



SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA
Dirección de Congresos y Eventos
Comité Nacional de Alergia
Grupo de Trabajo de Inmunología



Por un niño sano
en un mundo mejor

3° Jornadas Nacionales Conjuntas de Alergia e Inmunología en Pediatría

Mesa Redonda

Imunoalergia de la vía aérea superior

FENOTIPOS DE RINITIS y SUS IMPLICANCIAS TERAPEUTICAS



ALEJANDRO LOZANO

Médico Pediatra Especialista en Alergia e Inmunología

Profesor Titular de Inmunología.

Facultad de Medicina. Universidad Católica de Córdoba

Jefe de Servicio de Alergia e Inmunología

Clínica Universitaria REINA FABIOLA. Universidad Católica de Córdoba

Sábado 23 de Abril de 2016.
Salón Mayor / Hotel de La Cañadal
Córdoba - Argentina

What is disease management?

Disease Management Association of America. (DMAA. www.dmaa.org)

- **Identificación de la población**
- **Guías prácticas basadas en la evidencia**
- Interacción entre la práctica médica y el financiador de los servicios de salud
- Educación del paciente para la auto ayuda (Incluye la prevención primaria y programas para la modificación de la conducta y el cumplimiento / vigilancia)
- Evaluación y medición de los resultados en el manejo de la enfermedad
- Informes rutinarios y retroalimentación de la información (paciente – médicos – planes de salud - financiadores)

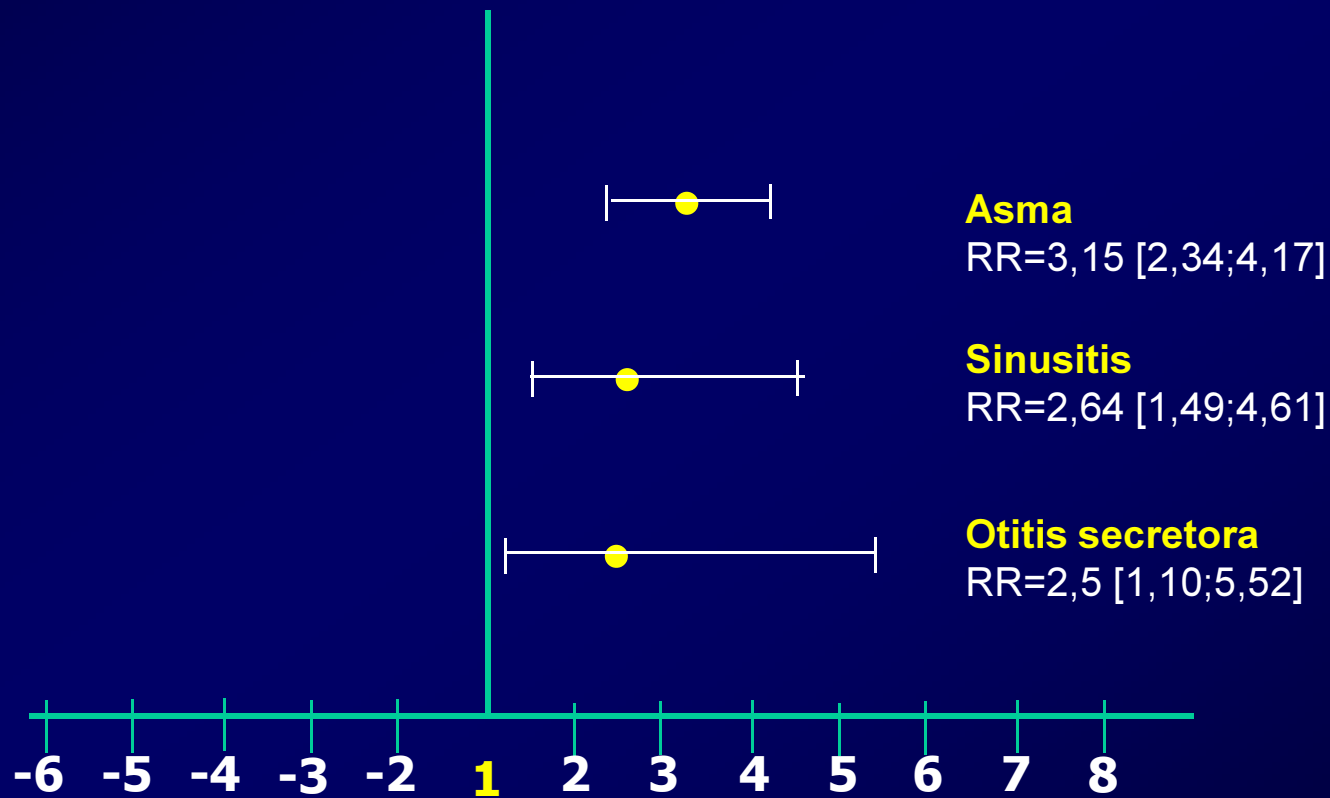
The management of the allergic child at school: EAACI/ GA2LEN Task Force on the allergic child at school

Allergy affects at least **one-quarter** of European **schoolchildren**, it **reduces quality of life and may impair school performance**; there is a risk of severe reactions and, in rare cases, death.

