Rinitis alérgica en Pediatría

DRA. ETHEL BARRAZA SIERRA
RESIDENTE DE PEDIATRÍA 1ER AÑO
02/01/2024

Hoja de Ruta

- Epidemiología
- Definición
- Síntomas
- Clasificación
- Inmunopatogenia
- Marcha atópica
- Diagnóstico
- Tratamiento no farmacológico
- Directrices ARIA
- Tratamiento farmacológico
- Algoritmos
- Conclusión
- Bibliografía

Epidemiología

- Enfermedad alérgica respiratoria crónica más frecuente, se estima afecta aproximadamente a 600 millones de personas.
- Prevalencia de RA autoinformada es aproximadamente del 2-25 % en niños y del 1- > 40% en adultos
- Prevalencia de RA confirmada en adultos en Europa osciló entre el 17% y el 28,5%.
- Más frecuente en mujeres.
- La RA también se asocia frecuentemente con el asma, que se encuentra en entre el 15 % y el 38 % de los pacientes con RA

Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines—2016

Definición

Enfermedad inflamatoria crónica de la mucosa nasal inmunomediada por IgE y secundaria a uno o varios alérgenos, cuyos síntomas característicos son el prurito, los estornudos, la rinorrea y la obstrucción nasal.

La RA es un factor de riesgo de asma, y la RA no controlada de moderada a grave afecta el control del asma.

PHILCO TOAZA, et al. Factores de riesgo asociados a rinitis alérgica en niños de 3 a 5 años. *Universidad y Sociedad* 2019, vol.11, n.4, pp.135-140

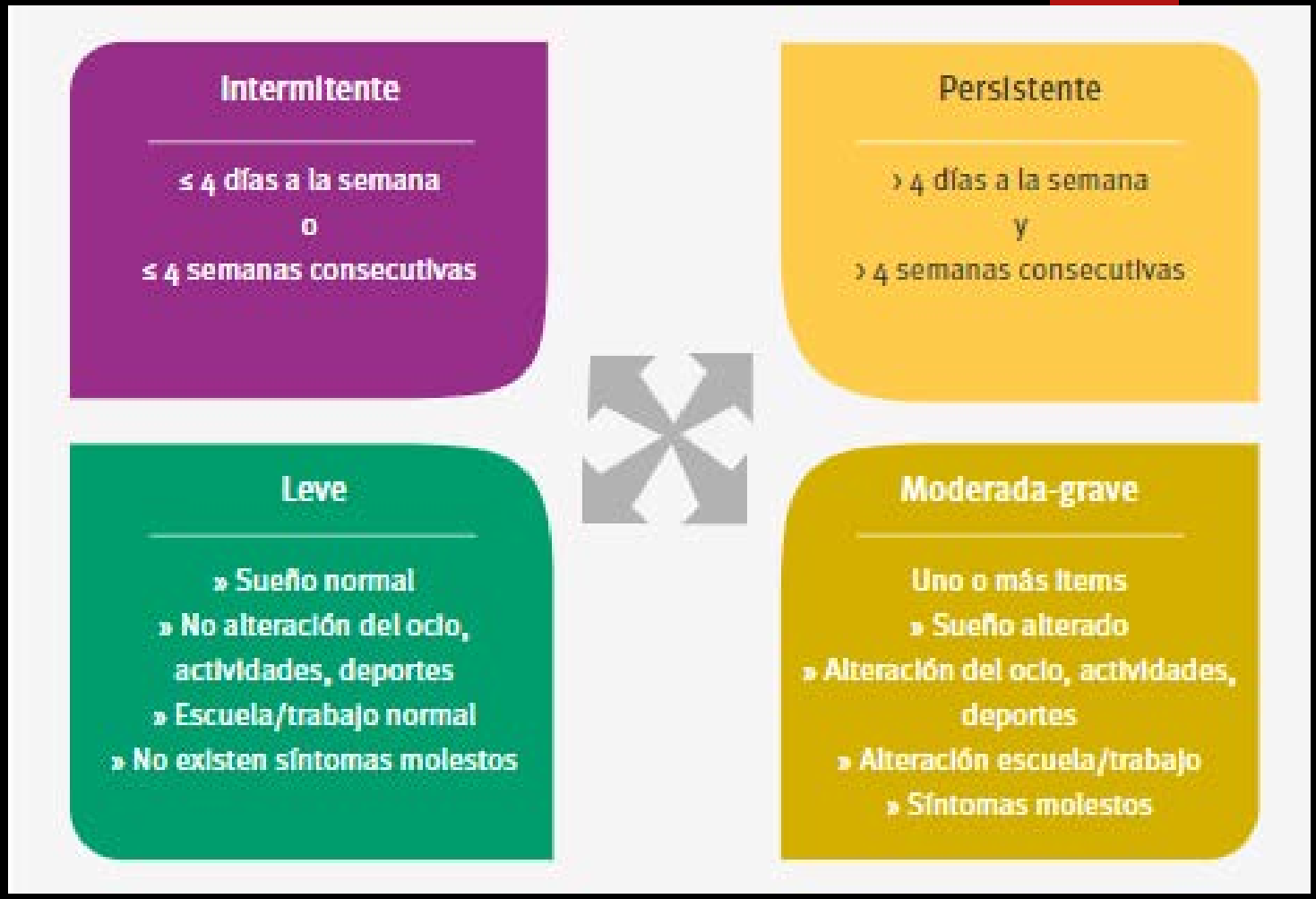
Síntomas

- Síntomas clásicos: Picazón nasal, estornudos, rinorrea y congestión nasal.
- Rinoconjuntivitis alérgica se asocia con picazón, enrojecimiento de los ojos y lagrimeo.
- Otros síntomas incluyen: picazón en el paladar, goteo posnasal, tos.
- Comorbilidades: sinusitis, hipertrofia adenoidea, conjuntivitis, otitis media, alteración del sueño, ausentismo escolar, gastos en salud y especialmente, asma.

Clasificación

La primera guía basada en evidencias, Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma (ARIA), clasifica la AR según:

- Duración de los síntomas
- Gravedad y compromiso clínico del paciente



Clasificación ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma) de la rinitis alérgica. Adaptado de Brożek et al.

Cuadro 1. Clasificación de la rinitis

Infecciosa
Vírica
Bacteriana
Otros agentes infecciosos
Inducida por fármacos
Ácido acetil salicílico y antiinflamatorios no esteroideos
Otros medicamentos
Alérgica
Alérgeno responsable: perenne, estacional, laboral
Duración: intermitente, persistente
Gravedad: leve, moderada y grave
Hormonal
Ocupacional
Duración: intermitente, persistente
Gravedad: leve, moderada y grave
Otras causas
Rinitis no alérgica con síndrome eosinofílico
Por irritantes
Por alimentos
Emocional
Atrófica
Idiopática

Adaptado de Allergic Rhinitis and its Impact on Asthm.[8]

