

Rinitis alérgica perenne

*Enrique Martí Guadaño, Teresa Dordal Cullám,
Carlos Lucas Giralt, Pol Pau Casanovas, Albert Roger Reig*

1. INTRODUCCIÓN

Que la medicina evoluciona, lo demuestra el claro ejemplo del capítulo actual. La terminología perenne, ha desaparecido en la última clasificación del documento ARIA, ampliamente comentado en otros capítulos del presente libro.

Según el último consenso de expertos, la rinitis alérgica, clínicamente la podemos subdividir en *intermitente* y *persistente*, dependiendo de la presentación y duración de los síntomas. Así, en la intermitente los síntomas están presentes menos de 4 días a la semana, ó durante menos de 4 semanas, y a partir de ahí, deberíamos hablar de persistente.

Con ello se trata de obviar, las deficiencias de las anteriores clasificaciones que lo hacían en función del tiempo de exposición. Dichas deficiencias irían en el sentido de colocar a pacientes alérgicos perennes con síntomas perennes pero exacerbaciones estacionales, claramente demostradas como son los causados por ácaros, sujetos a cambios debidos a la estación del año, o ciertos tipos de pólenes que causan sintomatología durante la mayor parte del año, y que serían etiquetados de rinitis estacional.

Dicha posibilidad de confusión, ya la expresábamos hace 8 años en la anterior edición de este libro.

2. ETIOLOGÍA

En todo caso, hablaremos de alergenos de presencia perenne ó persistente, causando de la rinitis alérgica persistente:

POLVO DOMÉSTICO

Mejor expresión, hablar de los ácaros presentes en el polvo doméstico, y que hoy en día son la causa primera de causar rinitis alérgica persistente en aquellos lugares que se caracterizan por ofrecerles un habitat óptimo para su crecimiento y desarrollo, tales como un grado alto de humedad ambiental, un rango de temperatura no extremista y una baja altitud sobre el nivel del mar.

A destacar, en los últimos años, la constatación alergológica, mediante nuevas publicaciones, de géneros diferentes a los clásicos Dermatophagoides. Así, los géneros *Acarus* (especie *A. siro*), *Tyrophagus* (*T. putrescentiae*), *Lepidoglyphus* (*L. destructor*), *Glyciphagus* (*G. domesticus*), *Gohieria* (*G. fusca*), *Blomia* (*B. tropicalis*), *Euroglyphus* (*E. maynei*), van cobrando una especial relevancia en el mapa acarológico nacional, lo cual debe ser tenido en cuenta a la hora de testar alergenos sospechosos de producir patología nasal persistente.

HONGOS

De las aproximadamente 100.000 variedades, al parecer existen unas 80 especies potencialmente alergénicas.

Los principales mohos atmosféricos están representados por *Alternaria* y *Cladosporium*, los cuales alcanzan su máxima incidencia en los meses veraniegos según observamos en nuestros calendarios fúngicos aunque con diferencias en cuanto a localización geográfica.

Los hongos microscópicos del interior de las casas, los más comunes, *Aspergillus* y

Penicillium, son capaces de producir esporas durante todo el año, especialmente en ambientes cálidos y húmedos. Suelen ubicarse en conductos de aire acondicionado, de climatización, cocinas, baños, humidificadores, etc.

EPITELIOS

Los animales están considerados como grandes fuentes de exposición alérgica. Pueden provenir de las escamas epidérmicas, así como del pelo, orina, heces y secreciones salivares y lacrimales.

La convivencia con el animal es el principal factor de riesgo a la hora de padecer rinitis y/o asma, pero puede ocurrir que en ocasiones sí el paciente tiene un alto grado de sensibilidad, pueda estar expuesto indirectamente vía ropa de otras personas que tengan animales y desarrollar sintomatología. Es el claro ejemplo del gato y su fácil aeroalergenicidad.