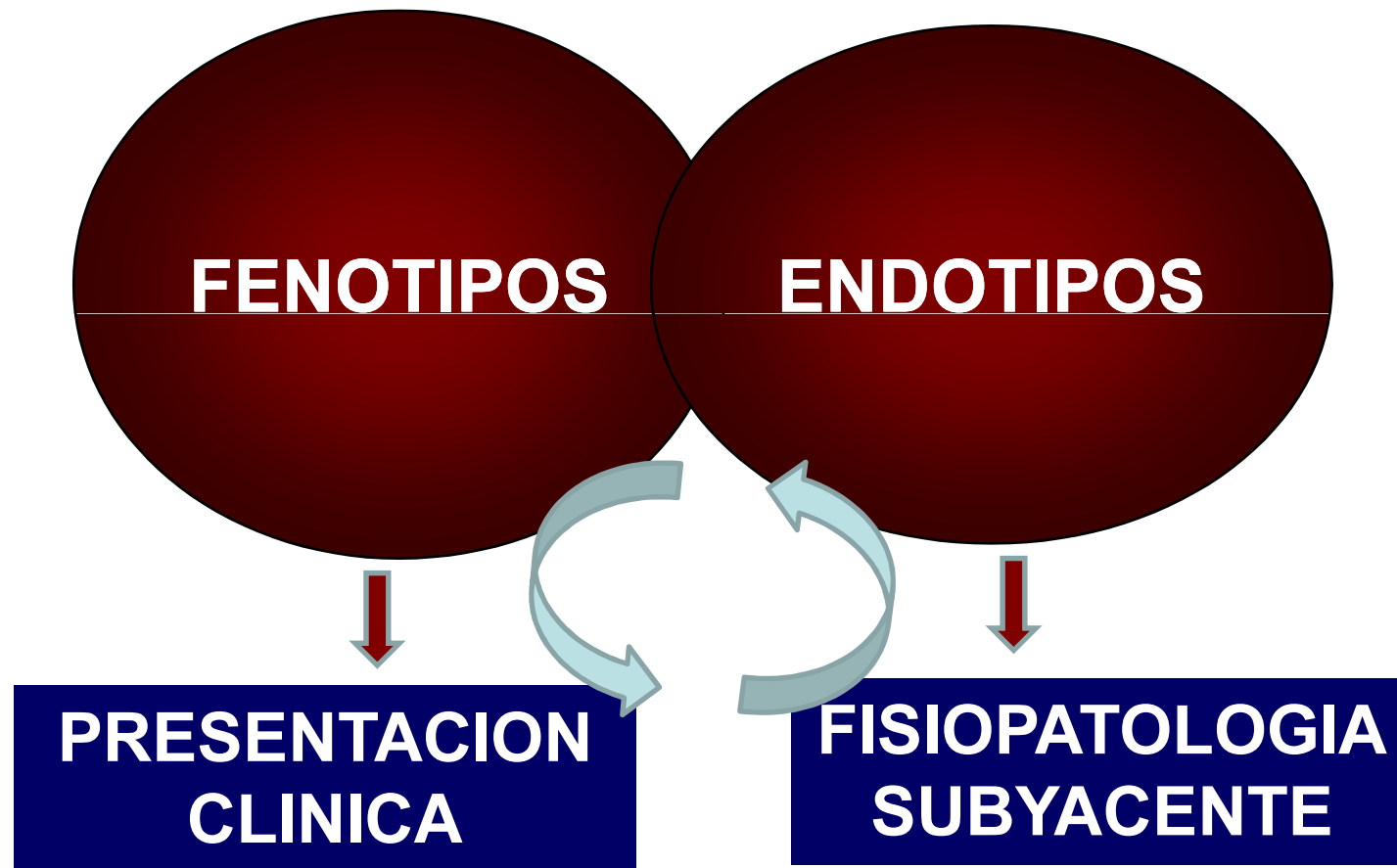
Allergy is a multi-system disorder, and children often have several co-existing diseases, i.e. allergic rhinitis, asthma, eczema and food allergy

Rinitis alérgica y asociaciones comórbidas

Determinación del Riesgo Relativo



Rinitis Alérgica en Pediatría



Papadopoulos NG, Berstein JA, Demoly P, Dykewicz M et al Phenotypes and endotypes of rhinitis and their impact on management: a PRACTALL report. Allergy 2015; 70: 474–494.