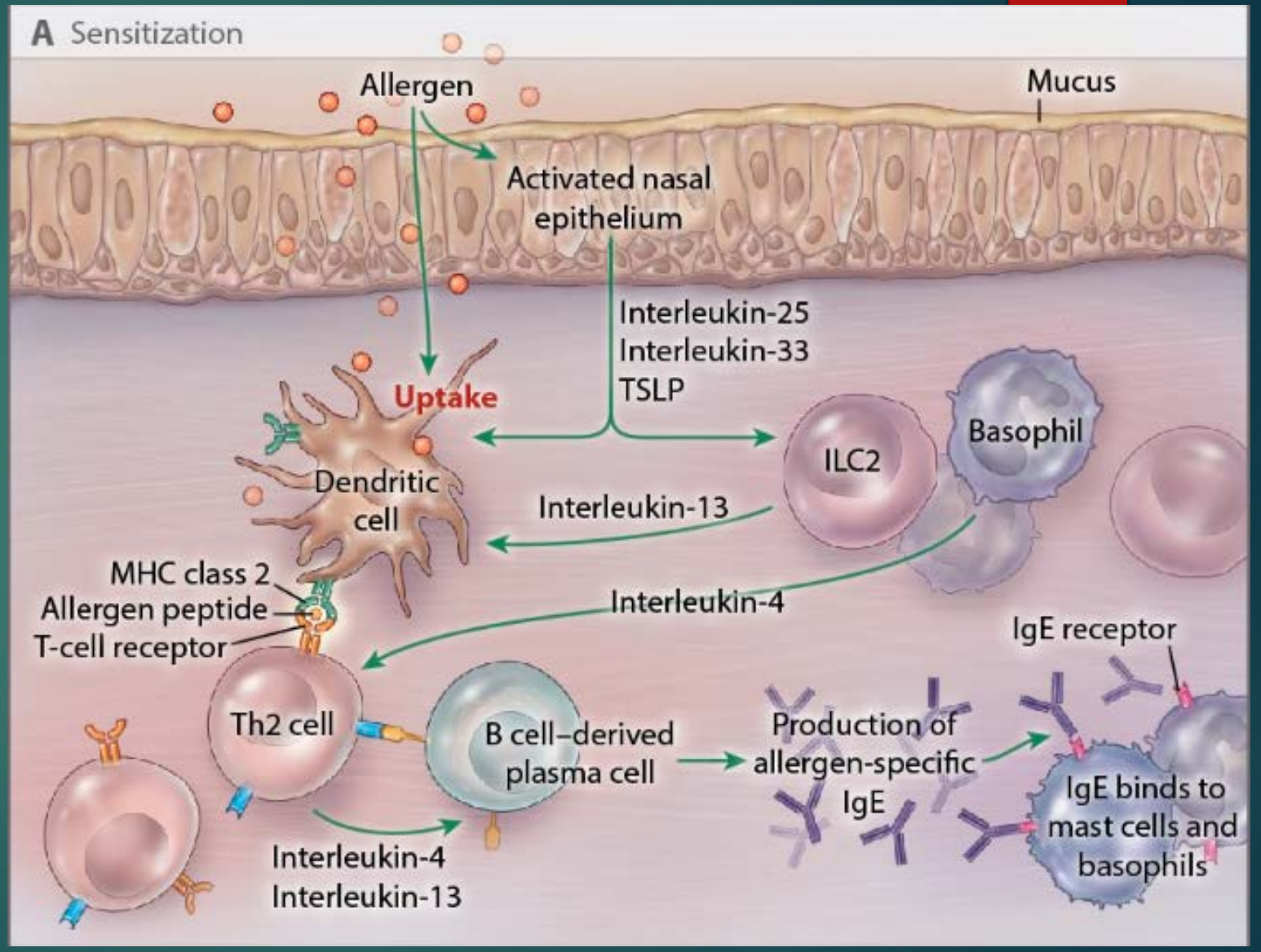
http://www.revistaalergia.mxRev Alerg Mex. 2020;67 Supl 1:S1-S28 Vázquez D et al. Actualización del tratamiento de rinitis alérgica en pediatría

Inmunopatogenia de la rinitis alérgica

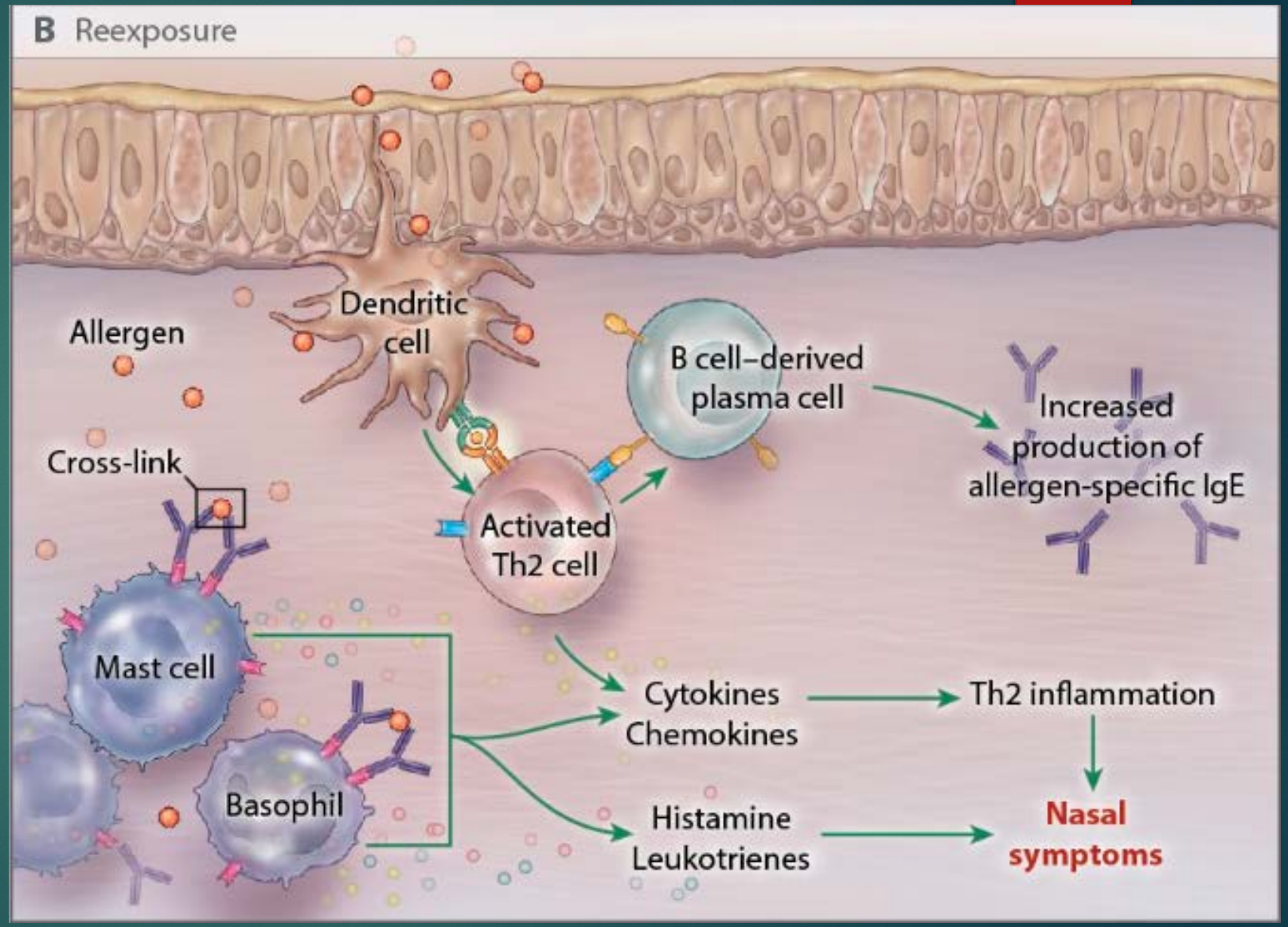
Desarrollo de sensibilización alérgica, mecanismos inmunológicos de reacción nasal a alérgenos y mecanismos de generación de síntomas en la rinitis alérgica.

.

- Captación de alérgenos por parte de células presentadoras de Ag
- Activación de células T específicas de Ag,
- Respuesta de las células T (Th2) + participación de células linfoides innatas tipo 2 (ILC2) y basófilos, que liberan citocinas impulsoras de Th2 (IL-13 e IL-4).
- Generación de células Th2, → impulsan a células B → células plasmáticas productoras de IgE específica de alérgeno



