

## International Consensus statement on Allergy and Rhinology: Allergic Rhinitis - Executive Summary

Consenso internacional de alergia y rinología:  
rinitis alérgica - Resumen Ejecutivo

**Sarah K. Wise, MD, MSCR<sup>1</sup>, Sandra Y. Lin, MD<sup>2</sup> and Elina Toskala, MD, PhD, MBA<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Department of Otolaryngology, Head and Neck Surgery, Emory University, Atlanta, GA, EEUU.

<sup>2</sup> Department of Otolaryngology, Head and Neck Surgery, Johns Hopkins University, Baltimore, MD, EEUU.

<sup>3</sup> Department of Otolaryngology, Head and Neck Surgery, Temple University, Philadelphia, PA, EEUU.

*Wise SK, Lin SY, Toskala E. International consensus statement on allergy and rhinology: allergic rhinitis-executive summary. Int Forum Allergy Rhinol 2018;8(2):85-107. doi: 10.1002/alr.22070. PubMed PMID: 29438600.*

**Comentario:** Carmen Rondón Segovia  
Unidad de Gestión Clínica de Alergología  
Hospital Regional Universitario de Málaga  
**E-mail:** carmenrs61@gmail.com

## INTRODUCCIÓN

El gran número de publicaciones sobre rinitis alérgica (RA), dificulta su análisis, comprensión y traslación a la práctica. El documento ICAR: AR (Documento de consenso internacional de alergia y rinología: rinitis alérgica) hace una revisión crítica de las fortalezas y debilidades de las publicaciones sobre RA, e identifica oportunidades de investigación.

## METODOLOGÍA

El resumen del ICAR: AR elaborado por 71 expertos y un panel de editores cuenta con 103 temas sobre fisiopatología, epidemiología, factores de riesgo, diagnóstico, manejo y enfermedades asociadas a RA desarrollados mediante un proceso de búsqueda sistemática, clasificación de evidencia, revisión anónima de cada sección, consenso y revisión de los editores. La clasificación del nivel de evidencia científica de los estudios, y los niveles de recomendación basados en la mejor evidencia, y la relación entre beneficio, daño y coste se muestran en las Tablas I y II.

## FISIOPATOLOGÍA

El principal mecanismo fisiopatológico de la RA es la inflamación nasal mediada por IgE, acompañada generalmente de reactividad en las pruebas cutáneas e inflamación bronquial

(vía respiratoria única). Sin embargo, en la rinitis alérgica local (RAL), un nuevo fenotipo producido por una inflamación alérgica localizada nasal con producción local de IgE específica (slgE), las pruebas alérgicas sistémicas son negativas.

## FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo de RA (genética, contaminación, nivel socioeconómico, o exposición alérgica intrauterina), poseen un nivel de evidencia débil (nivel C).

## CALIDAD DE VIDA

La RA produce un importante deterioro de la calidad de vida (CdV), general y específica, y de la calidad del sueño del paciente (nivel B).

## DIAGNÓSTICO

Los cuestionarios validados (nivel A, Recomendación Fuerte), pruebas cutáneas intraepidérmicas, slgE sérica (nivel B, Recomendación), e historia clínica y examen físico (nivel D, falta de estudios rigurosos) son los métodos diagnósticos mejor valorados. Como Opción diagnóstica incluye: pruebas intradérmicas, test de activación de basófilos (nivel B), IgE total en suero, e slgE nasal (sospecha de RAL) con nivel C. No emiten

recomendación en la práctica clínica para la provocación nasal con alérgeno (PNA), diagnóstico de RA ocupacional y RAL (nivel C), la histología nasal (nivel B), la citología nasal (nivel C), y la endoscopia nasal útil para descartar otras patologías (nivel D).

## TRATAMIENTO

1. *Evitación alérgica*. Valoración: opción terapéutica, nivel B.
2. *Tratamiento farmacológico (Tabla III)*. Fármacos de 1<sup>a</sup> elección: suero salino, corticoides intranasales (CIN), antihistamínicos (anti-H<sub>1</sub>) no sedativos de 2<sup>a</sup> generación orales, y combinación de CIN y anti-H<sub>1</sub> intranasal (Recomendación Fuerte y nivel A). Los anti-H<sub>1</sub> intranasales, pueden ser de 1<sup>a</sup> y de 2<sup>a</sup> elección (Recomendación, nivel A). El omalizumab induce una reducción importante de síntomas, medicación de rescate y mejoría de la CdV comparado con placebo (nivel A). Sin embargo, no está indicado en la RA aislada, excepto en pacientes con asma asociado, o con alergia a múltiples alérgenos y riesgo de anafilaxia durante la inmunoterapia (IT).
3. *Tratamiento quirúrgico*. La reducción de cornetes con o sin septoplastia puede ser una opción terapéutica en pacientes con RA y alteraciones anatómicas causantes de obstrucción nasal en los que haya fallado el tratamiento médico.

