstico y tratamiento.

PALABRAS CLAVE: Rinitis alérgica. Diagnóstico. Tratamiento.

Inf Ter Sist Nac Salud 2000; 24:1-8

ABSTRACT

■ Rhinitis is one of the more often syndromes in the diary medical practice, which presents variable ethiology. Although it considers an unimportant pathology it must take into account that its chronic types affect substantial the quality life of the patients.

In this article is defined the different types of rhinitis making special point of the allergic rhinitis and its diagnostic and management.

KEY WORDS: Allergic rhinitis. Diagnostic. Treatment.

INTRODUCCION

La rinitis es el síndrome producido por la inflamación de la mucosa de las fosas nasales, que se caracteriza clínicamente por síntomas de obstrucción nasal y congestión de las áreas adyacentes (es frecuente la afectación ocular y de senos paranasales). Suele acompañarse de prurito nasal y estornudos, anosmia y diversos grados de alteración en el estado general, con ó sin fiebre.

Considerada en conjunto constituye uno de los motivos de consulta más frecuentes en Medicina General, ya que son estos los síntomas más habituales de las infecciones virales de vías respiratorias, alergia a antígenos inhalados o irritación por otras causas de vías respiratorias altas, problemas todos ellos habituales.

A pesar de su elevada prevalencia, es considerado frecuentemente un problema banal, por no poner en

riesgo la vida del paciente, sin considerar que se trata de enfermedades que, especialmente en sus formas crónicas, interfieren de manera notable con la calidad de vida. Múltiples trabajos que utilizando cuestionarios validados de Calidad de vida han establecido que la rinitis entorpece la actividad diaria, dificulta la concentración y por tanto disminuye rendimientos escolares y laborales, entorpece las relaciones sociales e impide el sueño. Por todo ello constituye una causa frecuente de absentismo laboral y escolar, lo que hace que el paciente reclame rápido alivio de sus síntomas; con ello, además de mejorarle, evitaremos las posibles complicaciones que pueden aparecer en el curso de la enfermedad.

El coste derivado del absentismo ha de sumarse al del consumo de recursos sanitarios y de productos farmacéuticos, cada vez más eficaces y costosos. Parece claro por tanto que un adecuado enfoque diagnóstico y terapéutico de estos problemas desde su inicio, será de alta rentabilidad en calidad de vida y coste económico del problema.

(*) Sº Alergología. Hospital Universitario Clínica «Puerta de Hierro». Madrid.

DEFINICION Y CLASIFICACION

Hemos definido la rinitis como la inflamación de la mucosa nasal de cualquier etiología, cuya expresión clínica es la congestión, estornudos e hipersecreción serosa o mucosa. Estos son síntomas de respuesta fisiológica normal a la irritación, por lo que para ser considerados patológicos, en el trabajo ya clásico de Mygind se estableció que deben aparecer al menos de media a una hora al día la mayor parte de los días (1).

En la bibliografía sobre el tema, se manejan diferentes clasificaciones, sin que ninguna se haya aceptado universalmente, ya que al tener que agrupar enfermedades de etiologías y patogenias diversas (frecuentemente desconocidas), que se expresan con un espectro de síntomas limitado y reiterativo, frecuentemente unos grupos se solapan con otros y toda clasificación resulta cuestionable. Por otra parte esto no es más que la traducción de como se plantea habitualmente el problema en la práctica cotidiana, en que es frecuente que una alteración anatómica coexista con enfermedad alérgica y problemas irritativos, todo lo que ha facilitado la sobreinfección.

Según que su *duración* sea mayor ó menor de 14 días, serán *agudas ó crónicas*. De acuerdo a su *etiología*, Mygind (2) las clasifica en *infecciosas* y *no infecciosas*. Nosotros hemos seguido el criterio de Meltzer y cols (3), que las dividen en tres grupos atendiendo a su *patogenia*: *inflamatorias*, *no inflamatorias* y *estructurales*. Este mismo criterio se ha seguido en la reciente monografía sobre el tema, coordinada por J.M. del Negro y cols (4), aunque también nosotros la adoptamos modificada. Ver Tabla I.

Aunque el tema de esta revisión son las rinitis alérgicas, describiremos someramente los más frecuentes de entre los cuadros mencionados, con los que siempre se debe establecer diagnóstico diferencial y que son en muchos casos susceptibles de tratamiento sintomático similar al que describiremos para las alérgicas.