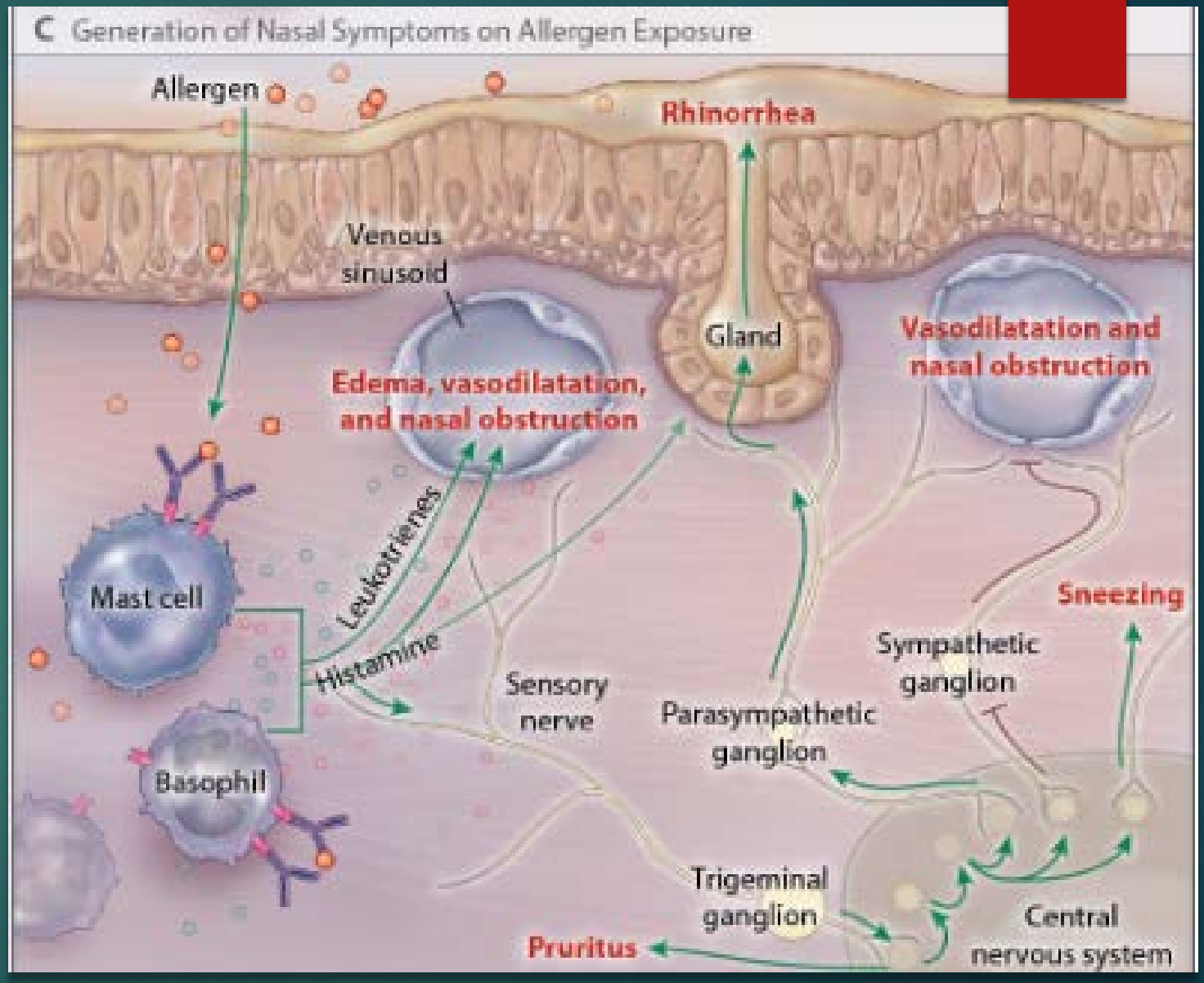
Reexposición: Ac IgE específicos de alérgeno se unen a receptores en la superficie de los mastocitos residentes en los tejidos y los basófilos circulantes → activación → liberación de mediadores neuroactivos + activación local de los linfocitos Th2 por las células dendríticas → síntomas típicos de RA.

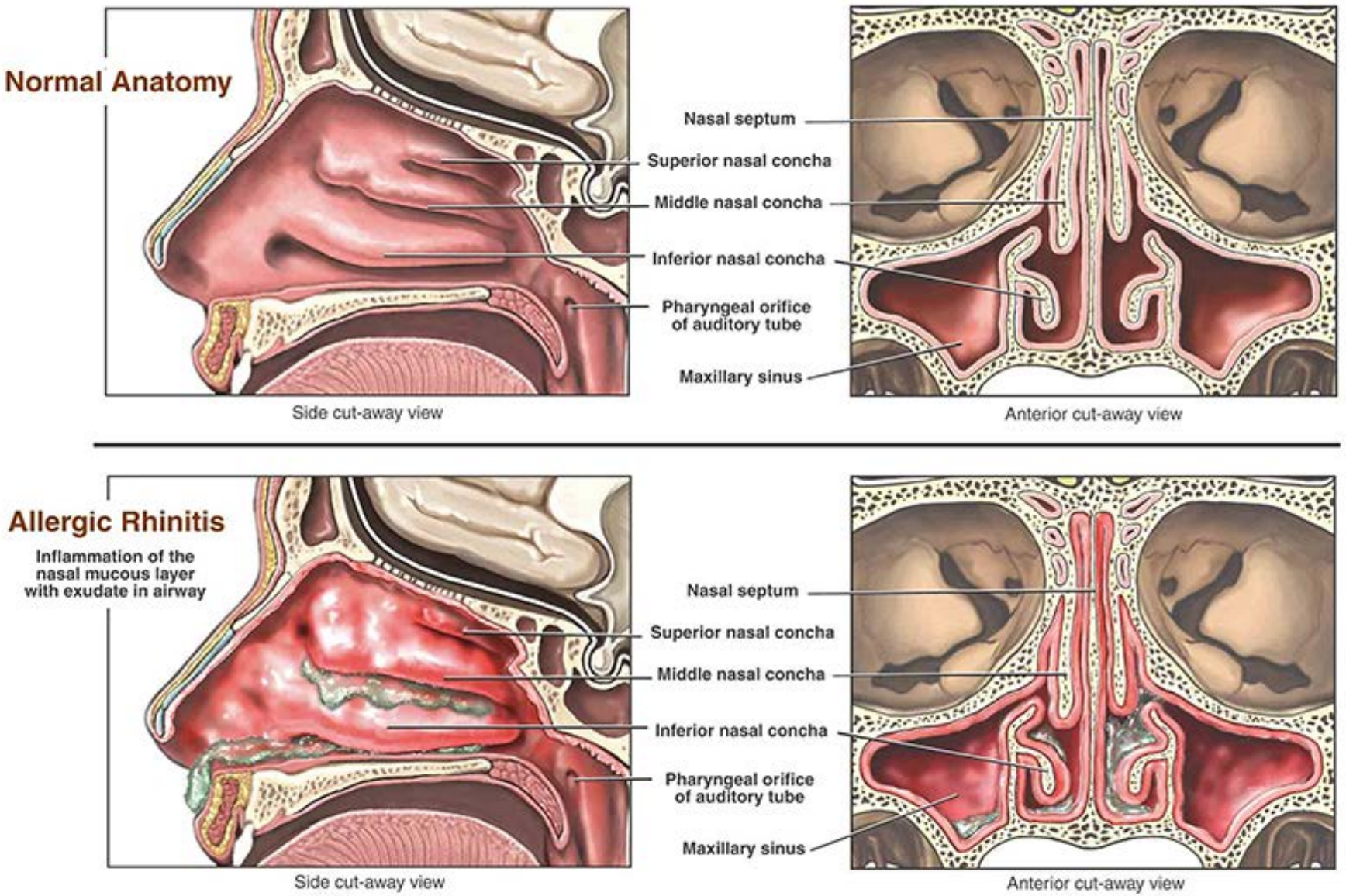


La histamina:

- Efectos en vasos sanguíneos→ permeabilidad vascular y fuga de plasma
- Nervios sensoriales por acción de leucotrienos → prurito y reflejos centrales (motor-estornudos; parasimpático-secreción de las glándulas nasales y vasodilatación)
  - Supresión del impulso simpático hacia sinusoides venosos de la nariz → ingurgitación vascular y obstrucción de los conductos nasales.

Hiperreactividad común de la rinitis alérgica

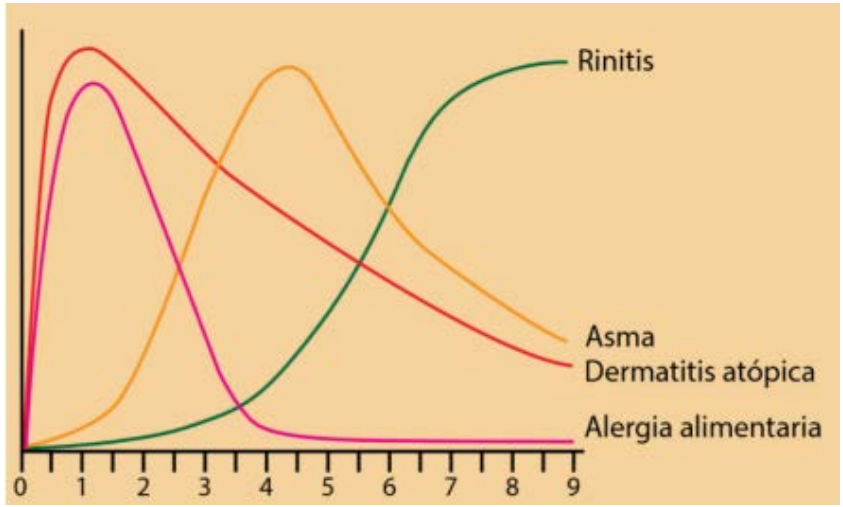



Normal Anatomy
Nasal septum
Superior nasal concha
Middle nasal concha
Inferior nasal concha
Pharyngeal orifice of auditory tube
Maxillary sinus
Side cut-away view
Anterior cut-away view
Allergic Rhinitis
Inflammation of the nasal mucous layer with exudate in airway
Nasal septum
Superior nasal concha
Middle nasal concha
Inferior nasal concha
Pharyngeal orifice of auditory tube
Maxillary sinus
Side cut-away view
Anterior cut-away view

Marcha atópica

Secuencia en la que se presentan las enfermedades alérgicas

- Historia natural:
  - Dermatitis atópica: nacimiento - 1º año
  - Alergia alimentaria: nacimiento – 2º año
  - RA: entre 3 y 7 años
  - Asma: pico a los 4 - 5 años
- Factores que influyen:
  - Hereditarios
  - Sensibilización intrauterina
  - Inmunidad materna
  - Ambientales
  - Estilo de vida



Diagnostico

>2 síntomas recurrentes:

- Estornudos (especialmente paroxísticos)
- obstrucción nasal
- rinorrea anterior acuosa
- prurito nasal
- ocasionalmente conjuntivitis.

