



Preguntas frecuentes

Rinitis alérgica

Médicos de familia



ÍNDICE

1. ¿Cuál es el diagnóstico diferencial de la rinitis alérgica?	4
2. ¿Cómo se clasifica la rinitis alérgica?	5
3. ¿Qué pruebas complementarias están indicadas para diagnosticar la rinitis alérgica?	6
4. ¿Cuál es la repercusión de la rinitis alérgica en la calidad de vida?	8
5. ¿Cuál es la relación entre rinitis alérgica y asma y cuáles son sus implicaciones para la práctica clínica?	9
6. ¿Los lavados nasales son efectivos para tratar la rinitis alérgica?	11
7. ¿Cuál es el tratamiento farmacológico de la rinitis alérgica? .	12
Referencias	14

1.

¿Cuál es el diagnóstico diferencial de la rinitis alérgica?

El diagnóstico diferencial es fundamental para llegar a una pauta terapéutica acertada. En este sentido, la primera aproximación es diferenciar la rinitis alérgica (RA) de la rinitis no alérgica (RNA).

Además de los síntomas característicos de la rinitis —rinorrea anterior o posterior, estornudos, taponamiento o congestión nasal y picor de la nariz—, la coexistencia de síntomas nasales y oculares bilaterales, los antecedentes familiares de alergia, la estacionalidad de los síntomas y su relación con alérgenos específicos (como pólenes, polvos o epitelios), apoyan el diagnóstico de RA^{1,2}.

Los hallazgos que hacen sospechar que **la rinitis no es alérgica** son los síntomas unilaterales, la obstrucción nasal sin otros síntomas, la rinorrea posterior (goteo retronasal) con mucosidad densa o sin rinorrea anterior, la rinorrea mucopurulenta, el dolor facial, la epistaxis recurrente y la anosmia^{1,3}. Entre las rinitis de etiología no alérgica más frecuentes, se encuentran la rinosinusitis y el resfriado común.

Para el diagnóstico de **rinosinusitis** es necesaria la presencia de al menos dos de los siguientes síntomas: 1) obstrucción nasal; 2) rinorrea anterior o posterior; 3) dolor o cefalea frontofacial; 4) disminución o pérdida del olfato. Uno de los síntomas tiene que ser el 1) o el 2). En la rinosinusitis crónica, el síntoma que mejor predice el diagnóstico es la alteración del olfato⁴.

En el **resfriado común**, los pacientes también presentan congestión nasal, rinorrea y estornudos, pero suelen asociarse a odinofagia, tos, malestar general y cefalea con o sin febrícula. Los síntomas son autolimitados y a menudo duran hasta 10 días, aunque en un 25 % de los pacientes —sobre todo, fumadores— pueden prolongarse hasta 2 semanas. La tos puede persistir durante semanas tras la resolución de los otros síntomas^{5,6}.

Otras causas de rinitis son la ocupacional (alérgica y no alérgica), la inducida por fármacos (por ejemplo, ácido acetilsalicílico, inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina y anticonceptivos orales), la medicamentosa, la hormonal (ciclo menstrual y embarazo), la rinitis no alérgica eosinofílica (NARES, por sus siglas en inglés), la atrófica y las secundarias a sustancias irritantes, alimentos o reflujo gastroesofágico^{1,2}. La rinitis antiguamente conocida como vasomotora —secundaria al aire frío, a los irritantes o al ejercicio—, en la actualidad se denomina rinopatía no alérgica⁷ o rinopatía reactiva², aunque algunas fuentes la clasifican como idiopática¹.



¿Cómo se clasifica la rinitis alérgica?

La guía ARIA (en inglés, *Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma*) clasifica la RA según su duración y gravedad². El consenso ARIA es la iniciativa mundial más importante para el diagnóstico, valoración, tratamiento y seguimiento de la RA³.