A) RINITIS INFLAMATORIAS

• RINITIS ALÉRGICA

Es la causada por la exposición de pacientes sensibilizados a antígenos generalmente inhalados y mediada inmunológicamente fundamentalmente por un mecanismo de hipersensibilidad tipo 1.

Se caracteriza por estornudos en salvas, obstrucción y prurito nasal, con hidrorrea que puede alternar con secreción mucosa transparente. La obstrucción es

TABLA I

A) <u>RINITIS INFLAMATORIAS</u>	
– RINITIS ALÉRGICA EOSINOFÍLICA	
– Estacional	
– Perenne	
– RINITIS EOSINOFÍLICA NO ALÉRGICA	
– RINITIS INFECCIOSA	
– POLIPOSIS NASAL	
– RINITIS ATRÓFICA	
– MASTOCITOSIS NASAL	
– RINITIS GRANULOMATOSA	
B) <u>RINITIS NO INFLAMATORIAS</u>	
– RINITIS VASOMOTORA	
– Disfunción autonómica	
– Asociada a condiciones sistémicas	
Embarazo	
Hipotiroidismo	
– RINITIS MEDICAMENTOSA	
– Abuso de vasoconstrictores locales	
– Medicaciones sistémicas:	
Antihipertensivos	
Contraceptivos	
Psicofármacos	
Drogas de abuso:	
Cocaína	
Alcohol	
Nicotina	
C) <u>RINITIS ESTRUCTURALES</u>	
– Desviaciones septales	
– Hipertrofia adenoidea	
– Hipertrofia de cornetes	
– Alteraciones de la motilidad ciliar.	
– Rinitis por cuerpos extraños	
– Tumores	
– Rinorrea de LCR	

generalmente alternante, y si es fija unilateral se debe descartar causa anatómica del problema. En general se acompaña de enrojecimiento ocular, prurito y lagrimeo, con edema palpebral. Puede aparecer prurito ótico y del velo del paladar y frecuentemente síntomas de cefalea, astenia, fatigabilidad, irritabilidad e insomnio. Hasta un 20% de pacientes desarrollan síntomas de asma coincidiendo con su rinoconjuntivitis.

Aparece a cualquier edad, aunque es más frecuente en niños y adultos jóvenes, en los que la incidencia llega a ser del 20 % en algunas series, que se estiman infravaloradas por ser únicamente de pacientes que acuden a tratamiento (5). Es rara la curación espontánea de la enfermedad, aunque frecuentemente los síntomas disminuyen con la edad.

Se dividen en *estacionales*, (producidas fundamentalmente por la inhalación de pólenes), y *perennes*, debidas principalmente a ácaros y epitelios de ani-

males. En las primeras lo más llamativo es el prurito que produce estornudos en salvas, mientras que en las segundas el síntoma principal es la obstrucción nasal.

* La polinosis (*rinitis estacional*) constituye el 75% de las rinitis alérgicas y los pacientes presentan síntomas cada año coincidiendo con la polinización de las plantas a las que están sensibilizados, lo que sucede en general en meses de primavera (la mayoría de pacientes se sensibilizan a pólen de gramíneas y olivo), pero de manera creciente van apareciendo pacientes con síntomas en meses de invierno y principios de primavera por pólenes de árboles. Dependiendo de las áreas geográficas, es frecuente la sensibilización a malezas, especialmente parietaria, con síntomas más tardíos. En cualquier caso los síntomas son más intensos si la exposición al aire libre ha sido prolongada y con ejercicio, especialmente si es a las horas de mayor polinización (entre las 5 y 10 h, y entre las 19 y 22 horas) y se incrementa los días soleados y de viento, mejorando los días húmedos y lluviosos. Los años con alta pluviometría en otoño, presentan mayores índices de polinización estacional.

* En las *rinitis perennes*, los síntomas no tienen estacionalidad, aunque no tienen por qué ser continuos; la obstrucción crónica de la fosa nasal facilita la aparición de sinusitis recidivantes ó crónicas, por obstrucción del drenaje de los senos y es común la disminución del olfato y el gusto. En general son por sensibilización a ácaros que parasitan el polvo doméstico, dependiendo su proliferación del grado de humedad y temperatura ambiente. Abundan no solo en ambiente doméstico, sino también en zonas de almacenamiento de grano y otros materiales, siendo en este caso alérgenos profesionales. Las esporas de hongos son con menos frecuencia causa de sensibilización, pero han de considerarse, sobre todo en cuadros que se agravan en verano y comienzo del otoño. Producen asma acompañante con alta frecuencia, siendo los más significativos la *Alternaria* y *Cladosporium*.

