

Colección **Guías Distinguidas**  
Serie **Enfermedades Respiratorias**  
Vol 2 N° 1, mayo 2015

# Diagnóstico y Tratamiento de la Rinitis Alérgica



Sociedad Iberoamericana  
de Información Científica

# Introducción

## Rinitis Alérgica: Definición y Clasificación

*La rinitis alérgica es una de las enfermedades más comunes en las personas adultas. Se presentan los sistemas utilizados para clasificar la rinitis alérgica, haciendo hincapié en las ventajas y limitaciones de cada uno de los esquemas propuestos.*

**Fuente:** Otolaryngology-Head and Neck Surgery 152(1S):2-3, 2015

**Autores:** Seidman M, Gurgel R, Nnacheta L y colaboradores

**Institución:** Henry Ford West Bloomfield, Bloomfield; University of Utah, Salt Lake; American Academy of Otolaryngology, Alexandria, EE.UU.

**Título original:** Clinical Practice Guideline: Allergic Rhinitis

**Traducción textual:** Guía de Práctica Clínica: Rinitis Alérgica

La rinitis alérgica (RA) es una de las enfermedades más frecuentes en los adultos y el trastorno crónico más común en los niños de los EE.UU. Se estima que la RA afecta a uno de cada seis estadounidenses, una situación asociada con consecuencias económicas muy desfavorables para los sistemas de salud. La RA compromete la calidad de vida y reduce la productividad. A pesar de que se dispone de numerosas pruebas diagnósticas y fármacos eficaces, su uso sigue siendo muy variable.

La presente guía de práctica clínica se elaboró con el objetivo de optimizar la atención médica de los pacientes con RA, mediante la revisión de la información disponible y el equilibrio entre los daños y beneficios de cada una de las opciones diagnósticas y terapéuticas.

En esta guía, la RA se define como la reacción inflamatoria de la mucosa nasal, mediada por la inmunoglobulina (Ig) E, en respuesta a la exposición a alérgenos inhalables. Los síntomas de la RA consisten en rinorrea (anterior o en forma de drenaje posnasal), congestión nasal, prurito nasal y estornudos. La RA puede ser estacional o perenne, en tanto que los síntomas pueden ser intermitentes o persistentes.

## Definición de la RA

La RA puede clasificarse sobre la base del patrón temporal de la exposición alérgica, es decir estacional (por ejemplo, en el caso de la alergia a pólenes), perenne (alergia a los ácaros del polvo doméstico) o episódica (como consecuencia de la exposición a alérgenos a los cuales el enfermo no está expuesto de manera regular), o de acuerdo con la frecuencia de los síntomas y según la gravedad de las manifestaciones clínicas. Este sistema de clasificación permite seleccionar la mejor estrategia terapéutica para cada paciente.

En los EE.UU., la RA se suele definir como estacional o perenne; además, este esquema es el utilizado por la *Food and Drug Administration* (FDA) de los EE.UU. para la aprobación de nuevos fármacos. No obstante, esta clasificación tiene limitaciones importantes; de hecho, la duración de la exposición a los distintos pólenes depende de la localización geográfica y de las condiciones climáticas. Por ejemplo, cuando la estación polínica se extiende todo el año, como ocurre en las zonas tropicales, la distinción de los síntomas atribuibles a la exposición a alérgenos estacionales o perennes es muy difícil. Los hongos se consideran alérgenos estacionales y perennes, y muchos enfermos tienen RA perenne con exacerbaciones, asociadas con la exposición estacional. Más aun, muchos pacientes están sensibilizados a diversos alérgenos.

En cambio, la clasificación de la RA en función de la frecuencia y la gravedad de los síntomas permite una mejor selección del abordaje terapéutico óptimo. Según la frecuencia sintomática, la RA se considera intermitente (menos de cuatro días por semana o menos de cuatro semanas por año) o persistente (más de cuatro días por semana y más de cuatro semanas por año). Esta clasificación, no obstante, también tiene sus limitaciones. Por ejemplo, en un enfermo que refiere síntomas tres días por semana todo el año debería considerarse el diagnóstico de RA intermitente, pero la sintomatología se asemeja más a la de la RA persistente. En este contexto, un paciente con RA perenne puede tener síntomas intermitentes, en tanto que un enfermo con RA estacional puede presentar síntomas persistentes.

Según la gravedad de los síntomas, la RA se considera leve (cuando las manifestaciones clínicas no comprometen la calidad de vida) o más grave (cuando los síntomas interfieren con la calidad de vida). El agravamiento del asma, los trastornos del sueño, el compromiso para la realización de las actividades cotidianas y deportivas, la interferencia con el ocio y la alteración del rendimiento escolar o laboral son hallazgos que también caracterizan la RA más grave.

## Objetivo de la guía

La guía está destinada a facilitar el abordaje de los pacientes con RA por cualquier profesional y en cualquier ámbito. Pretende optimizar la atención médica y seleccionar las mejores estrategias diagnósticas y terapéuticas. Estas normativas podrán ser utilizadas en la asistencia de niños o adultos con RA; sin embargo, se excluyen los pacientes de menos de 2 años ya que, en ellos, la rinitis puede presentarse con manifestaciones clínicas particulares. No obstante, la guía no pretende ser un dictamen para el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad y no debería reemplazar la opinión del profesional. Las recomendaciones se basan en el nivel de evidencia disponible, en el equilibrio entre los riesgos y beneficios y en las opiniones por consenso de grupos de expertos.

## Conceptos Generales

*La rinitis alérgica es una enfermedad muy común en los niños y adultos de todo el mundo. El trastorno se asocia con consecuencias económicas muy desfavorables para los sistemas de salud y con compromiso sustancial de la calidad de vida.*

**Fuente:** Otolaryngology-Head and Neck Surgery 152(1S):3-5, 2015

**Autores:** Seidman M, Gurgel R, Nnacheta L y colaboradores

**Institución:** Henry Ford West Bloomfield, Bloomfield; University of Utah, Salt Lake; American Academy of Otolaryngology, Alexandria, EE.UU.

**Título original:** Clinical Practice Guideline: Allergic Rhinitis

**Traducción textual:** Guía de Práctica Clínica: Rinitis Alérgica

### Incidencia y prevalencia

La rinitis alérgica (RA) es una enfermedad muy frecuente en los niños y adultos de todo el mundo. En los EE.UU., la RA es uno de los diagnósticos más comunes en el ámbito de la atención ambulatoria; sin embargo, los estudios epidemiológicos a gran escala revelaron que el porcentaje de pacientes con síntomas de RA supera ampliamente al de los enfermos con síntomas y pruebas de alergia positivas. En la encuesta *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES) de 2005-2006, realizada con una muestra de 7 398 pacientes, representativa de la población de 6 años o más de los EE.UU., se evaluó la incidencia de fiebre del heno, alergias actuales y rinitis actual y se determinó la presencia de inmunoglobulina (Ig) E específica para 19 alérgenos inhalatorios. Uno de cada tres pacientes refirió síntomas sugestivos de rinitis en los 12 meses previos, sin vinculación con infecciones de las vías aéreas superiores. El 52.7% de los pacientes con rinitis presentó, al menos, una prueba positiva de alergia. Por lo tanto, la RA mediada por IgE afectaría a una de cada seis personas de los EE.UU. Los alérgenos involucrados con mayor frecuencia en ese país son los pólenes de gramíneas, los ácaros del polvo doméstico y el polen de ambrosía.

En el *International Study of Asthma and Allergies in Childhood* (ISAAC), una investigación mundial de las alergias en la población pediátrica, se comprobó una variabilidad importante entre los países en cuanto a la prevalencia de RA. El índice más bajo se observó en Irán (1.5%), en tanto que el más elevado se encontró en Nigeria (39.7%).

La prevalencia de RA varía en relación con las características genéticas, epigenéticas y ambientales, por mecanismos complejos que todavía no se comprenden por completo. A pesar de esta variabilidad, en la mayoría de los centros se comprobó un incremento en la prevalencia de RA en los niños. Por ejemplo, en los EE.UU., la frecuencia de RA en 2 422 pacientes de 13 a 14 años aumentó del 13% al 19% en el transcurso de un período de ocho años que culminó en 2002.

### Costos, calidad de vida y productividad

La RA se asocia con consecuencias económicas muy adversas para los sistemas de salud. Más de la mitad de los costos directos tienen que ver con la utilización de fármacos antialérgicos. Asimismo, el tratamiento de las enfermedades asociadas, tales como sinusitis y asma, genera costos directos (ocultos) importantes. La RA compromete considerablemente la calidad de vida, el desempeño cognitivo, la toma de decisiones y la percepción personal. En los adultos, los costos indirectos obedecen a la pérdida de productividad y al ausentismo laboral, como consecuencia de la enfermedad. Según los resultados de un estudio, la RA ocasiona mayor pérdida de productividad laboral, en comparación con cualquier otra enfermedad. En los niños, la RA y las afecciones asociadas son causa importante de ausentismo escolar. Los niños con RA, y especialmente aquellos que presentan también asma o trastornos de la respiración vinculados con el sueño, padecen, con frecuencia, trastornos del aprendizaje, alteraciones conductuales y prestan menos atención.

### Métodos

Las recomendaciones de la presente guía se elaboraron a partir de la información proporcionada por nueve guías de práctica clínica, 81 revisiones sistemáticas y 177 estudios clínicos controlados y aleatorizados. El grupo de expertos de la *American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery Foundation* (AAO-HNSF) aplicó la metodología de la *Guideline Implementability Appraisal and Extractor* (GLIA) con el propósito de mejorar la calidad de las recomendaciones y de identificar posibles obstáculos para su implementación. Las recomendaciones se basan en la mejor evidencia científica disponible hasta mayo de 2014; cuando la información no fue suficiente se recurrió a la experiencia clínica y a la opinión de expertos. La revisión y la actualización se llevarán a cabo dentro de cinco años, o antes en caso de que surja información que lo justifique.

## Niveles de Recomendación

Se presentan los niveles de evidencia y las definiciones que se aplican para las recomendaciones de cada uno de los enunciados de la guía.

**Fuente:** Otolaryngology-Head and Neck Surgery 152(1S):6-7, 2015

**Autores:** Seidman M, Gurgel R, Nnacheta L y colaboradores

**Institución:** Henry Ford West Bloomfield, Bloomfield; University of Utah, Salt Lake; American Academy of Otolaryngology, Alexandria, EE.UU.

**Título original:** Clinical Practice Guideline: Allergic Rhinitis

**Traducción textual:** Guía de Práctica Clínica: Rinitis Alérgica

### Niveles de evidencia para los grados de evidencia<sup>a</sup>

Grado	Calidad de la evidencia para el diagnóstico	Calidad de la evidencia para el tratamiento y el daño
A	Revisión sistemática de estudios transversales con estándares de referencia aplicados de manera firme y a ciego	Estudios clínicos aleatorizados de buen diseño realizados en una población similar a la población blanco de la guía
B	Estudios transversales individuales con estándares de referencia aplicados de manera firme y a ciego	Estudios aleatorizados y controlados: evidencia contundente a partir de estudios de observación
C	Estudios no consecutivos, estudios de casos y controles o estudios con estándares de referencia de poca calidad, no independientes, o aplicados de manera no uniforme	Estudios de observación (casos y controles y diseño de cohorte)
D	Razonamiento basado en los mecanismos o referencia de casos	
X	Situaciones excepcionales en las cuales los estudios de validación no se pueden realizar y cuando hay un claro predominio de los beneficios sobre los daños	

<sup>a</sup>Sistema de clasificación de la *American Academy of Pediatrics* con actualización de la firmeza con las definiciones actuales de los niveles de evidencia.

