



Generalidades

La rinitis se define como la inflamación de la mucosa nasal, caracterizada clínicamente por la presencia de uno o más de los siguientes síntomas:

- Obstrucción o congestión nasal.
- Rinorrea anterior, posterior o ambas
- Estornudos.
- Prurito nasal.

Se trata de una entidad heterogénea, la cual, además de las citadas manifestaciones, puede acompañarse de síntomas oculares, óticos y faríngeos. La rinosinusitis engloba tanto a las fosas nasales como a los senos paranasales y hay superposición en la sintomatología, ya que las manifestaciones de compromiso de los senos son congestión nasal, rinorrea (habitualmente purulenta), dolor facial, cefalea, disminución del sentido del olfato y compromiso del estado general.

La rinitis es una enfermedad muy común y afecta hasta a un 75% de los asmáticos; no debe ser considerada una entidad menor, pues sus síntomas suelen afectar la calidad de vida, causando, entre otros, fatiga, cefalea, deterioro cognitivo, ausentismo escolar y laboral (con alto costo indirecto) e incluso problemas de aprendizaje en la población pediátrica. Por otra parte, puede coexistir o complicarse con otras enfermedades respiratorias (sinusitis, asma u otitis media).

Las normas del Comité de Atención de Sociedad Británica de Alergia e Inmunología Clínica (BSACI) para el manejo de la rinitis alérgica y no alérgica fueron publicadas en 2008. La más reciente actualización global sobre el vínculo entre rinitis y asma corresponde a la puesta al día efectuada en 2010 de las normativas *Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma* (ARIA) de 2004.

Clínica

Interrogatorio

La valoración inicial se realiza merced al interrogatorio, que en muchas ocasiones realiza el diagnóstico sin necesidad de estudios complementarios. Se interroga inicialmente sobre síntomas locales (obstrucción, rinorrea anterior y/o posterior, prurito, estornudos, cefalea, dolor facial, epistaxis). Es importante indagar sobre la unilateralidad o bilateralidad de los síntomas y si esas manifestaciones son persistentes o intermitentes.

Copia N°:	Representante de la Dirección:	Fecha:
	<i>Revisó</i>	<i>Aprobó</i>
<i>Nombre</i>	Dr. Leonardo Gilardi	Dra. Inés Morend
<i>Firma</i>		
<i>Fecha</i>	17/10	01/11

Luego debe indagarse sobre los síntomas asociados, ya sea otorrinolaringológicos (hipoacusia, otalgia, adenopatías cervicales, faringodinia, prurito del paladar y disfonía) de otro origen (dolor y prurito ocular, tos, expectoración).

Se recaban factores desencadenantes de los síntomas, sobre todo los cambios de temperatura, comida, esfuerzo, exposición a sustancias o estímulos reconocidos. Asimismo, se investiga la afección de la calidad de vida como, entre otros, imposibilidad de dormir y alteración laboral o escolar.

Al investigar los antecedentes personales, se destaca:

- historia de trauma o cirugía nasal.
- antecedentes de intolerancia a aspirina y antiinflamatorios no esteroides (AINE).
- antecedentes personales y familiares de dermatitis atópica, otitis, sinusitis, asma.
- antecedentes de exposición laboral o ambiental.
- tratamientos previos para la rinitis, sus resultados y eventuales efectos colaterales.
- medicación de uso habitual para otros problemas de salud, remarcando antihipertensivos, antiarrítmicos y drogas para el glaucoma, la hipertrofia prostática o la incontinencia de orina. Este aspecto es importante a la hora de medicar al paciente para minimizar el riesgo de interacciones o efectos adversos significativos.
- uso de drogas ilícitas (cocaína)

Examen Físico

- Ocular: buscar edema periorbitario, conjuntivitis, líneas de Dennie en párpados inferiores (característicos de la dermatitis atópica).
- Nasal: inspección de la pirámide y el vestíbulo nasal para apreciar posibles desviaciones y surco nasal transversal. La fosa nasal puede ser explorada con la ayuda del otoscopio o, en manos del otorrinolaringólogo, con un rinoscopio (la rinoscopia anterior permite apreciar el aspecto de la mucosa nasal, apariencia del moco, existencia de pólipos, cuerpos extraños, estado de los cornetes, tabique nasal).
- Oídos: evaluar conducto auditivo externo y tímpano.
- Auscultación pulmonar: presencia de sibilancias u otros signos de broncoespasmo.
- Piel: lesiones eccematosas.
- Cuello: buscar adenopatías.

Exámenes Complementarios

El interrogatorio y el examen físico en general son suficientes para el diagnóstico. Ante sospecha de determinadas patologías, puede recurrirse a las pruebas diagnósticas que sirven para diferenciar la rinitis alérgica de la no alérgica e identificar alérgenos específicos.