Dada la frecuencia creciente de animales domésticos en los domicilios, las escamas dérmicas especialmente de perros y gatos, pero también de hamsters y otros roedores, constituyen una de las causas habituales de rinoconjuntivitis, ya que son muy sensibilizantes y la exposición a ellos se produce durante largas horas.

Merecen mención aparte los alérgenos profesionales, como pueden ser las harinas, enzimas, maderas, latex e incluso medicamentos, por las repercusiones económicas que comporta.

Fisiopatológicamente los síntomas dependen de la reacción de los antígenos inhalados por el sujeto sensibilizado con un anticuerpo específico de la clase IgE unido a los basófilos de las secreciones nasales y mastocitos localizados intraepitelialmente que darían lugar a la liberación de mediadores con el consiguiente aumento de la permeabilidad de la mucosa, lo que permite al antígeno contactar con los mastocitos submucosos. Mediante un test de provocación nasal específica se han detectado en las secreciones nasales los mediadores responsables de la reacción inflamatoria (6).

Durante la respuesta nasal inmediata hay un aumento de histamina, PGD₂, kininas, TAM esterasa y leucotrienos C₄ y D₄. Además de la respuesta inmediata se puede observar una respuesta tardía tras varias horas de la provocación. En los lavados nasales efectuados en esta fase se encuentran los mismos mediadores a excepción de la PGD₂. La PGD₂ no es producida por los basófilos por lo que se cree que esta fase es debida a los mismos. Esto se apoya también en el hecho de que los corticoides, que inhiben a los basófilos y no a los mastocitos, en un ciclo corto bloquean la obstrucción y la liberación de mediadores en la fase tardía, no afectando la respuesta inmediata (7).

Tras la provocación unilateral se produce congestión homolateral debido a la secreción de estos mediadores que producen vasodilatación e incremento de la permeabilidad vascular. La hipersecreción contralateral se produce por un mecanismo reflejo parasimpático, que estimula la secreción glandular (2).

• RINITIS EOSINOFILICA NO ALÉRGICA

Se podría definir como una rinitis perenne, de causa no inmunológica, o al menos conocida, que se acompaña frecuentemente de eosinofilia en el exudado nasal, de poliposis nasosinusal o hiperplasia de mucosas de senos maxilares, que mejoran fundamentalmente con esteroides y que con frecuencia van unidas a asma bronquial(8).

En general la obstrucción nasal es muy intensa y bilateral, y la hidrorrea profusa, siendo escasos los estornudos y el prurito nasal; generalmente la afectación conjuntival es mínima o no existe. Se asocia frecuentemente a intolerancia a AINEs, asma y poliposis nasal (triada ASA).

La patogenia es desconocida, aunque se supone que es el equivalente al asma intrínseco en las vías aéreas superiores. Los estímulos no inmunológicos que inducen la liberación de mediadores, además de los productos derivados de los eosinófilos, incluyen

productos de la pared bacteriana, sustancia P, componentes C3a y C5a del complemento y la presencia de un ambiente hiperosmolar y factores liberadores de histamina. Estos últimos, además, potencian la liberación de histamina mediada por IgE.

- RINITIS INFECCIOSA

Las infecciones de la mucosa nasal pueden ser producidas por virus y bacterias, y, con menor frecuencia, por hongos. Su curso puede ser agudo o crónico. La complicación más frecuente es la propagación de la infección a las vías respiratorias inferiores y senos paranasales y en niños a oído medio.

Cuando en un determinado paciente se producen con especial frecuencia estas formas de rinitis, se debe descartar que exista alguna causa anatómica que lo facilite o bien alguna forma de inmunodeficiencia o defecto ciliar. Las otras formas de inflamación crónica descrita pueden complicarse con sobreinfección.

- RINITIS GRANULOMATOSA

La granulomatosis de Wegener cursa con úlceras destructivas de las fosas nasales y senos, de etiología desconocida. Su diagnóstico, como el de la sarcoidosis, requiere biopsia.

- POLIPOSIS NASAL

Los pólipos nasales son formaciones saculares mucosas llenas de líquido edematoso y que surgen generalmente del interior de los senos etmoidales y protruyen a la cavidad nasal a través del meato medio.

