



Boletín Farmacoterapéutico de Castilla la Mancha

Vol. I - Nº 5 2.000

Sumario: Tratamiento de la rinitis alérgica
Introducción, Tratamiento, Conclusiones, Especialidades

Tratamiento de la Rinitis Alérgica

Roberto Izquierdo Maria. Farmacéutico de Atención Primaria.

INTRODUCCIÓN

La rinitis es una inflamación de la mucosa nasal, caracterizada por uno o más de los siguientes síntomas: congestión nasal, rinorrea, estornudos y prurito.¹

La rinitis alérgica es un tipo de rinitis iniciada por una hipersensibilidad mediada por IgE que se desencadena tras la exposición a un alérgeno o sustancias irritantes. La rinitis alérgica se puede clasificar en estacional o perenne. Los principales síntomas de la rinitis alérgica estacional son prurito, irritación nasal, estornudos y rinorrea asociada a menudo con congestión nasal, pudiéndose presentar acompañada de picor en la garganta, ojos y oídos, y edema alrededor de los ojos. Alrededor del 20% de los casos son acompañados por síntomas de asma.^{2,3}

Los alérgenos relacionados con el tipo estacional suelen ser pólenes o esporas de hongos. Los alérgenos del interior de la casa suelen estar implicados con el tipo perenne, siendo los más importantes ácaros o mohos (presentes en polvo doméstico) y epitelios animales (pelos y escamas dérmicas).

En la rinitis alérgica perenne los síntomas son los mismos que la rinitis alérgica estacional, aunque la congestión nasal es normalmente más pronunciada y es raro que se presente picor ocular. Los síntomas son crónicos y persistentes y los pacientes pueden presentar complicaciones secundarias como otitis, sinusitis o asma.

Es un problema de salud frecuente que lo padece entre el 10-20% de la población. Afecta a la calidad de vida del paciente y es causa de bajas laborales en adultos y absentismo escolar en niños.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la rinitis alérgica incluye medidas generales tales como evitar los alérgenos (pólenes, esporas, polvo,...) e irritantes (humo del tabaco) e instaurar el tratamiento farmacológico o inmunoterapia.^{2,3}

Entre las medidas recomendadas para evitar el polen se recomienda evitar áreas de polinización alta, utilizar filtros de polen en vehículos y mantener las puertas y ventanas cerradas en épocas de máxima polinización.

Para evitar los ácaros del polvo doméstico se recomienda la limpieza frecuente y a ser posible en húmedo para evitar levantar polvo, utilizar colchones y almohadas sintéticos y lavar a 60°C semanalmente, retirar moquetas y alfombras.

Tratamiento farmacológico

Entre las opciones farmacológicas disponemos de corticoides, antihistamínicos, cromonas, vasoconstrictores nasales y anticolinérgicos.

La administración se realizará preferentemente por vía nasal tópica en forma de gotas, nebulizadores, aerosoles presurizados o sprays.

Corticoides

Son los fármacos más eficaces en la rinitis alérgica moderada o severa. Reducen la inflamación, disminuyendo el número de mastocitos y eosinófilos en la mucosa nasal, disminuyendo la hiperreactividad y la permeabilidad vascular y reduciendo la liberación de los mediadores de los mastocitos.

Se utilizan por vía nasal tópica, beclometasona dipropionato, budesonida, fluticasona, mometasona, tixocortol y triamcinolona acetónido. Son efectivos para reducir la congestión nasal, prurito, estornudos y rinorrea en rinitis alérgica y rinitis no alérgica no infecciosa. Por vía tópica no parece que afecten al eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal.^{4,4}

Son más efectivos que cromoglicato sódico en el control sintomático de la rinitis alérgica y antihistamínicos y descongestionantes. Si la congestión nasal es importante es aconsejable administrar un vasoconstrictor tópico (oximetazolina), previamente al corticoide intranasal.³

Son más efectivos utilizados profilácticamente 2 semanas antes del periodo de aparición del polen y administrados de forma continua hasta el fin del periodo.³

Si no existe contraindicación, se pueden administrar ciclos cortos de corticoides sistémicos en rinitis severas o que no respondan con otras alternativas.

