



# Grupo de Vías Respiratorias

## El pediatra de Atención Primaria y la rinitis alérgica

Alberto Bercedo Sanz<sup>a</sup>, M.<sup>a</sup> Teresa Guerra Pérez<sup>b</sup>, Maite Callén Bleuca<sup>c</sup>,  
Grupo de Vías Respiratorias (GVR)<sup>d</sup>

Publicado en Internet:  
24-junio-2024

Alberto Bercedo Sanz:  
drbercedo@gmail.com

<sup>a</sup>Pediatra. CS Los Castros. Santander. Cantabria. España • <sup>b</sup>Pediatra. CS Jerez Sur. Jerez de la Frontera. Sevilla. España • <sup>c</sup>Pediatra. San Sebastián. Guipúzcoa. España • <sup>d</sup>Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap).

### Resumen

La rinitis alérgica (RA) es una inflamación de la mucosa nasal después de la exposición a un alérgeno en personas previamente sensibilizadas. Los síntomas característicos incluyen prurito nasal, rinorrea, estornudos y congestión nasal, que pueden acompañarse de síntomasóticos, faríngeos y oculares (rinoconjuntivitis alérgica). La RA tiene un gran impacto sobre la calidad de vida y se considera infradiagnosticada e infratratada. Los ácaros del polvo y los pólenes de gramíneas son los alérgenos más importantes. El diagnóstico se realiza mediante una historia clínica detallada que incluya la exposición a desencadenantes ambientales y el entorno del niño a nivel familiar, escolar, ocio y mascotas. Se aconseja realizar el estudio alergológico para identificar los desencadenantes alérgicos, sobre todo en caso de rinitis persistente. El tratamiento se basa en la identificación y eliminación de los alérgenos específicos cuando es posible, y en el uso de medicamentos de forma escalonada que disminuyan los síntomas. Los corticoides nasales (CN) son parte de la primera línea de tratamiento, siendo su uso ineludible en la RA moderada-grave. Cuando no hay una respuesta adecuada al tratamiento inicial está indicado asociar antihistamínico (AH). Los AH intranasales son más eficaces en la mejoría de la congestión nasal que los AH orales y tienen un comienzo de acción más rápido que los AH orales y CN, y forman parte de la primera línea de tratamiento en la RA estacional y RA intermitente. La inmunoterapia se utilizará en pacientes seleccionados y no respondedores a otros tratamientos.

#### Palabras clave:

- Antihistamínicos
- Corticoides nasales
- Inmunoterapia
- Pruebas de alergia
- Rinitis alérgica

## The primary care pediatrician and allergic rhinitis

### Abstract

Allergic rhinitis (AR) is an inflammation of the nasal mucosa after exposure to an allergen in previously sensitized people. Characteristic symptoms include nasal itching, rhinorrhea, sneezing and nasal congestion, which may be accompanied by otic, pharyngeal and ocular symptoms (allergic rhinoconjunctivitis). AR has a great impact on quality of life and is considered undertreated and underdiagnosed. Dust mites and grass pollens are the most important allergens. The diagnosis is made through a detailed medical history that includes exposure to environmental triggers and the child's environment at the family, school, leisure and pet levels. It is advisable to perform an allergy study to identify allergic triggers, especially in case of persistent rhinitis. Treatment is based on the identification and elimination of specific allergens, when possible, and the use of stepwise medications that reduce symptoms. Nasal corticosteroids (NC) are part of the first line of treatment, their use being unavoidable in moderate-severe AR. When there is no adequate response to the initial treatment, combining antihistamine (AH) is indicated. Intranasal AH are more effective in improving nasal congestion than oral AH and have a faster onset of action than oral AH and NC, and are part of the first line of treatment in seasonal AR and intermittent AR. Immunotherapy will be used in selected patients who do not respond to other treatments.

#### Key words:

- Allergic rhinitis
- Allergy tests
- Antihistamines
- Immunotherapy
- Nasal corticosteroids

Este texto corresponde a una versión abreviada y autorizada del texto original publicado en marzo de 2024 en la web del Grupo de Vías Respiratorias (<https://www.respirar.org/index.php/protocolos>), donde puede accederse al texto completo y a las referencias bibliográficas.