Generalmente son múltiples y bilaterales y tienen gran tendencia a la recidiva. Son raros en la infancia debiéndose descartar en este caso fibrosis quística (hasta en un 25% de los casos). Frecuentemente se asocian a asma y/o intolerancia a AINEs, pero lo más habitual es que aparezcan aislados. La alergia no parece predisponer al desarrollo de polipos más que otras formas de inflamación crónica de la mucosa nasal.

- RINITIS ATROFICA

Se debe a un proceso degenerativo de la mucosa nasal, siendo reemplazada ésta por epitelio escamoso queratinizado. Clínicamente cursa con sensación de obstrucción severa y producción escasa de moco viscoso, siendo frecuente la sobreinfección bacteriana que crea el ozena de olor fétido.

La sensación de flujo aéreo nasal se debe al enfriamiento de receptores sensoriales de la mucosa. La

destrucción de éstos receptores hace que estos pacientes refieran sensación de obstrucción intensa a pesar de resistencias nasales bajas (9).

- MASTOCITOSIS NASAL

Los sujetos afectados presentan obstrucción nasal acompañada o no por rinorrea abundante. No existe prurito ni estornudos. Puede asociarse a cefaleas o asma. Es frecuente que se precipite por irritantes inespecíficos. Se produciría por liberación de mediadores de mastocitos no estimulada por IgE (10).

B) RINITIS NO INFLAMATORIAS

- RINITIS VASOMOTORA O COLINÉRGICA

Se caracteriza por hidrorrea profusa y generalmente obstrucción nasal de inicio brusco, desencadenadas por estímulos inespecíficos como cambios de temperatura, olores fuertes o irritantes químicos.

Se cree debida a hipertonía colinérgica (11, 12). La estimulación del parasimpático da lugar a vasodilatación y aumento de secreción. En la vía colinérgica se liberan sustancias P y VIP. La sustancia P es capaz de liberar histamina y otros mediadores. En este tipo de rinitis el tratamiento con esteroides es ineficaz. El *bromuro de ipratropio* ha demostrado su utilidad en el control de la secreción (13).

- RINITIS MEDICAMENTOSA

Se caracteriza por una obstrucción nasal marcada e hipersecreción. La forma más frecuente es la debida al abuso de vasoconstrictores nasales tópicos. Otros fármacos capaces de producirla son agentes antihipertensivos como la hidralazina, reserpina, metil dopa, guanetidina, haloperidol, beta bloqueantes y anticonceptivos orales.

C) RINITIS ESTRUCTURALES

En niños la causa más frecuente es la hipertrofia de adenoides. Si la obstrucción es unilateral habrá que descartar la posibilidad de un tumor, y en niños, un cuerpo extraño, máxime si se acompaña de secreción fétida.

Dentro de las alteraciones estructurales se encuentran los síndromes de discinesia ciliar, en los cuales existe una alteración en el sistema de aclaramiento mucociliar dando lugar a retención de secreciones e infección.

DIAGNOSTICO

Se basa en la realización de una cuidadosa historia clínica y exploración física, que se complementan con la realización de otras pruebas de laboratorio, en general escasas.

• ANAMNESIS

Debe dirigirse hacia los siguientes puntos: inicio de la sintomatología, frecuencia de la misma (estacional, diaria...), tipo de síntomas, carácter y color de las secreciones, factores precipitantes (alergenos, irritantes, condiciones climáticas), factores asociados (enfermedades sistémicas o locales, infecciones y medicación). Es importante conocer datos sobre la existencia de antecedentes familiares y factores medioambientales.

Se interrogará siempre sobre síntomas como la tos irritativa ó mala tolerancia al esfuerzo, expresión de asma leve que pudiera pasar desapercibido.

Cualquier dato discordante sobre lo esperado, ó que sugiera presencia de alguno de los cuadros similares a rinoconjuntivitis alérgica, deberá ser tenido en cuenta, ya que obliga a exploraciones complementarias específicas para su confirmación, que no se deben solicitar de manera rutinaria en la mayoría de casos.

• EXPLORACION FISICA

Incluirá además de la nariz, los ojos, oídos, senos paranasales, boca, faringe y pulmón. Se debe reseñar en la exploración ocular la inyección conjuntival, lagrimeo, secreción mucosa, etc. A nivel de los párpados pueden observarse las denominadas ojeras alérgicas, consecuencia de la obstrucción venosa por la congestión nasal. La presión sobre los senos paranasales puede causar dolor en presencia de sinusitis. Como consecuencia de rinitis crónica aparecen alteraciones a nivel de boca y faringe como hiperplasia gingival y anomalías dentarias.