Un metaanálisis de ensayos clínicos ha concluido que los corticoides por vía nasal son de elección frente a los antihistamínicos orales, y podrían ser considerados como primera línea de tratamiento en la rinitis alérgica. Son más efectivos en el control de la sintomatología nasal, y no se encuentran diferencias respecto a la sintomatología ocular. Se consideran más coste-efectivos que los antihistamínicos orales.⁹

Antihistamínicos

Los antihistamínicos orales han sido la base del tratamiento de la rinitis alérgica durante muchos años. Una de sus propiedades más importantes es el rápido comienzo de acción y alivio de los síntomas. Los antihistamínicos son antagonistas de los receptores H1 de la histamina, mediador que desempeña un papel central en la hipersensibilidad inmediata y en las respuestas alérgicas.

Los antihistamínicos son efectivos en la reducción de los síntomas como prurito nasal, estornudos, hidrorrea. Pueden utilizarse profilácticamente. Tienen poco efecto sobre la congestión nasal.

Los antihistamínicos clásicos (dexclorfeniramina) presentan efectos secundarios relacionados con el sistema nervioso central (SNC): efectos anticolinérgicos, tales como sedación, retención urinaria, estreñimiento, lo que provoca que se utilicen poco.

Los nuevos antihistamínicos, cetirizina, loratadina, terfenadina, astemizol, ebastina, fenoxifenadina presentan menos efectos adversos relacionados con el SNC, debido a que no atraviesan la barrera hematoencefálica.

Los efectos adversos cardíacos (arritmias ventriculares) descritos con terfenadina y astemizol, que provocó la retirada de la dosis oral de 120 mg, motiva una serie de recomendaciones que bien pudieran extenderse a otros antihistamínicos por vía sistémica (actualmente no se conoce si estos efectos son debido a un efecto de clase de los antihistamínicos H1). Estas son: no exceder de las dosis recomendadas, evitar su administración en pacientes con enfermedad cardíaca y/o hepática, usar con precaución en mayores de 50 años y prevenir las posibles interacciones con compuestos que se metabolizan por la vía del citocromo P-450 como macrólidos (eritromicina, claritromicina), antifúngicos (ketoconazol e itraconazol), zumo de pomelo,).

Cetirizina y fenoxifenadina (metabolito activo de la terfenadina) no se metabolizan en el hígado, por lo que podrían considerarse como más seguros.

Los antihistamínicos tópicos azelastina y levocabastina, pueden ser usados para el alivio sintomático y profilaxis de la rinitis alérgica que no presente síntomas sistémicos. También están disponibles en colirios para mejorar la sintomatología ocular.

Azelastina en monoterapia se ha mostrado tan eficaz como una combinación de beclometasona intranasal más loratadina oral en el manejo de la rinitis alérgica estacional moderada-severa.¹⁰

Cromoglicato sódico

Inhibe las reacciones alérgicas dependientes de la IgE reduciendo la liberación de histamina y otros mediadores de los mastocitos.

Reduce el picor nasal, estornudos, hipersecreción y congestión nasal de la rinitis alérgica. Requiere la administración en 4 veces al día, lo que puede ser un inconveniente en niños en edad escolar. Es menos efectivo que los corticoides tópicos. Puede usarse profilácticamente en niños como primera elección. Está disponible en colirio.

Anticolinérgicos

Son inhibidores de los receptores colinérgicos muscarínicos. La estimulación de los receptores colinérgicos está relacionada con la producción de secreciones nasales (reduce la rinorrea), pero no tienen relación con el control vascular (no afecta a la congestión nasal). No tiene efecto sobre el picor nasal y los estornudos.