Pruebas alérgicas

- Pruebas cutáneas (*prick test*): reservadas al alergista. Se inyecta un alérgeno en la dermis y se evalúa la respuesta local a la inmunoglobulina E (IgE). Tienen buena sensibilidad y alta especificidad, lo cual le da un alto valor predictivo positivo. Los resultados pueden ser suprimidos por antihistamínicos, esteroides y algunos antidepresivos, como los tricíclicos.
- Determinación de IgE específica (RAST [*radioallergosorbent test*]): si bien es menos sensible que las pruebas cutáneas, posee una especificidad similar y tiene menores riesgos.
- Pruebas de provocación conjuntival y/o nasal: aplicación de una dosis fija o creciente de un alérgeno sobre las mucosas conjuntival o nasal para reproducir una reacción alérgica. Sólo se recomiendan ante discordancias importantes entre la historia clínica y las pruebas cutáneas.
- Citología nasal: técnica simple que permite dilucidar la presencia o ausencia de eosinófilos en el moco nasal, pero fundamentalmente su porcentaje respecto al resto de la citología.
- El recuento de eosinófilos periféricos y la medición de niveles de IgE total no se recomiendan de rutina.

Radiografía

- Ante sospecha de enfermedad pulmonar asociada, se considerarán la radiología simple o la tomografía de tórax.
- Ante la posibilidad de poliposis nasal, considerar la tomografía de senos paranasales.

Otros

- Técnicas rinométricas: permiten valorar la permeabilidad de las fosas nasales, mediante la medición de las presiones y caudales nasales. Están reservados para el otorrinolaringólogo y en general se realizan previamente a técnicas quirúrgicas.
- Prueba de la sacarina: se realiza para el estudio de la depuración (*clearance*) mucociliar dependiente de la motilidad ciliar. Es fácil de realizar, económico y reproducible. Una porción estándar de sacarina (un cuarto de comprimido convencional) se coloca dentro de la narina y se toma el tiempo que el paciente tarda en captar el gusto de dicha sustancia.

- Biopsia mucosa nasal: para examen de los cilios (en caso de sospecha de alteración de la motilidad) o para visualización de lesiones compatibles con granulomas.

Clasificación

Rinitis Infecciosa

Es común su presentación como rinosinusitis aguda. Pueden ser virales o bacterianas, siendo las más frecuentes, de lejos, las primeras. Los virus más comunes son los del resfrío común, rinovirus, coronavirus, influenza y parainfluenza; Sólo un pequeño número de infecciones virales tiene componente de sobreinfección bacteriana (0.5% a 2%). Las infecciones bacterianas primarias (neumococo, *Haemophilus*, *Moraxella*) resultan menos comunes (2%). Se clasifican en:

- Agudas: duran menos de 4 semanas, pero se definen como agudas recurrentes cuando se describen no menos de 4 episodios por año con resolución de los síntomas en el período intercrisis.
- Subaguda: duran 4 a 12 semanas.
- Crónica: se extienden más allá de las 12 semanas.

Las agudas virales se resuelven espontáneamente entre 7 a 10 días. Las bacterianas se resuelven también de modo espontáneo en un 75% de los casos. Las complicaciones graves, que son raras, ocurren en las rinosinusitis. Es un problema frecuente la diferenciación entre virales y bacterianas, siendo la presentación clínica de una precisión limitada para dicha diferenciación. A pesar de la abrumadora prevalencia de la etiología viral, en el Reino Unido el 92% de los pacientes reciben antibióticos y, en los EE.UU., entre el 85% y el 98%.

La resolución parcial o total de los síntomas dentro de los 7-10 días siguientes a la aparición de la infección es indicativa de infección viral. Un panel organizado por los CDC, con representantes de distintas asociaciones científicas, identificó los siguientes síntomas como sugestivos de infección bacteriana:

- síntomas que duran 7 ó más días y cualquiera de los siguientes:
 - secreción nasal purulenta (el moco verde es más específico),
 - dolor facial o de la encía superior (sobre todo unilateral)
 - empeoramiento de los síntomas tras mejoría inicial (particularmente sugestivo).

El cultivo del hisopado a ciegas o de la secreción purulenta no es recomendable ya que es poco confiable. Los cultivos del material tomado del meato medio, por vía endoscópica, se correlacionan en un 90% con el material tomado a través de la punción del seno. Las radiografías pueden mostrar niveles hidroaéreos que tampoco sirven para diferenciar a las virales de las bacterianas, pero dicho nivel junto con el edema de la mucosa son los

signos más específicos para el diagnóstico de sinusitis en general. Dichos niveles se pueden resolver sin ningún tipo de tratamiento antibiótico. Los estudios de imágenes están indicados en pacientes con sospecha de infección bacteriana complicada siendo de preferencia la tomografía sin contraste. La radiología simple tiene altas tasas de falsos positivos y falsos negativos.