RINITIS

Fenotipos	Endotipos
Infecciosa	Viral
	Bacteriana
	Micótica (Invasiva – No invasiva)
Rinosinusitis Crónica (síntomas >12 semanas)	Defecto primario del epitelio
	Con Autoinmunidad
Alérgica	De acuerdo al nivel de sensibilidad
	Comorbilidad Asociada
	Con HRB por MTC o IE
	Alérgica local
No alérgica (NAR)	Idiopática (vasomotora)
	Hormonal
	Gustativa
	Inducida por droga
	Senil
	Atrófica
	Ocupacional

Definición

- *Rinitis Alérgica:*

**Inflamación de la mucosa nasal
caracterizada por períodos sintomáticos
de prurito, secreción serosa, estornudos y
bloqueo nasal.**

**Hipersensibilidad
de Tipo I
(IgE dependiente)**

Rinitis Alérgica: Pruebas Cutáneas

Gráfico 3. Prick Test: PP1

PRICKTEST

PP1

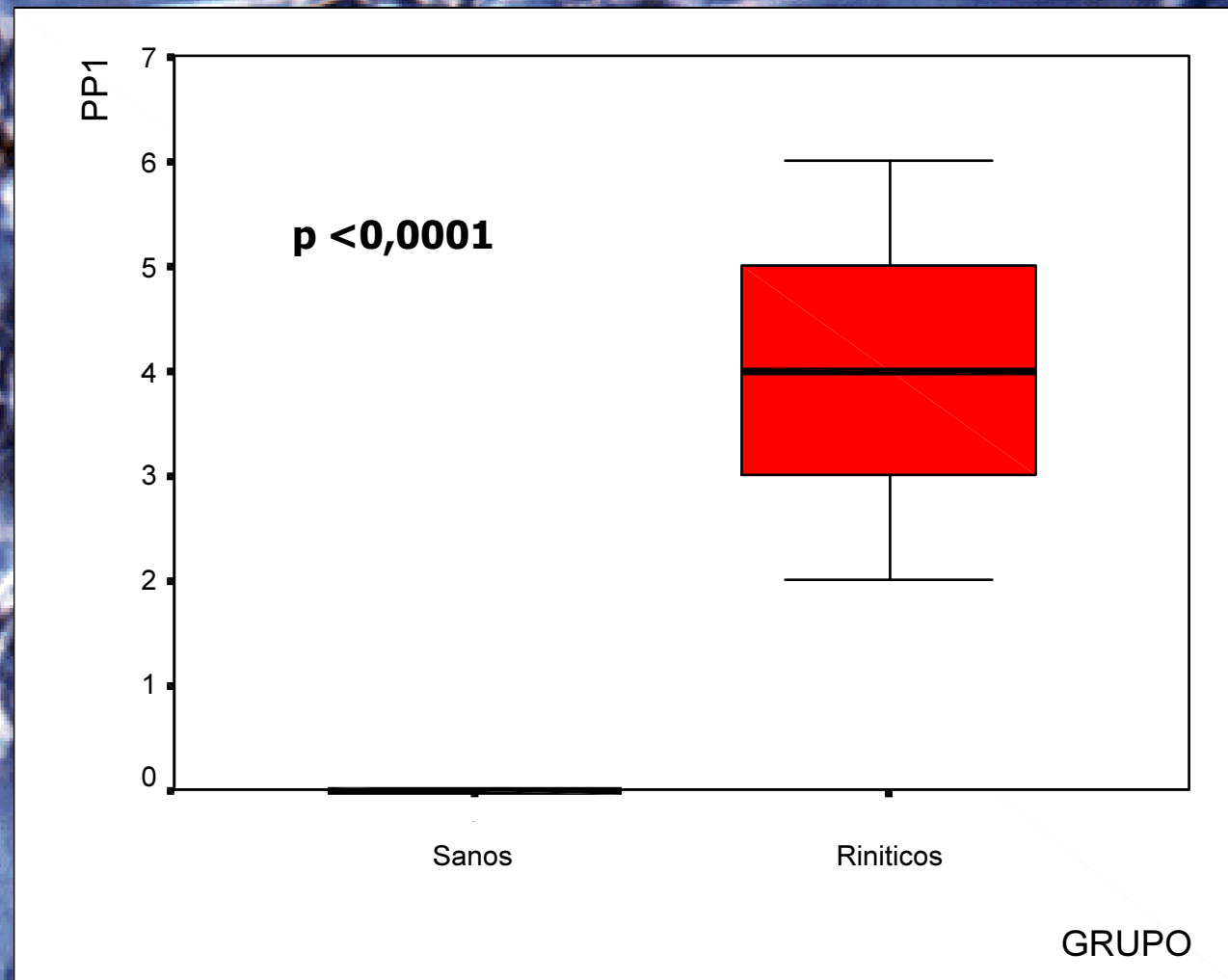
(n° Ag +)

