

Diagnóstico de la Rinitis Alérgica en el paciente pediátrico. ¿Qué pruebas son necesarias?



Dra. Candelaria Muñoz Román. Sección Alergia Pediátrica, UGC Pediatría HMI de Málaga

La rinitis es una inflamación de la mucosa nasal y se caracteriza por síntomas nasales como rinorrea anterior y posterior, estornudos, congestión nasal y/o prurito nasal. Estos síntomas se presentan durante dos o más días consecutivos y a lo largo de más de una hora la mayoría de los días. La rinitis alérgica (RA) es la forma más frecuente de rinitis no infecciosa, asociada a una respuesta inmunitaria mediada por IgE ante la presencia de alérgenos y a menudo cursa con síntomas oculares. La RA se clasifica en intermitente y persistente en función de la frecuencia de los síntomas; atendiendo a la intensidad y afectación de calidad de vida en leve, moderada y grave. La RA es una patología frecuente motivo de consulta en Atención Primaria y Alergología, y la enfermedad alérgica crónica más prevalente en niños ⁽¹⁾.

La prevalencia de rinitis/rinoconjuntivitis alérgica en la edad pediátrica varía en las distintas áreas geográficas afectando al 10-30% de la población. El estudio ISAAC (Estudio Internacional de Asma y Alergia en Niños) evalúa la RA en niños con edades de 6-7 años y 13-14 años, encontrando en la fase III una prevalencia de 8'5%% y 14'6% respectivamente a nivel mundial; mayor a la encontrada en la primera fase realizada 5-10 años antes, lo que demuestra un aumento progresivo en los últimos años. La prevalencia es más baja en los países del este de Europa, Asia Central y la India, así como en países no desarrollados. En España la prevalencia media es 8'3% para los niños de 6-7 años y 15'5% para la edad de 13-14 años ⁽²⁾.

La RA es considerada una patología banal y en muchos casos infradiagnosticada e infratratada pero tiene un gran impacto en la calidad de vida y una morbilidad importante, asociándose a otras enfermedades como la conjuntivitis o el asma ⁽³⁾. Los niños pueden experimentar malestar general y alteraciones del sueño nocturno con la posterior fatiga diurna que afecta el rendimiento escolar y la calidad de vida en general ⁽¹⁾. En un reciente estudio multicéntrico realizado en España se analizan las comorbilidades en población pediátrica con RA evidenciando que el 76'5% asocia otra enfermedad; conjuntivitis (53'6%), asma (49'5%), dermatitis atópica (40%), rinosinusitis (26'1%), otitis media (23'8%) o hipertrofia adenoidea (17'3%) ⁽⁴⁾. Estas comorbilidades se asocian con más frecuencia a la rinitis moderada-grave, persistente y de mayor tiempo de evolución; por tanto es necesario realizar un diagnóstico precoz de la RA y de su etiología para indicar el tratamiento adecuado evitando la evolución de la enfermedad alérgica ⁽⁴⁾.

El diagnóstico de la RA es fundamentalmente clínico, pero en niños no siempre es fácil dado que los síntomas se pueden producir por diferentes causas, lo más importante es descartar rinitis infecciosa e hipertrofia de adenoides ⁽³⁾. La presencia de dos o más de los siguientes síntomas: rinorrea anterior acuosa, estornudos (especialmente paroxísticos), obstrucción nasal, prurito nasal y ocasionalmente conjuntivitis, durante más de una hora la mayoría de los días sugiere el diagnóstico de RA. Por el contrario, los síntomas unilaterales, la obstrucción nasal como única manifestación, la rinorrea mucopurulenta, el goteo de mucosidad densa posterior, el dolor, la anosmia o la

epistaxis recurrente no se asocian a RA ^(3, 5). Junto a la RA la rinitis infecciosa es la más frecuente en niños generalmente asociada a infecciones virales, siendo más frecuente en niños de menor edad; a mayor edad mayor la probabilidad de que la rinitis sea de etiología alérgica ⁽⁵⁾.

El diagnóstico etiológico en la RA es importante para poder indicar medidas de evitación y no solo un tratamiento sintomático, así como para considerar inmunoterapia específica. La identificación de los aeroalérgenos a los que el paciente está sensibilizado se puede realizar mediante pruebas cutáneas intraepidérmicas o prick test, o mediante determinación de IgE específica en sangre. Pero hay que recordar que no todos los niños con una sensibilización experimentan síntomas tras la exposición al aeroalérgeno y por tanto para el diagnóstico etiológico es necesario que exista una correlación entre la clínica y la exposición al aeroalérgeno ^(1, 5, 6). Por otro lado, recordar que la determinación de IgE total tiene poco valor en el diagnóstico de la RA ^(1, 5).