El tratamiento sintomático de la viral no acorta la evolución de la enfermedad. Los pacientes que se presentan con menos de 10 días de evolución serán tratados en forma sintomática, salvo aquellos que han experimentado mejoría inicial con posterior deterioro, aquellos con sintomatología grave y aquellos con inmunidad deprimida. La corticoterapia tópica ha demostrado ser de utilidad en la de origen viral y en la bacteriana; en un ensayo (n = 981) se demostró que la mometasona 2 veces al día fue superior a la amoxicilina y al placebo. No obstante, hay discrepancia entre los distintos trabajos. Los descongestivos tópicos reducen significativamente el edema y son superiores a los de uso sistémico con menos efectos adversos, pero no deben ser usados por más de 4 días. El bromuro de ipratropio ha demostrado disminuir significativamente la rinorrea. No se ha estudiado la eficacia de los antihistamínicos, con el agravante que el secado que producen en la mucosa puede dar lugar a molestias adicionales. Tampoco existen estudios publicados para apoyar el uso de mucolíticos.

Para las formas bacterianas, existen distintas opciones; deben considerarse factores como la edad, el estado general de salud y las comorbilidades para elegir una de las alternativas:

- la observación, hasta 7 días después del diagnóstico, cuando sean leves (poco dolor y menos de 38°C de temperatura axilar), debido a alta tasa de resolución espontánea. Si no hay mejoría o el cuadro empeora, se inicia el tratamiento antibiótico.
- tratamiento antibiótico empírico, para aquellos que cumplan los criterios de bacteriana con síntomas graves, independientemente de la duración de los síntomas. En 2008, un metanálisis de 9 ensayos (n = 2547) encontró que debían tratarse 15 enfermos para curar a uno de ellos. Un estudio retrospectivo con adultos (n = 29102) no encontró diferencia entre amoxicilina, trimetoprima-sulfametoxazol (TMS), eritromicina o antibióticos modernos de amplio espectro. Una opción válida es la amoxicilina (500 mg cada 8 h durante 10 a 14 días). En los lugares de alta tasa de resistencia del neumococo, la dosis es de 1 g cada 6 h. Si la resistencia es de *M. catarralis* o *Haemophilus influenzae*, no puede ser superada por el aumento de la dosis y se requerirá la asociación con clavulánico o sulbactam. En los alérgicos a la penicilina, son opciones los macrólidos o el TMS.

El tratamiento de sostén es similar al de la de origen viral.



Rinitis Alérgica

Según lo publicado en *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, los estudios aleatorizados controlados tienen reglas muy estrictas de participación para garantizar que los resultados sean tan “puros” como sea posible; en consecuencia, menos de 1 de cada 10 personas con rinitis alérgica podrían participar en ensayos farmacológicos que terminen dictando su tratamiento.

Como corolario, en la vida real los fármacos no son tan efectivos como en los ensayos clínicos. En un estudio francés con 311 pacientes, sólo el 7.4% habrían sido incluidos en ensayos aleatorizados; no obstante, las guías se realizan según estos ensayos, como ocurre con muchas otras áreas de la medicina). Sin embargo, los médicos que cumplen con esta clase de normativas pueden ayudar mejor a sus pacientes.

¿Qué sucede cuando se usan fármacos en el “mundo real” de la práctica cotidiana? Los estudios en el mundo real son muy costosos y no es precisamente la industria farmacéutica la que financiará dichos ensayos, debido al riesgo de descubrir que el fármaco no sea tan efectivo.

La rinitis alérgica es una reacción inmunológica mediada por IgE a nivel de la mucosa nasal, desencadenada por aeroalergenos. Los efectores inmunológicos son los anticuerpos IgE, pero los mediadores son los responsables de la fisiopatología, la cual corresponde a una reacción bifásica. Después de la inhalación de un alérgeno, las células plasmáticas sintetizan IgE. Estos anticuerpos se encuentran en el suero y, en ocasiones, en las secreciones nasales. La fracción Fc de las moléculas de IgE se une a receptores de alta afinidad de la membrana de los mastocitos tisulares y de los basófilos circulantes, sensibilizando a estas células. Durante la sensibilización no existe ninguna reacción deletérea manifiesta. Con la provocación posterior, el alérgeno se combina con su IgE específica sobre mastocitos y basófilos sensibilizados, lo que resulta en activación celular. Como consecuencia, se liberan mediadores preformados (histamina y triptasa) y se generan nuevos mediadores (leucotrienos, quininas, prostaglandinas). Estos mediadores inician la cascada de la inflamación, con incremento de la permeabilidad vascular, edema local y secreciones cargadas de eosinófilos. Los síntomas inmediatos (primera fase) son picazón, estornudos, rinorrea y congestión. A las 4 a 8 hs (fase tardía) se produce infiltración celular de la mucosa nasal con eosinófilos, granulocitos, monocitos y basófilos, siendo la sintomatología de esta fase congestión nasal, rinorrea, sensibilidad nasal y activación (fenómeno de aumento de la sensibilidad a un alérgeno específico). Si bien existen muchos alergenos descritos, los más habituales son ácaros del polvo doméstico (*Dermatophagoides*, *Lepidoglyphus*), tegumentos de animales (perros, gatos, caballos, roedores, plumas, etc.), esporas de hongos estacionales o perennes (*Alternaria*, *Cladosporium*, *Aspergillus*), elementos del medio laboral (harina, animales de laboratorio,

polvos de madera, enzimas) y pólenes de árboles y pastos. Los hongos y pólenes son más habituales en las formas intermitentes de la enfermedad, siendo los ácaros del polvo de habitación, cucarachas y proteínas animales los alérgenos más habituales en las perennes.