El pulmón se examina para descartar la existencia de asma asociado. La exploración física de las fosas nasales incluye la configuración externa, color de la mucosa, presencia de secreciones, estado de los cornetes, puntos de epístaxis o existencia de pólipos. Puede realizarse por rinoscopia anterior o rinofarinoscopia de fibra óptica.

• EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

CITOLOGÍA NASAL

La técnica más adecuada es el raspado, que permite analizar las secreciones y mucosa. En la rinitis

alérgica activa existe generalmente un aumento del número de eosinófilos, correlacionándose éste con la magnitud de la exposición y con los síntomas (14). En la rinitis eosinofílica no alérgica existe gran cantidad de eosinófilos, aunque su ausencia no descarta éste diagnóstico.

DETERMINACIÓN DE LOS NIVELES DE IgE ESPECÍFICA Y TOTAL

1.—*Pruebas cutáneas*: Demuestran la existencia de IgE específica en la superficie de los mastocitos dérmicos. Son positivas en el 50-70% de los pacientes con rinitis crónica (15) y solo en el 6% de los asintomáticos. Se detecta mayor incidencia de positividad en niños y en asmáticos (16). La positividad se debe correlacionar con la historia clínica. Deben ser practicadas siempre por personal especializado y acostumbrado a su interpretación y están indicadas en todo paciente con rinitis crónica en algún momento de su evolución.

2.—*Determinación de IgE sérica específica*, por diversos métodos (RAST, CAP, etc) es especialmente útil en casos de afección cutánea generalizada que impide la realización de pruebas cutáneas, o si estas no son concluyentes, incrementando la sensibilidad del estudio, aunque lo encarecen y retrasan.

PROVOCACIÓN NASAL

La administración intranasal de alergenos con el fin de determinar la sensibilidad nasal a una sustancia, principalmente en los casos en que existe discordancia entre la historia clínica y la IgE específica. Son especialmente útiles en el diagnóstico de rinitis ocupacional. El resultado se correlaciona con la presencia de síntomas clínicos y con la reactividad alérgica observada en las pruebas cutáneas (17). Se puede recurrir a rinomanometría anterior para objetivar los resultados e incrementar la sensibilidad de la prueba.

RADIOGRAFÍA DE SENOS PARANASALES

De interés para descartar sinusitis asociada o presencia de poliposis. Indicada solo en casos crónicos ó con sospecha de complicados.

La realización de TAC de senos, radiología de tórax, pruebas de función ciliar, biopsias ó cultivos, se realizarán únicamente si los datos clínicos sugieren patología asociada, complicaciones u obligan a descartar otros diagnósticos.

TRATAMIENTO

• MEDIDAS GENERALES

Nunca se debe iniciar tratamiento farmacológico sin advertir al paciente de la importancia de la evitación del alérgeno que causa sus molestias una vez que ha sido identificado. Como en otras ocasiones, sencillas medidas preventivas y modificaciones en los hábitos de vida, tienen una elevada rentabilidad en la mejoría de síntomas del paciente.

El alérgico a pólenes deberá evitar en lo posible la permanencia y especialmente la realización de ejercicio al aire libre durante su época sintomática, permaneciendo en lo posible en interiores limpios con ventanas cerradas, extremando el cuidado en las horas peores. Si es posible, programará sus actividades ateniéndose a los índices de polinización facilitados por la Sociedad Española de Alergología en colaboración con diferentes instituciones y disponibles en diferentes medios de comunicación.

Los *alérgicos a ácaros* evitarán los objetos susceptibles de acumular polvo, procurando sistemas de limpieza húmedos ó con filtros adecuados, y utilizando fundas impermeables para colchones y almohadas. El uso periódico de soluciones acaricidas mejorará el control sintomático.

Los *alérgicos a epitelios*, evitarán la presencia de mascotas en el domicilio, procediendo a limpiezas profundas tras su retirada. Si esto no es posible ó no se acepta, la mascota no entrará en el dormitorio del paciente, evitando este en lo posible su contacto, y se les deberá lavar con frecuencia semanal utilizando soluciones preventivas disponibles al efecto.