Los aeroalérgenos más comunes son ácaros, pólenes, epitelio de animales y hongos. En un estudio europeo con 3034 pacientes adultos y niños el 33'4% tenía alergia a pólenes de gramíneas, el 26'5% a ácaros y el 19'4% a epitelio de gato ⁽⁷⁾. En el estudio realizado en niños con RA en España los aeroalérgenos más frecuentemente implicados son los pólenes (53,5%) seguidos por los ácaros del polvo (43,5%), epitelios de animales (14%) y hongos (7%) ⁽⁴⁾.

El screening para aeroalérgenos Phadiatop puede ser una herramienta útil en atención primaria dado que incluye los principales aeroalérgenos a los que los pacientes con alergia respiratoria pueden estar sensibilizados (ácaros, pólenes, epitelio de perro y gato y mohos) con una sensibilidad del 97'6%. Cuando éste es negativo prácticamente se puede descartar la etiología alérgica de la rinitis en el niño ⁽⁸⁾. En caso positivo es necesario investigar la sensibilización a aeroalérgenos que debe ir dirigida por la historia clínica determinando IgE específica a aeroalérgenos perennes como los ácaros o los hongos, epitelios de animales o aeroalérgenos estacionales como los pólenes; para ello es necesario conocer la aerobiología local ⁽⁶⁾. La determinación de IgE específica da información objetiva necesaria para el correcto tratamiento del paciente; en muchos casos los pacientes con síntomas respiratorios (rinitis, asma) están sensibilizados a varios alérgenos y esto puede tener un efecto acumulativo aumentando la probabilidad de desarrollar síntomas con la exposición a dichos aeroalérgenos ⁽⁹⁾. Igualmente, la probabilidad de presentar clínica con la exposición a un aeroalérgeno aumenta cuando la cifra de IgE específica es mayor ⁽⁶⁾.

Como conclusión:

- El screening de alergia a aeroalérgenos es una herramienta útil-necesaria en atención primaria para el diagnóstico de la rinitis alérgica.
- Un resultado negativo descarta patología alérgica, especialmente cuando la clínica no es claramente sugestiva de rinitis alérgica.
- Un resultado positivo de forma aislada solo indica sensibilización al aeroalérgeno.

- ⦿ Es necesario confirmar la relación clínica-exposición al aeroalérgeno por la historia clínica.
- ⦿ Es necesario conocer la aerobiología de la zona.
- ⦿ Niveles más altos de IgE específica se asocian a una mayor probabilidad de clínica.

Bibliografía

1. Bousquet J, Khaltaev N, Cruz AA, Denburg J, Fokkens WJ, Togias A, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 update in collaboration with the World Health Organization, GA2LEN and AllerGen. *Allergy*. 2008; 63 (Suppl 86): 8-160.
2. Ait-Khaled N, Pearce N, Anderson HR, Ellwood P, Montefort S, Shah J; ISAAC Phase Three Study Group. Global map of the prevalence of symptoms of rhinoconjunctivitis in children: The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Phase Three. *Allergy*. 2009; 64 (1): 123-148.
3. Garde JM, García-Avilés B, Maco N, Montahud C, Perona J. Rinoconjuntivitis alérgica. *Protoc diagn ter pediatr*. 2013; 1: 157-175.
4. Ibañez MD, Valero AI, Montoro J, Jauregui I, Ferrer M, Dávila I, et al. Analysis of comorbidities and therapeutic approach for allergic rhinitis in a pediatric population in Spain. *Pediatr Allergy Immunol*. 2013; 24: 678-684.
5. Roberts G, Xatzipsalti M, Borrego LM, Custovic A, Halken S, Hellings PW, et al. Paediatric rhinitis: position paper of the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. *Allergy*; 2013; 68: 1102-1116.
6. Sicherer SH, Wood RA. Allergy testing in childhood: using allergen-specific IgE test. *Pediatrics*. 2012; 129 (1): 193-197.
7. Barr JG, Al-Reey H, Fox AT. Allergic rhinitis in children. *BMJ*. 2014; 349: g4153.
8. Hamilton RG. Clinical laboratory assessment of immediate-type hypersensitivity. *J Allergy Clin Immunol*. 2010; 125: S284-296.
9. Ahlstedt S, Murray CS. In vitro diagnosis of allergy: how to interpret IgE antibody results in clinical practice. *Primary Care Respiratory Journal*. 2006; 15, 228-236.