Si bien clásicamente se diferencian en estacionales (mal llamada “fiebre del heno”, ya que la fiebre no es uno de los síntomas) y perennes, la OMS propuso en uno de los informes ARIA (2001) la nueva clasificación en formas intermitente o episódicas (síntomas por menos de 4 días a la semana por menos de 4 semanas) y persistente (más de 4 días a la semana y/o más de 4 semanas). A su vez, ambas formas pueden ser leves (si no alteran el sueño, actividad diaria, trabajo o escolaridad o actividad deportiva), moderadas (si altera una de ellas) o graves (si altera más de una de las citadas).

La diferenciación entre los tipos estornudadores y obstructivos parece intrascendente, pero la idea es crear conciencia de que no siempre en la rinitis se estornuda y que se puede manifestar sólo con obstrucción.

La padece del 10% al 30 % de los adultos, hasta un 40% de los niños y hasta un 75% de los asmáticos (los sujetos con asma sin buen control pueden mejorar teniendo buen control de su rinitis) y se ha incrementando en forma constante en las últimas 3 décadas, según datos del Reino Unido. La enfermedad puede comenzar a cualquier edad, con picos máximos en la infancia y entre los 30 y 40 años, con tendencia a persistir a lo largo de la vida con mayor o menor gravedad, incluyendo períodos de remisión. Además de la tetrada típica de las rinitis, suelen tener prurito del paladar y ocular.

Rinitis No Alérgica

Clínicamente se diferencia de la rinitis alérgica por la ausencia de prurito nasal y ocular, una edad más tardía de inicio, presencia más persistente de congestión nasal y la naturaleza perenne de los síntomas. Es común su asociación con la rinitis alérgica, llamándosele en este caso rinitis mixta. Las pruebas cutáneas y de IgE son negativas. La confirmación de que la causa no es un alérgeno desencadenante puede evitar cambios innecesarios en el estilo de vida.

- a. **Inducida por medicamentos:** se incluyen, entre otros, reserpina, guanetidina, fentolamina, metildopa, aspirina, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, clorpromazina, fármacos para la disfunción eréctil, psicotrópicos (algunos antidepresivos, benzodiacepinas) y anticonceptivos orales. La cocaína además altera el olfato y lleva a la necrosis y perforación del tabique. Merecen especial mención los AINE y en particular la aspirina, dado que su intolerancia unida a

rinosinusitis, asma, eosinofilia y poliposis nasal configuran el síndrome de triada-ASA o enfermedad de Fernand Widal.

- b. **Medicamentosa:** esta expresión se reserva a la enfermedad relacionada con el abuso de vasoconstrictores nasales tópicos (aerosoles de venta libre) como la oximetazolina, xilometazolina, fenilefrina y nafazolina, que deriva en una obstrucción nasal de rebote. Se genera una situación de taquifilaxia con verdaderos estados de dependencia y tolerancia, provocando rinitis crónica muy rebelde al tratamiento. La oximetazolina ha disminuido en parte el estado de dependencia. Generalmente se trata de una complicación añadida a cualquier trastorno que curse con congestión nasal, y los cambios yatrogénicos agregados modifican la rinitis subyacente dificultando su diagnóstico. Como preventivo, se usa la menor dosis efectiva del descongestivo y por no más de 4 a 5 días. Como tratamiento, se reduce lentamente el uso de vasoconstrictores, se mejora la higiene nasal y se inicia terapia con corticoides tópicos. La recuperación completa puede tardar hasta un año.
- c. **Ocupacional o laboral no alérgica:** dada las repercusiones legales que conlleva, el informe ARIA agrupa a ambos tipos de rinitis laboral (alérgica y no alérgica) en un apartado, orientando su estudio por parte de la medicina del trabajo. Es una respuesta a agentes normalmente inhalados, presentes en el lugar de trabajo del paciente, que ocasionan hiperreactividad nasal no alérgica. Es frecuente que se acompañe de síntomas conjuntivales y bronquiales. También puede asociarse con asma ocupacional, que suele ser posterior a la aparición de la rinitis. La sintomatología mejora los días no laborables y en las vacaciones. Para su diagnóstico y objetivación puede ser necesario la realización de pruebas de provocación, preferentemente objetivadas mediante rinomanometría. La lista de desencadenantes es larga, pero entre los más comunes se citan el ácido crómico, el ácido fluorhídrico y sus sales, el formol, las aminas aromáticas, el arsénico, el cobalto, los derivados del nitrato de fenol, el furfural, el alcohol furfurílico, los animales de laboratorio, los graneros, las maderas y el látex. Si no se puede evitar la exposición, se usan mascarillas, spray de polvo de celulosa, lavados nasales con soluciones salinas tibias y, como medicamentos, tópicos de corticoides y cromoglicato.
- d. **Hormonal (rinitis de la embarazada):** se vinculan con cambios fisiológicos (embarazo, menopausia, segunda fase del ciclo menstrual), insuficiencia hepática y con alteraciones endocrinas (hipotiroidismo, acromegalia). Como promedio afecta al 20% de las embarazadas y no se relaciona con embarazos anteriores. Hay que diferenciarla del agravamiento de cualquier rinitis previa al embarazo. El trimestre en que aparece varía de acuerdo con distintas estadísticas, pero suele desaparecer en el posparto inmediato o de 2 a 6 semanas después. Predomina la congestión nasal y la sinusitis maxilar es una complicación no infrecuente. El tratamiento es en base a lavados con suero templado y antihistamínicos locales. El cromoglicato ha sido propuesto por su inocuidad, pero su eficacia es dudosa. Los vasoconstrictores no pueden utilizarse más de 3 días, dada su posible repercusión sobre la circulación