Vasoconstrictores nasales

Mejoran la obstrucción nasal, pero pueden incrementar la rinorrea⁴. No se recomienda la administración de más de 3-4 días por riesgo de inducción de rinitis medicamentosa (congestión nasal de rebote).

Los más utilizados son oximetazolina, y nafazolina. Están excluidos de la financiación del Sistema Nacional de Salud, pero pueden adquirirse en las farmacias.

Existen vasoconstrictores orales, pero no son particularmente efectivos y pueden causar insomnio e hiperactividad⁴.

Sodio, cloruro

Se emplea el cloruro de sodio al 0,9 % como suero salino fisiológico. Se ha mostrado efectos beneficiosos de la irrigación nasal con suero salino en rinitis.³

Inmunoterapia

Está indicada en aquellos casos que no se controlan con tratamiento médico, cuya severidad sea creciente y siempre que se acompañen de asma. Su aplicación requiere una identificación precisa del alérgeno, por lo que debe ser prescrita y supervisada por un especialista.¹¹

Estrategia de tratamiento^{1,3, 11}

En todos los tipos de rinitis alérgicas y en cualquier estadio se recomienda evitar el alérgeno o sustancia desencadenante.

En la rinitis alérgica estacional leve o con síntomas ocasionales se recomiendan los antihistamínicos-H1 por vía oral ó antihistamínicos o cromoglicato sódico por vía tópica nasal y/o vía ocular.

En la rinitis alérgica moderada con predominio de síntomas nasales, corticoides vía tópica nasal y antihistamínicos o cromoglicato vía tópica ocular. Si existe predominio de síntomas oculares antihistamínicos-H1 por vía oral, corticoides vía tópica nasal y cromoglicato vía tópica ocular

Si no se muestran eficaces estos fármacos se debe remitir al especialista para nuevos estudios que incluyen: posible problema estructural de la nariz, tests de alergia, farmacoterapia adicional (corticoides sistémicos) o inmunoterapia.

En la rinitis alérgica perenne se recomienda en adultos corticoides por vía tópica nasal y antihistamínicos-H1 por vía oral con o sin descongestionantes nasales tópicos. En niños iniciar con cromoglicato por vía tópica nasal ó antihistamínicos-H1 por vía oral. Si éstos no son eficaces cambiar a corticoides por vía tópica nasal.

CONCLUSIONES

- Evitar el contacto con el alérgeno o sustancia irritante desencadenante, es la medida más eficaz en el tratamiento de la rinitis alérgica.
- Se preferirá el tratamiento tópico al sistémico por sus menores efectos secundarios.
- Los corticoides son los fármacos más efectivos en el tratamiento de la rinitis alérgica
- La inmunoterapia está reservada a pacientes que no responden al tratamiento farmacológico y bajo el manejo de un especialista en alergias

BIBLIOGRAFÍA

1. López Serrano MC. Tratamiento tópico de la rinitis. *Medicine* 1999; 7 (123): 5781-7.
2. Assessing and treating rhinitis. A practical guide for Canadian physicians. *Can Med Assoc J* 1994, 151 (suppl):1-27. <http://www.cma.ca/cpgs/rhinitis/>
3. International Consensus Report on the Diagnosis and management of rhinitis. *J Allergy Clin Immunol* 1994; 19(49):7-30
4. Wiseman LR and Benfield P. Intranasal Fluticasone Propionate. A reappraisal of its pharmacology and clinical efficacy in the treatment of rhinitis. *Drugs* 1997; 53: 885-907
- 5.
6. Creticos P, Fireman P, Settiplane G, Bernstein D, Casale T and Schwartz H. Intranasal budesonide aqueous pump spray for the treatment of seasonal allergic rhinitis. *Allergy Asthma Proc* 1998 Sep; 19 (5):285-94.
7. Parikh A, Scadding GK. Fortnightly review: seasonal allergic rhinitis. *BMJ* 1997;314:1392.
8. Mackay IS, Durham SR. Perennial rhinitis. *BMJ* 1998;316:917.
9. Weiner JM, Abramson MJ and Puy RM. Intranasal corticoids versus oral H1 receptor antagonists in allergic rhinitis: systematic review of randomised controlled trials. *BMJ*; 317:1624-9
10. Berger WE, Fineman SM, Lieberman P, Miles RM and the Rhinitis Study Groups. Double-blind trials of azelastine nasal spray monotherapy vs.combination therapy with loratadine tablets and beclomethasone nasal spray in patients with seasonal allergic rhinitis. *Ann Allergy Asthma Immunol* 1999; 82: 535-41.
11. Rodriguez Mosquera M. Rinitis alérgica. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2000; 24:1-8.
12. CADIME. Tratamiento de la rinitis alérgica.. *Bol Ter Andal* 2000;16 (2):5-8.