## Definiciones de la guía para los enunciados basados en la evidencia

Enunciado	Definición	Significado
Recomendación fuerte	Una recomendación fuerte significa que los beneficios del abordaje recomendado superan claramente los riesgos (o que los daños superan ampliamente los beneficios, en el caso de una recomendación fuerte negativa) y que la calidad de la evidencia que avala la recomendación es excelente (grado A o B) <sup>a</sup> . En algunas circunstancias claramente identificadas, las recomendaciones fuertes se pueden basar en evidencias menos firmes, cuando el aval de alta calidad es imposible de obtener y los beneficios anticipados superan claramente los riesgos.	Los profesionales deberían seguir una recomendación fuerte a menos que exista un aval firme para algún abordaje alternativo.
Recomendación	Una recomendación significa que los beneficios superan los riesgos (o que los daños superan los beneficios, en el caso de la recomendación negativa), pero la calidad de la evidencia no es tan firme (grado B o C) <sup>a</sup> . En algunas situaciones claramente identificadas, las recomendaciones se pueden basar en evidencia menos firme cuando el aval de alta calidad es imposible de obtener y los beneficios anticipados superan claramente los riesgos.	Los profesionales, en general, deberían seguir una recomendación pero deben permanecer atentos a la aparición de información nueva, y sensibles a las preferencias de los enfermos.
Opción	Una opción significa que la calidad de la evidencia que existe es incierta (grado D) <sup>a</sup> o que los estudios de buen diseño (grado A, B o C) <sup>a</sup> muestran pocas ventajas claras para un abordaje sobre otro.	Los profesionales deberían ser flexibles en sus decisiones, en relación con la práctica apropiada, si bien pueden poner límites para las alternativas; la preferencia del enfermo debería ejercer una influencia sustancial.
Falta de recomendación	La falta de recomendación significa que no se dispone de evidencia adecuada (grado D) <sup>a</sup> y que el equilibrio entre los beneficios y los riesgos es incierto.	Los profesionales deben percibir pocas restricciones en la toma de decisiones y deben permanecer alertas a la información nueva que surja que esclarezca el equilibrio entre los beneficios y los riesgos; la preferencia del enfermo debería ejercer una influencia sustancial.

<sup>a</sup>Sistema de clasificación de la *American Academy of Pediatrics*.



## Historia Clínica y Métodos Complementarios

### Diagnóstico de la Rinitis Alérgica

*La congestión nasal, la rinorrea, el prurito nasal y los estornudos son los síntomas característicos de la rinitis alérgica. Sin embargo, el diagnóstico se confirma mediante la detección de inmunoglobulina E específica contra alérgenos inhalatorios.*

**Fuente:** Otolaryngology-Head and Neck Surgery 152(1S):7-9, 2015

**Autores:** Seidman M, Gurgel R, Nnacheta L y colaboradores

**Institución:** Henry Ford West Bloomfield, Bloomfield; University of Utah, Salt Lake; American Academy of Otolaryngology, Alexandria, EE.UU.

**Título original:** Clinical Practice Guideline: Allergic Rhinitis Traducción textual: Guía de Práctica Clínica: Rinitis Alérgica

El diagnóstico clínico presuntivo de rinitis alérgica (RA) se basa en los antecedentes y el examen físico, compatibles con un trastorno de causa alérgica, en combinación con uno o más de los siguientes síntomas: congestión nasal, rinorrea, prurito nasal o estornudos. Los hallazgos objetivos consisten en rinorrea clara, congestión nasal, mucosa nasal pálida, eritema conjuntival y lagrimeo. La recomendación se basa en los estudios de observación, con predominio de los beneficios sobre los daños.

El objetivo de la guía es establecer pautas para el diagnóstico clínico inicial de la RA en el contexto de la primera consulta del paciente. En este ámbito, es fundamental que el profesional de atención primaria sea capaz de establecer el diagnóstico presuntivo de RA, ya que las estrategias terapéuticas disponibles para la enfermedad difieren de las opciones de tratamiento para la rinitis no alérgica.

Los antecedentes de prurito nasal, ocular o palatino, estornudos, congestión nasal, rinorrea clara y drenaje posnasal, asociados con la exposición estacional, perenne o episódica a alérgenos, tienen importancia diagnóstica decisiva. No es infrecuente que los niños refieran sólo decaimiento o fatiga, a menudo en asociación con tos; en estos casos, la presencia de rinorrea y prurito ocular o nasal debe ser indagada específicamente.

La RA estacional puede ser secundaria a la exposición a esporas fúngicas o pólenes, de aparición estacional, en tanto que los síntomas perennes, por lo general, obedecen a la sensibilización a alérgenos intradomiciliarios, como ácaros del polvo doméstico, cucarachas, epitelio de animales y hongos. Sin embargo, en determinadas regiones la exposición persistente a pólenes puede motivar RA perenne.

Por el contrario, los síntomas vinculados con la exposición al humo del cigarrillo, vapores o gases y sustancias químicas rara vez reflejan RA. Los síntomas de otras enfermedades rinosinusales, tales como sinusitis, rinitis vasomotora y trastornos granulomatosos, pueden ser similares a los de la RA. Los síntomas atípicos, entre ellos epistaxis, rinorrea unilateral, congestión nasal unilateral, cefalea intensa o anosmia, sugieren diagnósticos alternativos, por ejemplo rinorrea de líquido cefalorraquídeo, tumores de los senos paranasales o rinosinusitis crónica.

Las infecciones virales de las vías aéreas superiores pueden ocasionar síntomas semejantes a los de la RA; sin embargo, suelen ser de menor duración y a menudo incluyen, también, fiebre y mialgias.

Los profesionales deben prestar especial atención a los medicamentos utilizados por los pacientes, ya que determinados agentes antihiper-tensivos y psicotrópicos y los descongestivos tópicos pueden motivar síntomas nasales. En cambio, los antecedentes familiares de RA, asma o dermatitis atópica fortalecen el diagnóstico de RA.

La rinorrea clara, la palidez y el edema de la mucosa de los cornetes nasales, el lagrimeo, la congestión conjuntival y el edema y oscurecimiento infraorbitario de la piel (ojeras) son algunos de los hallazgos objetivos que sugieren el diagnóstico de RA.

La hipertrofia de adenoides puede contribuir a los síntomas nasales; el trastorno debe ser rastreado sobre todo en los niños. La necesidad de limpiar permanentemente la garganta puede reflejar secreción posterior. Sin embargo, ninguno de estos síntomas es específico de la RA; los diagnósticos diferenciales incluyen, entre otros, el reflujo laringofaríngeo.

Los síntomas crónicos pueden motivar el frote de la nariz hacia arriba (saludo alérgico) y la aparición del surco alérgico sobre el puente de la nariz. En los niños, la congestión nasal puede asociarse con facies adenoidea, por la respiración bucal crónica.

El examen físico es útil para detectar cuerpos extraños, rinorrea de líquido cefalorraquídeo, pólipos nasales (pueden asociarse con la RA o ser de etiología infecciosa o inflamatoria crónica), tumores e infecciones.

Si bien el diagnóstico definitivo se establece cuando se confirma la presencia de IgE específica contra alérgenos (por medio de pruebas cutáneas o estudios en sangre), la terapia inicial se basa en los antecedentes y los hallazgos en el examen físico. La respuesta favorable al tratamiento empírico apoya, aun más, el diagnóstico presuntivo de RA.

## Antecedentes y hallazgos físicos en la rinitis alérgica (RA)

Síntomas de presentación	Antecedentes	Hallazgos en el examen físico
<p>Congestión nasal</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Estornudos</li><li>• Rinorrea (puede ser clara o de color, pero esta última sugiere la presencia de algún proceso intercurrente con la RA)</li><li>• Prurito nasal, ocular y palatino</li><li>• Secreción posnasal</li><li>• Limpieza frecuente de la garganta</li><li>• Tos</li><li>• Decaimiento (puede ser el síntoma de presentación en los niños)</li><li>• Fatiga (puede ser el síntoma de presentación en los niños)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Síntomas estacionales, respecto de síntomas perennes</li><li>• Síntomas en respuesta a la exposición de determinados agentes (animales, ciertas plantas)</li><li>• Medicaciones actuales</li><li>• Antecedentes familiares de atopía o enfermedades alérgicas</li><li>• Síntomas en respuesta a la exposición a irritantes (en este caso el diagnóstico de RA es menos probable)</li><li>• Síntomas de infección de las vías aéreas superiores (en este caso el diagnóstico de RA es menos probable)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Rinorrea clara (la rinorrea puede ser clara o de color, pero esta última sugiere la presencia de algún proceso intercurrente con la RA)</li><li>• Mucosa nasal con edema, pálida o grisácea</li><li>• Anormalidades oculares (secreción acuosa, edema de la conjuntiva, congestión de la esclerótica)</li><li>• Limpieza frecuente de la garganta</li><li>• Ojeras</li><li>• Surco nasal</li><li>• Ausencia de cuerpos extraños, tumores o secreción purulenta sugestiva de infección</li></ul>

## Pruebas de Alergia Cutáneas y Estudios en Sangre

*Los antecedentes clínicos y la disponibilidad de extractos alérgicos de buena calidad son algunos de los factores que se deben tener en cuenta al momento de optar por las pruebas cutáneas o los estudios en sangre para la detección de inmunoglobulina E específica. Cada método diagnóstico se asocia con ventajas y desventajas particulares.*

**Fuente:** Otolaryngology-Head and Neck Surgery 152(1S):9-12, 2015

**Autores:** Seidman M, Gurgel R, Nnacheta L y colaboradores

**Institución:** Henry Ford West Bloomfield, Bloomfield; University of Utah, Salt Lake; American Academy of Otolaryngology, Alexandria, EE.UU.

**Título original:** Clinical Practice Guideline: Allergic Rhinitis

**Traducción textual:** Guía de Práctica Clínica: Rinitis Alérgica

En los pacientes con diagnóstico clínico de rinitis alérgica (RA) que no responden al tratamiento empírico, en los enfermos con diagnóstico incierto y cuando es necesario identificar el alérgeno responsable para indicar terapia específica, los profesionales deberían realizar e interpretar (o derivar a especialistas que puedan efectuar e interpretar) las pruebas de alergia para la detección de inmunoglobulina (Ig) E específica, por medio de pruebas cutáneas o estudios en sangre. Recomendación basada en estudios clínicos aleatorizados y revisiones sistemáticas; el beneficio supera los riesgos.

El objetivo de esta sección de la guía es ayudar a los profesionales a que puedan decidir correctamente cuándo realizar pruebas de alergia y cuáles son las pruebas más apropiadas en cada caso. En los enfermos con diagnóstico clínico presuntivo de RA, la detección de IgE específica frente a determinados alérgenos inhalables contribuye a confirmar el diagnóstico. Sin embargo, se destaca que muchos pacientes con síntomas compatibles con RA pueden ser tratados en forma empírica, sobre la base de los síntomas y sin la confirmación mediante pruebas de alergia.

El tratamiento empírico incluye las medidas de control ambiental, la evitación de alérgenos y la terapia farmacológica. No obstante, en los pacientes que no responden satisfactoriamente, en los enfermos con diagnóstico incierto y en los sujetos en quienes la identificación del alérgeno involucrado puede modificar las decisiones terapéuticas están indicadas las pruebas de alergia. Según las guías de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las pruebas cutáneas, y eventualmente la inmunoterapia, pueden ser útiles en los pacientes con control insuficiente de los síntomas

a pesar del tratamiento con antihistamínicos y corticoides intranasales en dosis moderadas, administrados durante dos a cuatro semanas. En cualquiera de estos escenarios, las pruebas de alergia aportan información útil adicional. Sin embargo, debido a que la RA es una enfermedad mediada por IgE, la detección de otros anticuerpos (IgG) no es de utilidad. La determinación de los niveles séricos de IgE total tiene un valor diagnóstico limitado.

### Pruebas cutáneas

Consisten en la introducción de los alérgenos en la piel y en la observación directa de la reacción del organismo. Las reacciones obedecen a la interacción entre los alérgenos y la IgE, presente en la superficie de las células cebadas de la piel. El resultado es la liberación de sustancias químicas, por ejemplo histamina, y la aparición de una roncha y eritema, en el transcurso de 15 a 20 minutos.