Sanos

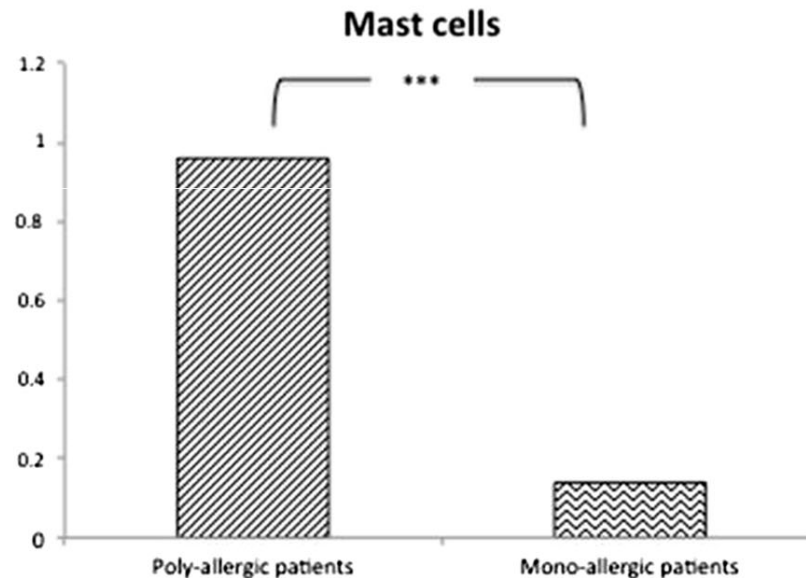
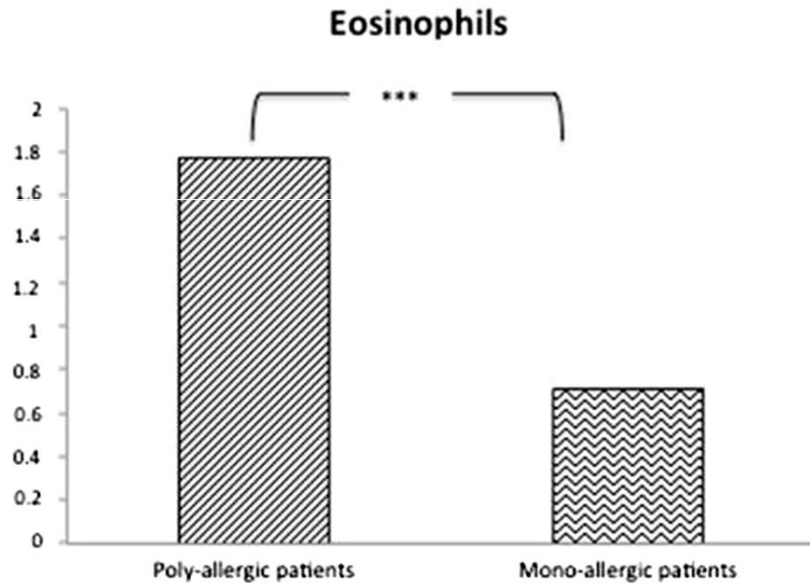
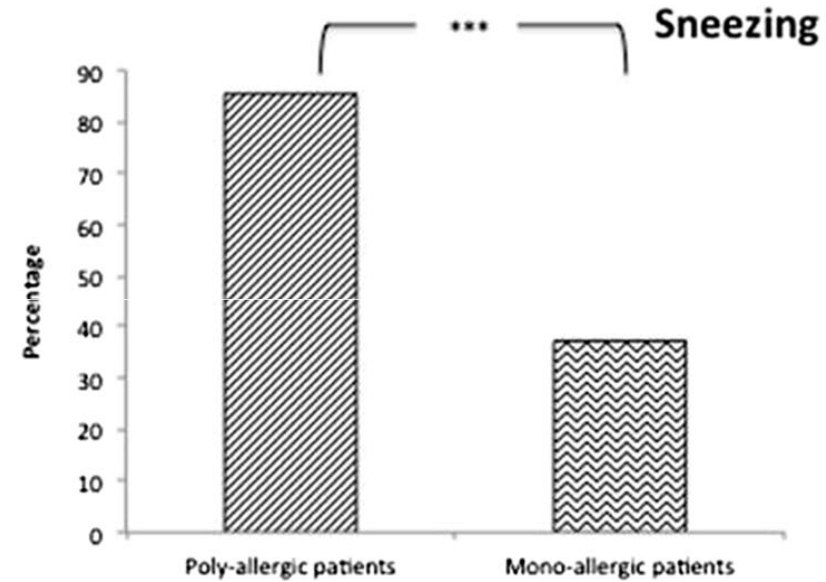
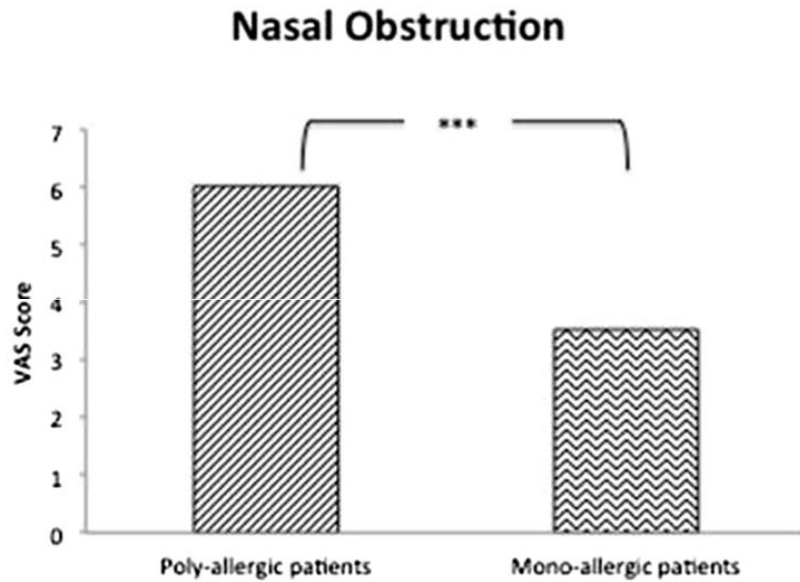
\bar{X}_0