Tabla 1: Medicamentos para la Rinitis alérgica

| P. ACTIVO | DOSIS | PRESENTACIONES | PVP | CTD |
|----------------------|---|---|--|----------------------------------|
| CORTICOIDES | | | | |
| Beclometasona | 100 mcg/6-8 h. Si no pueden controlar la sintomatología o tratados con glucocorticoides por vía oral: 250-500mcg/6-12 h. | Beclor-Rino® 50mcg/dosis aeros susp 200 dosis Beconase® 50mcg/dosis spray 200 dosis | 569 672 | 11 13 |
| Budesonido | Adultos y niños >e 12 años (nasal): 100 mcg/12 horas ó 200 mcg/24 horas (por la mañana). Mantenimiento, 100 mcg/24 horas (por la mañana) ó 50 mcg/12 horas. Suspender el tratamiento si hay mejoría en 3 semanas. En rinitis alérgica perenne, alcanzado el control de los síntomas, reducir la dosis gradualmente cada 2-4 semanas hasta instaurar una dosis de mantenimiento. | Budesonida nasal Aldo-Union® 100mcg/do 200 dosis Neo-Rinactive® 50 50mcg/puls 200 dosis Neo-Rinactive® 100 100mcg/puls 200 dosis Olfex® nasal 0.1mg/cap 100 caps inh+ ins Rhinocort aqua® 100mcg/do 10ml susp 200 do Rhinocort® 50mcg/dos 10ml susp 200 do | 1893 1120 1834 1167 2584 1512 | 28 34 28 35 39 45 |
| Fluticasona | Adultos y >12 años (nasal): 100 mcg (2 nebulizaciones) una vez al día, máximo 8 nebulizaciones/día. Niños de 4 a 11 años: 50 mg (1 nebulización) máximo 4 nebulizaciones/día. | Flixonase® 50mcg/do 120 do spray nasal Fluinol® 50mcg/apli 120 aplic spray nasal Rinosone® 50mcg/aplic 120 aplic spray nasal Rontilona® 50mcg/apli 120 aplic spray nasal | 2905 | 145 |
| Mometasona | Adultos y >12 años (nasal): 100 mcg (2 nebulizaciones) Maximo 400 mcg/día. Conseguido el control de los síntomas puede reducirse la dosis a 50 mcg (1 nebulización). | Nasonex® 50mcg/neb 120 neb spray nasal acuo | 2905 | 97 |
| Tixocortol | Adultos: 1-3 nebulizaciones en cada fosa nasal 2-4 veces al día | Tiovalone® 1% 10 ml suspensión nebuliz | 521 | 42 |
| Triamcinolona | Adultos y >12 años (nasal): 220 mcg (2 nebulizaciones) 1 día, Conseguido el control de los síntomas puede reducirse la dosis a 110 mcg (1 nebulización) día. Niños de 6 a 12 años (nasal): 110 mcg (1 nebulización) al día, Dosis máxima: 220 mcg (2 nebulizaciones). No utilizar más de 3 meses en niños <12 años. | Nasacort® 55mcg/apli 120 aplicac. spray nasal | 2816 | 94 |