placentaria (es una de las situaciones de frecuente automedicación con estos productos). En cuanto a los corticoides tópicos, hoy se consideran un tratamiento seguro, ya que las hormonas que aumentan fisiológicamente en el embarazo no lo hacen en mayor medida con este tratamiento. En las dosis correctas, no afectan la función adrenal del feto ni su crecimiento y desarrollo. Recién logran su efecto a los 10 a 14 días y la regresión total del edema puede tardar entre 3 y 6 semanas.

- e. **Gustatoria:** son inducidas por comidas (calientes o condimentadas) o bebidas alcohólicas por mecanismos no alérgicos y desconocidos. Las alérgicas son sumamente raras. Durante el trascurso de la ingestión se desencadena rinorrea acuosa importante. La rinitis provocada por el pimentón, uno de los ejemplos, se produce por un mecanismo colinérgico.
- f. **Emocional:** se desencadenan principalmente por estrés y estimulación sexual.
- g. **Atrófica u ocena:** es una enfermedad grave que se produce por atrofia progresiva de la mucosa nasal en adultos jóvenes y personas de mediana edad, o en aquellas que han sido sometidas a cirugías de los senos paranasales. Es de etiología desconocida y se caracteriza por la presencia de abundantes costras, obstrucción, hiposmia o anosmia, mal olor persistente y secreciones viscosas de olor fétido, debido esto último a la proliferación bacteriana. Puede llegar a comprometer al hueso subyacente. El tratamiento es en base a lavados nasales diarios, lubricación y antibióticos tópicos.
- h. **Rinitis no alérgica con síndrome eosinofílico (*non allergic rhinitis eosinophyllia* *síndrome*: NARES):** se caracteriza por eosinofilia nasal, fácilmente demostrable en un frotis del moco (superior normalmente al 50% o al menos mayor al 25% de la citología nasal) y síntomas perennes (predominando la obstrucción y la hipersecreción) con pruebas alérgicas negativas y concentraciones normales de IgE. Puede tener crisis paroxísticas más o menos acentuadas. Típica de mujeres jóvenes, suele cursar con alteraciones olfatorias e hiperreactividad bronquial sin llegar a ser asma. La eosinofilia sanguínea puede llegar a más del 20% (en este caso se lo denomina síndrome de Benars), pudiendo ser variable a través del tiempo. En su evolución (hasta en un 50%) puede ser una fase precoz del síndrome de Fernand Vidal. La respuesta a la corticoterapia tópica es excelente.
- i. **Vasomotora o autonómica:** es la rinitis no alérgica más frecuente (75%). Se caracteriza por secreción nasal acuosa, congestión intermitente, hiperreactividad nasal a desencadenantes no específicos (cambios de temperatura, humedad, humo, tabaco o fuertes olores, aire acondicionado, presión positiva continua de las vías respiratorias, frío), con predominio de síntomas obstructivos y rinorrea. (cuando francamente predomina la obstrucción se los llama pacientes *blockers*). Un caso típico es la rinitis del esquador como respuesta al frío. En algunos casos, esta afección es provocada claramente por experiencias estresantes o factores emocionales (rinitis emocional). En muchos pacientes se acentúa con el decúbito o se presenta sólo en esa posición (rinitis postural). Como prueba de positividad se puede realizar provocación nasal con aire frío y seco.