Con Rinitis

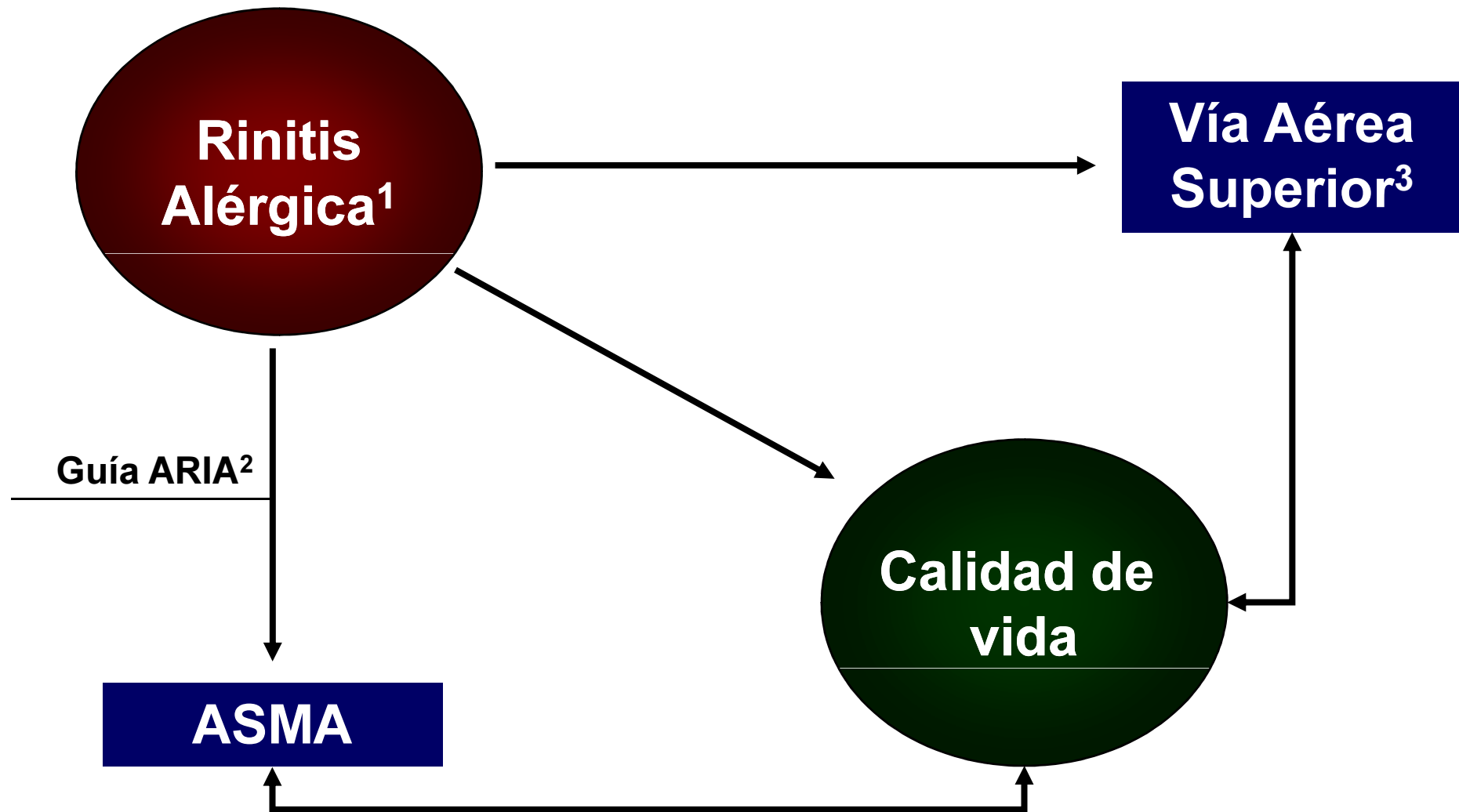
$\bar{X} 3,88(\pm 0,34)$



Rinitis: mono o polisensibilizada



Rinitis Alérgica en Pediatría



1. Lozano A, Croce VH, Saranz RJ, Mindel E, Bustos GJ, Neffen H y otros. Consenso Nacional de Rinitis Alérgica en Pediatría. Arch Arg Pediatr 2009, 107 (1): 67 - 81
2. Brozek JL, Bousquet J, and al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines:2010 Revision. J Allergy Clin Immunol 2010;126:466-76
3. Hellings PW, FokkensWJ. Allergic rhinitis and its impact on otorhinolaryngology. Allergy 2006: 61: 656–664