Clasificación de la rinitis alérgica

Según duración

INTERMITENTE

Síntomas presentes ≤ 4 días a la semana o durante ≤ 4 semanas consecutivas

PERSISTENTE

Síntomas presentes > 4 días a la semana y > 4 semanas consecutivas

Según gravedad

LEVE

Ninguno de los siguientes ítems está presente:

- Alteración del sueño
- Afectación de las actividades cotidianas, de ocio y/o deportivas
- Afectación de las tareas escolares o laborales
- Los síntomas son molestos

MODERADA

Uno, dos o tres de los anteriores ítems están presentes

GRAVE

Los cuatro ítems están presentes

Fuente: Alobid et al.².

En cuanto a su gravedad, comparada con otras condiciones médicas, la RA podría no parecer grave porque no se asocia a morbilidades graves ni a mortalidad. Sin embargo, afecta a la calidad de vida de muchos pacientes, pues deteriora su calidad del sueño y su función cognitiva, con el consecuente aumento de la fatiga e irritabilidad. Se asocia con bajo rendimiento laboral y escolar. Los costes médicos anuales directos son sustanciales, pero los indirectos, relacionados con la pérdida de la productividad laboral, superan a los incurridos por asma⁸. Además, la inflamación nasal crónica puede agravar o causar el desarrollo de otros trastornos significativos, como asma, rinosinusitis y enfermedades del oído medio⁹.

3.

¿Qué pruebas complementarias están indicadas para diagnosticar la rinitis alérgica?

El diagnóstico de la RA se basa en la concordancia entre los antecedentes típicos de síntomas de alergia y las pruebas específicas de confirmación de la sensibilización⁵. Sin embargo, las pruebas específicas no son necesarias en todos los casos: en pacientes con síntomas leves y un diagnóstico clínico claro, puede iniciarse el tratamiento empírico¹⁰.



Las pruebas están indicadas en los pacientes en los que no queda claro si la rinitis es alérgica o no, en aquellos con síntomas más graves o que no responden al tratamiento empírico y cuando se precisa la determinación exacta del alérgeno para determinar el tratamiento^{10,11}.

Pruebas cutáneas: se consideran el método de elección para diagnosticar este tipo de patologías mediadas por IgE, debido a su precisión, seguridad y eficacia¹.

Consisten en la introducción de un alérgeno específico en la piel del paciente, que en caso de existir una alergia específica da lugar a una reacción haborosa con un halo eritematoso entre 15 y 20 minutos después. Se realizan principalmente mediante la técnica de punción intraepidérmica (*prick test*) o la técnica de punción intradérmica. Las pruebas intradérmicas son útiles cuando el *prick test* es negativo y existe una gran sospecha clínica de sensibilización a un alérgeno en particular¹⁰.

Es importante destacar que una prueba cutánea por sí sola no tiene relevancia clínica, sino que indica una sensibilización frente a un determinado alérgeno, que siempre habrá que correlacionar con la clínica¹.

Determinación de inmunoglobulina E (IgE) específica en sangre (RAST): la prueba de radioalergoadsorción o RAST consiste en un inmunoanálisis donde la IgE específica se detecta mediante la adición de un anticuerpo anti-IgE marcado con isótopos radioactivos (*radioallergosorbent, RAST*)¹⁰.

Es menos sensible que las pruebas cutáneas, por lo que su uso se limita a circunstancias en las que estas no se puedan realizar, como en caso de alteraciones cutáneas difusas o ante la imposibilidad de suspender tratamientos que interfieren en la prueba (antihistamínicos o antidepresivos tricíclicos)^{10,11}.

Otras pruebas: los test de provocación nasal y la citología nasal se usan solo con fines de investigación o en casos clínicos muy concretos, como en aquellos en los que existen discrepancias o dificultades en la valoración de la historia clínica y las pruebas cutáneas o analíticas³.



¿Cuál es la repercusión de la rinitis alérgica en la calidad de vida?