- j. **Del anciano** (*old man's drip*): consiste en hidrorrea paroxística que habitualmente se agrava tras la ingesta de líquidos calientes (sopa, café). Es muy frecuente después de los 65 años y es común que se asocie con síntomas extrapiramidales. Suelen presentar mucosa nasal más bien seca y paradójicamente atrófica. Responde de manera típica al ipratropio, por lo que se podría denominarse rinitis colinérgica.
- k. **Rinitis en enfermedades sistémicas**: la mayoría incluyen rinosinusitis; entre otros, se citan la enfermedad de Wegener, el granuloma de la línea media, la sarcoidosis, la fibrosis quística y el síndrome de la inmovilidad ciliar.
- l. **Rinitis estructurales**: no son rinitis propiamente dichas, pero se las incluye, ya que son procesos importantes a destacar en el diagnóstico diferencial. Comprenden anomalías congénitas, desviaciones septales, hipertrofia adenoide, cuerpos extraños, pólipos, tumores y rinorraquia (en esta última, se propone medir beta-2 transferrina, ya que sólo se encuentra en el líquido cefalorraquídeo, perilinfa y humor acuoso; la detección de glucosa no es fiable). La obstrucción nasal unilateral, a menudo indica, en el adulto, una causa estructural.

Tratamiento

Si el diagnóstico clínico es obvio, se deberá iniciar directamente.

- Normas Generales
 - En caso de clara etiología alérgica, puede iniciarse terapia o bien considerar pruebas alérgicas, que no son necesarias en formas leves e intermitentes.
 - Antes de recomendar medidas de evitación del alérgeno, las cuales pueden cambiar el estilo de vida del paciente, deben realizarse pruebas alérgicas para identificar dicho alérgeno.
 - En caso de evidente etiología no alérgica, si la causa es clara, se actuará sobre ella; en caso contrario, se realizará tratamiento sintomático.
 - Lavajes periódicos con solución salina tibia.
 - Inhalación nasal de vapor de agua tibia durante 10 minutos varias veces al día.
- Evitar Factores Desencadenantes
 - Es fundamental evitar factores desencadenantes (medicamentos, irritantes, alérgenos). En las sustancias desencadenantes de tipo profesional, plantear medidas de protección; en casos graves, se propondrá el cambio de actividad.
 - En las formas alérgicas, hay que disminuir la exposición al alérgeno y mejorar las condiciones medioambientales. Si bien la supresión total del alérgeno es imposible, la reducción a su exposición puede disminuir drásticamente la gravedad de los síntomas. Es discutible si el baño frecuente de las mascotas es de utilidad. Para los hongos, disminuir la humedad ambiente a menos del 50%.

Farmacológico

La elección del tratamiento dependerá de la gravedad y duración de los síntomas, así como de la manifestación predominante y de las preferencias de los pacientes, con respecto a terapia local o general.

• **Antihistamínicos orales**

- Se usan solos o combinados con corticoides tópicos. Son principalmente eficaces en el control de los estornudos, prurito y rinorrea, con escaso efecto sobre la obstrucción nasal (sobre la obstrucción son efectivos los antihistamínicos intranasales). Mejoran sustancialmente los síntomas oculares asociados.
- Se contraindican en pacientes con sinusitis crónica o recurrente, dado que pueden provocar hipomielidad ciliar y disminución del contenido acuoso en las secreciones con dificultad en el drenaje sinusal.
- En la actualidad se emplean principalmente cetirizina (10 mg/día), fexofenadina (120 a 180 mg/día), desloratadina (5 mg/día), epinastina (10 mg/día) y loratadina (10 mg/día), que son menos sedantes que los de primera generación. Se recuerdan las importantes interacciones de estas drogas a nivel del complejo de las citocromos hepáticas, sobre todo en pacientes que concomitantemente reciben azólicos o macrólidos
- Con respecto a los de primera generación (cuyo representante principal es la difenhidramina), se pueden usar pero se advierten los efectos adversos neurológicos y anticolinérgicos.

• **Antihistamínicos Tópicos en Solución Acuosa**

- Su único representante en la Argentina es la levocabastina. Tienen la ventaja de su escasa absorción sistémica y rápido comienzo de acción, pero son de muy alto costo. La dosis es de 2 aplicaciones en cada fosa nasal, 2 veces al día.

• **Descongestivos Tópicos**

- Los más utilizados en el país son la nafazolina (1 ó 2 gotas en cada fosa nasal hasta 4 veces al día), la oximetazolina (1 ó 2 gotas en cada fosa nasal de 2 a 3 veces al día o 1 pulverización en cada fosa nasal de 2 a 3 veces al día), la fenilefrina (2 a 3 aplicaciones en cada fosa nasal a intervalos no menor a 4 h) y la xilometazolina (2 a 3 gotas, 1 a 2 aplicaciones del spray o una aplicación del gel en cada fosa nasal de 3 a 4 veces al día). Pueden ser útiles en un principio en el control de la obstrucción y algo menos sobre la rinorrea, pero presentan creciente efecto rebote y dan lugar a la citada rinitis medicamentosa

cuando su uso se prolonga más de 7 días. Se recomiendan por 3 ó 4 días para control sintomático. No son efectivos sobre el prurito y los estornudos.

