

Addendum al Consenso Nacional de Rinitis Alérgica en Pediatría: Incorporación de nuevos conceptos

Addendum to the National Consensus on Allergic Rhinitis in children: incorporation of new concepts

*Comité Nacional de Alergia**

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de guías clínicas y consensos ayuda a los médicos y pacientes en la toma de decisiones ordenadas y sistemáticas relacionadas con el cuidado de la salud en circunstancias clínicas específicas. Los continuos avances experimentados por la ciencia médica, tornan imperativas su revisión y actualización permanentes según pautas dictadas por la medicina basada en la evidencia (MBE).¹

Del análisis crítico del documento Consenso Nacional de Rinitis Alérgica en Pediatría,² el Comité Nacional de Alergia de la Sociedad Argentina de Pediatría considera imprescindible clarificar algunos conceptos e incorporar estrategias terapéuticas recientemente aprobadas en niños y disponibles en la Argentina.

Conceptos en epidemiología, clasificación y fisiopatogenia

El estudio internacional sobre Asma y Alergia en la Infancia en su fase III (en inglés, ISAAC *phase III*) demuestra una elevada prevalencia de la rinitis alérgica en la población pediátrica de la Argentina. En el grupo etario de 6-7 años, la prevalencia de síntomas actuales es del 20,6% y para el grupo de 13-14 años es del 34,9%.³

La clasificación de la rinitis alérgica en intermitente y persistente, en más o menos cuatro días y en más o

menos cuatro semanas, se refiere a la presencia de los síntomas de manera consecutiva.⁴

Recientes evidencias sobre la fisiopatogenia demostraron que, en la rinitis alérgica, se puede presentar remodelamiento de la mucosa nasal semejante a lo que ocurre en el asma.^{5,6} Se desconoce si esta alteración histopatológica es exclusiva de la rinitis alérgica y cuáles serían sus connotaciones clínicas definitivas en la infancia.

Nuevas recomendaciones en el tratamiento farmacológico

El descongestivo oral pseudoefedrina en dosis fija, asociado a un antihistamínico, debe ser usado respetando la posología, de manera adecuada y por corto tiempo. Su indicación se limita a niños mayores de 2 años para el manejo de una exacerbación aguda de rinitis cuando la obstrucción nasal es significativamente importante y sólo debe expedirse rigurosamente bajo receta.⁷

De los antihistamínicos de segunda generación y sus metabolitos está disponible actualmente la fexofenadina en suspensión oral y la levocetirizina en gotas, con uso autorizado a partir de los 2 años de edad en la rinitis alérgica.^{8,9}

Los esteroides de aplicación intranasal son los fármacos más eficaces para el tratamiento de la rinitis alér-

* **Coordinador:** Dr. Alejandro Lozano.

Asesor: Dr. Ricardo J. Saranz.

Participantes: Dra. María E. Cáceres, Dra. Elsa Mindel, Dra. Gloria Bandín, Dr. Jorge García, Dr. Víctor Skrie y Dr. Aldo Cavallo.

TABLA 1. Esteroides de aplicación intranasal

| Fármaco | Edad de uso aprobado | Comentarios |
|-------------------------------|----------------------|--|
| Budesonide | ≥ 6 años | Solución acuosa y aerosol. 50 y 100 µg |
| Dipropionato de beclometasona | ≥ 6 años | Recomendación limitada en pediatría |
| Propionato de fluticasona | ≥ 4 años | Solución acuosa 50 µg |
| Furoato de mometasona | ≥ 2 años | Solución acuosa 50 µg |
| Furoato de fluticasona | ≥ 2 años | Solución acuosa 55 µg |
| Acetonida de triamcinolona | ≥ 2 años | Solución acuosa 50 µg |
| Ciclesonide | ≥ 12 años | Solución acuosa 50 µg |

gica. Recientemente se han incorporado a la farmacopea nacional el furoato de fluticasona¹⁰ y ciclesonide nasal¹¹ ambos en solución acuosa. El primero de ellos, al igual que el furoato de mometasona, se puede indicar en niños con rinitis alérgica a partir de los 2 años, recomendación últimamente extendida a la acetona de triamcinolona (Tabla 1).^{10,12}

Vacunas específicas para el tratamiento de la rinitis alérgica

La inmunoterapia con alérgenos por vía subcutánea (ITSC) tiene comprobada eficacia para el tratamiento de la rinitis alérgica. La coexistencia de rinitis y asma refuerza su prescripción.