Las pruebas cutáneas pueden realizarse por punción (*skin prick test* [SPT]) o por vía intradérmica o intracutánea. Las SPT se asocian con sensibilidad y especificidad superiores al 80%. Las pruebas intradérmicas son particularmente útiles cuando las SPT son negativas, en pacientes con sospecha clínica elevada.

Las SPT pueden realizarse a cualquier edad, aunque la prevalencia de pruebas cutáneas positivas tiende a disminuir luego de los 50 años. Las SPT están contraindicadas en los enfermos con asma grave o no controlada; las enfermedades cutáneas, por ejemplo, el eccema, representan contraindicaciones relativas. Las SPT no deberían efectuarse en los pacientes con mayor riesgo de tener una evolución desfavorable en el caso de que surja anafilaxia (sujetos con enfermedad cardiovascular grave o inestable y enfermos tratados con betabloqueantes).

Las SPT se asocian, muy infrecuentemente, con reacciones adversas graves: anafilaxia y muerte; en cambio, las reacciones locales –inmediatas y retrasadas– son más comunes. Las pruebas intradérmicas se asocian con riesgo más alto de reacciones adversas graves.

Las pruebas cutáneas deben realizarse con extractos alérgicos estandarizados, control positivo y control negativo. La lectura se efectúa 15 a 20 minutos después de la colocación de los alérgenos en la piel. Debe tenerse en cuenta que la utilización de ciertos fármacos en la semana previa (antihistamínicos y algunos antidepresivos) puede motivar resultados falsos negativos.

## Pruebas en sangre

La presencia de IgE específica puede detectarse por enzimoimmunoensayo. La ausencia de efectos adversos y la falta de necesidad de interrumpir el tratamiento con antihistamínicos y otros fármacos (antidepresivos tricíclicos y betabloqueantes) representan las principales ventajas de las pruebas in vitro. Asimismo, las pruebas en sangre son especialmente útiles en los pacientes con dermatografismo o eccema grave, ya que en estas situaciones, la interpretación de las pruebas cutáneas es muy compleja.

Las pruebas cutáneas y las pruebas en sangre tienen las mismas propiedades diagnósticas, pero las primeras se consideran más sensibles y son menos costosas. Además, los enfermos pueden apreciar directamente la reactividad. Es importante tener en cuenta que la presencia de sensibilización frente a un determinado alérgeno no significa que los síntomas sean atribuibles a dicha sensibilización. De hecho, en ausencia de síntomas clínicos, las pruebas cutáneas o en sangre positivas tienen poca relevancia.

## Otras pruebas

La rinometría acústica, las pruebas olfatorias, la determinación de los niveles de óxido nítrico nasal, las pruebas de alergia alimentaria y las pruebas de provocación nasal con alérgenos, entre otros estudios, sólo son útiles en circunstancias muy particulares.

## Pruebas para la detección de inmunoglobulina (Ig) E específica

	Recomendación	Ventajas	Desventajas
Pruebas cutáneas <i>Skin prick test</i> o intradérmicas	Recomendado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permite la observación directa de la reacción del organismo a un antígeno específico</li> <li>• Se consideran más sensibles que las pruebas en sangre</li> <li>• Las pruebas intradérmicas pueden utilizarse cuando se requiere sensibilidad adicional o cuando las pruebas cutáneas son negativas</li> <li>• Son menos costosas que las pruebas en sangre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riesgo de reacción alérgica sistémica (anafilaxia)</li> <li>• Pueden ser alteradas por los fármacos que ingiere el enfermo</li> </ul>
Pruebas en sangre	Recomendado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No se asocian con riesgo de anafilaxia</li> <li>• No son afectadas por los fármacos que utiliza el paciente</li> <li>• Pueden ser realizadas en pacientes con trastornos cutáneos, tales como dermatografismo o eccema grave</li> <li>• Pueden ser efectuadas en pacientes tratados con betabloqueantes o con enfermedades intercurrentes que contraindican la realización de pruebas cutáneas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se requieren laboratorios confiables y cabe la posibilidad de errores técnicos</li> </ul>
IgG o IgE total	Recomendación en contra		No aportan información de ayuda para el tratamiento de la rinitis alérgica
Otras pruebas inespecíficas Rinometría acústica Pruebas olfatorias Ensayos de micromatrices multigenéticas Determinación de óxido nítrico nasal Provocación nasal con alérgenos	Sin recomendación a favor o en contra		

## Estudios por Imágenes

*En los pacientes con diagnóstico clínico presuntivo de rinitis alérgica, la realización rutinaria de estudios por imágenes no está indicada. En cambio, la tomografía computarizada y la resonancia magnética nuclear tienen indicaciones precisas, por ejemplo para detectar poliposis nasal, rinosinusitis o tumores.*

**Fuente:** Otolaryngology-Head and Neck Surgery 152(1S):12-13, 2015

**Autores:** Seidman M, Gurgel R, Nnacheta L y colaboradores

**Institución:** Henry Ford West Bloomfield, Bloomfield; University of Utah, Salt Lake; American Academy of Otolaryngology, Alexandria, EE.UU.

**Título original:** Clinical Practice Guideline: Allergic Rhinitis

**Traducción textual:** Guía de Práctica Clínica: Rinitis Alérgica

Los profesionales no deberían solicitar en forma rutinaria estudios por imágenes de los senos paranasales en los enfermos que presentan síntomas compatibles con el diagnóstico de rinitis alérgica (RA). Recomendación en contra sobre la base de estudios de observación; el beneficio supera los riesgos.

El objetivo de esta sección de la guía es desalentar la realización rutinaria de estudios por imágenes en los pacientes con RA. Los antecedentes clínicos, el examen físico y las pruebas de alergia son los instrumentos esenciales para establecer el diagnóstico de la enfermedad. Ningún hallazgo radiológico permite diagnosticar, de manera específica, RA. Los efectos adversos y los costos de los estudios radiológicos superan los beneficios, en la evaluación rutinaria de los pacientes con RA. Sin embargo, estos estudios son de utilidad para detectar posibles complicaciones de la RA, como rinosinusitis y poliposis nasal, o tumores.

A diferencia de la RA, en la cual sólo se compromete la mucosa nasal, la rinosinusitis es la inflamación de la cavidad nasal y de los senos paranasales. En la sinusitis complicada, la infección se extiende a las estructuras adyacentes y puede motivar complicaciones orbitarias o intracraneales, por ejemplo abscesos de la órbita y meningitis.



En la mayoría de los casos, el diagnóstico de rinosinusitis aguda y subaguda no complicada se basa en los hallazgos clínicos. La tomografía computarizada (TC) sin contraste puede ser útil en los enfermos con signos y síntomas de rinosinusitis aguda recurrente, poliposis nasal, rinosinusitis crónica y rinosinusitis complicada. La TC es necesaria para conocer las características anatómicas, antes de la cirugía de los senos paranasales. En los pacientes con diagnóstico presuntivo de tumores, la TC y la resonancia magnética nuclear (RMN) son particularmente útiles. La TC define la anatomía ósea de los senos paranasales y los patrones de destrucción ósea, en tanto que la RMN, con contraste o sin éste, permite diferenciar las densidades de los tejidos blandos. El estudio es apto para conocer la extensión tumoral perineural, intracraneal, de la órbita o de la base del cráneo. En conclusión, el diagnóstico de la RA se basa en las manifestaciones clínicas.

## Factores Ambientales en la Rinitis Alérgica

*La combinación de diversas medidas destinadas a reducir el nivel de alérgenos intradomiciliarios podría ser de cierta utilidad para el alivio de los síntomas nasales y oculares de la rinitis alérgica. Sin embargo, se requieren más estudios para establecer recomendaciones precisas.*

**Fuente:** Otolaryngology-Head and Neck Surgery 152(1S):13-14, 2015

**Autores:** Seidman M, Gurgel R, Nnacheta L y colaboradores

**Institución:** Henry Ford West Bloomfield, Bloomfield; University of Utah, Salt Lake; American Academy of Otolaryngology, Alexandria, EE.UU.

**Título original:** Clinical Practice Guideline: Allergic Rhinitis

**Traducción textual:** Guía de Práctica Clínica: Rinitis Alérgica

Los pacientes deben evitar la exposición a los alérgenos conocidos; los profesionales deben asesorarlos en este sentido, como también en la utilización de medidas de control ambiental (remoción de mascotas, utilización de sistemas de filtro de aire, cobertores para la ropa de cama y acaricidas [agentes químicos que matan a los ácaros del polvo doméstico]). El control ambiental está indicado en los enfermos con rinitis alérgica (RA) en quienes se identifican alérgenos que se correlacionan con los síntomas clínicos. Opción basada en estudios clínicos aleatorizados con limitaciones menores y en estudios de observación, con equilibrio entre los beneficios y el daño.

El control ambiental tiene por objetivo reducir los síntomas de la RA y mejorar la calidad de vida, mediante la reducción de la exposición a alérgenos, evitando medidas costosas, poco prácticas y de dudosa eficacia. El control ambiental se refiere a la implementación de una o más intervenciones destinadas a disminuir o eliminar alérgenos o sustancias irritantes y mejorar la salud de los enfermos con RA.

Dichas intervenciones tienen por objetivo evitar la sensibilización, la progresión de la enfermedad y la aparición de síntomas y reducir la necesidad de tratamiento farmacológico. Los riesgos y los beneficios de los distintos procedimientos deben ser discutidos con los enfermos, de modo que sean eficaces y rentables a largo plazo.

La información disponible acerca del efecto protector de la lactancia materna exclusiva en los primeros tres a seis meses de vida no es concluyente. Un metanálisis de seis estudios prospectivos que abarcaron 3 303 pacientes no encontró una asociación significativa entre la alimentación materna y la protección contra la aparición de RA en la niñez. En un estudio en el cual se analizaron las revisiones sistemáticas y los metanálisis al respecto no se comprobó una reducción del riesgo de RA en relación con la lactancia materna. Sin embargo, las dificultades metodológicas de los estudios prospectivos y la falta de seguimientos prolongados complican la interpretación de los resultados. En los trabajos de observación, el sesgo asociado con las preferencias maternas acerca de la alimentación de sus hijos merece especial atención. Por ende, si bien la lactancia materna sigue siendo recomendada, sus beneficios, en términos de la prevención de la RA, no han sido confirmados.

Aunque la eliminación de las mascotas del hogar disminuye la exposición a alérgenos, esta medida suele ser mal aceptada por los enfermos. En un estudio se evaluó la eficacia de bañar a los perros con la finalidad de reducir los niveles del alérgeno Can f1 en el pelo, la descamación de la piel y los hogares. Los niveles de Can f1 disminuyeron significativamente cuando los animales fueron bañados con champú durante cinco minutos; sin embargo, los niveles volvieron a ser los mismos entre los días 3 y 4 luego de la intervención, motivo por el cual los perros deberían ser bañados, al menos, dos veces por semana.

En una revisión se comprobó que el bañado de los gatos disminuye los niveles del alérgeno Fel d1. Sin embargo, el beneficio desaparece a la semana; la intervención se asoció con pocos cambios en los niveles de alérgenos en el hogar. Por lo tanto, los beneficios clínicos asociados con bañar a los gatos no tienen, por el momento, sustento científico. Las ventajas, en relación con la disminución de los síntomas, no fueron demostradas en los estudios.

Los hallazgos de un trabajo aleatorizado, un metanálisis de 11 estudios de cohorte y una revisión de la literatura en los cuales se analizó la influencia de la presencia de mascotas en el hogar en los primeros años de vida, en términos de la aparición de atopía (predisposición genética a generar niveles altos de IgE específica para alérgenos) y de sensibilización, no fueron concluyentes.