La RA es una enfermedad inflamatoria de la mucosa nasal inducida por una respuesta inmunitaria, mediada por la IgE, tras la exposición a un alérgeno en personas previamente sensibilizadas¹². Se caracteriza por dos o más de los siguientes síntomas, presentes durante más de una hora, la mayoría de los días: rinorrea anterior acuosa bilateral, estornudos (especialmente, en salvas) y obstrucción y prurito nasal¹. A menudo se acompaña de conjuntivitis alérgica, cuyos síntomas más característicos son prurito ocular, lagrimeo e hiperemia conjuntival; en este caso, se denomina rinoconjuntivitis alérgica¹².

La obstrucción de las vías respiratorias altas impide una correcta ventilación y hace que esta enfermedad se pueda acompañar de síntomas generales (cefalea, dificultad para conciliar el sueño profundo), locales (respiración bucal y maloclusión dental), cognitivos (problemas de atención, concentración y memoria) y psicosociales (ansiedad, problemas de conducta)¹².

La RA es la enfermedad alérgica más frecuente y el primer motivo de consulta en Alergología¹³. En concreto, afecta al 25 % de la población general y su prevalencia está aumentando en los países desarrollados¹². En España, su prevalencia confirmada es del 21,5 % en los adultos y del 9,3 % en los adolescentes¹. Además, se considera que es frecuentemente infratratada e infradiagnosticada¹².

La alta prevalencia de la RA se asocia a una elevada morbilidad, lo que a menudo conlleva el uso de recursos sanitarios. Sus síntomas ocasionan bajo rendimiento y absentismo laboral y escolar, con importantes costes directos e indirectos que superan los de enfermedades más graves¹.

5.

¿Cuál es la relación entre rinitis alérgica y asma y cuáles son sus implicaciones para la práctica clínica?

Tanto la RA como el asma son afecciones inflamatorias sistémicas y, a menudo, coexisten³. Múltiples estudios epidemiológicos, fisiopatológicos y terapéuticos han demostrado la asociación entre ambas². La prevalencia de asma en pacientes con RA es mucho más elevada que en la población general. Lo mismo ocurre con la prevalencia de RA en pacientes asmáticos³.

En España, hay estudios que han mostrado una prevalencia de RA en pacientes con asma de entre el 71 % y el 90 %. También se ha demostrado un incremento paralelo en la prevalencia del asma y la RA^{2,4}.

Hay una relación temporal entre el comienzo de la RA y el asma, de modo que habitualmente la RA precede al desarrollo de asma⁴. Se ha demostrado que tanto la RA como la RNA son un factor de riesgo para padecer asma^{2,4}.

El paradigma **«una vía respiratoria, una enfermedad»** ha sido ampliamente investigado en la relación entre la rinitis y el asma. Las vías respiratorias superiores e inferiores están relacionadas por contigüidad y actúan como una unidad anatómica y funcional, cuya interrelación está apoyada no solo por pruebas fisiológicas, sino también genéticas, clínicas y terapéuticas¹⁴.

Los vínculos entre la RA y el asma son probablemente multifactoriales. Numerosos mecanismos fisiopatológicos comunes a la RA y RNA se han propuesto como posibles explicaciones de las conexiones entre la disfunción nasal y bronquial: la respiración forzada de la boca secundaria a la obstrucción nasal, la disminución de la respuesta β -adrenérgica a nivel bronquial, la estimulación de un reflejo rinosinusal-bronquial, el patrón de respiración alterado, la propagación de las secreciones inflamatorias desde la nariz —mediante la aspiración de secreciones nasales (goteo retronasal) y mediadores de la inflamación— hacia los bronquios. Sin embargo, esos estudios no han aclarado del todo cómo estos mecanismos, por sí mismos, pueden explicar la interrelación fisiológica y fisiopatológica entre la nariz y los pulmones en la salud y la enfermedad¹⁴.