La evitación de irritantes y de humo de tabaco en su entorno será de ayuda, así como el ejercicio físico, que al inducir vasoconstricción puede ser útil en el tratamiento de la inestabilidad vasomotora y la congestión nasal de muchas formas de rinitis (10). Los lavados nasales con solución salina disminuyen la viscosidad del moco favoreciendo el transporte mucociliar y mejoran la olfacción. Son útiles en el tratamiento de rinitis alérgica y atrófica, infecciosa y sinusitis. Existen en el mercado preparados de presión controlada que hacen más confortable su uso.

• TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Todos los fármacos serán más eficaces si se puede anticipar su uso al comienzo de síntomas, si esto es

previsible, ó cuando menos se usan cuando el cuadro clínico está comenzando. (18)

a) ANTIHISTAMÍNICOS (ANTI H₁)

El principal efecto es la capacidad para competir con la histamina por los receptores H₁ y en los de segunda generación parece probado que antagonizan también a los leucotrienos, prostaglandinas y quininas (19).

Los anti H₁ clásicos tienen otros numerosos efectos farmacológicos destacando la afectación del SNC con sedación y efectos anticolinérgicos; actualmente existen otros anti H₁, como el *astemizol*, *cetirizina*, *ebastina*, *fexofenadina*, *loratadina* y *mizolastina* que carecen de estos efectos o son mínimos. Todos ellos han probado su eficacia en cuadros de rinoconjuntivitis moderada ó intermitente (20). Utilizados por vía oral son efectivos sobre la rinorrea, estornudos y prurito nasal, siendo escaso el efecto sobre la congestión nasal. Todos ellos tienen metabolismo hepático, salvo la cetirizina, y se acumulan si esta función está alterada, o si se dan asociados a antifúngicos, ó macrólidos, precisando ajustes de dosis en estas situaciones. Algunas de estas moléculas se han asociado a efectos secundarios sobre el ritmo cardíaco, que han sido minimizados en modificaciones posteriores, a pesar de lo cual no se debe exceder la dosis diaria recomendada.

No existen estudios comparativos suficientemente concluyentes sobre la eficacia de los nuevos antihistamínicos, siendo todos ellos considerados eficaces en estos cuadros (20).

Los antihistamínicos tópicos, como la *azelastina* y *levocabastina*, tienen la ventaja de su comienzo de acción en escasos minutos, por lo que están indicados en casos de síntomas moderados ó intermitentes (21, 22), y en asociación a otros tratamientos de fondo. Existían desde hace años en el mercado, en aplicación nasal, y desde hace relativamente poco tiempo también están disponibles en colirios.

b) CORTICOSTEROIDES

Aunque no se conoce bien su mecanismo de acción, constituyen los medicamentos más eficaces para el tratamiento de la rinitis alérgica y en particular sus formas eosinofílicas (23).

Hay que distinguir dos vías de uso, tópica y sistémica.

1. **Tópicos.** La *dexametasona* fue uno de los primeros esteroides tópicos que mostró su efectividad

en el tratamiento de la rinitis alérgica (25). A altas dosis suprime el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal. Posteriormente han ido apareciendo otros esteroides tópicos como el *dipropionato de beclometasona*, *flunisolida*, *triamcinolona*, *budesonida*, *fluticasona* y *mometasona*. De manera progresiva se ha ido minimizando sus efectos sobre el eje ya que la parte absorbida es inactivada a su paso por el hígado.

Han demostrado mayor eficacia que los anti H₁, el cromoglicato y anticongestivos en el control de la rinitis alérgica, aunque la mayor eficacia parece conseguirse con una asociación de los grupos terapéuticos mencionados, lo que permite disminuir dosis de cada uno de los fármacos y por tanto sus posibilidades de efectos secundarios, y adaptarse al control de los síntomas que predominen en cada paciente.

Constituyen el *tratamiento de elección* en los casos de *rinitis no alérgica eosinofílica*, presentando una menor acción sobre la rinorrea y síntomas oculares asociados a la rinitis alérgica. Su efecto no es inmediato, alcanzando su máxima eficacia a partir de 2 a 6 semanas. Se debe iniciar su uso a dosis completas, disminuyendo la dosis diaria una vez alcanzado el control sintomático. Es importante que el paciente aprenda la mecánica correcta de aplicación de los diferentes preparados para optimizar su eficacia.

Los efectos secundarios son escasos, siendo los principales irritación y sequedad local, y costras serosanguinolentas en tabique, en muchos casos por aplicación incorrecta sobre éste.