La revisión Cochrane más reciente, de 2010, analizó nueve estudios clínicos aleatorizados que investigaron la eficacia de las intervenciones destinadas a reducir la exposición a los ácaros del polvo doméstico (APD). Los acaricidas, utilizados en forma aislada o en combinación con otras intervenciones, fueron eficaces para disminuir la exposición a los APD y los síntomas de la RA. Otro estudio clínico aleatorizado confirmó la eficacia de las cubiertas impermeables para la ropa de cama, en pacientes con RA; se observó una reducción significativa en los niveles de APD

en asociación con el uso de cobertores impermeables para los colchones. Sin embargo, este efecto no se reflejó en una mejoría de los síntomas. La eficacia de los cobertores impermeables en la prevención de la sensibilización a APD en neonatos fue analizada en un amplio estudio de cohorte de Europa. A los 24 meses, no se observaron diferencias en la aparición de sensibilización frente a los APD entre los niños de los grupos de tratamiento activo y control.

En una investigación con 30 enfermos con RA por sensibilización a APD, el control ambiental intensivo (uso de fundas vinílicas para los colchones, lavado de la ropa de cama con agua caliente, eliminación de los muebles tapizados y lavado diario de los pisos) durante un mes se asoció con una reducción significativa del nivel de APD y de los síntomas nasales de la RA.

En un estudio aleatorizado y a doble ciego se analizó la utilidad de los filtros de aire de alta eficiencia (*high-efficacy particulate air* [HEPA]) en la habitación, durante cuatro semanas, en 32 pacientes con RA. En comparación con el período sin uso de los filtros, durante la utilización de éstos se comprobó una disminución importante del nivel de materia particulada en los dormitorios; sin embargo, la intervención no se asoció con alivio de los síntomas ni redujo el uso de medicación. En otra investigación con 35 pacientes con rinoconjuntivitis alérgica perenne y sensibilización a APD, gatos o perros, el uso de fundas para almohadas, en combinación con el filtrado del aire (con filtros HEPA) durante dos semanas, se vinculó con una reducción significativa de los síntomas nocturnos, nasales y oculares de la RA; en cambio, las manifestaciones diurnas no se modificaron. Si bien la implementación de múltiples estrategias podría ser de algún beneficio, se requieren más trabajos para establecer conclusiones firmes.

## Medidas de control ambiental para reducir los niveles de alérgenos y los síntomas

Intervención de control ambiental	La evidencia avala la disminución del nivel de alérgenos		La evidencia avala la disminución de los síntomas	
	Sí	No	Sí	No
Eliminación de mascotas	X		X	
Bañado de las mascotas dos veces por semana	X			X
Acaricidas para destruir los ácaros del polvo doméstico	X		X	
Fundas impermeables para la ropa de cama	X			X
Filtrado de aire	X			X
Utilización combinada de múltiples medidas de control	X		X	

## Enfermedades Crónicas y Trastornos Intercurrentes

*Los estudios epidemiológicos sugieren vinculaciones entre los distintos trastornos alérgicos, como rinitis alérgica, asma y dermatitis atópica. Asimismo, la rinitis alérgica podría incrementar el riesgo de aparición de anomalías de la respiración relacionadas con el sueño, otitis media con derrame y rinosinusitis.*

**Fuente:** Otolaryngology-Head and Neck Surgery 152(1S):14-16, 2015

**Autores:** Seidman M, Gurgel R, Nnacheta L y colaboradores

**Institución:** Henry Ford West Bloomfield, Bloomfield; University of Utah, Salt Lake; American Academy of Otolaryngology, Alexandria, EE.UU.

**Título original:** Clinical Practice Guideline: Allergic Rhinitis

**Traducción textual:** Guía de Práctica Clínica: Rinitis Alérgica

En los pacientes con diagnóstico clínico de rinitis alérgica (RA), los profesionales deben rastrear la presencia de diversas enfermedades intercurrentes, como asma, dermatitis atópica, trastornos de la respiración asociados con el sueño, rinosinusitis y otitis media. Recomendación basada en estudios aleatorizados con cierta heterogeneidad; los beneficios superan los riesgos.

El objetivo de esta sección es incrementar el nivel de alerta en relación con los trastornos clínicos comúnmente vinculados con la RA y hacer hincapié en la importancia de su tratamiento apropiado.

Los estudios epidemiológicos demostraron asociaciones entre los diversos trastornos atópicos como asma, eccema y RA, con mecanismos fisiopatológicos similares. Globalmente, se estima que la mitad de los pacientes con asma tiene RA; a la inversa, el 10% al 40% de los individuos con RA presenta asma. La vinculación es particularmente fuerte en los pacientes con asma alérgica. En los niños, el riesgo de asma se relaciona con la gravedad y la duración de la rinitis. La RA en la niñez predispone a la aparición de asma y aumenta el riesgo de asma que persiste en la edad adulta, como también la presencia de asma alérgica a mediana edad. Por el contrario, el asma de inicio en la edad adulta, no alérgica, habitualmente no se asocia con RA. Asimismo, la dermatitis atópica antes de los 4 años relacionada con alimentos se vincula con el asma y la RA después de los 7 años (marcha alérgica). En un estudio, el 57.6% de los niños con eccema atópico de inicio en la primera infancia presentó RA

y el 34.1% tuvo asma. La gravedad de la dermatitis se relaciona, de manera directa, con la probabilidad de aparición de trastornos respiratorios. La conexión posiblemente obedezca a la sensibilización a aeroalérgenos inhalables, en contacto con la piel enferma. En los pacientes con RA, la conjuntivitis alérgica también es muy frecuente. El conocimiento de estas asociaciones tienen consecuencias diagnósticas y terapéuticas. Los antecedentes de eccema atópico o asma orientan hacia la naturaleza alérgica, en los enfermos con síntomas nasales persistentes o recurrentes. La tos, la dificultad para respirar, las sibilancias y la fatiga con el ejercicio siempre deben ser específicamente evaluados en los enfermos con RA. En los pacientes con diagnóstico presuntivo de asma está indicada la espirometría. El tratamiento de la RA, en los sujetos con asma, debe ser individualizado; diversos trabajos demostraron que el uso de antihistamínicos por vía oral y corticoides intranasales reduce la hiperreactividad bronquial y mejora el control del asma. Los antagonistas de los leucotrienos son una opción terapéutica interesante para los enfermos con RA y asma, pero no representan una alternativa de primera línea en los pacientes que sólo presentan RA. La inmunoterapia también puede mejorar la RA y el asma. Incluso se ha comprobado que en los niños, el tratamiento de de la RA con inmunoterapia evita la aparición de asma y la sensibilización a otros alérgenos. Recientemente se refirió que la inmunoterapia, en la RA, mejora el control de la dermatitis atópica. La congestión nasal y las anomalías en la depuración mucociliar predisponen a los enfermos con RA a presentar infección de los senos paranasales; sin embargo, la vinculación precisa entre ambas entidades todavía no se ha establecido. La hipertrofia de adenoides debe considerarse en los niños con RA o enfermedad rinosinusal. Los estudios sugieren cierta vinculación entre la RA y la otitis media con derrame (16.3% a 89% de los casos, según las series). En una revisión de pacientes con ambas enfermedades, el tratamiento con corticoides intranasales, en combinación con antibióticos o sin éstos, aceleró la recuperación de la otitis media con derrame, posiblemente al revertir la disfunción de la trompa de Eustaquio. La RA se asocia con trastornos de la respiración vinculados con el sueño, con reducción de la calidad del sueño y con somnolencia diurna. Aunque ningún estudio demostró fehacientemente una relación causal entre la RA y los trastornos de la respiración asociados con el sueño, la información en conjunto sugiere que el tratamiento de la RA puede mejorar dichas anomalías, tanto en los niños como en los adultos. La congestión nasal no suele ser una causa primaria de apnea obstructiva del sueño; sin embargo, el tratamiento adecuado de la RA puede reducir el índice de apnea e hipopnea y la somnolencia diurna.

# Tratamiento Farmacológico

## Corticoides Tópicos

*Los corticoides intranasales representan la mejor opción terapéutica para el tratamiento de la rinitis alérgica. Estos fármacos son particularmente eficaces para el alivio de la congestión nasal.*

**Fuente:** Otolaryngology-Head and Neck Surgery 152(1S):16-17, 2015

**Autores:** Seidman M, Gurgel R, Nnacheta L y colaboradores

**Institución:** Henry Ford West Bloomfield, Bloomfield; University of Utah, Salt Lake; American Academy of Otolaryngology, Alexandria, EE.UU.

**Título original:** Clinical Practice Guideline: Allergic Rhinitis

**Traducción textual:** Guía de Práctica Clínica: Rinitis Alérgica

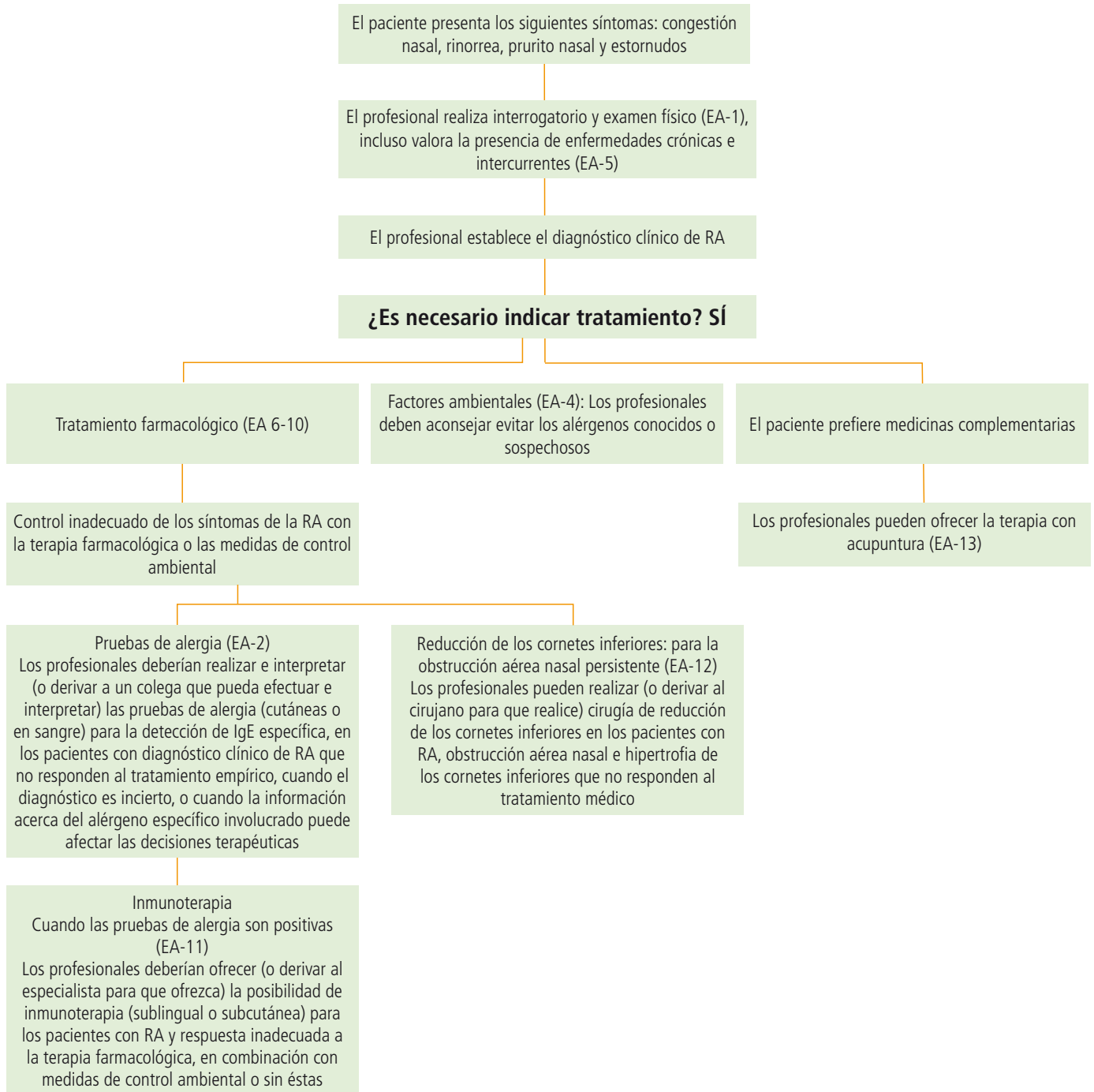
Los corticoides intranasales están indicados en los pacientes con diagnóstico clínico de rinitis alérgica y síntomas que comprometen la calidad de vida. Recomendación fuerte basada en estudios controlados y aleatorizados con limitaciones menores; predominio de los beneficios sobre los riesgos.