Actualmente, el mecanismo inflamatorio eosinofílico común es el más aceptado. El **modelo sistémico de enfermedad alérgica** ha establecido el concepto patogénico de diseminación sanguínea del fenómeno inflamatorio, con manifestaciones clínicas variables, según el órgano diana afectado. Este mecanismo indica que el objetivo de la reacción alérgica son las vías respiratorias en su totalidad, desde la nariz hasta los alvéolos y no solo en la zona donde se desencadena la reacción¹⁴.

Una investigación reciente confirmó que la inflamación de las vías aéreas en los pacientes con RA se encuentra a medio camino entre la de los pacientes asmáticos y los controles sanos: los asmáticos presentan concentraciones mucho más bajas de interferón γ que los otros dos grupos, lo que indica que esta citocina puede ser un regulador importante del fenotipo del asma¹⁵.

COMO CONCLUSIONES^{2,4}:

- El asma debe investigarse en todos los pacientes con RA, mediante una anamnesis y un examen físico adecuados. En los pacientes con RA persistente moderada o grave o cuando haya síntomas o signos compatibles con asma, debe realizarse una espirometría con prueba broncodilatadora.
- Se debe investigar la presencia de RA en las personas asmáticas mediante una anamnesis y un examen físico adecuados, añadiendo pruebas cutáneas en caso de pacientes con diagnóstico clínico claro de RA que no respondan al tratamiento empírico, en aquellos con síntomas graves o con diagnóstico incierto y cuando sea necesario identificar el alérgeno responsable para indicar un tratamiento específico.
- Las vías respiratorias superiores siempre deben ser evaluadas en pos de lograr un único diagnóstico y un tratamiento integral para la totalidad del aparato respiratorio.



¿Los lavados nasales son efectivos para tratar la rinitis alérgica?

La irrigación nasal salina o lavado nasal consiste en el enjuague de la cavidad nasal con una solución salina. Su eficacia probablemente se deba a la fluidificación de la secreción mucosa, que promueve su eliminación y la eliminación de alérgenos irritantes, células inflamatorias y detritus celulares, lo que, a su vez, también evita infecciones secundarias^{16,17}. Mejora tanto la rinorrea como la congestión nasal y el prurito faríngeo y puede usarse como tratamiento, si los síntomas son leves, o combinado con fármacos, cuando la sintomatología es más intensa. No existe un consenso sobre el método óptimo de administración ni de composición salina¹⁸.