- **Descongestivos Orales**

- El empleo de agonistas adrenérgicos sistémicos (efedrínicos), muchas veces asociados a antihistamínicos, debe ser cauteloso, ya que pueden producir efectos adversos de magnitud a nivel neurocognitivo y cardiológico. Tienen contraindicaciones absolutas o relativas (arritmias, enfermedad coronaria, hipertensión, hipertiroidismo, glaucoma, prostatismo, patología psiquiátrica).

- **Corticoides Tópicos**

- Son los agentes más efectivos, con excepción de los corticoides sistémicos. Debe ser tratamiento de primera línea en pacientes con síntomas moderados a graves. Controlan la obstrucción nasal de modo superior a los antihistamínicos.
- Se dispone actualmente de solución acuosa de beclometasona, triamcinolona, budesonida, mometasona y fluticasona. Existe además una presentación en polvo seco para insuflación nasal de budesonida.
- La fluticasona y mometasona presentan mejor biodisponibilidad, por lo que se aconsejan en tratamientos prolongados.
- Se recomiendan 2 aplicaciones en cada fosa nasal 2 veces al día para la beclometasona y budesonida, y 2 aplicaciones en cada fosa nasal 1 vez al día para la fluticasona, triamcinolona y mometasona. El efecto no es inmediato, alcanzando su máxima eficacia a partir de 2 a 6 semanas.
- Los efectos secundarios son escasos: irritación, sequedad local y epistaxis (por mala aplicación sobre el tabique) y disminuyen si se administran con una técnica adecuada. La dosis terapéutica debe ser la menor que controle los síntomas. En rinitis estacional comenzar el tratamiento de 1 a 2 semanas antes de la exposición. Sobre los síntomas oculares tienen efectos variables.

- **Otros Tratamientos Farmacológicos**

- Corticoides sistémicos: se emplean sólo en casos muy graves de rinitis alérgica y por lapsos cortos. Se utilizan además en la rinitis no alérgica eosinofílica, en la poliposis nasosinusal y en la rinitis medicamentosa. La vía de elección es la oral y los corticoides de depósito no tienen indicación alguna.
- Bromuro de ipratropio: es muy eficaz en el control de la rinorrea, pero carece de efecto sobre la obstrucción, los estornudos y el prurito. Se indican 2 disparos en cada narina 3 veces al día.
- Cromoglicato: tiene poco efecto sobre la congestión. Se recomienda en embarazadas y en niños, por su tolerancia y baja toxicidad. Se considera en rinitis leves o en población que no pueda recibir corticoides locales. Es menos eficaz que los corticoides; sus 4 aplicaciones diarias dificultan su cumplimiento.

- Inhibidores de los leucotrienos (zafirlukast, montelukast): como es reconocido, su indicación principal es el tratamiento del asma asociada con ejercicio físico o con AINE. Si bien son útiles a nivel de la obstrucción nasal, no existe evidencia de mayor efectividad en relación con productos de menor costo. El montelukast se indica en dosis de 10 mg/día y el zafirlukast en dosis de 20 mg 2 veces al día. Comienzan a actuar en forma eficaz a las 2 a 4 semanas.

Inmunoterapia

- Es el único tratamiento potencialmente curativo
- La inmunoterapia específica subcutánea está indicada en la rinitis alérgica cuando existe sensibilización demostrada mediada por IgE a antígeno único (o a un grupo muy reducido) y no hay control de los síntomas con farmacoterapia, o bien no la toleran o la rechazan. Ha demostrado ser eficaz en sensibilización a polen, ácaros y determinados epitelios animales. La forma de administración es esencial; se requiere personal calificado con posterior monitorización a los 30 minutos.
- Las vías sublingual y nasal presentan las mismas indicaciones y se recomiendan en los enfermos que rechazan la inmunoterapia subcutánea.
- Es un tratamiento costoso (pero a largo plazo significa un ahorro progresivo en medicación sintomática) y largo, ya que de ser efectivo se continua normalmente durante 3 a 5 años. Esa efectividad se suele dar en un 80%.
- En niños se acepta el inicio de la inmunoterapia a partir de los 5 años.
- Esta terapia no está exenta de riesgos, incluyendo la posibilidad extrema de una reacción anafiláctica. Por lo tanto debe administrarse en un entorno médico adecuado y equipado para el manejo de una crisis alérgica grave. En un estudio de la Mayo Clinic sobre 79593 inyecciones en un periodo de 10 años, la incidencia de efectos adversos fue del 0.137%, la mayoría de los cuales fueron leves. En un estudio llevado a cabo en el Roosevelt Hospital de Nueva York, sobre un millón de inyecciones a 8076 pacientes entre 1935 y 1995 no hubo un solo deceso. Hubo un total de 35 muertes por inmunoterapia entre 1985 y 1993; se estimó que en ese periodo se aplicaron 52.3 millones de inyecciones, lo que arroja una incidencia de 0.6692 por millón, o sea una muerte por cada 63 millones de inyecciones (para la penicilina es de 0.4 por millón y para los medios de contraste es de 1 por 170000).