2. **Sistémicos.** La eficacia de los esteroides tópicos y su mejor relación eficacia-seguridad sobre los sistémicos, especialmente asociados al resto de los medicamentos mencionados, *han restringido su uso* a casos puntuales de rinitis no alérgica eosinofílica, poliposis nasosinusal y rinitis medicamentosa que no respondan a otros tratamientos o previo al uso de éstos, y en ciclos cortos, en caso de obstrucción muy severa.

c) CROMOGLICATO DISÓDICO

Es una sustancia de uso tópico, capaz de inhibir la liberación de mediadores mastocitarios que ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de la rinitis alérgica en especial en pacientes con títulos elevados de IgE específica.

Tiene mayor efecto sobre los estornudos y la rinorrea que sobre la congestión nasal. Es eficaz sobre todo en la *rinitis estacional* utilizado de *forma preventiva* durando su efecto aproximadamente 6 horas. En algunos casos de rinitis no alérgica

eosinofílica ha sido beneficioso (26). Los efectos secundarios son raros, produciendo una mínima irritación local que desaparece con el tiempo. Su eficacia es menor que la de los corticoides tópicos (27) pero tienen un papel en los casos en que su uso esté contraindicado ó en rinitis leves.

d) ANTICOLINÉRGICOS

Son útiles en el control de los pacientes en los que la *rinorrea* es el síntoma predominante, pero carecen de efecto sobre la obstrucción y prurito. El *bromuro de ipratropio*, un anticolinérgico de aplicación tópica ha demostrado ser eficaz en éste sentido (13, 24) evitando en gran parte los efectos sistémicos secundarios de la atropina.

e) DESCONGESTIONANTES

Los agonistas alfa adrenérgicos tópicos (*fenilefrina* y *derivados imidazólicos*) inducen vasoconstricción en la mucosa nasal, reduciendo la obstrucción nasal. Tienen efecto rebote y dan lugar a una rinitis medicamentosa si su uso se prolonga más de 7 a 10 días.

Pueden ser útiles en situaciones como *rinitis infecciosa*, para prevenir los síntomas de bloqueo de la trompa de Eustaquio asociado a viajes aéreos o en casos de obstrucción severa para mejorar la distribución de otros fármacos tópicos.

Con el uso sistémico no suelen producir congestión de rebote, pero sus efectos secundarios (HTA, palpitaciones, insomnio, cefalea y retención urinaria) limitan su uso.

f) INMUNOTERAPIA

Está indicada en aquellos casos de rinitis alérgica que no se controlan con tratamiento médico (10,28), cuya severidad sea creciente y siempre que se acompañe de asma. Su eficacia ha sido establecida en sensibilizaciones a pólenes, ácaros y determinados epitelios, ayudando a su control sintomático e incluso curación completa y, según resultados preliminares de un estudio multicéntrico europeo al respecto, previene el desarrollo de asma en una proporción significativa de los casos.

Su aplicación requiere una identificación precisa del alérgeno, por lo que debe ser prescrita y supervisada por especialistas, y en cualquier caso la administración de las dosis se hará en centro médico con capacidad de tratamiento en caso de reacción sistémica (que son infrecuentes y más en casos de rinitis), donde el paciente permanecerá al menos 30 minutos tras cada dosis. La aplicación se hará siempre por personal

acostumbrado a ello y si el paciente ó el tratamiento son considerados de riesgo, se indicará su aplicación en Unidades de Inmunoterapia en servicios especializados.