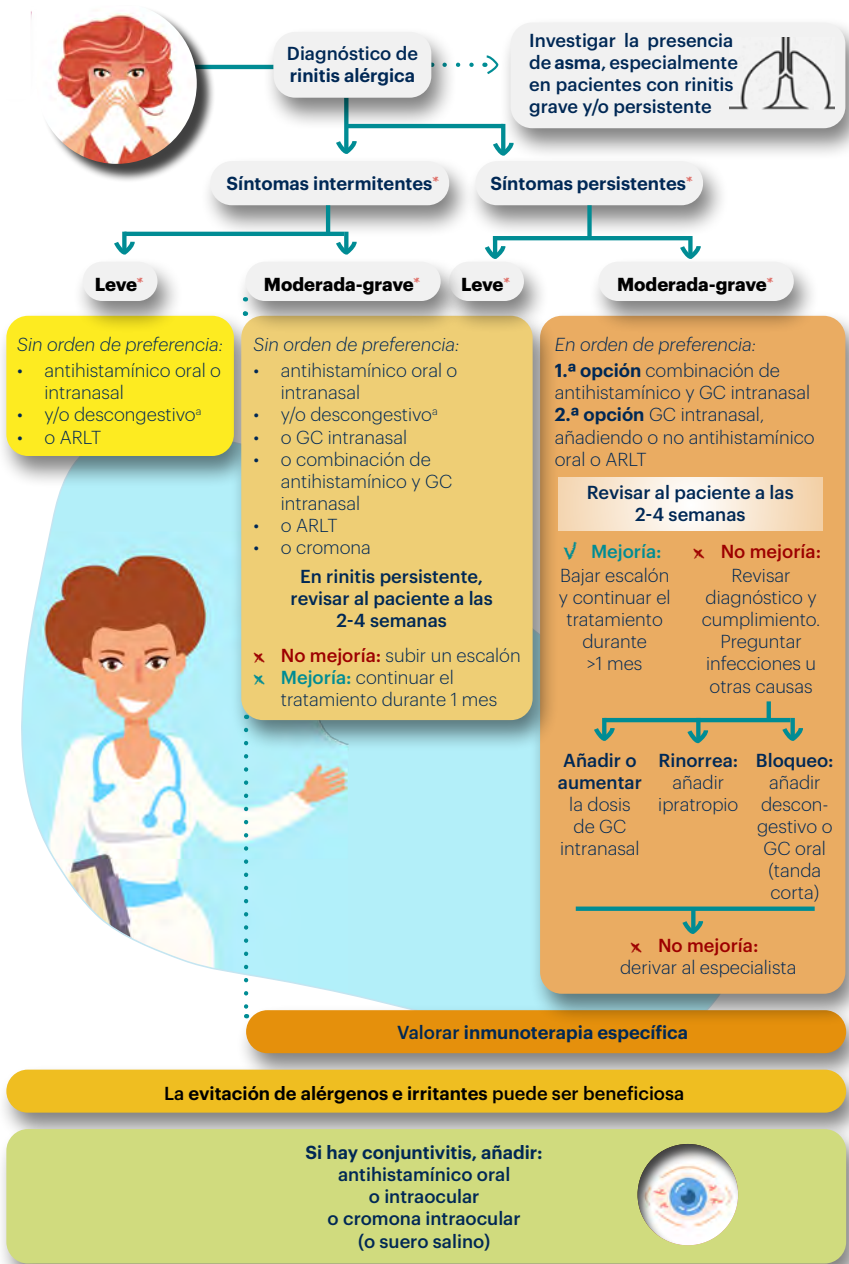
En dos revisiones sistemáticas sobre irrigación nasal salina en RA publicadas en Cochrane, se analizaron 14 estudios con un total de 747 participantes (adultos y niños). Los estudios seleccionados fueron ensayos clínicos aleatorizados que compararon lo siguiente: a) la irrigación nasal salina —administrada por cualquier medio y con cualquier volumen y tonicidad— frente a la irrigación no salina; b) la irrigación nasal salina frente a ningún tratamiento; y c) la irrigación nasal salina frente a tratamiento farmacológico. Los resultados primarios incluyeron la gravedad de la enfermedad medida por la puntuación de síntomas nasales informados por los pacientes y mediante escalas analógicas visuales. Se concluyó que la irrigación salina puede reducir la gravedad de los síntomas hasta 12 semanas, en comparación con la irrigación con solución no salina, y hasta 8 semanas frente a ningún tratamiento, sin efectos adversos informados. La irrigación con solución salina puede ser una alternativa barata, segura y aceptable a los fármacos intranasales^{16,19}.

La composición de la solución salina para la irrigación está influenciada por la tonicidad de cloruro de sodio (NaCl), los minerales y oligoelementos añadidos y la temperatura. Los estudios clínicos se han centrado en determinar la composición salina nasal más beneficiosa. Los hallazgos sugieren que la solución salina hipertónica (NaCl >0,9 %) es más eficaz para disminuir el edema mucoso intranasal y aumentar la frecuencia de batido ciliar. En 2016, un estudio *in vitro* demostró que la solución de agua de mar isotónica no diluida mejoró la frecuencia de batido ciliar de una forma más eficaz que la solución de agua de mar diluida y la solución salina isotónica¹⁸.

7.

¿Cuál es el tratamiento farmacológico de la rinitis alérgica?