En esta sección de la guía se hace hincapié en el uso de corticoides intranasales (CIN) en determinados pacientes con rinitis alérgica (RA); respecto de otros fármacos, los CIN son superiores en eficacia y se asocian con un buen perfil de seguridad. Ejercen fuertes efectos antiinflamatorios, de modo que modifican directamente los mecanismos fisiopatogénicos involucrados en la RA. Los CIN reducen la liberación de mediadores y citoquinas e inhiben el reclutamiento nasal de basófilos, eosinófilos, neutrófilos y células mononucleares, en respuesta a la prueba de provocación con alérgenos. En la RA estacional, los CIN disminuyen las células inflamatorias y las citoquinas en la mucosa nasal y las secreciones nasales; los CIN también reducen la hiperreactividad de la mucosa nasal, en las pruebas de provocación con antígenos o histamina.

Numerosos trabajos clínicos controlados con placebo demostraron la eficacia de los CIN en el alivio de los síntomas de la RA: estornudos, prurito, rinorrea y congestión nasal, tanto en adultos como en niños. La reducción de los síntomas de la RA mejora considerablemente la calidad de vida



## ALGORITMO PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA RINITIS ALÉRGICA (RA) PARA LA EVALUACIÓN Y EL ABORDAJE DE LOS ENFERMOS CON RA SOBRE LA BASE DE LAS RECOMENDACIONES DE ESTA GUÍA. ENUNCIADO DE ACCIÓN (EA)



## RECOMENDACIONES PARA EL AGREGADO DE UNA SEGUNDA DROGA EN EL TRATAMIENTO DE LA RINITIS ALÉRGICA



y del sueño. Todos los CIN disponibles se asocian con una eficacia similar. El efecto se produce entre 3 a 5 y 36 horas después de la primera aplicación. Respecto del uso intermitente, la utilización continua de CIN es más eficaz. Sin embargo, la aplicación a demanda de fluticasona intranasal supera en eficacia al placebo. Sobre la base de los estudios disponibles, si luego de una semana de terapia con CIN no se observa mejoría sintomática, el tratamiento debería interrumpirse y ser considerado ineficaz.

Los CIN también mejoran los síntomas oculares alérgicos (prurito, lagrimeo, congestión y edema). Estas manifestaciones clínicas serían consecuencia directa del contacto de los alérgenos con la mucosa conjuntival, como también de reflejos que se originan en la nariz, luego de la exposición a alérgenos. Los CIN disminuyen esta respuesta refleja. Según algunos trabajos, los CIN pueden mejorar el control del asma, en los pacientes con RA y asma. La hipertrofia de adenoides se reduce con los CIN.

Los estudios de comparación mostraron que los CIN son más eficaces que los antihistamínicos orales para el control de los síntomas nasales, incluso de la congestión nasal; la mejoría de las manifestaciones oculares, en cambio, sería similar con ambos agentes. Los CIN superan en eficacia a los antagonistas de los receptores de los leucotrienos; los antihistamínicos tópicos, sin embargo, actúan más rápidamente que los CIN. Los diferentes preparados de CIN se asocian con eficacia semejante; no obstante, los enfermos suelen preferir algún fármaco en particular, un fenómeno que influye en la adhesión a la terapia. El gusto posterior a la aplicación, la caída del fármaco por las fosas nasales y las fauces y el olfato son algunos de los factores que influyen en la preferencia. Algunas de estas complicaciones se resolvieron con la creación de aerosoles intranasales no acuosos con hidrofluoroalcano, actualmente aprobados para el tratamiento de la RA en los EE.UU.

La sequedad local, la sensación de ardor y la epistaxis son los efectos adversos más frecuentes, asociados con el uso de CIN. En los estudios de 2 a 12 semanas, la incidencia de epistaxis ha sido del 4% al 8%, según las series, sin diferencias significativas respecto del placebo. La frecuencia, en cambio, llegaría hasta un 20% en relación con la terapia sostenida por un año. La técnica apropiada de aplicación del CIN reduce el riesgo de epistaxis. La perforación del tabique nasal es una complicación infrecuente de los CIN. En los trabajos realizados en pacientes con RA perenne, tratados en forma continua con CIN durante uno a cinco años, el estudio anatomopatológico no reveló atrofia de la mucosa nasal. Asimismo, los estudios que evaluaron los efectos del tratamiento con CIN sobre el eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal (HHS), mediante la determinación de los niveles séricos matutinos de cortisol, la prueba de estimulación con cosintropina y la excreción de cortisol libre en orina de 24 horas, no revelaron efectos adversos. No obstante, el aerosol nasal con betametasona podría asociarse con supresión del eje HHS.

Los pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana deben usar estos preparados con precaución, ya que en ellos los CIN se absorben más rápidamente. Los estudios más recientes no avalan la suposición de que el uso de CIN incrementa el riesgo de cataratas posteriores subcapsulares, glaucoma o aumento de la presión intraocular.

Los efectos de los CIN sobre el crecimiento en los niños han sido estudiados, a corto plazo mediante nemometría, y a largo plazo, por medio de estadiometría.

En dos estudios a corto plazo, la aplicación de budesónida intranasal se asoció con menor índice de crecimiento en las extremidades inferiores; en cambio, en otros trabajos, la terapia con furoato de fluticasona, acetónida de triamcinolona (en dos dosis) y propionato de fluticasona durante dos semanas no afectó el índice de crecimiento, respecto del placebo. En los estudios a largo plazo, el tratamiento con dipropionato de beclometasona intranasal, al doble de la dosis diaria recomendada, suprimió el crecimiento; por el contrario, el propionato de fluticasona y el furoato de mometasona no afectaron el crecimiento, respecto del placebo. En un estudio a pequeña escala, realizado con niños tratados con acetónida de triamcinolona durante dos años, no se registraron efectos sobre la talla, en términos de los valores deseados y los encontrados.

Aunque los corticoides sistémicos utilizados durante un breve período han sido utilizados en pacientes con RA grave, este esquema no parece superior en eficacia al tratamiento con CIN. En un estudio abierto, el tratamiento con loratadina por vía oral más aerosol nasal con furoato de mometasona y la terapia con un antihistamínico, en combinación con betametasona oral durante siete días, superaron en eficacia a la administración de loratadina en forma aislada, en términos del alivio de los estornudos, la obstrucción nasal, la rinorrea y el prurito nasal. Los dos esquemas con corticoides se asociaron con la misma eficacia. Sin embargo, los corticoides por vía oral generan efectos adversos de consideración y no son más eficaces que los CIN.

Los CIN son particularmente beneficiosos para el alivio de la congestión nasal; la administración profiláctica de CIN, desde unos días antes del inicio de la estación polínica, es útil para prevenir los síntomas en los pacientes con RA estacional. Durante el tratamiento se deben controlar los signos de irritación local, atribuible al fármaco o a la aplicación incorrecta del aerosol.

## Antihistamínicos por Vía Oral

*Los antihistamínicos de segunda generación por vía oral están especialmente indicados en los pacientes con rinitis alérgica que presentan estornudos y prurito como síntomas predominantes.*

**Fuente:** Otolaryngology-Head and Neck Surgery 152(1S):17-19, 2015

**Autores:** Seidman M, Gurgel R, Nnacheta L y colaboradores

**Institución:** Henry Ford West Bloomfield, Bloomfield; University of Utah, Salt Lake; American Academy of Otolaryngology, Alexandria, EE.UU.

**Título original:** Clinical Practice Guideline: Allergic Rhinitis

**Traducción textual:** Guía de Práctica Clínica: Rinitis Alérgica

Los antihistamínicos orales de segunda generación, asociados con menos sedación, están recomendados para el tratamiento de los pacientes con rinitis alérgica que presentan estornudos o prurito como síntomas predominantes. Recomendación fuerte basada en estudios clínicos aleatorizados con limitaciones menores; preponderancia de los beneficios sobre los riesgos.

Los antihistamínicos por vía oral se utilizan para el tratamiento de la rinitis alérgica (RA) desde la década de 1940. Numerosos trabajos clínicos controlados confirmaron la eficacia de estos fármacos en niños y adultos, en términos del alivio de la rinorrea, los estornudos, el prurito, la obstrucción nasal y los síntomas oculares. Aunque los corticoides intranasales son superiores en eficacia a los antihistamínicos orales, estos últimos son particularmente útiles en los enfermos con RA leve a moderada; además, son más económicos, actúan rápidamente y son útiles para los pacientes con síntomas intermitentes.

Los antihistamínicos orales bloquean la acción de la histamina sobre los receptores  $H_1$  y se asocian con múltiples efectos antiinflamatorios. Los antihistamínicos de primera generación son lipofílicos, de modo que atraviesan la barrera hematoencefálica; también tienen efectos antimuscarínicos. En cambio, los antihistamínicos de segunda generación son altamente selectivos sobre los receptores  $H_1$  y ejercen pocos efectos centrales. La difenhidramina, la clorfeniramina y la hidroxicina son ejemplos de antihistamínicos de primera generación; su uso se ve limitado por los

efectos adversos, como sedación y sequedad de mucosas. Es importante que los enfermos sepan que el rendimiento puede disminuirse, a pesar de no presentar somnolencia.

La fexofenadina, la cetirizina, la levocetirizina, la loratadina y la desloratadina son algunos de los antihistamínicos de segunda generación; estos fármacos son preferidos en casi todas las circunstancias. Aunque se dispone de pocos estudios de comparación de los distintos antihistamínicos de segunda generación, la información en conjunto sugiere que la cetirizina y la levocetirizina (el enantiómero activo de la cetirizina) son los agentes más eficaces. Sin embargo, se asocian con algo de sedación, un efecto que no se observa con los otros antihistamínicos de segunda generación.

El inicio rápido del efecto, la administración una vez por día, la persistencia de la eficacia a pesar del uso regular y la venta libre de algunos de estos fármacos con las principales ventajas de estos agentes. Ciertos enfermos que no responden a un determinado antihistamínico pueden hacerlo cuando reciben otra droga de la misma clase. El beneficio máximo se observa en el contexto del tratamiento sostenido; no obstante, el uso a demanda puede ser útil en los pacientes con síntomas intermitentes. Los antihistamínicos por vía oral habitualmente no se asocian con ventajas adicionales cuando se los utiliza en combinación con los corticoides intranasales; en cambio, el agregado de estos últimos a demanda, en los pacientes que usan antihistamínicos de manera regular, constituye una estrategia terapéutica razonable. La preferencia de los enfermos es un aspecto que debe tenerse en cuenta al momento de optar por el tratamiento con agentes orales o con aerosoles intranasales. La cetirizina, la levocetirizina, la fexofenadina, la loratadina y la desloratadina son los antihistamínicos orales aprobados por la *Food and Drug Administration* (FDA) de los EE.UU.