| ANTIHISTAMINICOS | | | | | |
|---------------------------------|---|--------------------------|---------------------------------------|-------|-----|
| Azelastina | Adultos y niños >6 años: 1 aplicación (140 mcg) en cada fosa nasal 2 veces/día. | Afluon® | 0.1% 140mcg/puls 20ml spray nasal | 2565 | 72 |
| | | Afluon® | 0.1% 140mcg/puls 10ml pulverizador | 1410 | 79 |
| | | Corifina® | 0,1% 140mcg/puls 20ml spray nasal | 2590 | 73 |
| | | Corifina® | 0,1% 140mcg/puls 10ml spray nasal | 1423 | 80 |
| Loratadina | 0,11-0,24 mg/ Kg/ día. Cada 24 h Jarabe: 0,11 ml/Kg/día | Civeran® | 120 ml Jarabe 1 mg/ ml | 657 | 55 |
| | | Velodan® | 120 ml Jarabe 1 mg/ ml | 657 | 55 |
| | | Optimin® | 120 ml Jarabe 1 mg/ ml | 775 | 65 |
| | | Viatine® | 120 ml Jarabe 1 mg/ ml | 775 | 65 |
| | | Clarityne® | 120 ml Jarabe 1 mg/ ml | 775 | 65 |
| | | Civeran® | 20 Comprimidos 10 mg | 1.094 | 55 |
| | | Optimin® | 20 Comprimidos 10 mg | 1.094 | 55 |
| | | Velodan® | 20 Comprimidos 10 mg | 1.094 | 55 |
| | | Viatine® | 20 Comprimidos 10 mg | 1.094 | 55 |
| Clarityne® | 20 Comprimidos 10 mg | 1.192 | 60 | | |
| Dexclorfeniramina | Adultos: 2 mg cada 4- 6 h.Repetabs; 6 mg cada 8-12 horas.IV o IM profunda: 5 mg día, max: 20 mg/día Niños :0.04 mg/kg cada 6 h | Polaramine® | Jarabe 12 mg/5 ml c/60 ml | 258 | 11 |
| | | Polaramine® | Repetabs 6 mg c/20 | 348 | 17 |
| | | Polaramine® | Ampollas 5 mg c/5 | 265 | 64 |
| | | Polaramine® | Tabletas 2 mg c/20 | 277 | 42 |
| Cetirizina | 2-6 años: 5 mg/día. Cada 12-24 h >6 años: 10 mg/día. Cada 12-24 h Gotas: 5-10 gt/12-24 h Jarabe: 5-10 ml/12-24 h | Virlix® | 5mg 60ml solucion | 488 | 81 |
| | | Zyrtec® | 5mg 60ml solucion | 539 | 90 |
| | | Zyrtec® | 5mg 200ml solucion | 1.302 | 65 |
| | | Alerlisin® | 5mg/5ml 200ml solucion oral | 1.302 | 65 |
| | | Virlix® | 5mg 200ml solucion | 1.327 | 66 |
| | | Virlix® | 10mg 20 comprimidos recubiertos | 1.212 | 61 |
| | | Alerlisin® | 10mg 20 comprimidos | 1.212 | 61 |
| | | Virlix® | 10mg 20ml gotas | 1.266 | 63 |
| | | Zyrtec® | 10mg 20 comprimidos | 1.290 | 65 |
| | | Alerlisin® | 10mg/ml 20ml gotas orales | 1.365 | 68 |
| Zyrtec® | 10mg/ml 20ml gotas solucion oral | 1.365 | 68 | | |
| Levocabastina | Adultos y niños >4 años: 2 nebulizaciones (100 mcg) /12 h, esta dosis puede aumentarse a 2 nebul./6-8 h, hasta remisión de los síntomas. Ancianos e insuficiencia renal: administrar con precaución (falta de experiencia clínica). | Bilina® | 0.5mg 10ml nebulizador nasal | 1234 | 148 |