Además del gato y del perro, animales de compañía de preferencia, no olvidar al caballo cuyos alérgenos son muy volátiles y potentes alérgicamente hablando, así como el conejo, hamster, cobaya y otros roedores que pueden sensibilizar a personal de laboratorio.

ALIMENTOS

En pocas ocasiones, podemos etiquetar una rinitis alérgica a los alimentos, aunque entre los síntomas de las reacciones anafilácticas debidas a ellos, son frecuentes los síntomas nasales, generalmente en la fase inicial.

No olvidar asimismo, las frecuentes reacciones cruzadas entre diferentes alimentos y pólenes causantes de rinitis alérgica.

ALERGENOS OCUPACIONALES

Las causas de rinitis ocupacional, suelen ser las mismas que están implicadas en el asma ocupacional.

Entre las más frecuentes, las harinas de cereales en panaderos y agricultores, el látex en trabajadores sanitarios, el serrín de diferentes maderas (samba, caoba, etc.), los animales de laboratorio en veterinarios y otros trabajadores de dicho ambiente, sin olvidar determinadas sustancias químicas, como son isocianatos, ciertos disolventes, etc.

INSECTOS

La inhalación de residuos de insectos, concretamente de la cucaracha, ricos en proteínas alérgicas, se relaciona claramente con patología alérgica respiratoria, especialmente en situaciones de bajo nivel socio económico.

3. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El síntoma fundamental de la rinitis alérgica digamos que perenne (utilizando la antigua clasificación), es la obstrucción nasal, que obliga a una respiración bucal que se acompaña con frecuencia de anosmia.

Suelen asimismo, acompañarse de salvas de estornudos de predominio matutino e hidrorrea. El prurito nasal así como los síntomas conjuntivales, suelen ser de menor intensidad que cuando los síntomas son claramente estacionales.

El examen de la mucosa nasal muestra una palidez de la mucosa, secreción acuosa, posible hipertrofia de cornetes, apreciándose signos como el saludo alérgico, surco nasal transversal, etc.

4. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Deberemos tenerlo en cuenta principalmente con dos entidades englobadas en las rinitis de etiología no claramente demostrable:

- La rinitis no alérgica con eosinofilia (NARES), se caracteriza por la presencia de eosinofilia nasal y síntomas persistentes de obstrucción nasal con frecuente pérdida del olfato, con estudio alergológico negativo. Se asocia a veces a poliposis nasal e intolerancia a antiinflamatorios no esteroideos, y en la mitad de los pacientes se encuentran datos de hipereactividad bronquial.

- La rinitis vasomotora, caracterizada por una hiperrespuesta de las vías aéreas frente a desencadenantes ambientales múltiples, inespecíficos, tales como cambios bruscos de temperatura y humedad, humo de tabaco, determinados olores, aire acondicionado, etc. Predominan las salvas de estornudos y la intensa hidrorrea.

Además, no debemos olvidar a la hora del diagnóstico diferencial, pensar en la rinitis inducida por fármacos, especialmente la medicamentosa por abuso de vasoconstrictores tópicos nasales. Finalmente tener en cuenta la posibilidad de desequilibrios hormonales, generalmente por estrógenos, co-

mo puede ocurrir en el último trimestre de la gestación.

5. DIAGNÓSTICO

En el abc del alergólogo, la primera letra la ocupa una buena anamnesis, fundamental para un buen diagnóstico. Deberá ser minuciosa y no olvidar preguntas sobre antecedentes personales y familiares, ritmo diario y estacionalidad de los síntomas, características del habitat y entorno habitual, así como la relación con posibles desencadenantes, laborales incluidos.

La exploración física, sencilla, no debe olvidar la práctica de una rinoscopia que nos ponga de manifiesto la palidez ó no de la mucosa nasal, o la presencia de pólipos.

La determinación de eosinofilia en mocos ayudará para establecer ciertas diferencias a la hora de establecer el diagnóstico.