Los medicamentos que más se usan en la RA son los corticoides intranasales y los antihistamínicos. El algoritmo de tratamiento de la guía GEMA es el siguiente²:



ARLT: antagonista de los receptores de leucotrienos; GC: glucocorticoide

^a En periodos de tiempo cortos, habitualmente menos de 5 días

Fuente: Alobid I et al.².

Corticoides intranasales: indicados para pacientes con un diagnóstico clínico de RA cuyos síntomas afecten a su calidad de vida. Son eficaces en la reducción de los estornudos, prurito nasal, rinorrea y, sobre todo, de la obstrucción nasal. Su acción comienza entre las 3-5 horas hasta las 36 horas después de la primera dosis y la eficacia se mantiene a lo largo del tratamiento¹⁰.

Antihistamínicos orales: indicados para pacientes con RA con estornudos y picazón. Alivian la rinorrea, los estornudos y el prurito nasal, con efectos escasos sobre la obstrucción nasal. Sus ventajas incluyen su inicio de acción rápido, su administración cada 24 horas y el mantenimiento de su eficacia si se usan de forma regular. Se prefieren los de segunda generación por su alta selectividad para el receptor H₁ y por su escasa penetración en el sistema nervioso central, lo que conlleva menos efectos anticolinérgicos y de sedación¹⁰.

Antihistamínicos intranasales: se pueden ofrecer a pacientes con RA estacional, perenne o episódica. Son más eficaces que los orales para tratar la obstrucción nasal y tienen un inicio de acción muy rápido, de 15 a 30 minutos. Aunque son menos eficaces que los corticoides intranasales, al combinarlos con uno son más eficaces que este solo¹⁰.

Antagonistas de los receptores de los leucotrienos: no se deben ofrecer como tratamiento primario en RA, aunque sí pueden ser de primera elección en pacientes con asma y RA¹⁰.

Tratamiento combinado: se recomienda en los casos más graves o no controlados o como tratamiento de segunda línea ante un fracaso de la monoterapia².

Inmunoterapia (sublingual o subcutánea): en pacientes con RA que tengan una respuesta inadecuada a los síntomas con tratamiento farmacológico, con o sin control ambiental¹⁰.

Referencias

1. Amérigo Soto A, Sánchez González M, Barbarroja Escudero J, Álvarez-Mon M. Rinitis alérgica. *Medicine (Baltimore)*. 2017;12(30):1757-66. Disponible en: <https://www.medicineonline.es/es-rinitis-alergica-articulo-S0304541217300720>
2. Alobid I, Álvarez Rodríguez C, Blanco Aparicio M, Ferreira J, García G, Gómez-Outes A, et al. GEMA 5.2. Guía Española para el Manejo del Asma [Internet]. Madrid (España): Luzán 5; 2022 [consultado 31 ene 2023]. 230 p. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1dbh_zh-V_aSVm_Obl1Gco0ISQ4w9j1xn/view
3. Bousquet J, Khaltaev N, Cruz AA, Denburg J, Fokkens WJ, Togias A, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008. *Allergy*. 2008;63(Supl 86):8-160. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1398-9995.2007.01620.x>
4. Castillo Vizquete JA, Sastre J, del Cuvillo Bernal A, Picado C, Martínez Moragón E, Ignacio García JM, et al. Asthma, rhinitis, and nasal polyp multimorbidities. *Arch Bronconeumol*. 2019;55(3):146-55. Disponible en: <https://www.archbronconeumol.org/en-asthma-rhinitis-nasal-polyp-multimorbidities-articulo-S1579212918304531>
5. DeGeorge KC, Ring DJ, Dalrymple SN. Treatment of the Common Cold. *Am Fam Physician*. 2019;100(5):281-9. Disponible en: <https://www.aafp.org/afp/2019/0901/p281.html>
6. Sexton D, McClain M. The common cold in adults: Diagnosis and Clinical Features [actualizado 24 may 2022; consultado 31 ene 2023]. En: UpToDate [Internet]. Waltham (Massachusetts, EE. UU.): UpToDate; c2023. 10 p. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/the-common-cold-in-adults-diagnosis-and-clinical-features>
7. Wise SK, Lin SY, Toskala E, Orlandi RR, Akdis CA, Alt JA, et al. International Consensus Statement on Allergy and Rhinology: Allergic Rhinitis. *Inte Forum of Allergy Rhinol*. 2018; 8(2): 108-352. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/alr.22073>
8. Brożek JL, Bousquet J, Agache I, Agarwal A, Bachert C, Bosnic-Anticevich S, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines—2016 revision. *J Allergy Clin Immunol*. 2017;140(4):950-8. Disponible en: <http://www.jacionline.org/article/S0091674917309193/fulltext>
9. Corren J. Rinitis y conjuntivitis alérgicas. En: O’Hehir RE, Holgate ST, Sheikh A. Middleton. *Alergología esencial*. Barcelona (España): Elsevier España; 2017; p 205-224.