## Antihistamínicos orales para la rinitis alérgica

Fármaco	Indicaciones de la FDA (estacional, perenne)	Contraindicaciones	Edades aprobadas	Efectos adversos comunes	Dosis
Cetirizina	Ambas	Hipersensibilidad a la cetirizina, levocetirizina o hidroxizina	≥ 6 meses	Ocasional Sedación, sequedad de mucosas, retención urinaria	Edad 2 a 5 años: 2.5 mg 1 o 2 veces por día Edad 6 a 12 años: 5-10 mg/día Edad 12 a 65 años: 10 mg/día Edad 66 a 76 años: 5 a 10 mg/día Edad ≥ 77 años: 5 mg/día
Levocetirizina	Ambas	Hipersensibilidad a la levocetirizina, cetirizina o hidroxizina	≥ 6 meses	Ocasional Sedación, sequedad de mucosas, retención urinaria	Edad 2 a 5 años: 1.25 mg/día Edad 6 a 11 años: 2.5 mg/día Edad ≥ 12 años: 2.5 a 5 mg/día
Fexofenadina	Estacional	Hipersensibilidad a la fexofenadina	≥ 2 años	Cefalea	Edad 2 a 11 años: 30 mg dos veces por día Edad ≥ 12 años: 60 mg dos veces por día o 180 mg/día
Loratadina	Ambas	Hipersensibilidad a la loratadina o desloratadina	≥ 2 años	Posible sedación con dosis superiores a las habituales	Edad 2 a 5 años: 5 mg/día Edad ≥ 6 años: 10 mg/día
Desloratadina	Ambas	Hipersensibilidad a la desloratadina o loratadina	≥ 6 meses	Posible sedación con dosis superiores a las habituales	Edad 2-5 años: 1.25 mg/día Edad 6 a 11 años: 2.5 mg/día Edad ≥ 12 años: 5 mg/día

## Antihistamínicos Intranasales

*Los antihistamínicos intranasales actúan rápidamente, de modo que estos agentes son especialmente beneficiosos en los pacientes con rinitis alérgica episódica o como terapia de prevención, antes de la exposición a los alérgenos involucrados. La somnolencia y el gusto amargo posterior a su aplicación son los efectos adversos más frecuentes.*

**Fuente:** Otolaryngology-Head and Neck Surgery 152(1S):19-21, 2015

**Autores:** Seidman M, Gurgel R, Nnacheta L y colaboradores

**Institución:** Henry Ford West Bloomfield, Bloomfield; University of Utah, Salt Lake; American Academy of Otolaryngology, Alexandria, EE.UU.

**Título original:** Clinical Practice Guideline: Allergic Rhinitis

**Traducción textual:** Guía de Práctica Clínica: Rinitis Alérgica

Los antihistamínicos intranasales pueden ser de utilidad en los pacientes con rinitis alérgica estacional, perenne o episódica. Opción basada en estudios clínicos aleatorizados, con limitaciones menores, y en estudios de observación, con equilibrio entre el beneficio y el daño.

Los fármacos antihistamínicos son antagonistas de los receptores  $H_1$  de histamina; en la actualidad existen dos antihistamínicos intranasales aprobados por la *Food and Drug Administration* de los EE.UU. para el tratamiento de la rinitis alérgica (RA): la azelastina y la olopatadina, ambos antagonistas de los receptores  $H_1$  de histamina de segunda generación. En los estudios de comparación directa, ambas drogas se han asociado con eficacia similar.

La aplicación tópica de antihistamínicos permite lograr concentraciones más altas en la mucosa nasal, con menor incidencia de efectos adversos. En numerosos trabajos aleatorizados, controlados, y a doble ciego, los antihistamínicos intranasales se asociaron con la misma eficacia o con eficacia superior, respecto de los antihistamínicos por vía oral, en términos del alivio de los síntomas nasales. Incluso más, los antihistamínicos intranasales pueden ser útiles en los enfermos que no responden favorablemente al tratamiento con antihistamínicos orales. En especial, los primeros serían más eficaces para el alivio de la congestión nasal. Además, los antihistamínicos intranasales actúan rápidamente, entre 15 y 30 minutos después de la aplicación, en comparación con 150 minutos en promedio, luego de la ingesta de antihistamínicos orales. En los

estudios en los cuales se compararon los antihistamínicos intranasales y los corticoides intranasales (CIN), los resultados fueron discordantes; en algunos se comprobó una eficacia similar para ambos tipos de drogas, en tanto que en otros trabajos, los CIN superaron en eficacia a los antihistamínicos intranasales; diversos aspectos metodológicos complican, sin embargo, la interpretación de los hallazgos.

La olopatadina está aprobada para el tratamiento de la RA estacional en adultos y en niños de 6 años o más, en tanto que la azelastina al 0.1% ha sido aprobada para los pacientes de 6 años o más. La azelastina al 0.15% más sorbitol y sucralosa (con lo cual se mejora el gusto del preparado) se utiliza para el tratamiento de la RA estacional y perenne en adultos y en niños de 6 años o más.

El gusto amargo luego de la aplicación, la epistaxis, la cefalea, la somnolencia y el ardor son los efectos adversos más comunes asociados con el tratamiento con antihistamínicos tópicos. El 2% al 18% de los enfermos tratados con estos agentes refiere gusto amargo luego de la colocación del preparado, en comparación con 0% a 0.2% de los pacientes que aplican CIN; este efecto adverso es particularmente importante, ya que puede comprometer la adhesión al tratamiento. En este contexto, algunos preparados se toleran mejor que otros. En los estudios más recientes, la incidencia de somnolencia fue del 0.4% al 3%, similar o sólo levemente más alta, respecto del placebo. En las comparaciones directas se comprobaron índices similares de somnolencia en los enfermos que recibieron antihistamínicos intranasales, CIN y placebo. Los índices de somnolencia en asociación con el uso de antihistamínicos tópicos (0.9% a 11.5%), antihistamínicos por vía oral (1.3% a 14%) y placebo (0.3% a 10%) fueron semejantes. La aparición de somnolencia debe ser particularmente rastreada cuando se inicia el tratamiento con antihistamínicos intranasales. Estos fármacos representan opciones de primera o segunda línea para el tratamiento de la RA; como consecuencia del efecto rápido, estos agentes son especialmente beneficiosos en los pacientes con RA episódica o como terapia de prevención, previa a la exposición a los alérgenos involucrados. Estos agentes se deben aplicar dos veces por día.



## Antagonistas de los Receptores de los Leucotrienos por Vía Oral

*Si bien los antagonistas de los receptores de los leucotrienos no representan una opción terapéutica de primera línea para los enfermos con rinitis alérgica, estos agentes pueden ser particularmente beneficiosos en determinados pacientes con rinitis alérgica y asma.*

**Fuente:** Otolaryngology-Head and Neck Surgery 152(15):21-22, 2015

**Autores:** Seidman M, Gurgel R, Nnacheta L y colaboradores

**Institución:** Henry Ford West Bloomfield, Bloomfield; University of Utah, Salt Lake; American Academy of Otolaryngology, Alexandria, EE.UU.

**Título original:** Clinical Practice Guideline: Allergic Rhinitis

**Traducción textual:** Guía de Práctica Clínica: Rinitis Alérgica

Los antagonistas de los receptores de los leucotrienos por vía oral no representan una opción terapéutica de primera línea para los pacientes con rinitis alérgica. Recomendación en contra, sobre la base de estudios clínicos aleatorizados y revisiones sistemáticas, con predominio del beneficio sobre el riesgo.

El objetivo de esta sección es desalentar el uso de los antagonistas de los receptores de los leucotrienos (ARLT), más costosos y menos eficaces, como terapia de primera línea en la rinitis alérgica (RA). El montelukast (un ARLT) ha sido aprobado por la *Food and Drug Administration* (FDA) de los EE.UU. para el tratamiento de los síntomas de la RA estacional en adultos y niños de 2 años o más, como también para los adultos y niños de 6 meses o más de vida, con RA perenne. Si bien se dispone de otros agentes de la misma clase, sólo el montelukast está aprobado para estas situaciones.

Las revisiones sistemáticas de la literatura y los metanálisis (esencialmente de estudios controlados con montelukast en adultos con RA estacional) concluyeron que los ARLT son más eficaces que el placebo, en términos del control de los síntomas y de la mejoría de la calidad de vida. En algunos trabajos, los ARLT fueron igual de eficaces que los antihistamínicos por vía oral, mientras que en otros estudios, los primeros fueron menos beneficiosos, respecto de los antihistamínicos sistémicos y los corticoides intranasales.

En un estudio aleatorizado y a doble ciego, el montelukast se asoció con una eficacia similar a la de la pseudoefedrina en la reducción de los síntomas de la RA, con excepción de la congestión nasal, para la cual la pseudoefedrina superó en eficacia al montelukast. En los enfermos con RA y asma, el montelukast mejora los síntomas de ambas enfermedades.

El montelukast se tolera bien y no se asocia con sedación. Si bien en los trabajos controlados con placebo, los trastornos del comportamiento fueron infrecuentes, los estudios realizados luego de la comercialización del fármaco refirieron la aparición infrecuente de eventos psiquiátricos (agresión, depresión e ideación suicida). No obstante, sólo un paciente entre 9 929 enfermos tratados con montelukast presentó ideación suicida. El montelukast es más costoso que los antihistamínicos para uso por vía oral; la introducción de genéricos, sin embargo, redujo los costos de esta medicación. Si bien los ARLT no representan una opción terapéutica de primera línea para los enfermos con RA, estos agentes pueden ser particularmente beneficiosos en determinados pacientes con RA y asma.

## Terapia Farmacológica Combinada

*Algunos esquemas de terapia combinada pueden ser particularmente útiles en los pacientes con rinitis alérgica que no responden a las monoterapias de primera línea. Rara vez, sin embargo, deben utilizarse como primera opción de tratamiento.*

**Fuente:** Otolaryngology-Head and Neck Surgery 152(1S):22-24, 2015

**Autores:** Seidman M, Gurgel R, Nnacheta L y colaboradores

**Institución:** Henry Ford West Bloomfield, Bloomfield; University of Utah, Salt Lake; American Academy of Otolaryngology, Alexandria, EE.UU.

**Título original:** Clinical Practice Guideline: Allergic Rhinitis

**Traducción textual:** Guía de Práctica Clínica: Rinitis Alérgica

La terapia farmacológica combinada está indicada en los pacientes con rinitis alérgica que no responden favorablemente a las monoterapias. Opción basada en estudios clínicos aleatorizados con limitaciones menores, y en estudios de observación, con equilibrio entre el riesgo y el beneficio.

En los pacientes con rinitis alérgica (RA) que no responden favorablemente al tratamiento inicial con corticoides intranasales (CIN) y en los enfermos que no toleran los CIN, el agregado de otro fármaco puede ser de ayuda. La combinación más eficaz consiste en la utilización de CIN más antihistamínicos tópicos. En los sujetos con obstrucción nasal importante, el agregado de oximetazolina a los CIN durante unos pocos días puede ser beneficioso. La segunda opción de terapia combinada consiste en el uso de antihistamínicos y descongestivos por vía oral. La presencia simultánea de conjuntivitis alérgica o asma debe tenerse en cuenta al momento de seleccionar la mejor opción farmacológica. Si bien los CIN y los antihistamínicos por vía oral son monoterapias de primera línea, la combinación de estas dos clases de fármacos no se asocia con beneficios adicionales.

### CIN y antihistamínicos por vía oral

En los pacientes que no responden favorablemente a los CIN, el agregado sistemático de antihistamínicos orales no está indicado; los estudios no mostraron beneficios adicionales con el uso de CIN más antihistamínicos orales, respecto de la utilización de CIN más placebo. Una revisión Cochrane avala esta conclusión para la población pediátrica.

### Antihistamínicos orales más descongestivos por vía oral

La combinación de estos dos fármacos se asocia con mejor control de los síntomas, en comparación con el uso exclusivo de cada uno de ellos. Este beneficio se confirmó en numerosos trabajos aleatorizados y controlados con placebo, cada uno de ellos con la inclusión de más de 500 pacientes. Sin embargo, el agregado de un descongestivo por vía oral a un antihistamínico de segunda generación aumenta el riesgo de insomnio, cefaleas, sequedad de boca e irritabilidad. Además, el uso prolongado de descongestivos orales puede inducir tolerancia. En un estudio, la administración de pseudoefedrina de acción prolongada (240 mg cada 24 horas) se asoció con menos insomnio que el uso de pseudoefedrina de acción prolongada, en dosis de 120 mg cada 12 horas (4% y 15%, respectivamente;  $p < 0.01$ ). Según los resultados de un metanálisis de 2005, la pseudoefedrina se asocia con un incremento leve, pero significativo, de la presión arterial sistólica y de la frecuencia cardíaca, pero no induce cambios en la presión arterial diastólica. El tratamiento con descongestivos por vía oral no está recomendado en los pacientes de menos de 4 años; asimismo, el preparado de liberación extendida (120 mg, 12 horas) no está aprobado para los enfermos de menos de 12 años.