La radiología de los senos paranasales, mejorada con la aplicación de tomografía axial computorizada, nos podrá servir de ayuda para detectar la presencia de pólipos no visualizados en la rinoscopia.

Los tests cutáneos, son la herramienta princeps para averiguar la sensibilización que presenta el paciente. A pesar de que se utilizan protocolos, es imprescindible la supervisión del alergólogo, para dar validez y establecer la relación entre la historia clínica y la positividad de la prueba.

En aquellos casos, infrecuentes, deducida ó escasa correlación entre anamnesis y pruebas cutáneas, ó de imposibilidad de realización de éstas, podemos utilizar el soporte de las pruebas in vitro, concretamente la determinación de Ig E específicas en sangre, de alta sensibilidad y especificidad para los alérgenos inhalantes más frecuentes.

Finalmente, podemos realizar la prueba de provocación nasal, con exposición al alérgeno sospechoso y medición pre y post mediante rinomanometría y/o rinometría acústica. Indicada fundamentalmente en sospechas de rinitis de causa ocupacional en las que es preciso afinar al máximo dada la problemática laboral que suelen haber tras estos casos.

6. TRATAMIENTO

NORMAS DE CONTROL AMBIENTAL

Una vez que hemos establecido el diagnóstico, la primera obligación terapéutica a

indicar es la de aplicar unas correctas medidas de evicción que puedan ser de suma ayuda para el control de la enfermedad.

En el tratamiento contra la causa más frecuente de la rinitis persistente, el ácaro del polvo doméstico, disponemos hoy en día de medidas eficaces, exentas de efectos secundarios.

Las fundas de cobertura de almohadas y colchones, sí están correctamente homologadas, impiden por el diseño de su porosidad el paso de los ácaros y sus excrementos desde su reservorio natural hacia la persona, permitiendo la transpiración. Están plenamente indicados en aquellos pacientes sensibilizados a los susodichos alérgenos.

Los acaricidas, que bien matan ó desnaturalizan las proteínas de los ácaros, son el complemento a las fundas, recomendando su aplicación cada 3 meses. El paciente, no debería estar presente cuando se aplica el producto, así como en las maniobras de limpieza subsiguientes.

Un correcto aspirado aportará un indudable beneficio si se realiza correctamente, hecho ignorado en muchas ocasiones por profesionales que tratan esta patología. Para ello, el aspirador deberá estar provisto de un filtro especial que impida como hacen los aspiradores convencionales, el relanzamiento de los ácaros aspirados nuevamente al ambiente exterior. Existen en el mercado nacional diferentes aspiradores ya provistos de dichos filtros especiales.

Asimismo existen otros elementos, más sofisticados, pero de indudable utilidad a la hora de proporcionar alivio y mejoría al sufrido paciente alérgico; son los purificadores de aire con filtros HEPA (High Efficiency Arresting Particles), que eliminan partículas micrométricas antigénicas.

La mayoría de ellos tienen un filtro de carbón activado que elimina olores perniciosos como es el humo de tabaco. Conforme se han ido introduciendo en el mercado nacional, han disminuido de precio, hasta equipararse a cualquier electrodoméstico casero. No deben confundirse con ionizadores o similares de dudosa etiqueta para ser recomendados con mínimos criterios de rigor científico.

En cuanto a las normas de prevención de hongos, no tan exitosas como las de los ácaros, consisten en el empleo de deshumidificadores con el objetivo de mantener una humedad entre el 30 y el 50%, limpiar periódicamente los filtros de los acondicionadores de aire, evitar manchas de humedad, etc. Cabe decir que el mantener unas con-

diciones de humedad óptimas, también beneficia indirectamente al paciente alérgico a los ácaros.