En niños, importante diagnóstico diferencial: rinitis infecciosa, la hipertrofia de adenoides, etc.

Cuadro 2. Diagnóstico diferencial

Rinitis persistente no alérgica
Rinitis no alérgica con síndrome eosinofílico (NARES)
Rinitis idiopática (vasomotora)
Enfermedades infecciosas
Agudas o crónicas (sífilis, tuberculosis)
Enfermedades sistémicas
Fibrosis quística
Inmunodeficiencias
Síndrome de cilios inmóviles
Rinitis hormonal (hipotiroidismo)
Alteraciones estructurales
Desviación del tabique
Pólipos nasales
Hipertrofia adenoides
Cuerpo extraño

NARES = Nonallergic rhinitis with eosinophilia syndrom

Historia clínica detallada:

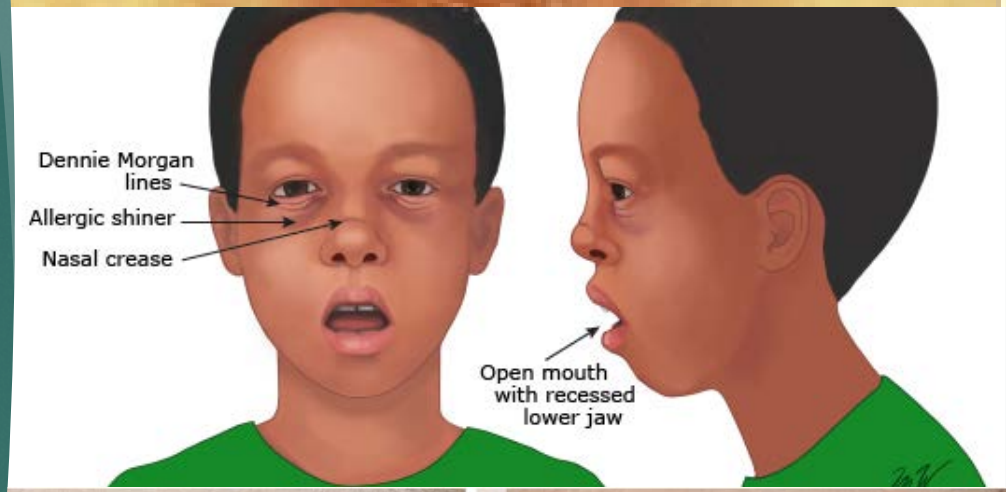
- Evaluar exposición a desencadenantes ambientales
- Características de los síntomas, estacionalidad, influencia de cambios ambientales y síntomas nasales persistentes en ausencia de fiebre.
- Antecedentes familiares y personales, prestando atención en enfermedades como asma, alergias alimentarias y dermatitis atópica.

Cuadro 3. Manifestaciones clínicas de la rinitis alérgica

Síntomas y signos	Complicaciones
Obstrucción nasal	Respiración bucal crónica
	Disnea
	Hiposmia-anosmia
	Voz nasal
	Babeo
	Odinofagia
	Ronquido
	Disfunción tubaria → Taponamiento ótico ⚓ Audición
Infección	
Rinorrea	Ruidos nasales
	Necesidad de "sonarse" la nariz
	Necesidad de aclararse la garganta
	Tos faríngea
	Náuseas, molestia abdominal y disminución de apetito
	Dilatación abdominal por aerofagia
Prurito palatino y nasofaríngeo	Frotamiento
	Movimientos linguales enérgicos
	Clocqueo
	Gárgaras
Estornudos	Lagrimeo por activación de reflejo nasolacrimal
	Cierre de párpados
Otros síntomas asociados	Epistaxis, fatiga, irritabilidad, prurito ocular, hiperemia conjuntival, edema palpebral, quemosis

Exploración física

- Fenotipo atopia:
- Palidez facial
- Ojeras
- Pliegue de Dennie-Morgan
- Surco nasal transverso (“saludo alérgico”)
- Xerosis, dermografismo, eczemas, etc.
- Rinoscopia
- Auscultación (asma)
- Ojos (conjuntivitis)



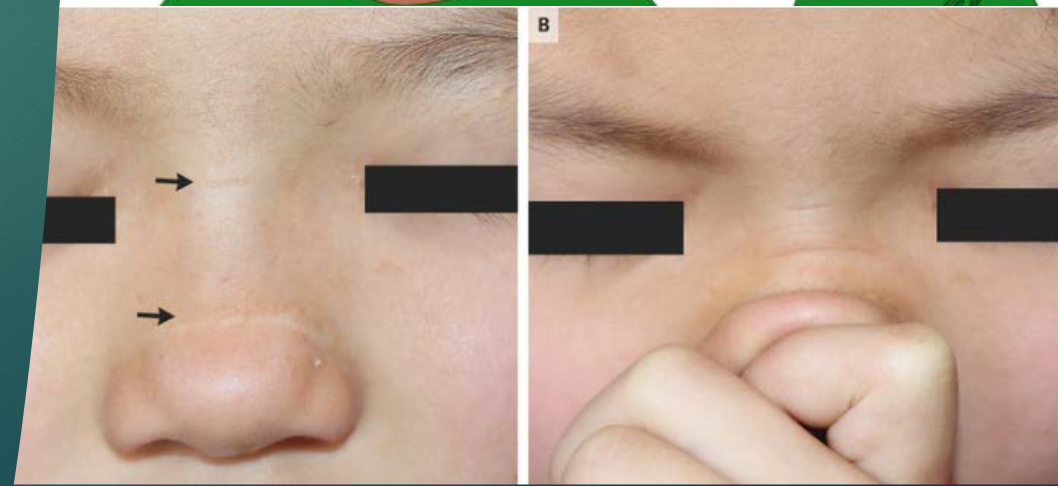


Tabla 1. Manifestaciones y signos clínicos de rinitis alérgica y entidades asociadas

Obstrucción nasal	Respiración bucal crónica Falta de aire Hiposmia-anosmia Voz nasal Babeo Dolor de garganta Ronquido Disfunción de trompa de Eustaquio, que produce taponamiento ótico, exudado, hipoacusia e infección
Rinorrea	Ruidos nasales Necesidad de "sonarse" la nariz Necesidad de aclararse la garganta (carraspeo) Tos faríngea Náuseas, molestia abdominal y disminución de apetito Dilatación abdominal por aerofagia
Prurito palatino y nasofaríngeo	Frotamiento Movimientos linguales enérgicos Cloqueo Gárgaras
Estornudos	Lagrimeo por activación de reflejo nasolagrimal Cierre de párpados
Otros síntomas asociados	Epistaxis, fatiga, irritabilidad, prurito ocular, hiperemia conjuntival, edema palpebral, quemosis
Ojeras alérgicas	Por venodilatación producida por la inflamación alérgica
Líneas de Dennie-Morgan	Aumento de pliegues debajo de los párpados
Pliegue nasal transversal	Producido por el frotamiento de la nariz (saludo alérgico), por prurito y rinorrea
Mucosa nasal	Pálida, azulada, con edema de cornetes y rinorrea serosa
Mucosa orofaríngea	Aspecto de "empedrado" por hiperplasia linfoide
Xerosis	Piel seca y manchas blancas
Membranas timpánicas	Retraídas o con acumulación de líquido seroso en oído
Facies alérgica del respirador bucal	Paladar arqueado, boca abierta y mal oclusión dental

Estudios alergológicos:

1. Recuento de eosinófilos en sangre periférica: Eosinofilia: 500 cel/mm3. Marcador poco sensible y menos específico de atopia. La RA puede cursar sin eosinofilia.