10. Seidman M, Gurgel R, Lin S, Schwartz S, Baroody F, Bonner J, et al. Clinical practice guideline: Allergic rhinitis. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2015;152(Supl 1):S1-43. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25644617/>
11. Pérez-Marrero N, Ortiz Rodrigo R, Rivera-Rodríguez T. Protocolo diagnóstico de la rinitis. *Medicine (Baltimore)*. 2019;12(91):5379-83. Disponible en: <https://www.medicineonline.es/es-protocolo-diagnostico-rinitis-articulo-S0304541219303038>
12. Bercedo Sanz A, Callen Blecua M, Guerra Pérez M, Grupo de Vías Respiratorias. Protocolo de Rinitis Alérgica. *El Pediatra de Atención Primaria y la Rinitis Alérgica. Protocolo del GVR* [Internet]. Madrid: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria; 2016 [consultado 31 ene 2023]. 20 p. Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/rinitis_alergica_p_gvr_6_2016.pdf
13. Moreno E, Castellanos L. 8 de cada 10 pacientes con asma padecen también rinitis; 30 jun 2014 [consultado 31 ene 2023]. En: Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAIC) [Internet]. Madrid (España): SEAIC; c2023. 2 p. Disponible en: <https://www.seaic.org/inicio/noticias-general/rinitis-alergica.html>
14. Saranz RJ, Lozano A, Lozano NA, Ponzio MF, Cruz ÁA. Subclinical lower airways correlates of chronic allergic and non-allergic rhinitis. *Clin Exp Allergy*. 2017;47(8):988-97. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/cea.12938>
15. Wilmott RW, Deterding R, Li A, Ratjen F, Sly P, Zar H, et al. *Kendig. Enfermedades respiratorias en niños*. Barcelona: Elsevier; 2019. 1202 p.
16. Head K, Snidvongs K, Glew S, Scadding G, Schilder AGM, Philpott C, et al. Nasal saline for allergic rhinitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;2018(6). Disponible en: https://www.cochrane.org/CDO12597/ENT_nasal-saline-allergic-rhinitis
17. Rabago D, Zgierska A, Mundt M, Barrett B, Bobula J, Maberry R. Efficacy of daily hypertonic saline nasal irrigation among patients with sinusitis: a randomized controlled trial. *J Fam Pr*. 2002;51(12):1049-55. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12540331/>
18. Succar EF, Turner JH, Chandra RK. Nasal saline irrigation: a clinical update. *Int Forum Allergy Rhinol*. 2019;9(S1):S4-8. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/alr.22330>
19. Clebak KT, Naccarato J, Riley TD. Saline Irrigation for Allergic Rhinitis. *Am Fam Physician*. 2019;99(9):544-5. Disponible en: <https://www.aafp.org/afp/2019/0501/p544.html>



© 2023 - Almirall.

Material editado por [Kalispera medical writing S.L.](#) para Almirall.
Reservados todos los derechos.

Se prohíbe la reproducción total o parcial por ningún medio, electrónico o físico.