Cirugía

Se limita a la corrección de las deformidades anatómicas o presencia de pólipos. Si bien en el caso de obstrucción persistente no controlada puede discutirse la realización de turbinectomía (reducción de los tejidos de los cornetes nasales inferiores), no hay ensayos clínicos aleatorizados de tratamiento quirúrgico de la rinitis alérgica. En caso de acompañarse de sinusitis crónica también será necesaria la cirugía.

Poblaciones Especiales

- **Asmáticos:** el 60 a 80% de los asmáticos padecen también rinitis, la cual se considera un factor de riesgo para hiperreactividad bronquial. Incluso su tratamiento inicial puede prevenir la aparición de una crisis asmática o su gravedad. Además, se observa que el tratamiento de la rinitis mejora el control del asma.
- **Embarazadas:** las causas más comunes de rinitis en el embarazo son el empeoramiento de una rinitis alérgica, la rinitis vasomotora, las inducidas por medicamentos y las infecciosas. Como con otras comorbilidades, el riesgo–beneficio del tratamiento debe ser valorado para cualquier fármaco. La mayoría atraviesan la placenta. La evitación del alérgeno, el cromoglicato sódico y la beclometasona son los tratamientos de primera elección. Igualmente, la fluticasona y el budesonide tienen buen perfil de seguridad y son ampliamente usados en las embarazadas. Algunos antihistamínicos se han relacionado con aumento del riesgo de aborto espontáneo o teratogénesis, aunque los resultados son contradictorios. En caso de ser necesario su empleo, se aconsejan los de primera generación, sugiriéndose la difenhidramina entre los disponibles en la Argentina. Los descongestivos nasales deben evitarse por el posible riesgo de malformaciones abdominales fetales, especialmente en el primer trimestre del embarazo, y su eventual repercusión sobre la circulación placentaria. En caso de ser necesario su uso, considerarlo fuera de dicho periodo y por lapsos muy cortos. Se prefiere la oximetazolina local. El empleo de duchas nasales o de spray salino es inocuo y puede ser efectivo. Las embarazadas que reciben inmunoterapia deben continuar, pero está contraindicado aumentar las dosis o iniciar el tratamiento.
- **Ancianos:** las causas más frecuentes son las inducidas por medicación (en las que predomina la obstrucción) y las debidas a hiperreactividad colinérgica (en la cual predomina la rinorrea y suele agravarse con las comidas). Es prudente destacar que, al elegir los antihistamínicos, deben evitarse los de primera generación por el riesgo de obstrucción urinaria en pacientes prostáticos y la posibilidad de glaucoma u ortostatismo. Asimismo se aconseja precaución con los descongestivos efedrínicos por el desarrollo probable de hipertensión, taquiarritmias o excitación psicomotriz.

Bibliografía

1. NHS. Treatment of seasonal allergic rhinitis (hay fever). MeReC Bulletin 1998;9 (3).
2. Sheikh A, Hurwitz B. House dust mite avoidance measures for perennial allergic rhinitis. In: The Cochrane Library, Issue 4 2002. Oxford: Update Software.



Rinitis

Revisión: 0 – Año 2012

Dr. M. Annetta

Página 15 de 15

3. Weiner J M, Abran M J, Puy R M. Intranasal corticosteroids versus oral H1 receptor antagonists in allergic rhinitis: systematic review of randomized controlled trials. *BMJ* 1998;317:1624–9
4. An overview of rhinitis. Authors: Robert H. Fletcher, MD, MSc Section Editor. Jonathan Corren, MD Deputy Editor. Anna M. Feldweg, MD. Last literature review version 16.2: May 2008-This Topic Last Updated: December 7, 2007.
5. British Society for Allergy and Clinical Immunology. Rhinitis management guidelines. 2002
6. Acute sinusitis and rhinosinusitis in adults. Peter H. Hwang, MD. Anne Getz, MD Section Editors. Mark D. Aronson. MD. Daniel G. Dechler, MD, FACS Deputy Editor. Last literature review version 16.2: May 2008-This Topic Last Updated: April 8, 2008.
7. Rinitis: Como actuar en Atención Primaria. *IntraMed* Febrero 2012. Resumido de *Primary Care Respiratory Journal* (2010), 19(3): 217-222.
8. Guía de Práctica Clínica Rinitis en Medicina General (OSECAC, 2006).
9. Guías Distinguidas. Serie Enfermedades Respiratorias. Rinitis Alérgica. Volumen 1, número 1. Junio de 2012, basadas en normativas ARIA actualizadas a 2010. Sociedad Iberoamericana de Información Científica.