Cómo citar este artículo: Bercedo Sanz A, Guerra Pérez MT, Callén Bleuca M; Grupo de Vías Respiratorias (GVR). El pediatra de Atención Primaria y la rinitis alérgica. Rev Pediatr Aten Primaria. 2024;26:193-7. <https://doi.org/10.60147/5a20abd7>

## INTRODUCCIÓN

La rinitis alérgica (RA) es una inflamación de la mucosa nasal mediada por IgE después de la exposición a un determinado alérgeno en personas previamente sensibilizadas. Los síntomas característicos incluyen prurito nasal, rinorrea, estornudos y congestión nasal, que pueden acompañarse de síntomas óticos, faríngeos y con mucha frecuencia síntomas oculares como conjuntivitis, prurito ocular y lagrimeo (se denomina rinoconjuntivitis alérgica). Según el estudio GAN en España, un 20% y un 8,5% de los niños de 6-7 años y un 35,1% y 17,6% de 13-14 años refieren síntomas de rinitis alérgica y rinoconjuntivitis alérgica, respectivamente, durante el último año.

La RA tiene un gran impacto sobre la calidad de vida, produciendo alteraciones del sueño, problemas de conducta, ansiedad, cefaleas, falta de atención, problemas de aprendizaje, somnolencia diurna y afectando al rendimiento escolar. Así mismo, la respiración oral y la maloclusión dental secundarios son muy frecuentes. Se considera que es frecuentemente infratratada e infradiagnosticada.

Los ácaros del polvo y los pólenes, sobre todo las gramíneas, son los alérgenos más importantes que desencadenan los síntomas de alergia.

La clasificación de RA considera, por un lado, la duración (“intermitente” o “persistente”) y, por otro, la gravedad de los síntomas junto al impacto sobre la calidad de vida (“leve” o “moderada-grave”) (Tabla 1).

La RA junto al asma, la dermatitis atópica y la alergia alimentaria son todas enfermedades comórbidas,

por lo que en presencia de una de ellas se deben investigar las demás.

## DIAGNÓSTICO: ANAMNESIS Y PRUEBAS ALÉRGICAS

La base fundamental del diagnóstico de la RA es una historia clínica detallada basada en los síntomas y los factores de riesgo familiares y personales. La exposición a desencadenantes ambientales es un punto crucial de la historia. Se debe incluir un exhaustivo interrogatorio del entorno del niño, hogar, colegio y segundas residencias (abuelos, cuidadores). Se debe preguntar siempre sobre mascotas, en especial gatos. Además de una exploración física completa, es imprescindible explorar las fosas nasales, macizo facial y conjuntivas, donde podemos comprobar la hipertrofia de los cornetes nasales con la mucosa pálida característica, desviaciones del tabique nasal, papilas y enrojecimiento conjuntivales, aplanamientos faciales, etc.