Eosinofilia leve: 500 y 1500 células/mm3

Eosinofilia moderada: 1500 y 5000 células/mm3

Eosinofilia severa: > 5000 células/mm3.

2. Citología nasal: útil para evaluar respuesta al tratamiento y evolución de la enfermedad.

3. Determinación de IgE total: índice muy pobre para predecir RA→solo, no es útil para el diagnóstico. Un porcentaje de niños con RA presentan niveles séricos de IgE dentro de valores normales.

- **4. Determinación de IgE específica**: interpretar resultados en contexto de la historia clínica. Permite diagnóstico definitivo y etiológico de la RA. Se puede demostrar IgE específica con técnicas in vivo e in vitro. Costosa.

Testificación cutánea in vivo: Las pruebas cutáneas son el principal medio de diagnóstico etiológico de la RA. La introducción directa de un Ag por micropuntura en la piel del paciente constituye la técnica de elección para determinar los anticuerpos IgE frente a antígenos específicos.

Pruebas in vitro:

1. Radioinmunoanálisis y enzimoinmunoanálisis (ELISA): detecta sensibilización alérgica; resultados≈ pruebas cutáneas. Seguras, sin riesgos, pero Costo superior a las pruebas cutáneas. Resultados (+) → sensibilización.

Utilidad: No se pueden realizar pruebas cutáneas

Estudios de investigación clínica.

2. Diagnóstico molecular por componentes: determinación de IgE específica en diferentes componentes moleculares de cada alérgeno.

- Sensibilidad genuina: sensibilidad a componentes específicos del alérgeno
- Reactividad cruzada: sensibilidad a componentes comunes de diversos alérgenos

Estudios complementarios especiales

1. Rinoscopía: permite visualizar coloración de mucosas, septum nasal, cornetes, aspecto del mucus, presencia de pólipos y áreas de sangrado.
2. Diagnóstico por imágenes

• Radiología convencional: Rx senos paranasales y cavum es de utilidad para descartar las alteraciones estructurales de la vía aérea superior o comorbilidades frecuentes en la RA persistente. No frecuentemente en RA.

• TC: en sospecha de comorbilidades (sinusitis complicada, poliposis nasal, etcétera).

3. Rinomanometría: no se utiliza en la práctica diaria; permite estudiar el flujo de aire que pasa a diferentes presiones a través de las fosas nasales durante la inspiración y la espiración y detectar posibles obstrucciones o resistencias a su paso.

4. Pruebas de provocación nasal: diagnóstico etiológico al reproducir los síntomas una vez que el paciente es expuesto al antígeno. Su indicación en pediatría es limitada

Indicaciones: Confirmar una reacción cutánea (+)

Diagnóstico de RA local

Control de la inmunoterapia específica

Investigación clínica.

Tratamiento no farmacológico

Se basa en dos pilares fundamentales:

- **Educación**
- **Control ambiental:** Se enfoca en prevenir
  - El desarrollo de sensibilizaciones.
  - La progresión de la enfermedad alérgica.
  - El uso de medicación.
  - Ácaros
  - Hongos anemófilos: esporas pequeñas (3 a 10 μm) que penetran en el árbol respiratorio provocando rinitis o asma.
  - Animales: alérgenos en saliva, heces y orina, que pueden dispersarse y trasladarse por el aire y mantenerse por meses en el hábitat. También pueden ser transportados en la ropa a escuelas o lugares donde no hay animales.
  - Pólenes
  - Tabaquismo intradomiciliario

Tabla 4. Medidas de evitación y desalergenización

Ácaros	Mohos
• Ventilar la habitación. Reducir la humedad <50% • Evitar objetos que los acumulen: moquetas, alfombras, peluches, cortinas • Fundas antiácaros para almohada y colchón (sintéticos). Edredón sintético (no plumas) • Limpieza: aplicar acaricida previo a paño húmedo y aspiradora con filtro HEPA • Lavado ropa cama >55°	• Sanear humedades • Mantener seco el baño y toallas. No usar esponja. • No guardar ropa/zapatos húmedos • Eliminar hojas muertas en plantas de casa • No remover hojarasca del suelo • Evitar zonas sombrías jardines/huertos • Evitar almacenes de alimentos, sótanos o cuevas
Pólenes	**Epitelios**
• Evitar exposición en días ventosos o muy soleados • Gafas de sol si conjuntivitis • Mantener ventanas cerradas • Aire acondicionado con filtros limpios	• No mascotas en dormitorio ni domicilio • Baño semanal de la mascota • Evitar contacto indirecto • Evitar zonas con animales

Directrices ARIA

Alcance limitado, aborda 6 preguntas sobre el tratamiento de la RA:

1. ¿Se debe administrar una combinación de H1 oral y corticosteroide intranasal vs corticosteroide intranasal solo para el tratamiento de la RA?
2. ¿Debería administrarse una combinación de H1 y corticosteroide intranasal vs corticosteroide intranasal solo para el tratamiento de la RA?
3. ¿Debería administrarse una combinación de un H1 y un corticosteroide intranasal vs un H1 intranasal solo para el tratamiento de la RA?
4. ¿Debería administrarse un antagonista del receptor de leucotrienos vs un H1 oral como tratamiento de la RA?
5. ¿Debería administrarse un H1 intranasal vs corticosteroide intranasal para el tratamiento de la RA?
6. ¿Debería administrarse un H1 intranasal vs oral para el tratamiento de la RA?

Tratamiento farmacológico

- Actualización de la Guía Británica de 2017: esquema de tratamiento escalonado
- Elección del fármaco según el predominio de los síntomas.

Pasos en el tratamiento de la rinitis alérgica en pediatría. Adaptado de Scadding et al.

Antihistamínicos orales: 1ra línea de tratamiento, compiten por los receptores H1 para histamina ubicados en el aparato GI, vasos sanguíneos y aparato respiratorio; más eficaces en la prevención de acciones de la histamina que en la reversión del efecto ya establecido.

- **Antihistamínicos de 1ra G:** maleato de carbinoxamina, clorfeniramina, hidroxicina y difenhidramina.
  - ✓ Acción sobre la congestión nasal débil; logran controlar el prurito nasal, estornudos, rinorrea y síntomas conjuntivales.
  - ✓ Composición lipofílica, cruzan con facilidad la barrera hematoencefálica → somnolencia diurna, disminuyen la calidad del sueño y alteran el rendimiento escolar. En algunos niños, producen excitación psicomotriz, efectos anticolinérgicos. **No recomendados.**

- **Antihistamínicos de 2da G:** mayor potencia y acción, no atraviesan barrera hematoencefálica → poco sedantes (cetirizina) y no sedantes (levocetirizina, loratadina, fexofenadina, desloratadina, rupatadina, bilastina).
  - **Cetirizina:** >6 meses de vida. Eficacia en mejoría de síntomas y reducción de marcadores inflamatorios tales como la ICAM-1 (intercellular adhesion molecule 1) y la proteína catiónica del eosinófilo.
  - **Levocetirizina:** enantiómero activo de la cetirizina, >6 meses; perfil de seguridad y eficacia similar a la cetirizina.

- **Fexofenadina:** potente antagonista del receptor H1, selectivo y no sedante, eficaz para el alivio de los síntomas clínicos de RA, logrando mejorar la calidad de vida. Interfiere en el mecanismo inmunoinflamatorio de la RA. >2 años.

  No interactúa con receptores muscarínicos y carece de efectos adversos cardiovasculares.

- **Loratadina:** >2 años. Tanto la loratadina como su metabolito, desloratadina, son toleradas en niños, sin alteraciones en el segmento QT.

- **Antihistamínicos orales combinados con descongestivos orales: Pseudoefedrina;** mejor control de síntomas que por separado.
- Atraviesa la barrera hematoencefálica → ansiedad, inquietud, nerviosismo y taquicardia, además de insomnio, cefalea, boca seca, desasosiego y aumento de la PAS.
- No se recomienda su uso en <4 años.

- **Antileucotrienos:** inhiben permeabilidad capilar y secreción de las glándulas mucosas, por bloqueo de receptores propios→inhibidor competitivo (**montelukast**, zafirlukast, pranlukast) o por inhibición de la enzima 5-lipoxigenasa (zileutón), → formación de leucotrienos.

  Montelukast: De elección después de los corticoides tópicos nasales en niños con RA, en particular con asma asociada. Se recomienda en RA estacional y persistente. Efecto proinflamatorio y profibróticos, intervienen en la rinosinusistis crónica y poliposis nasal y en niños con FQ (6-40%). Se describen trastornos de la conducta y del sueño.