### Antihistamínicos orales y antagonistas de los receptores de los leucotrienos (ARLT)

Todavía no se determinó con precisión si esta forma de terapia combinada supera en eficacia a cada una de las monoterapias; por lo tanto, el uso sistemático de antihistamínicos por vía oral y ARLT no está indicado.

En diversos trabajos, el tratamiento combinado fue igual de eficaz que la monoterapia con antihistamínicos orales; en otros estudios, en cambio, la terapia combinada fue más eficaz, respecto del uso exclusivo de antihistamínicos orales o de ARLT. La combinación sería particularmente útil para el alivio de los síntomas nocturnos y en la prevención de las manifestaciones clínicas. La combinación de antihistamínicos orales y ARLT es menos eficaz que la monoterapia con CIN.

## CIN y ARLT

Los ARLT no deberían agregarse, de manera sistemática, al tratamiento con CIN, en los pacientes con RA que responden favorablemente a estos últimos.

## CIN y antihistamínicos tópicos

La combinación de CIN y antihistamínicos intranasales es más eficaz que cualquiera de las monoterapias. El beneficio fue demostrado en los enfermos con RA y múltiples síntomas, como también en los pacientes con RA y síntomas moderados a graves. La terapia combinada está indicada en los enfermos en quienes no se logra el control sintomático con alguno de los agentes por separado.

## CIN y oximetazolina intranasal

Esta combinación es más eficaz, en términos del control de los síntomas, en comparación con cualquiera de las monoterapias. La aparición de congestión nasal de rebote (rinitis medicamentosa) es un problema importante en el contexto del uso de descongestivos tópicos, de modo que estos fármacos no deberían utilizarse por más de tres días.

## Inmunoterapia

*La inmunoterapia, es decir la administración controlada de los alérgenos involucrados en la rinitis alérgica, es eficaz. Además de mejorar el control de los síntomas, la inmunoterapia es la única forma de tratamiento que puede modificar la historia natural de la enfermedad.*

**Fuente:** Otolaryngology-Head and Neck Surgery 152(1S):24-26, 2015

**Autores:** Seidman M, Gurgel R, Nnacheta L y colaboradores

**Institución:** Henry Ford West Bloomfield, Bloomfield; University of Utah, Salt Lake; American Academy of Otolaryngology, Alexandria, EE.UU.

**Título original:** Clinical Practice Guideline: Allergic Rhinitis

**Traducción textual:** Guía de Práctica Clínica: Rinitis Alérgica

La inmunoterapia, por vía sublingual o subcutánea, está recomendada para los pacientes con rinitis alérgica que no presentan alivio sintomático con la terapia farmacológica, en combinación con medidas de control ambiental o sin éstas. Recomendación basada en estudios clínicos aleatorizados y revisiones sistemáticas, con predominio del beneficio sobre el riesgo.

La inmunoterapia específica con alérgenos consiste en la administración controlada y repetida de los alérgenos involucrados en los síntomas, en los pacientes con rinitis alérgica (RA) mediada por IgE, confirmada por medio de pruebas específicas de alergia. El objetivo es incrementar la tolerancia inmunológica a los alérgenos responsables. El principal objetivo de la inmunoterapia es lograr el control de los síntomas. La inmunoterapia representa, por el momento, la única alternativa terapéutica con posibilidad de modificar la historia natural de la enfermedad. La inmunoterapia, sin embargo, se asocia con el riesgo de efectos adversos de importancia (por ejemplo reacciones anafilácticas) y costos elevados (como consecuencia de tener que asistir al consultorio para las aplicaciones). El control de los síntomas se observa en forma tardía y el tratamiento debe mantenerse durante varios años.

En los EE.UU. se utilizan dos formas de inmunoterapia: la inmunoterapia subcutánea (ITSC) y la inmunoterapia sublingual (ITSL), en solución acuosa y en comprimidos. Esta última modalidad de inmunoterapia fue aprobada por la *Food and Drug Administration* (FDA) de los EE.UU., en abril de 2014. Todavía no se dispone de guías prácticas específicas para la dosificación de la ITSL con solución acuosa.

Las aplicaciones de la ITSC se realizan en el consultorio a intervalos regulares, mientras que la ITSL se administra diariamente en el hogar. Cualquiera de las formas de inmunoterapia sólo está indicada en los pacientes con RA, con diagnóstico confirmado por medio de pruebas cutáneas o de laboratorio. Por lo general, la inmunoterapia se mantiene entre tres y cinco años.

Numerosas revisiones sistemáticas a gran escala confirmaron la eficacia de la inmunoterapia en la reducción de los síntomas de la RA. Una revisión sistemática de 2013 incluyó 61 estudios clínicos aleatorizados; se encontró evidencia firme de que la ITSC reduce los síntomas y evidencia moderada de que la ITSC disminuye la necesidad de utilización de fármacos.

Diversas revisiones sistemáticas también confirmaron la eficacia de la ITSL para la RA. La más reciente abarcó 63 estudios clínicos aleatorizados y aportó evidencia moderada, en términos de la mejoría de los síntomas de la RA. Ambas formas de inmunoterapia se asocian con mejoría de los trastornos intercurrentes, como asma y conjuntivitis, y de la calidad de vida. Se ha comprobado que la inmunoterapia evita la aparición de asma y de nuevas sensibilizaciones alérgicas. Los beneficios persisten incluso cuando la inmunoterapia se interrumpe: hasta por 10 años luego de la ITSC, y hasta 8 años después de la ITSL. Los beneficios de la inmunoterapia suelen aparecer entre varias semanas y un año después de comenzado el tratamiento.

Las reacciones adversas a la inmunoterapia pueden ser locales o sistémicas. Las reacciones locales, secundarias a la ITSC, incluyen eritema e induración en el sitio de aplicación, en tanto que la ITSL se asocia con prurito y malestar bucal. Los índices de reacciones adversas locales son de 0.6% a 58% con la ITSC y de 0.2% a 97% con la ITSL. Las reacciones sistémicas, posibles con cualquiera de las dos formas de inmunoterapia, consisten en urticaria, síntomas gastrointestinales, sibilancias y anafilaxia. El índice de reacciones sistémicas, con la ITSC, es de 0.06% a 0.9%, con un deceso por cada 2.5 millones de aplicaciones (3.4 muertes por año), mientras que con la ITSL, éste es de 0.056% y no se han registrado fallecimientos.

La ITSC está contraindicada en los pacientes con asma no controlada; las aplicaciones deben ser realizadas por el profesional en el consultorio y el paciente debe permanecer en observación durante 30 minutos. Según los resultados de un estudio prospectivo de observación, realizado con

635 000 pacientes que recibieron más de un millón de aplicaciones de ITSC en sus hogares o en el consultorio, ciertos individuos podrían utilizar esta forma de inmunoterapia en sus hogares. El empleo de betabloqueantes representa una contraindicación relativa para la inmunoterapia, ya que compromete el tratamiento de una eventual reacción anafiláctica. Aunque se han referido casos de anafilaxia luego de la ITSL, esta forma de tratamiento se considera segura y los enfermos pueden usarla en sus hogares. En Europa se recomienda que el primer comprimido de ITSL se ingiera en el consultorio del profesional. Las recomendaciones de la FDA son iguales: la primera dosis debe realizarse en el consultorio y el enfermo debe permanecer en observación 30 minutos. Los pacientes pueden continuar el tratamiento en sus hogares siempre y cuando dispongan de epinefrina autoinyectable. La ITSL también está contraindicada en los pacientes con asma grave, inestable o no controlada. Los pacientes deben ser advertidos acerca de la posibilidad de presentar reacciones sistémicas, con cualquier forma de inmunoterapia. La información global sugiere que los beneficios superan a los riesgos.

Las dos formas de inmunoterapia son eficaces en la RA. En general, se considera que la ITSC es algo más eficaz que la ITSL, pero se requieren más estudios para establecer conclusiones firmes al respecto. La inmunoterapia está indicada en los enfermos con RA que no responden en forma satisfactoria al tratamiento farmacológico. También puede utilizarse en los pacientes con respuesta parcial a la terapia farmacológica, ya que la inmunoterapia representa la única modalidad terapéutica con posibilidad de modificar la historia natural de la enfermedad. La preferencia de los enfermos, la demanda de medicación, los efectos adversos a los fármacos, la presencia simultánea de asma y la posible prevención de asma, en los enfermos con RA, son otros factores que pueden contribuir en la decisión de indicar inmunoterapia. La información en conjunto también sugiere beneficios a largo plazo en términos de rentabilidad. Por el momento se desconoce cuál de las dos formas de inmunoterapia es más favorable, en este sentido.



## Otros Tratamientos

### Cirugía

*La cirugía de reducción de los cornetes inferiores no es una alternativa terapéutica de primera línea para los pacientes con rinitis alérgica y obstrucción nasal. Sin embargo, es una opción válida de terapia para los enfermos que persisten sintomáticos a pesar del tratamiento farmacológico.*

**Fuente:** Otolaryngology-Head and Neck Surgery 152(1S):26-27, 2015

**Autores:** Seidman M, Gurgel R, Nnacheta L y colaboradores

**Institución:** Henry Ford West Bloomfield, Bloomfield; University of Utah, Salt Lake; American Academy of Otolaryngology, Alexandria, EE.UU.

**Título original:** Clinical Practice Guideline: Allergic Rhinitis

**Traducción textual:** Guía de Práctica Clínica: Rinitis Alérgica

#### Cirugía de reducción de los cornetes inferiores

La cirugía de reducción de los cornetes inferiores está indicada en los pacientes con rinitis alérgica (RA) con obstrucción al flujo de aire e hipertrofia de los cornetes inferiores que no responden al tratamiento médico. Opción basada en estudios de observación, con preponderancia del beneficio sobre el daño.

Los cornetes inferiores se localizan en la pared lateral de las fosas nasales; consisten en hueso recubierto por tejido que puede sufrir hipertrofia y edema en respuesta a la inflamación. La obstrucción aérea nasal, secundaria a estas anomalías, es un síntoma frecuente en los pacientes con RA. La turbinectomía (remoción completa de los cornetes), la resección submucosa y la ablación tisular son las técnicas quirúrgicas posibles para reducir el tamaño de los cornetes inferiores hipertrofiados.

En un estudio en 382 pacientes con hipertrofia de los cornetes inferiores se compararon los resultados de la turbinectomía, la cauterización con láser, la electrocauterización, la crioterapia, la resección submucosa y la resección submucosa con técnica de fractura quirúrgica; este último procedimiento fue el más eficaz y el que se asoció con menos complicaciones.

En la actualidad, las dos técnicas más utilizadas son la resección submucosa y la ablación tisular; en un estudio prospectivo en 60 pacientes seguidos a largo plazo, ambos procedimientos se asociaron con reducción subjetiva de la obstrucción nasal a los 3 y 6 meses. Sin embargo, los enfermos sometidos a resección submucosa tuvieron mayor permeabilidad nasal al año del tratamiento, en comparación con los pacientes en quienes se efectuó ablación tisular.

En un estudio no aleatorizado con la inclusión de 58 pacientes con RA perenne que no respondieron al tratamiento con antihistamínicos por vía oral se comparó la evolución luego de la reducción de los cornetes inferiores y del tratamiento con corticoides intranasales (CIN), en términos de la congestión nasal. Al año, los dos grupos de pacientes presentaron reducción de la resistencia nasal, valorada por medio de rinometría acústica. No obstante, los enfermos sometidos a cirugía presentaron mejoría significativamente más importante de la congestión nasal; la mejoría en los pacientes tratados con CIN no fue significativa.