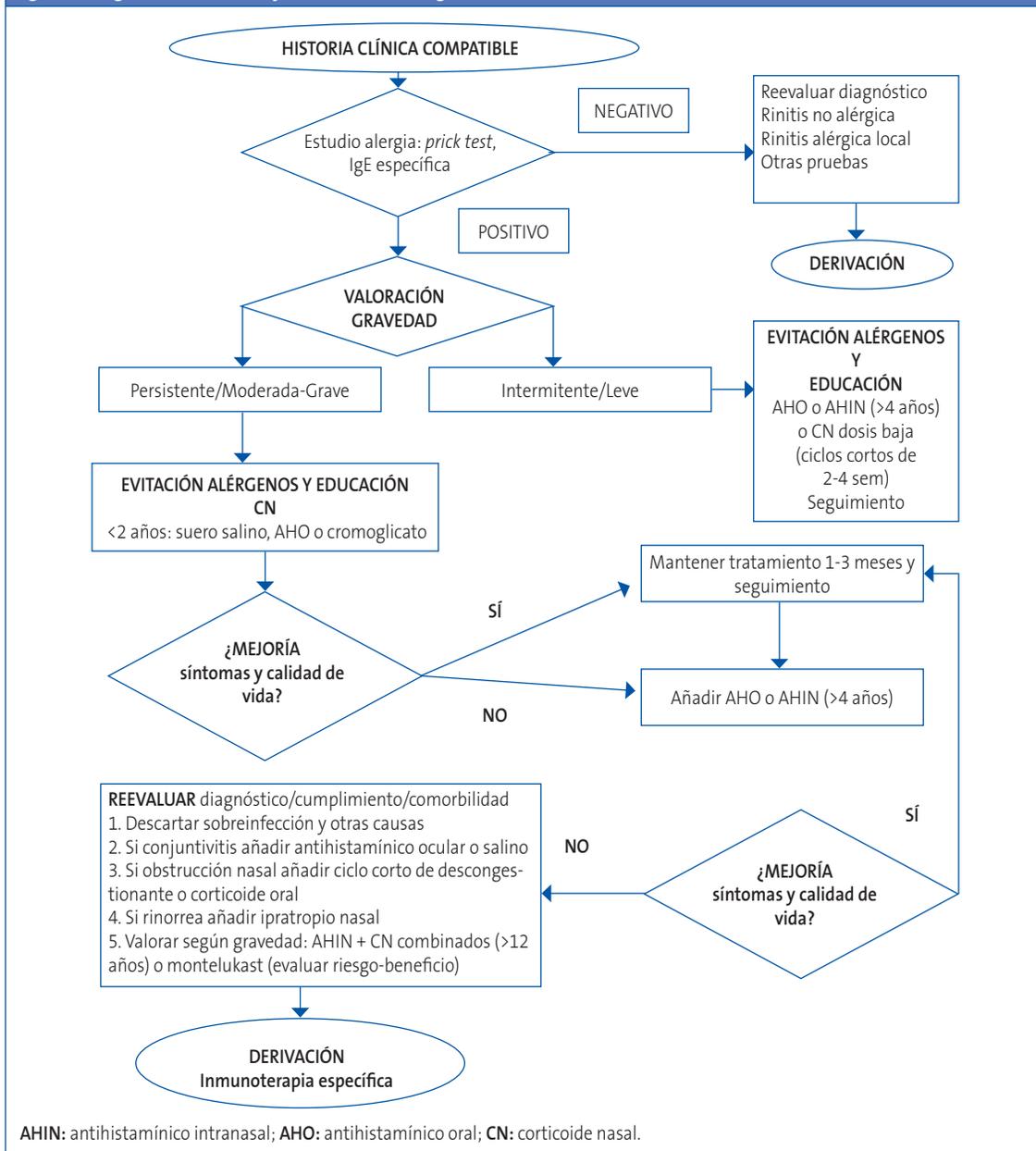
Aunque la historia clínica puede orientar hacia el alérgeno responsable, es recomendable realizar el estudio alérgico mediante *prick test* o técnicas *in vitro* (Phadiatop, IgE específica, ImmunoCap Rapid), al menos en aquellos casos de rinitis persistente y moderada-grave.

Una forma de rinitis crónica en la población pediátrica es la rinitis alérgica local (RAL), que presenta los mismos síntomas de la RA, pero no se evidencia atopía a nivel sistémico (IgE específica en suero o test cutáneos negativos), pudiendo ser una entidad clínica distinta o una fase previa evolutiva de la RA.

**Tabla 1. Clasificación de la rinitis alérgica según duración y gravedad de los síntomas**

Según la duración de los síntomas	Intermitente	• Síntomas <4 días/semana o <4 semanas consecutivas
	Persistente	• Síntomas >4 días/semana y >4 semanas consecutivas
Según la gravedad de los síntomas	Leve	• No interfiere en el sueño • No interfiere en las actividades diarias, deportivas y de ocio • No interfiere en las actividades escolares y laborales • Síntomas presentes pero no molestos
	Moderada-grave (≥1 ítem)	• Interfiere en el sueño • Interfiere en las actividades diarias, deportivas y de ocio • Interfiere en las actividades escolares y laborales • Síntomas presentes y molestos

Figura 1. Algoritmo del manejo de la rinitis alérgica en Atención Primaria



## TRATAMIENTO

Siempre se instruirá al paciente en medidas básicas de control ambiental para minimizar la exposición al alérgeno. El tratamiento farmacológico o inmunoterápico no excluye su cumplimiento.