Un número cada vez mayor de evidencias avala el uso de inmunoterapia específica por vía sublingual (ITSL).¹³ Su mecanismo de acción no difiere significativamente de la forma de administración subcutánea y se prefiere para pacientes no complacientes con el uso de vía inyectable a largo plazo y por la menor posibilidad de efectos adversos.¹⁴

La ITSL, al igual que la ITSC, puede contribuir a modificar la historia natural de la enfermedad alérgica previniendo el desarrollo de asma y nuevas sensibilizaciones.¹⁵ No obstante, se necesitan más estudios con un mayor número de alérgenos para confirmar sus efectos a largo plazo, su exacta dosificación y estandarización, para su recomendación definitiva en pediatría. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Shekelle P, Eccles MP, Grimshaw JM, et al. When should clinical guidelines be updated? *BMJ* 2001;323(21):155-157.
2. Lozano A, Croce VH, Saranz RJ, et al. Consenso Nacional de Rinitis Alérgica en Pediatría. *Arch Argent Pediatr* 2009;107(1):67-81.
3. At-Khaled N, Pearce N, Anderson HR, et al. 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;64:123-148.
4. Bauchau V, Durham SR. Epidemiological characterization of the intermittent and persistent types of allergic rhinitis. *Allergy* 2005;60:350-353.
5. Salib RJ, Howarth PH. Transforming growth factor- β in allergic inflammatory disease of the upper airways: friend or foe? *Clin Exp Allergy* 2009;39:1128-1135.
6. Nakaya M, Dohi M, Okunishi K, et al. Prolonged allergen challenge in murine nasal allergic rhinitis: nasal airway remodeling and adaptation of nasal airway responsiveness. *Laryngoscope* 2007;117(5):881-885.
7. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Resolución 1645/2008. Estupefaciente. Elaboración, comercialización y uso de efedrina como monodroga. Prohibición. Excepción. 18 de diciembre de 2008.
8. Segall N, Grubbe RE, Levy AL, et al. Pharmacokinetics, safety and tolerability of an oral suspension of fexofenadine for children with allergic rhinitis. *Allergy Asthma Proc* 2008;29(4):380-385.
9. Simons FER (ETAC study Group). Population pharmacokinetics of levocetirizine in very young children: the pediatricians' perspective. *Pediatr Allergy Immunol* 2005;16:97-103.
10. Máspero JF, Rosenblut A, Finn A, et al. Safety and efficacy of fluticasone furoate in pediatric patients with perennial allergic rhinitis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2008;138:30-37.
11. Origlieri C, Bielory L. Intranasal corticosteroids and allergic rhinoconjunctivitis. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2008;8:450-456.
12. Weinstein S, Qaqundah P, Georges G, et al. Efficacy and safety of triamcinolone acetonide aqueous nasal spray in children aged 2 to 5 years with perennial allergic rhinitis: a randomized, double-blind, placebo-controlled study with an open-label extension. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2009;102:339-347.
13. Compalati E, Penagos M, Tarantini F, et al. Specific immunotherapy for respiratory allergy: state of the art according to current meta-analyses. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2009;102:22-28.
14. Passalacqua G, Guerra L, Pasquali M, et al. Efficacy and safety of sublingual immunotherapy. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2004;93:3-12.
15. Marogna M, Tomassetti D, Bernasconi A, et al. Preventive effects of sublingual immunotherapy in childhood: an open randomized controlled study. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2008;101:206-211.