| | | Bilina® | nebulizador nasal 0.5mg 20ml | 2245 | 135 |
| | | Livocab® | nebulizador nasal 10ml 0.5mg/ml | 1234 | 148 |
| | | Livocab® | nebulizador nasal 20ml 0.5mg/ml | 2245 | 135 |
| DESCONGESTIONANTES ADRENÉRGICOS | | | | | |
| Oximetazolina | Adultos y niños > 6 años (al 0.05%): 2-3 gotas o nebulizaciones 2 veces al día. Niños de 2-5 años (0.025%): 2-3 gotas 2 veces día. | Respir® pedia. | got 0.025% 10ml EX FIN | 331 | |
| | | Respir® | gotas 0.05% 10 ml EX FIN | 488 | 39 |
| | | Respir® nebulizador | 0.05% 10 ml EX FIN | 488 | 39 |
| | | Respir® spray | 0.05 % 20 ml EX FIN | 639 | 51 |
| Nafazolina | Adultos, nasal: 2 gotas o nebulizaciones en cada fosa nasal cada 12 horas | Vasoconstrictor Pensa® | 0.05% 15 ml EX FIN | 265 | 14 |
| | | Vasoconstrictor Pensa® | nebulizador 35 ml EX FIN | 343 | 8 |
| | | Vasoconstrictor Pensa® | sol 0.05% 70 ml EX FIN | 337 | 4 |
| OTROS RINOLÓGICOS | | | | | |
| Cromoglicato sódico | Adultos:"4%": 1 nebulización 2-4 veces al día. Máximo de 6 nebulizaciones al día. "2%": 1 nebuliz. en cada fosa nasal 4-6 veces al día. Niños > 6 años: dosis similares al adulto. | Cromoglicato sod.Fisons® | 40mg 15ml sol | 526 | 35 |
| | | Cusicrom® fuerte | 4% 15ml pulver intranasal | 563 | 38 |
| | | Rinofrenal® | 4% 15ml sol rinologic fra dosif | 563 | 38 |
| Ipratropio, bromuro | Adultos y niños >12 años, nasal: 40-42 mcg (2 pulverizaciones) 2-3 veces al día. - Niños de 6 a 12 años: 40-42 mg (2 pulverizaciones) 2 veces al día. | Atrovent® | 20mcg/pul 180 pulverizac intranasales | 1114 | 74 |
| Sodio, cloruro | Vía nasal: Instilar varias gotas en cada fosa nasal tantas veces como se estime conveniente | Liberanas® | 0.9% 5 ml c/18 unidades EX FIN | 491 | |

Fuente: Nomenclator Digitalis. INSALUD, junio 2000.

EX FIN; excluido de la financiación del SNS.

Comité de Redacción: Arroyo Pineda V, González Gero MY, Heredia Checa C, Izquierdo María R, Lloret Callejo MA, Martínez Escudero JA, Montero Fernández MJ, Morales Garrido S, Muñiz Gavilán A, Ventura López P.

Colaboración: Comisiones del Uso Racional del Medicamento de Albacete, Alcazar de San Juan, Ciudad Real, Cuenca, Guadalajara, Puertollano, Talavera y Toledo.

Edita INSALUD: Dirección Territorial de Castilla la Mancha:

Gerencias de Atención Primaria de Albacete, Alcázar de San Juan, Ciudad Real, Cuenca, Guadalajara, Puertollano Talavera y Toledo.

Buzón de Correo: Montero Fernández, M^a José: c/Barcelona, 2- 45005 Toledo. Teléfono: 925-25.99.11, Fax: 925-21.54.50. e-mail: mmontero@gapto08.insalud.es