  Dosis: Diaria. 6 m - 5 años: 4 mg (sobres granulados o comp masticables)

  6- 12 años: 5 mg (comprimidos masticables)

  >12 años: 10 mg (comprimidos).

- **Antileucotrienos asociados con antihistamínicos:** dentro del fenómeno inflamatorio alérgico, la cascada inicial generada por activación del IgE conduce no solo a la liberación inicial de histamina, sino también de otros mediadores tan relevantes como los cisteinil-leucotrienos. Es aquí donde la eficacia de la terapia combinada ha mostrado resultados disímiles respecto de las drogas individuales.
- La combinación de antihistamínicos + antileucotrienos podrían resultar de beneficio adicional en RA persistente moderada-severa, tanto en el tratamiento inmediato de síntomas como en tratamiento continuo, pero se requieren evaluaciones en poblaciones pediátricas y no solamente extrapolación de estudios en adultos con dosis ajustadas.
- **NO DEBEN USARSE**

Tabla 3. Antihistamínicos orales en pediatría

Medicamentos	Edad indicada	Dosis pediátrica
Antihistamínicos orales 1.ª generación		
Clorfeniramina	≥ 2 años	0,04 mg/kg/6 h
Difenhidramina	≥ 1 año	5 mg/kg/día (cada 6 h) Dosis máxima 150 mg
Antihistamínicos orales 2.ª generación		
Cetirizina	≥ 6 meses	6 a 23 meses 2,5 mg/día 2 a 6 años: 2,5 mg 2 veces al día 6 a 12 años: 5 mg 2 veces al día Adolescentes mayores de 12 años: 10 mg 1 vez al día
Levocetirizina	≥ 6 meses	6 meses a 5 años: 1,25 mg/24 h 6 a 12 años: 2,5 mg/24 h > 12 años: 5 mg/24 h
Loratadina	≥ 2 años	< 30 kg: 5 mg/24 h > 30 kg: 10 mg/24 h
Desloratadina	≥ 6 meses	6 a 11 meses: 1 mg/24 h 1 a 5 años: 1,25 mg/24 h 6 a 11 años : 2,5 mg/24 h > 12 años: 5 mg/24 h
Fexofenadina	≥ 6 meses	6 meses a 11 años: 30 mg 2 veces por día ≥ 12 años: 120 a 180 mg/24 h

Modificado de Comité Nacional de Alergia, et al.[2]

Corticoides intranasales: de elección en pacientes con rinitis intermitente o persistente moderada/severa.

Los ICs son más efectivos y tienen ventajas respecto a los antihistamínicos orales.

Inhiben el influjo de mastocitos y eosinófilos en la mucosa nasal, disminuyen la concentración de citocinas proinflamatorias como IL-1, IL-2, IL-4 y el factor de necrosis tumoral alfa y reducen la permeabilidad vascular → inhiben las respuestas temprana y tardía de la inflamación alérgica y la fase temprana es evitada si se les utiliza en forma preventiva y disminuyen la síntesis de IgE

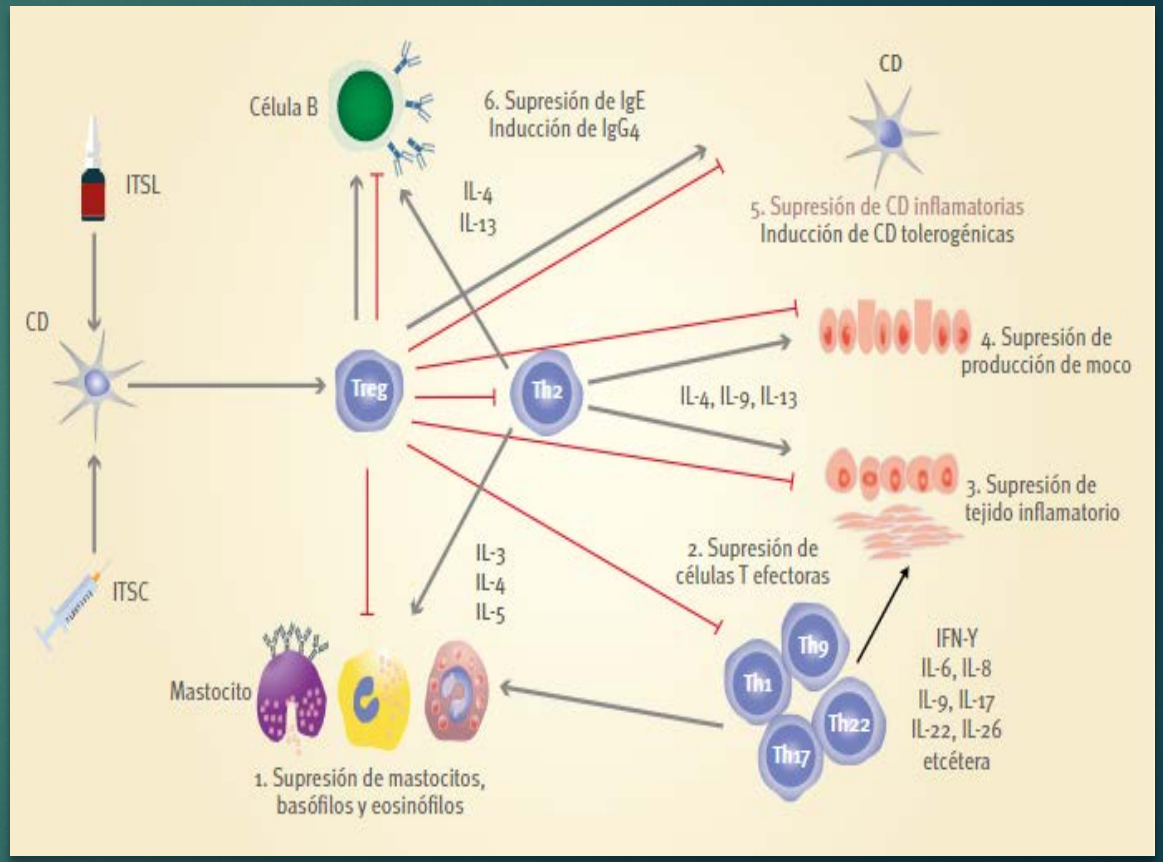
Tipo de corticoide (dosis)	Régimen de administración		Eventos adverso	Otr
	Adultos	Niños		
Mometasona furoato (50 µg/aerosol) acuoso (mayores 2 años)	2 puff/lado/día	2 puff/por lado/día	Cefalea, epistaxis	Tiempo medio 36 horas; BD = 0.1 %
Fluticasona propionato (50 µg/aerosol) (mayores 4 años)	1-2 puff/lado/día	2 puff/por lado/día	Cefalea, epistaxis, odinofagia	BD = 0.5-2 %
Triamcinolona Acetonide (55 µg/aerosol)*	2 puff/lado/día (mayores 2 años)	2-4 puff/por lado/día	Epistaxis, sequedad faríngea	Tiempo de acci 24 segundos; BD 23-46 %
Budesonida (32 µg/aerosol)* (mayores 6 años)	1 puff/lado/día	2 puff/por lado/ dos veces/día	Epistaxis, sequedad faríngea	BD 20 %
Beclometasona Dipropionato (42 µg/aerosol) (mayores 12 años)	1-2 puff/lado/ 2 veces por día	1-2 puff/por lado/ 2 veces/día 1-2 puff/lado/día	Cefalea, estornudos, sequedad de nariz y faringe	BD 44 %
Ciclesonida (50 µg/aerosol) (mayores 6 años)	2 puff/lado/día	2 puff/por lado/día	Cefalea, epistaxis, nasofaringitis	BD < 1 %
Fluticasona furoato (27.5 µg/aerosol)* (mayores 2 años)	1 puff/lado/día	2 puff/por lado/día	Cefalea, epistaxis, odinofagia	BD 0.5 %
Fluticasona (50 µg/aerosol) y azelastina (137 µg/aerosol)	1 puff/lado/ 2 veces/día (mayores 12 años)	2 puff/por lado/dos veces/día	Cefalea, epistaxis, sequedad faríngea	BD 0.2 % (fluticasona)