BIBLIOGRAFIA

1. Mygind N. *Nasal Allergy*. Ed by Blactwel Scientific Publications, 2 Ed. Oxford, 1982.
2. Mygind N and Weeke B. Allergic and nonallergic rhinitis. In: *Allergy Principles and Practice*. Ed by E. Middleton, Ch. E. Reed. and E. F. Ellis. 2 Ed. The Mosby Co. St. Louis, 1983: 1101-1117.
3. Meltzer EO. Evaluating rhinitis: Clinical, rhinomanometric and cytologic assessments. *J Allergy Clin Immunol* 1988; 82: 900-908.
4. Negro Alvarez JM. *Rinitis alérgica*. Mecanismos y tratamiento. EDIKA MED 1 Barcelona 1996
5. International Rhinitis Management Working Group. International Consensus report on the diagnosis and management of rhinitis. *Allergy* 1994; 49 (suppl) 4-34.
6. Naclerio RM, Meier HL, Kagey-Sobotka *et al*. Mediator release after nasal airway challenge with allergen. *Am Rev Resp Dis* 1983; 129: 597-602.
7. Mygind N, Johnson NJ, Thomsen J. Intranasal allergen challenge during corticosteroid treatment. *Clin Allergy* 1977; 7:69.
8. Losada E. Rinitis intrínseca. In: *Tratado de Alergología e Inmunología Clínica*. Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica. Ed. Luzan. Madrid. 1986;II:167-181.
9. Eccles R. Rhinomanometry and nasal challenge. In: *Rhinitis, mechanisms and management*. Ed by Ian Mackay. Royal Society of Medicine Services Limited. London. 1989: 53-67.
10. Meltzer EO, Schatz M and Zeiger RS. Rinitis alérgica y no alérgica. In: *Alergia: Principios y Práctica*. Ed by Middleton, E. Jr. Reed, C.E. Ellis, E.F. Adkinson, N. F. Jr. and Yunginger, J.W. Ed by Salvat Editores Barcelona. 1992: 1164-1199.
11. Anggard A. Vasomotor rhinitis, patophysiological aspects. *Rhinology* 1979; 17: 31-35.
12. Olive A. Rinitis vasomotoras colinérgicas. Rinitis yatrogénicas. Sinusitis. Otitis media serosa. In: *Tratado de Alergología e Inmunología Clínica*. Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica. Ed. Luzan. Madrid. 1986; II: 183-194.
13. Dolovich J, Kennedy L, Vickersen F, Kazim F. Control of the hipersecretion of vasomotor rhinitis by topical ipratropium bromide. *J Allergy Clin Immuno* 1987; 80:274-278.
14. Hansel FK. Cytologic diagnosis in respiratory allergy and infection. *Ann Allergy* 1969; 24: 564-570.
15. Viner AS and Jackman N. Retrospective survey of 1271 patients diagnosed as perennial rhinitis. *Clin Allergy* 1976; 6: 251-257.
16. Mygind N, Dirkson A, Kpjmsem MK and Weeke B. Perennial rhinitis: an analysis of skin testing, serum IgE and blood and smear eosinophilia in 201 patients. *Clin Otolaryngol* 1978; 3: 189-193.
17. Schumacher MJ and Pain MOF. Nasal challenge testing in grass pollen hay fever. *J Allergy Clin Immunol* 1979; 64:202-207.
18. Simons FER and Simons KJ. Pharmacologic treatment of rhinitis. *Clin Rev Allergy* 1984;2: 237-242.
19. Lieberman P. Management of allergic rhinitis with a combination antihistamine/ antiinflammatory agents. *J Allergy Clin Immunol* 1999; 103 (3 pt2): 400-404.
20. Slates JW, Zechmich AD, Hexby GG. Second generation antihistamines: A comparative review. *Drugs* 1999; 57(1): 31-47.
21. Togias A, Proud D, Kagey-Sobotka A, Norman P, Lichtenstein L, Naclerio R. The effect of topical tricyclic antihistamine on the response of the nasal mucosa to challenge with cold, dry air and histamine. *J Allergy Clin Immunol* 1987; 79: 549-604.
22. Bendi M, Pipkorn U. Topical levocabastine, a selective H₁ antagonist, in seasonal allergic rhinoconjunctivitis. *Allergy* 1987; 42: 512-515.
23. Laforce C. Use of nasal steroids in managing allergic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol* 1999; 103 (pt2): 388-394.
24. Sjogren I, Juharz J. Ipratropium in the treatment of patients with perennial rhinitis. *Ann Allergy* 1986; 57: 348-354.
25. Boxer HM. The topical administration of corticosteroids to nasal and bronchial mucous membrans: problems and solutions. *Proc Inst Med (Chicago)* 1962; 24: 115-119.
26. Nelson BL, Jacobo RL. Response of the non allergic rhinitis with eosinophilia (NARES) syndrome to 4% cromolyn sodium nasal solution. *J Allergy Clin Immunol* 1982; 70:125-128.
27. Hillas J, Booth RJ, Somerfield S, Morton R, Avery J, Wilson JD. A comparative trial of intra-nasal beclomethasone dipropionate and sodium cromoglycate in patients with chronic perennial rhinitis. *Clin Allergy* 1980; 10: 253-258.
28. Hadley JA. Evaluation and management of allergic Rhinitis. *Med Clin North Am* 1999; 83 (1): 13-25.