Los corticoides nasales (CN) son parte de la primera línea de tratamiento para la RA, siendo su uso

necesario e ineludible en la RA moderada-grave (Figura 1). Los CN deben administrarse de forma pautada en ciclos de al menos 2-4 semanas (Tabla 2). Después de cada ciclo se reevaluará, disminuyendo si es posible la dosis para utilizar siempre la dosis mínima eficaz. El tratamiento puede fracasar si previamente no se limpia bien la nariz o si la técnica no es correcta. Cuando no hay una respuesta adecuada al tratamiento inicial está indicado aso-

**Tabla 2. Dosis de corticoides nasales en la rinitis alérgica**

Corticoides	Edad de autorización	Dosis por fosa nasal Niños hasta 12 años	Dosis por fosa nasal Niños mayores 12 años
Fluticasona furoato	6 años <sup>a</sup>	1 aplic./24 h Si no respuesta: 2 aplic./24 h	2 aplic./24 h
Mometasona	6 años <sup>a</sup>	1 aplic./24 h	2 aplic./24 h
Fluticasona propionato	4 años	1 aplic./24 h a 1 aplic./12 h	2 aplic./12-24 h
Budesonida 50/100 µg	6 años	1-2 aplic. 50 µg/12 h o 1-2 aplic. 100 µg/24 h	2 aplic. (200 µg)/24 h
Budesonida 64 µg	6 años	2 aplic./24 h o 1 aplic./12 h	2 aplic./24 h o 1 aplic./12 h
Triamcinolona	6 años <sup>a</sup>	1-2 aplic./24 h	2 aplic./24 h
Beclometasona	18 años <sup>b</sup>		1-2 aplic./12 h

<sup>a</sup>Las fichas técnicas de mometasona, fluticasona (furoato) y triamcinolona no recomiendan su uso por debajo de 6 años. No obstante, están aprobados por la US FDA para uso en niños ≥2 años, por lo que se puede valorar su uso en caso de síntomas graves que no responden a otros tratamientos.

<sup>b</sup>Aprobada por la US FDA para uso en niños ≥6 años.

ciar un antihistamínico (AH) (Tablas 3 y 4). Una vez alcanzado el control se volverá a un solo fármaco. Ante la sospecha de un fracaso terapéutico por la existencia de una rinosinusitis bacteriana asocia-

da que es muy frecuente se comenzará un tratamiento antibiótico empírico.

Es recomendable utilizar los CN de menor biodisponibilidad sistémica: muy baja (mometasona,

**Tabla 3. Dosis de antihistamínicos orales en la rinitis alérgica**

Antihistamínico	Presentación	6 meses-2 años	2-6 años	6-11 años	>12 años
Cetirizina	Comp. 10 mg Jarabe 5 mg/5 ml Gotas 10 mg/ml (1 ml = 20 gotas; 1 gota = 0,5 mg)	2,5 mg/24 h	5 mg/24 h (5 ml) o 2,5 mg/12 h	5 mg/12 h o 10 mg/24 h (10 ml) (pc >30 kg)	10 mg/12-24 h (10 ml)
Levocetirizina	Comp. 5 mg Jarabe 2,5 mg/5 ml Gotas 5 mg/ml (1 ml = 20 gotas; 1 gota = 0,25 mg)		1,25 mg/12-24 h (2,5-5 ml)	2,5-5 mg/24 h (5-10 ml)	5 mg/12-24 h (10 ml)
Loratadina	Comp. 10 mg Jarabe 5 mg/ml		5 mg/24 h	10 mg/24 h (pc >30 kg)	10 mg/12-24 h
Desloratadina	Comp. 5 mg Jarabe 0,5 mg/ml	6-12 m: 1 mg/24 h 12-24 m: 1,25 mg/24 h	1,25 mg/24 h	2,5 mg/24 h	5 mg/12-24 h
Fexofenadina <sup>a</sup>	Comp. 120/180 mg Jarabe 30 mg/5 ml	15 mg/12 h	30 mg/12 h	30 mg/12 h	120 mg/24 h
Ebastina	Comp. 10 y 20 mg Jarabe 5 mg/5 ml		2,5 mg/24 h	5 mg/24 h	10 mg/12-24 h
Rupatadina	Comp. 10 mg Jarabe 1 mg/ml		2,5 mg/24 h (pc: 10-25 kg)	5 mg/24 h (pc >25 kg)	10 mg/24 h
Bilastina <sup>b</sup>	Comp. 20 mg Comp. bucodisper. 10 mg Jarabe 2,5 mg/ml			10 mg/24 h (4 ml/día)	20 mg/24 h

pc: peso corporal.

<sup>a</sup>La presentación en jarabe no está disponible en España y los comprimidos de 180 mg solo están indicados en urticaria crónica idiopática.