MOTIVO DE CONSULTA: RINITIS CRONICA

VARIABLE	Rinitis Alérgica	Rinitis No Alérgica	TOTAL	
n (%)	162 (69,23)	72 (30,77)	234	
Edad (años) (Media +/-DS)	11,21 +/-3	9,89 +/-3,1	10,83 +/-3,15	
Masc/Fem (n)	91/71	32/40	123/111	
% EoSn (Media +/-DS)	9,25 +/-13,28	4,01 +/-6,92	7,64 +/-12,47	p=0,0014
% NeSn (Media +/-DS)	32,39 +/-39,92	35,76 +/-27,14	33,43 +/-24,95	p=0,4432

Lozano NA, Saranz RJ, Lozano A, Ianiero I y col. Citología nasal en niños con rinitis crónica alérgica y no alérgica. (Datos no publicados) Mayo 2015

Estudios epidemiológicos: ¿Coexistencia o causa efecto?

- Rinitis Alérgica sin evidencia clínica de Asma:

HIPERREACTIVIDAD BRONQUIAL INESPECIFICA

- Prevalencia muy variada de acuerdo a los estudios:
 - Townley et al: 73% (histamina)
 - Saranz y col: 57% (metacolina)

Gráfico 9. Curva de Presión

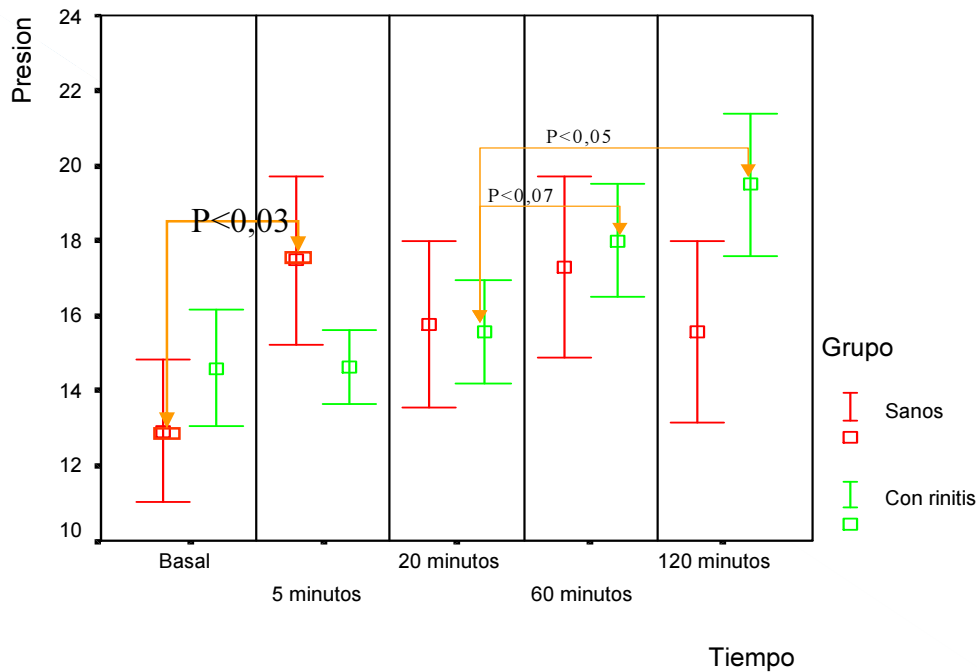


Gráfico 10. Curva de Flujo

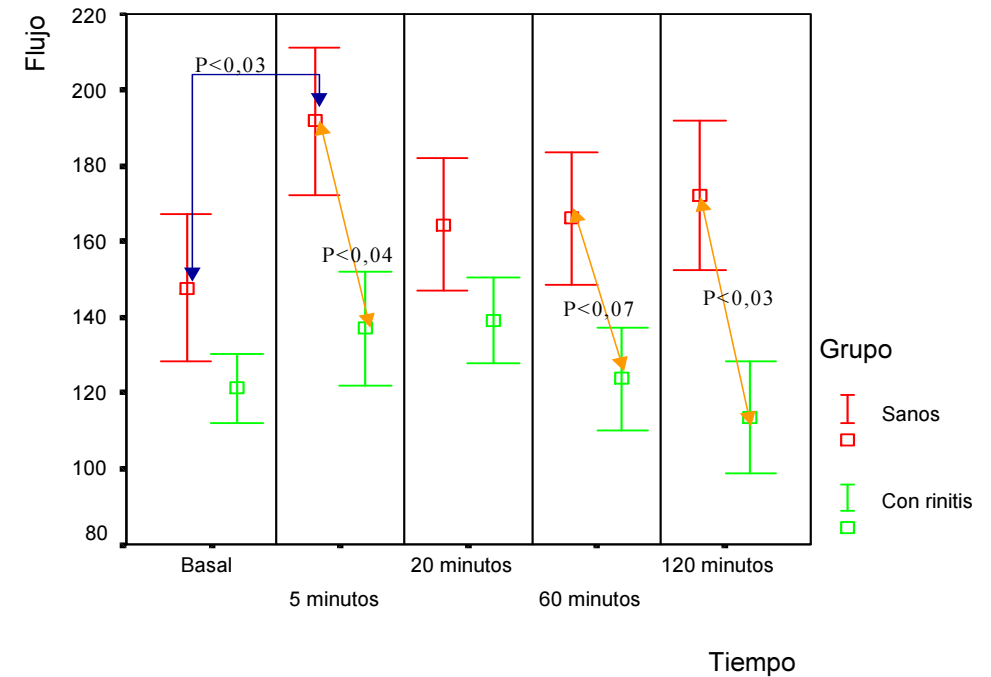


Gráfico 11. Curva de Resistencia

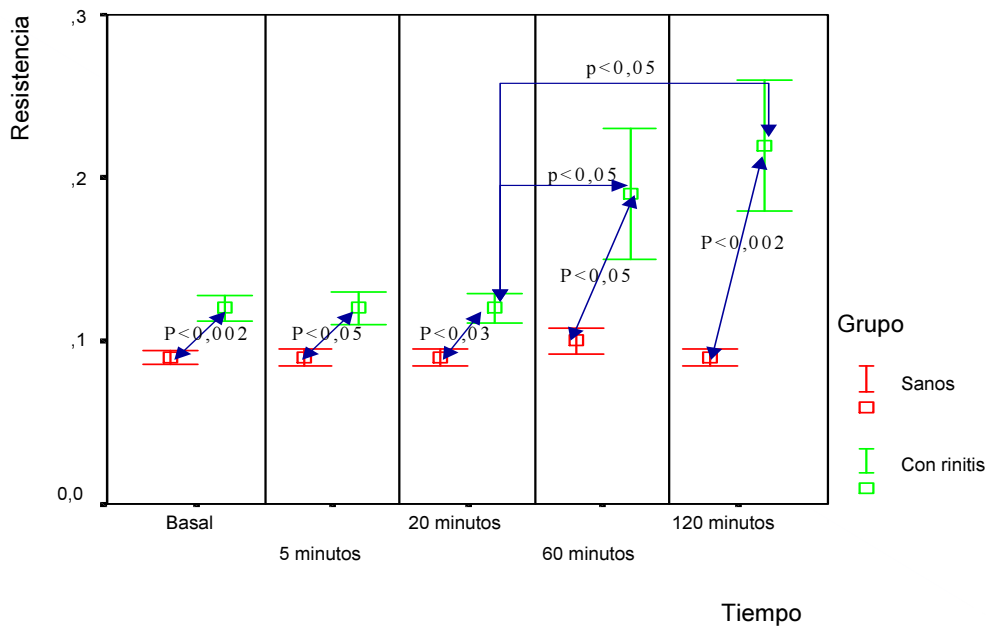