Finalmente en la alergia a los epitelios de animales, la solución ideal es eliminar el contacto sacando al animal del interior de la casa, hecho fácil de aconsejar, pero difícil de cumplir. La aplicación de productos de limpieza específicos para el perro y el gato, seguidos del correspondiente cepillado y aspirado, pueden reducir la carga alérgica ambiental debida a ellos. No obstante, se debe considerar lo expuesto anteriormente, la posibilidad de contacto y sensibilización en lugares tan distantes del hogar como la escuela o el trabajo si se convive con personas que tienen en su casa, dichos animales, especialmente gatos.

También puede colaborar a la no volatilidad de los antígenos, la presencia de un purificador de aire con filtro HEPA.

SÍNTOMÁTICO

La utilización de antihistamínicos de nueva generación, tales como desloratadina, levocetirizina ó rupatadina, exentos de efectos secundarios de importancia, al igual que sus precursores más inmediatos, dónde se encuentra ebastina, suelen comportar una mejoría, a la cual también contribuye la aplicación de esteroides de aplicación tópica, budesonida y fluticasona, siempre bajo el control del especialista prescriptor.

Otros fármacos, no esteroideos, tales como el cromoglicato disódico y otros antihistamínicos tópicos tienen también su utilidad en el tratamiento de la rinitis persistente.

INMUNOTERAPIA

En 1997 se celebró en Ginebra una reunión de un grupo de expertos bajo el soporte de la Organización Mundial de la Salud, redactando una serie de recomendaciones internacionales sobre la inmunoterapia con alergenios, con el fin de mejorar de las bases científicas y el uso racional de este tipo de tratamiento. Se decidió asimismo, cambiar

la terminología de inmunoterapia específica con alergenios por la de vacunas terapéuticas para las enfermedades alérgicas.

Siguen siendo el único tipo de terapia capaz de modificar el curso natural de la enfermedad alérgica, rinitis y asma alérgica, y debería indicarse solo en aquellos casos en los que se dispongan de extractos estandarizados con alergenios de relevancia clínica según la sensibilización del paciente, siempre y cuando, éste no pueda evitarlos.

Entre los extractos recomendados, ácaros, ciertos mohos, epitelio de gato, y pólenes diversos, entran en la oferta de tratamiento con vacunas con las que se puede beneficiar el paciente alérgico.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. ABRAMSON M, PUY R, WEINER J. *Immunotherapy in asthma: an update systematic review*. Allergy 1999; 54: 1022-1044.
2. *Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma*. J Allergy Clin Immunol 2001; 108 (3) S 147-333.
3. ARIA WORKSHOP REPORT: *La rinitis alérgica y su impacto sobre el asma*. Alergol Inmunol Clin 2003; vol 18. Supl 1 S2.
4. COLLOFF M, TAYLOR C, MERRETT. *The use of domestic steam treatment for the control of house dust mites*. Clin Exp Allergy 1995; 25: 1061-1066.
5. DEBLAY F, CHAPMAN M, PLATS-MILLS T. *Airborne cat allergen (Fel d1). Environmental control with the cat in situ*. Am Rev Respir Dis 1991; 143: 1334- 1339.
6. EVANS R, POLMAR S, SHAPIRO G. *Environmental control and immunotherapy for allergic diseases*. J Allergy Clin Immunol 1992; 90: 642-648.
7. INTERNATIONAL CONSENSUS REPORT ON DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF RHINITIS. *International Rhinitis Management Working Group*. Allergy 1994; 49 (19 Suppl) 1-34.
8. MUNIR A, EINARSSON R, DEBORG S. *Vacuum cleaning decreases the levels of mite allergens in house dust*. Pediatr Allergy Immunol 1993; 4: 136-143.
9. ROSS RN, NELSON HS, FINEGOLD I. *Efectiveness of specific immunotherapy in the treatment of allergic rhinitis: a meta-analysis of prospective, randomized, double-blind, placebo controlled studies*. Clin Ter 2000; 22: 342-350.
10. WHO POSITION PAPER. *Allergen Immunotherapy: therapeutic vaccines for allergic diseases*. Bousquet J, Lockey RF, Malling HJ. Allergy 1998; 53: 1-42.