<sup>b</sup>Los alimentos reducen significativamente la biodisponibilidad oral de bilastina 20 mg en un 30% y de bilastina 10 mg comprimidos bucodispersables y 2,5 mg/ml solución oral en un 20%. Debe administrarse una hora antes o dos horas después de la ingesta de alimentos o de zumos de frutas.

**Tabla 4. Dosis de otros medicamentos en la rinitis alérgica**

Otros medicamentos	Edad autorización	Niños hasta 12 años	Niños mayores de 12 años y adultos
Cromoglicato • Colirio • Spray nasal	• 4 años • 6 años	• 1-2 gotas por ojo hasta 4-6 veces/24 h • 1 aplic. por fosa nasal 3-4 veces/24 h, hasta 6 en 24 h	
Bromuro de ipratropio • Spray nasal	• 6 años	• 2 aplic. por fosa nasal 2 veces en 24 h	• 2 aplic. por fosa nasal 2-3 veces en 24 h
Azelastina • Colirio • Spray nasal	• 4 años • 6 años	• 1 gota por ojo cada 12 h hasta 4 veces en 24 h • 1 aplic. por fosa nasal dos veces en 24 h	
Levocabastina • Colirio • Spray nasal	• 4 años • 4 años	• 1 gota por ojo cada 12 h hasta 3-4 veces en 24 h • 2 aplic. fosa nasal cada 12 h hasta 3-4 veces en 24 h	
Olopatadina • Colirio	• 3 años	• 1 gota 2 veces en 24 h (intervalo de 8 horas)	
Ketotifeno • Colirio y unidosis	• 3 años	• 1 gota por ojo/12 h	
Montelukast	• 15 años <sup>a</sup>	• 2-5 años: 4 mg/24 h • 6-14 años: 5 mg/24 h	>15 años y adultos: 10 mg/24 h
Azelastina y fluticasona • Spray nasal	• 12 años <sup>b</sup>		• 1 aplic. por fosa nasal cada 12 h
Olopatadina y mometasona • Spray nasal	• 12 años		• 2 aplic. por fosa nasal cada 12 h

<sup>a</sup>Tiene autorización para RA estacional y asma a los 15 años. La guía ARIA no recomienda su uso como tratamiento inicial en la RA debido a su reducida eficacia y eventos neuropsiquiátricos.

<sup>b</sup>La agencia reguladora de alimentos y medicamentos (FDA) americana ha autorizado su uso por encima de los 6 años.

furoato o propionato de fluticasona) o baja (budesonida). En caso de RA persistente moderada-grave con un uso muy frecuente o continuado de CN solamente deben usarse los de muy baja biodisponibilidad.

Los AH intranasales (AHIN) (azelastina, levocabastina, olopatadina) son más eficaces en la mejoría de la congestión nasal que los orales (AHO), tienen un comienzo de acción más rápido que los AHO y CN, y forman parte de la primera línea de tratamiento en la RA estacional y RA intermitente.

Si los síntomas no están controlados con CN y AH en caso de RA moderada-grave en mayores de 12 años, puede utilizarse la combinación intranasal de azelastina y propionato de fluticasona o mometasona y olopatadina, que es más efectiva que en monoterapia.

No se recomienda el uso del montelukast como tratamiento inicial en la RA en niños, adolescentes y adultos debido a su reducida eficacia y las alertas sobre serios eventos neuropsiquiátricos. Otras medicaciones, como cromoglicato y anticolinérgicos, al igual que el montelukast, son mucho menos efi-

caces y coste-eficientes, pero pueden ser coadyuvantes o alternativas en algunos casos.

La derivación a atención hospitalaria se realizará en los casos no controlados (se debería reevaluar el diagnóstico), cuando se considere la indicación de inmunoterapia específica o con organicidad o comorbilidad asociada (otitis medias de repetición, poliposis nasal, desviación tabique nasal, hipertrofia adenoidea, síndrome de alergia oral o alergia alimentaria asociada...).

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

## RESPONSABILIDAD DE LOS AUTORES

Todos los autores han contribuido de forma equivalente en la elaboración del manuscrito publicado.

## ABREVIATURAS

**AH:** antihistamínico • **AHIN:** antihistamínico intranasal • **AHO:** antihistamínico oral • **CN:** corticoide nasal • **RA:** rinitis alérgica • **RAL:** rinitis alérgica local.