Diversos trabajos no controlados sugirieron que la reducción de los cornetes inferiores también es eficaz para disminuir la rinorrea y los estornudos, en los enfermos con RA. En una investigación prospectiva en 95 pacientes sometidos a reducción quirúrgica de los cornetes inferiores por congestión nasal se comprobó alivio de la congestión, de la rinorea y de los estornudos a los 30 días y a los 3, 6 y 12 meses de la intervención. En otro trabajo no controlado en el cual se evaluaron 60 pacientes con RA sometidos a resección submucosa de los cornetes inferiores se observó menor reactividad nasal en respuesta a la provocación con alérgenos, a los 2 y 12 meses del procedimiento. El seguimiento a 3 y 5 años confirmó la persistencia del beneficio, en términos de la congestión nasal, los estornudos y la rinorrea. Los pacientes que permanecen sintomáticos pueden requerir tratamiento farmacológico adicional.

La cirugía de reducción de los cornetes inferiores se considera un procedimiento seguro; sin embargo, puede asociarse con sangrado nasal y formación de sinequias o costras. Muy rara vez puede aparecer rinitis atrófica (síndrome de la nariz vacía). Esta complicación, no obstante, es muy infrecuente en los pacientes sometidos sólo a resección submucosa, en comparación con la turbinectomía.

La información en conjunto sugiere que la cirugía es una alternativa terapéutica posible para los pacientes que persisten sintomáticos a pesar del tratamiento farmacológico y para los enfermos que no toleran esta modalidad de terapia.

## Acupuntura

*Si bien la información es limitada, los hallazgos en conjunto sugieren que la acupuntura podría mejorar los síntomas y la calidad de vida en los enfermos con rinitis alérgica perenne y estacional, por mecanismos que todavía no se conocen.*

**Fuente:** Otolaryngology-Head and Neck Surgery 152(1S):27-18, 2015

**Autores:** Seidman M, Gurgel R, Nnacheta L y colaboradores

**Institución:** Henry Ford West Bloomfield, Bloomfield; University of Utah, Salt Lake; American Academy of Otolaryngology, Alexandria, EE.UU.

**Título original:** Clinical Practice Guideline: Allergic Rhinitis

**Traducción textual:** Guía de Práctica Clínica: Rinitis Alérgica

La acupuntura puede ser una alternativa terapéutica para los pacientes con rinitis alérgica que no están interesados en la terapia farmacológica. Opción basada en estudios clínicos aleatorizados con limitaciones, estudios de observación con efectos firmes y predominio de los beneficios sobre el daño.

El objetivo de esta sección es facilitar el acceso de los pacientes a terapias no tradicionales, potencialmente beneficiosas, por ejemplo la acupuntura, para el tratamiento de la rinitis alérgica (RA). Según el *NIH National Center for Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM), la acupuntura es un grupo de procedimientos que consisten en la estimulación de distintos puntos del organismo. La técnica más estudiada es aquella en la cual se penetra la piel con agujas metálicas finas y sólidas, manipuladas manualmente o por medio de estimulación eléctrica. En un estudio de casos y controles realizado en Alemania, el 17% de los adultos con RA recurrió a la acupuntura alguna vez en sus vidas. Una revisión sistemática de 2006 de medicinas complementarias e integradoras del grupo *Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma* (ARIA) concluyó que la mayoría de los estudios al respecto eran no controlados, no aleatorizados y esencialmente descriptivos. Los estudios clínicos aleatorizados disponibles mostraron resultados no concluyentes, de modo que hasta ese momento no se disponía de evidencia científica firme que avalara el uso de la acupuntura en la RA.

En un único estudio pediátrico, aleatorizado y controlado, que abarcó 72 niños de 6 años o más con RA perenne, los pacientes tratados con acupuntura presentaron mejoras significativas en los síntomas diurnos durante tres meses y más días sin síntomas; sin embargo, la cantidad de días sin necesidad de medicación se mantuvo sin cambios. Los beneficios de la acupuntura desaparecieron en el transcurso de las diez semanas después de completado el tratamiento.

En una revisión posterior se analizaron por separado los estudios realizados en pacientes con RA estacional y enfermos con RA perenne. Los primeros no revelaron cambios favorables, en asociación con la acupuntura; sin embargo, el metanálisis global de los trabajos en enfermos con RA perenne (n = 152) sugirió una mejoría significativa en el puntaje sintomático global, en comparación con el grupo control. En dos estudios clínicos aleatorizados, incluidos en la revisión, se compararon los efectos de la acupuntura con los de la cetirizina y el saitezan en la RA perenne. El metanálisis con los datos de 193 pacientes reveló que el índice de respuesta a la acupuntura no fue significativamente mejor, respecto del obtenido con la terapia médica convencional.

Sin embargo, luego de las revisiones mencionadas se publicaron numerosos trabajos clínicos aleatorizados a gran escala. En uno de ellos se analizaron los efectos de la acupuntura en 981 pacientes con RA. La desviación estándar (DE) del número de sesiones de acupuntura fue de aproximadamente 10 (7 a 13 tratamientos). A los tres meses, los puntajes del *Rhinitis Quality of Life Questionnaire* (RQLQ) mejoraron en 1.48 puntos en promedio en el grupo activo, en comparación con 0.5 puntos en el grupo control ( $p < 0.001$ ). Los cambios de 0.5 puntos se consideraron clínicamente relevantes; la mejoría de la calidad de vida fue sustancialmente más pronunciada en los pacientes asignados a acupuntura.

Se recuerda que el RQLQ es un instrumento apto para determinar la influencia de la RA sobre la calidad de vida en los siete días previos; incluye 28 secciones en siete dominios: sueño, síntomas extranasales y extraoculares, función emocional, problemas prácticos, síntomas nasales, síntomas oculares y actividades.

En otra investigación aleatorizada, controlada y multicéntrica con la inclusión de 422 sujetos con RA estacional se compararon los efectos de la acupuntura más medicación de rescate (cetirizina), respecto del tratamiento farmacológico. En las semanas 7 y 8, los enfermos asignados a acupuntura presentaron mejores puntajes del RQLQ y requirieron menos medicación de rescate ( $p < 0.001$  en los dos casos). Los índices de respuesta fueron del 71% en los enfermos asignados a acupuntura, 56% en el grupo de acupuntura simulada y 44% en el grupo asignado al

uso de medicación de rescate. Sin embargo, los intervalos de confianza para la mejoría del RQLQ y para la utilización de medicación incluyeron valores por debajo de los umbrales considerados clínicamente relevantes. En otro estudio aleatorizado y controlado multicéntrico, realizado en 191 adultos con RA perenne, se comprobó una mejoría significativa en el *Total Nasal Symptom Score* al final del tratamiento ( $p = 0.029$ ) y a las cuatro semanas de terapia ( $p = 0.04$ ), con DE de 3.68 y 3.77, respectivamente, en relación con la acupuntura simulada. Asimismo, se observó una mejoría significativa en el *Total Non-Nasal Symptom Score*, respecto de los enfermos en lista de espera ( $p = 0.0002$ ). Durante el estudio, los participantes completaron planillas diarias de cuatro síntomas nasales (obstrucción nasal, estornudos, rinorrea y prurito nasal), en escalas de cinco puntos.

En los estudios clínicos farmacológicos y de inmunoterapia, controlados con placebo, el efecto placebo fue sustancial, en ocasiones superior al 50% en términos de la mejoría de los síntomas. En la mayoría de los trabajos de acupuntura se utilizó como control la técnica simulada; sin embargo, la localización, la profundidad y la manipulación de las agujas difirieron considerablemente de un estudio a otro. Algunas investigaciones no encontraron efecto placebo, vinculado con la acupuntura simulada.

Los mecanismos por los cuales la acupuntura podría mejorar la RA se desconocen; según los resultados de algunos estudios, la acupuntura podría inhibir la síntesis de citoquinas, por ejemplo de interleuquina (IL) 10, en los pacientes con RA y de IL-6 e IL-10 en los enfermos con asma. La correlación entre estos cambios y el efecto clínico se desconoce.

En resumen, una revisión sistemática y diversos estudios clínicos aleatorizados a gran escala sugieren que la acupuntura podría ser eficaz para el control de los síntomas y para mejorar la calidad de vida en los pacientes con RA perenne y estacional. El procedimiento no se asocia con ningún efecto adverso. Por lo tanto, la acupuntura es una alternativa terapéutica válida para los enfermos que rechazan el tratamiento farmacológico.

## Fitoterapia

*Aunque algunos estudios sugirieron que las plantas medicinales podrían ser útiles para el alivio de los síntomas y la mejoría de la calidad de vida en los pacientes con rinitis alérgica, la metodología de las investigaciones complica la interpretación de los hallazgos. Por el momento, no es posible establecer ninguna recomendación específica al respecto.*

**Fuente:** Otolaryngology-Head and Neck Surgery 152(1S):28-29, 2015

**Autores:** Seidman M, Gurgel R, Nnacheta L y colaboradores

**Institución:** Henry Ford West Bloomfield, Bloomfield; University of Utah, Salt Lake; American Academy of Otolaryngology, Alexandria, EE.UU.

**Título original:** Clinical Practice Guideline: Allergic Rhinitis

**Traducción textual:** Guía de Práctica Clínica: Rinitis Alérgica

No se establecen recomendaciones en relación con el uso de la fitoterapia en los pacientes con rinitis alérgica (RA). Falta de recomendación basada en el conocimiento limitado de la fitoterapia y por la preocupación relacionada con la calidad de la estandarización y la seguridad.

El grupo de expertos no pudo establecer recomendaciones puntuales acerca del uso de hierbas medicinales para el tratamiento de la RA; la mayoría de los estudios al respecto no fueron traducidos al inglés. La diversidad y la falta de estandarización de los extractos fueron otros obstáculos.

La medicina tradicional china ha sido utilizada en más de 80 países y su uso sigue en aumento. La farmacopea china incluye más de 13 000 plantas medicinales y más de 100 000 combinaciones. Sin embargo, sólo unos pocos estudios a gran escala, de buena calidad y multicéntricos evaluaron la seguridad y eficacia de la fitoterapia. Diversos estudios, con muestras reducidas de enfermos y con limitaciones metodológicas, sugirieron beneficios de esta forma de tratamiento para la RA.

La guía *Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma* (ARIA) de 2006 identificó tres estudios de calidad aceptable, con un número promedio de 74 pacientes, en los cuales se analizó la utilidad de *butterbur*, *biminne* y mezclas de hierbas chinas. Todos ellos revelaron beneficios sobre los sínto-

mas clínicos y la calidad de vida; sin embargo, no fue posible establecer conclusiones definitivas. Según diversos estudios, las plantas medicinales chinas se asociarían con efectos antialérgicos, antiinflamatorios e inmunomoduladores; se comprobó inhibición de la liberación de mediadores (histamina, entre otros) de las células cebadas, menor inflamación en respuesta a la exposición a agentes químicos y modulación de los niveles séricos de inmunoglobulina E total y de la actividad de los linfocitos y macrófagos. Ninguno de estos productos está regulado por la *Food and Drug Administration* de los EE.UU. Si bien no se dispone de información precisa sobre la seguridad de estos productos, en los últimos 40 años en los EE.UU. no se ha referido ningún deceso en relación con el uso de hierbas medicinales chinas.



**Sociedad Iberoamericana de  
Información Científica (SIIC)**

**Directora PEMC-SIIC**  
Rosa María Hermitte

**SIIC, Consejo de Dirección:**  
Edificio Calmer, Avda. Belgrano  
430 (C1092AAR),  
Buenos Aires, Argentina  
Tel.: +54 11 4342 4901  
[comunicaciones@siicsalud.com](mailto:comunicaciones@siicsalud.com)  
[www.siic.info](http://www.siic.info)

Los textos de Guías Distinguidas (GD) fueron seleccionados de la base de datos SIIC *Data Bases*. Los artículos de GD fueron resumidos objetivamente por el Comité de Redacción Científica de SIIC. El contenido de GD es responsabilidad de los autores que escribieron los textos originales. Los médicos redactores no emiten opiniones o comentarios sobre los artículos que escriben. Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio o soporte editorial sin previa autorización expresa de SIIC. Impreso en la República Argentina, mayo de 2015.  
Colección Guías Distinguidas, Registro Nacional de la Propiedad Intelectual en trámite.  
Hecho el depósito que establece la Ley N° 11723.