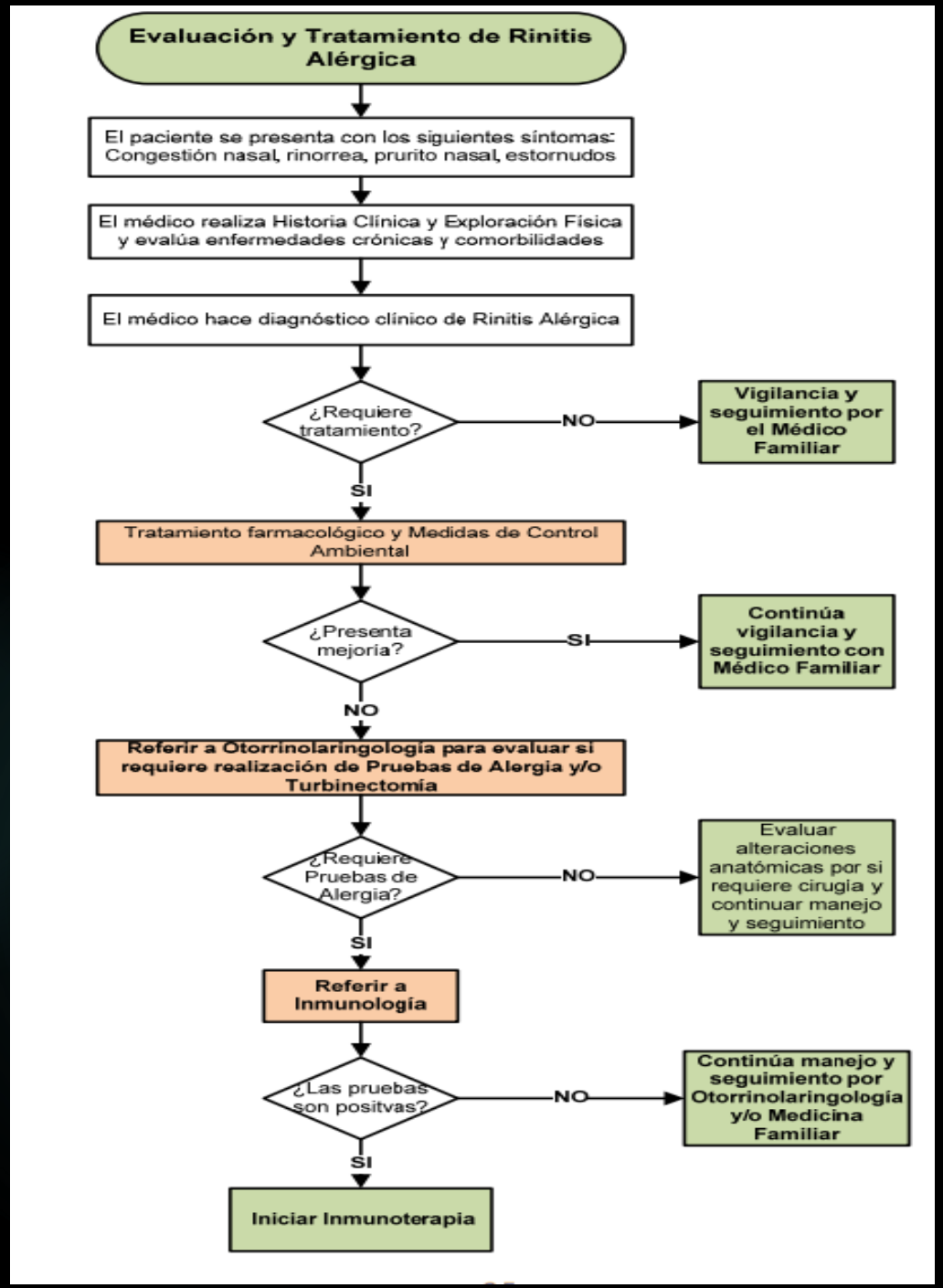
*Aprobados por la Food and Drugs Administration para venta libre Adaptado de Seth et al.

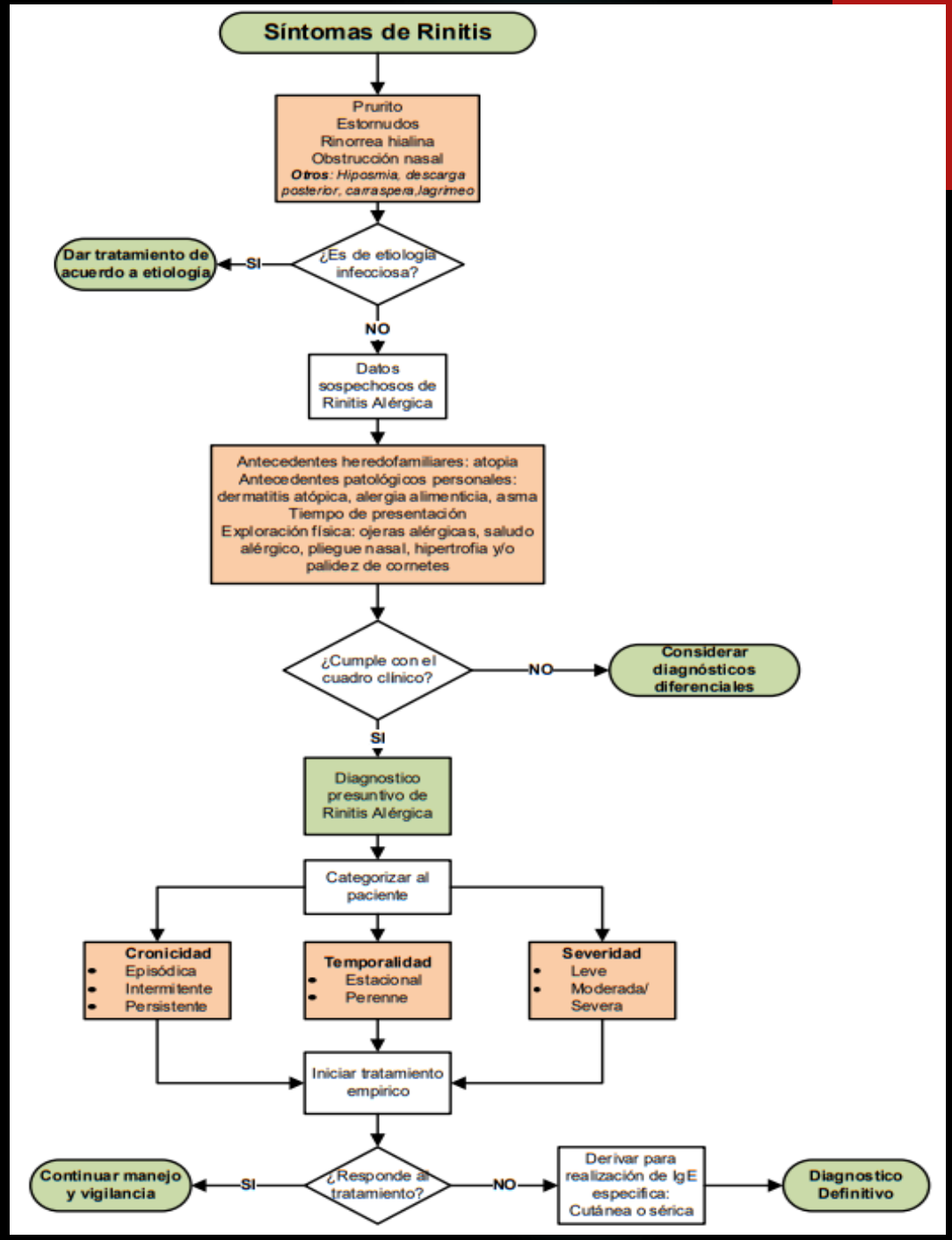
Inmunoterapia específica: (IT) único tratamiento clínicamente eficaz a largo plazo.

Alérgeno captado por células dendríticas regionales→ inducción de células T reguladoras → suprimen la respuesta alérgica directa e indirectamente por los siguientes mecanismos.