#### 4. *Inmunoterapia con alérgenos*

La IT subcutánea (SCIT) y sublingual (SLIT) son Recomendación Fuerte con nivel de evidencia A en la RA que no mejora con tratamiento sintomático, o susceptible de beneficiarse del efecto modificador de la IT. La SLIT se recomienda en función de los alérgenos como: Recomendación fuerte (tabletas de gramíneas, ambrosia y ácaros, y soluciones acuosa de polen de árboles), Recomendación (SLIT de *Alternaria*, y SLIT dual en pacientes bi-alérgicos) y Opción (para epitelios).

La IT intralinfática (ILT) con una menor duración del tratamiento, dosis de alérgeno, gasto económico y riesgo de efectos adversos que la SCIT, es una Opción terapéutica. Son necesarios más estudios para aumentar su nivel de recomendación.

La IT trasn/epicutánea tiene Recomendación en contra en práctica clínica (nivel B) debido al limitado número de estudios, variabilidad de los resultados obtenidos, y reacciones adversas.

5. *Terapia combinada Omalizumab-SCIT*. Puede usarse omalizumab como premedicación en pautas agrupadas y rápidas de I.

## ENFERMEDADES ASOCIADAS

La asociación de RA con alergia alimentaria y síndrome polen-alimentos, y con alteraciones del sueño y síndrome de apnea del sueño poseen nivel B. Mientras que la asociación a asma y conjuntivitis tiene nivel C, y a rinosinusitis nivel C o D.

## COMENTARIO FINAL

Muchos de los conocimientos sobre RA y las decisiones que tomamos en la práctica clínica se basan en estudios con nivel de evidencia bajo (nivel C o D), bien por el limitado número de estudios, o por estar basados en estudios antiguos o de bajo nivel científico. La velocidad de la producción científica hace necesaria revisiones críticas que nos den las claves necesarias para interpretar los resultados de los estudios y revisar las fuentes de conocimiento utilizadas en las guías y revisiones sistemáticas.

**Tabla I. Nivel de evidencia**

Nivel	Calidad del estudio
<b>A</b>	Ensayos clínicos aleatorizados y controlados con placebo (ECACP)
<b>B</b>	ECACP con mínimas limitaciones
<b>C</b>	Estudios observacionales (caso-control, y estudio de cohortes)
<b>D</b>	Opiniones de expertos, caso clínico, o razonamientos teóricos

**Tabla II. Estrategia de recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría**

Calidad de la evidencia	Predominio del beneficio	Equilibrio beneficio-daño	Predominio del daño
<b>A</b>	Recomendación Fuerte	Opcional	Recomendación Fuerte en Contra
<b>B</b>			
<b>C</b>	Recomendación	No recomendado	Recomendación en Contra
<b>D</b>	Opcional		

**Tabla III. Tratamiento farmacológico**

Medicación	Nivel de evidencia	Nivel de Recomendación
Suero salino	A	Recomendación Fuerte
CIN		
Anti-H <sub>1</sub> 2ª generación no sedativos		
Combinación CIN-Anti-H <sub>1</sub> intranasal		
Anti-H <sub>1</sub> intranasal	A	Recomendación
Cromoglicato intranasal	A	Opción
Probióticos		
Combinación antiH1-descongestivo oral		
Combinación anti-H <sub>1</sub> -ARLT oral		
Decongestivo oral (pseudoefedrina)	B	Opción
Decongestivo intranasal		
Anticolinérgico intranasal		
Combinación antiH1 oral-CIN		
Acupuntura		
ARLT sin combinación	A	Recomendación en Contra
Corticoides sistémicos	B	Recomendación en Contra
Fenilefrina		
Anti-H <sub>2</sub> oral	B	No recomendación
Miel	B	
Terapias herbales	-	No recomendación
Omalizumab	A	No indicación en ficha técnica

*CIN: corticoides intranasales; anti-H<sub>1</sub>: anti-histamínicos H<sub>1</sub>; anti-H<sub>2</sub>: anti-histamínicos H<sub>2</sub>; ARLT: antagonistas de los receptores de los leucotrienos.*



## BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Wise SK, Lin SY, Toskala E, et al. International Consensus Statement on Allergy and Rhinology: Allergic Rhinitis. *Int Forum Allergy Rhinol* 2018;8:108-352.
2. Orlandi RR, Kingdom TT, Hwang PH, et al. International Consensus Statement on Allergy and Rhinology: Rhinosinusitis. *Int Forum Allergy Rhinol* 2016;6(Suppl 1):S22-S209.
3. Rudmik L, Smith TL. Development of an evidencebased review with recommendations using an online iterative process. *Int Forum Allergy Rhinol* 2011;1:431-437.
4. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and metaanalyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *PLoS Med* 2009;6:e1000100.
5. American Academy of Pediatrics Steering Committee on Quality, Improvement, Management. Classifying recommendations for clinical practice guidelines. *Pediatrics* 2004;114:874-877.
6. Bousquet J, Van Cauwenberge P, Khaltaev N, ARIA Workshop Group, World Health Organization. Allergic rhinitis and its impact on asthma. *J Allergy Clin Immunol* 2001;108(Suppl):S147-S334.