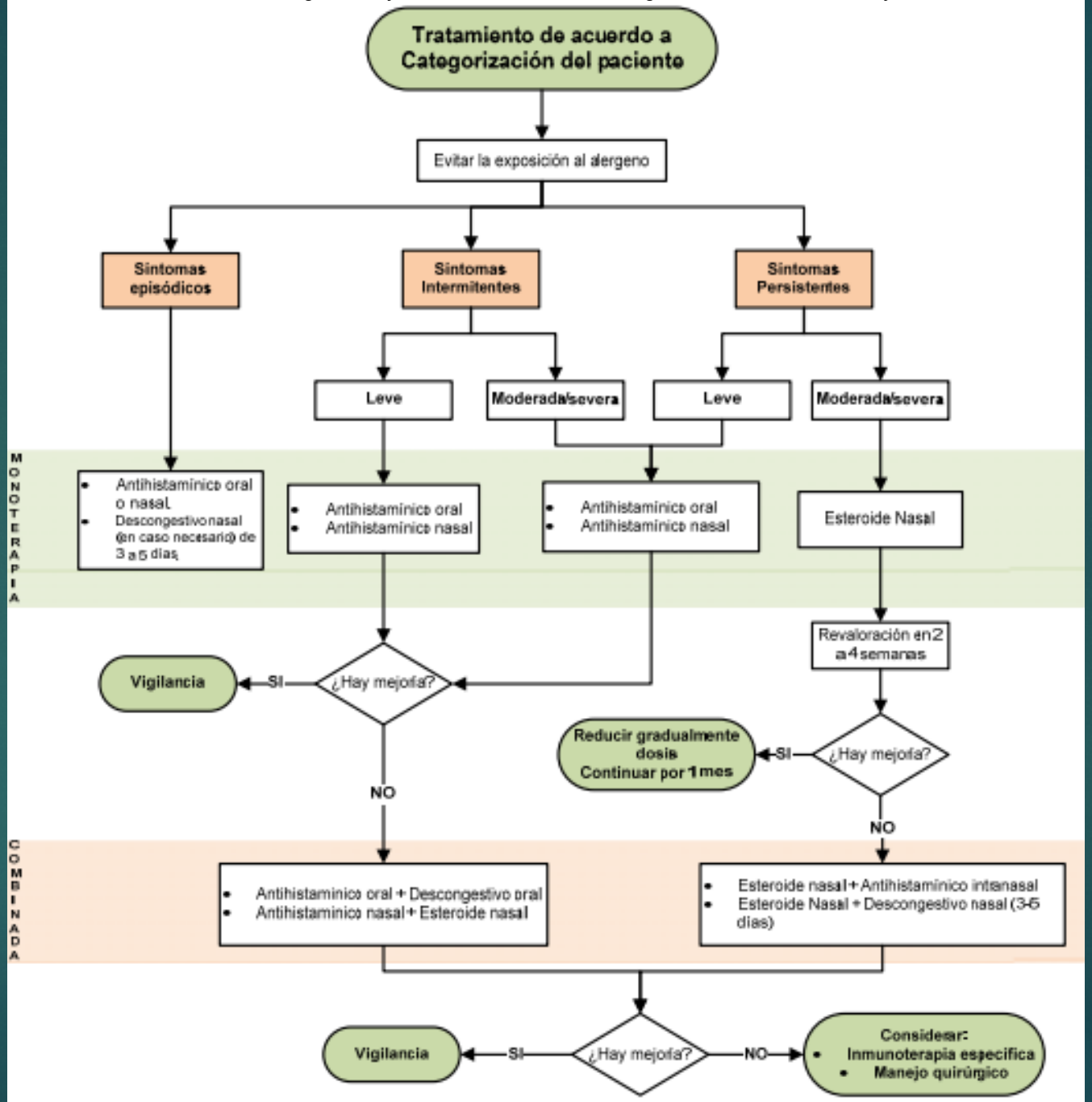
1. Supresión de mastocitos, basófilos y eosinófilos.
2. Supresión de células T efectoras.
3. Supresión de la migración de células inflamatorias a los tejidos y de la inflamación tisular.
4. Supresión de la producción de moco.
5. Supresión de células dendríticas inflamatorias e inducción de células dendríticas tolerogénicas.
6. Supresión de IgE específica para alérgenos e inducción de IgG a partir de las células B.




Evaluación y Tratamiento de Rinitis Alérgica
El paciente se presenta con los siguientes síntomas: Congestión nasal, rinorrea, prurito nasal, estornudos
El médico realiza Historia Clínica y Exploración Física y evalúa enfermedades crónicas y comorbilidades
El médico hace diagnóstico clínico de Rinitis Alérgica
¿Requiere tratamiento?
NO
Vigilancia y seguimiento por el Médico Familiar
SI
Tratamiento farmacológico y Medidas de Control Ambiental
¿Presenta mejoría?
SI
Continúa vigilancia y seguimiento con Médico Familiar
NO
Referir a Otorrinolaringología para evaluar si requiere realización de Pruebas de Alergia y/o Turbinectomía
¿Requiere Pruebas de Alergia?
NO
Evaluar alteraciones anatómicas por si requiere cirugía y continuar manejo y seguimiento
SI
Referir a Inmunología
¿Las pruebas son positvas?
NO
Continúa manejo y seguimiento por Otorrinolaringología y/o Medicina Familiar
SI
Iniciar Inmunoterapia


Síntomas de Rinitis
Prurito
Estornudos
Rinorrea hialina
Obstrucción nasal
Otros: Hiposmia, descarga posterior, carraspera,lagrimeo
¿Es de etiología infecciosa?
SI
Dar tratamiento de acuerdo a etiología
NO
Datos sospechosos de Rinitis Alérgica
Antecedentes heredofamiliares: atopia
Antecedentes patológicos personales: dermatitis atópica, alergia alimenticia, asma
Tiempo de presentación
Exploración física: ojeras alérgicas, saludo alérgico, pliegue nasal, hipertrofia y/o palidez de cornetes
¿Cumple con el cuadro clínico?
NO
Considerar diagnósticos diferenciales
SI
Diagnostico presuntivo de Rinitis Alérgica
Categorizar al paciente
Cronicidad
Episódica
Intermitente
Persistente
Temporalidad
Estacional
Perenne
Severidad
Leve
Moderada/ Severa
Iniciar tratamiento empírico
¿Responde al tratamiento?
SI
Continuar manejo y vigilancia
NO
Derivar para realización de IgE especifica: Cutánea o sérica
Diagnostico Definitivo

Diagnóstico y Tratamiento de Rinitis Alérgica. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, IMSS; 2017.



Conclusión

- La RA es una enfermedad considerada trivial, con posibilidad de ser sobrediagnosticada en los lactantes y subdiagnostica-subtratada en niños mayores, su importancia radica en el diagnóstico precoz y tratamiento adecuado, para ayudar a reducir el gran impacto en la calidad de vida de los pacientes que la padecen, así como tratar de evitar las comorbilidades a las que generalmente se asocia.

Bibliografía

- PHILCO TOAZA, Priscila Elizabeth y PROANO CORTEZ, Paul Filiberto. Factores de riesgo asociados a rinitis alérgica en niños de 3 a 5 años. *Universidad y Sociedad* [online]. 2019, vol.11, n.4, pp.135-140. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202019000400135&lng=es&nrm=iso>. Epub 02-Sep-2019. ISSN 2218-3620.
- Vázquez D, Onetti CI, Parisi CA, Martínez JC, Croce J, Moreno P, García M, Ivancevich JC, Gómez RM. Tratamiento de la rinitis alérgica en pediatría en Argentina. Documento de actualización. Rev Alerg Mex. 2020;67 Supl 1:S1-S28.
- Agüero CA, Sarraquigne MO, Parisi CAS, Mariño AI, et al. Rinitis alérgica en pediatría: recomendaciones para su diagnóstico y tratamiento. Arch Argent Pediatr 2023;121(2):e202202894
- Laura Tenero, Rachele Vaia, Giuliana Ferrante, Matteo Maule, Laura Venditto, Giorgio Piacentini, Gianenrico Senna, Marco Caminati. (2023) Diagnóstico y tratamiento de la rinitis alérgica en niños asmáticos. *Revista de Asma y Alergia* **Volumen 16** , 45-57.
- Wheatley, Lisa M. et al. Allergic Rhinitis. N Engl J Med 2015;372:456-63. DOI: 10.1056/NEJMcp1412282
- D. de Shazo, Richard. Pharmacotherapy of allergic rinitis. Sep 15, 2023.UpToDate. https://www-uptodate-com.sibudp.idm.oclc.org/contents/pharmacotherapy-of-allergic-rhinitis?search=rinitis%20al%C3%A9rgica%20pediatria&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
- Peden,David MD. An overview of rinitis, Jul 20,2023. UpToDate. https://www-uptodate-com.sibudp.idm.oclc.org/contents/an-overview-of-rhinitis?search=rinitis%20al%C3%A9rgica%20pediatria&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=5
- Creticos, Peter S. Subcutaneous immunotherapy (SCIT) for allergic rhinoconjunctivitis and asthma: Indications and efficacy. Dec 02, 2022. https://www-uptodate-com.sibudp.idm.oclc.org/contents/subcutaneous-immunotherapy-scit-for-allergic-rhinoconjunctivitis-and-asthma-indications-and-efficacy?search=rinitis%20al%C3%A9rgica%20pediatria&source=search_result&selectedTitle=7~150&usage_type=default&display_rank=7