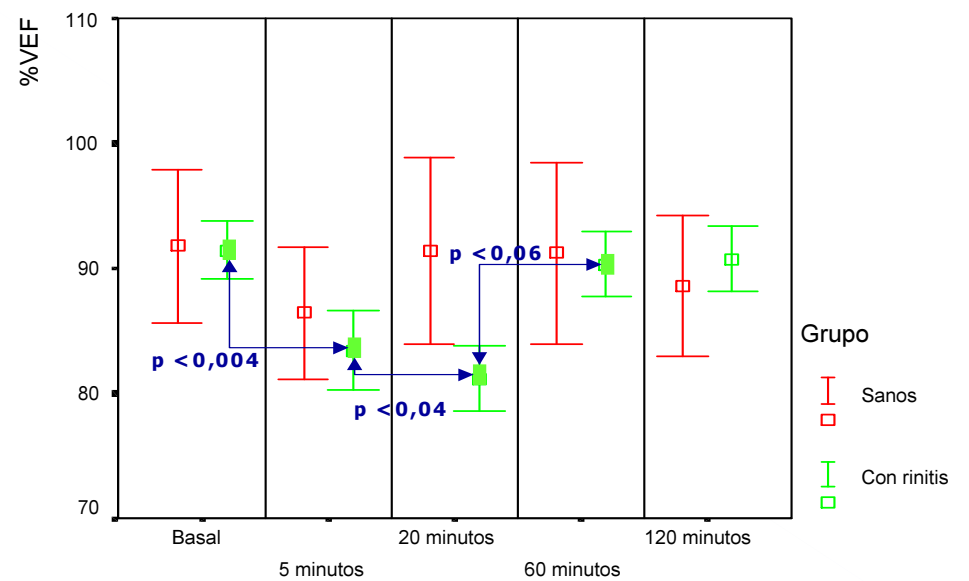
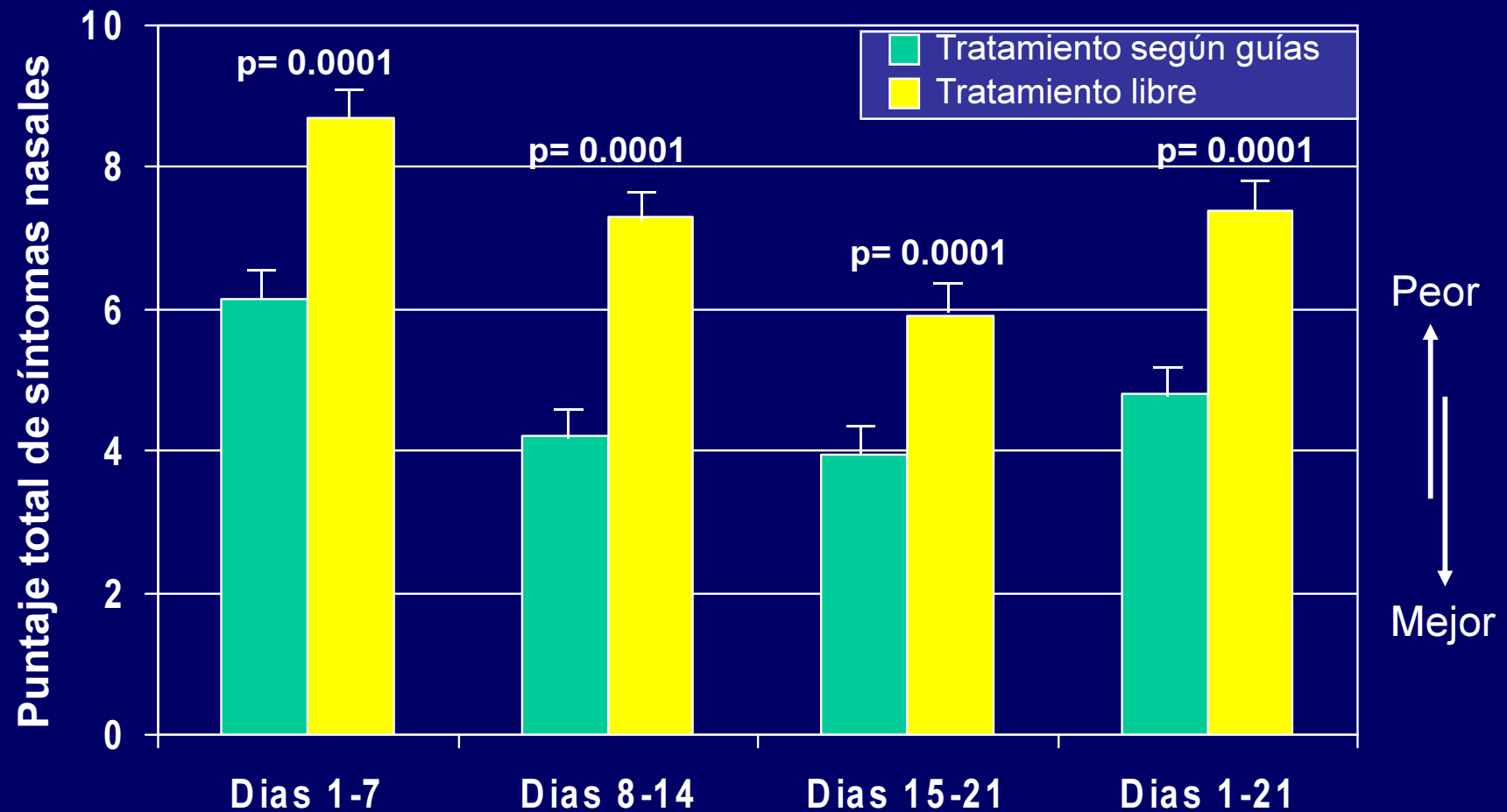


Gráfico 12. Curva de VEF1



Impacto de la Implementación de Guías Clínicas para el Tratamiento de la Rinitis Alérgica

Un Ensayo Randomizado con Control



Tratamiento de la Rinitis Alérgica

FARMACOLOGICOS

- **Corticoesteroides intranasales (CIN)**
- **Antihistamínicos orales e intranasales**
- **Descongestivos**
 - **Intranasales**
 - **Sistémicos**
- **Combinaciones de descongestivos y antihistamínicos**
- **Antileucotrienos**

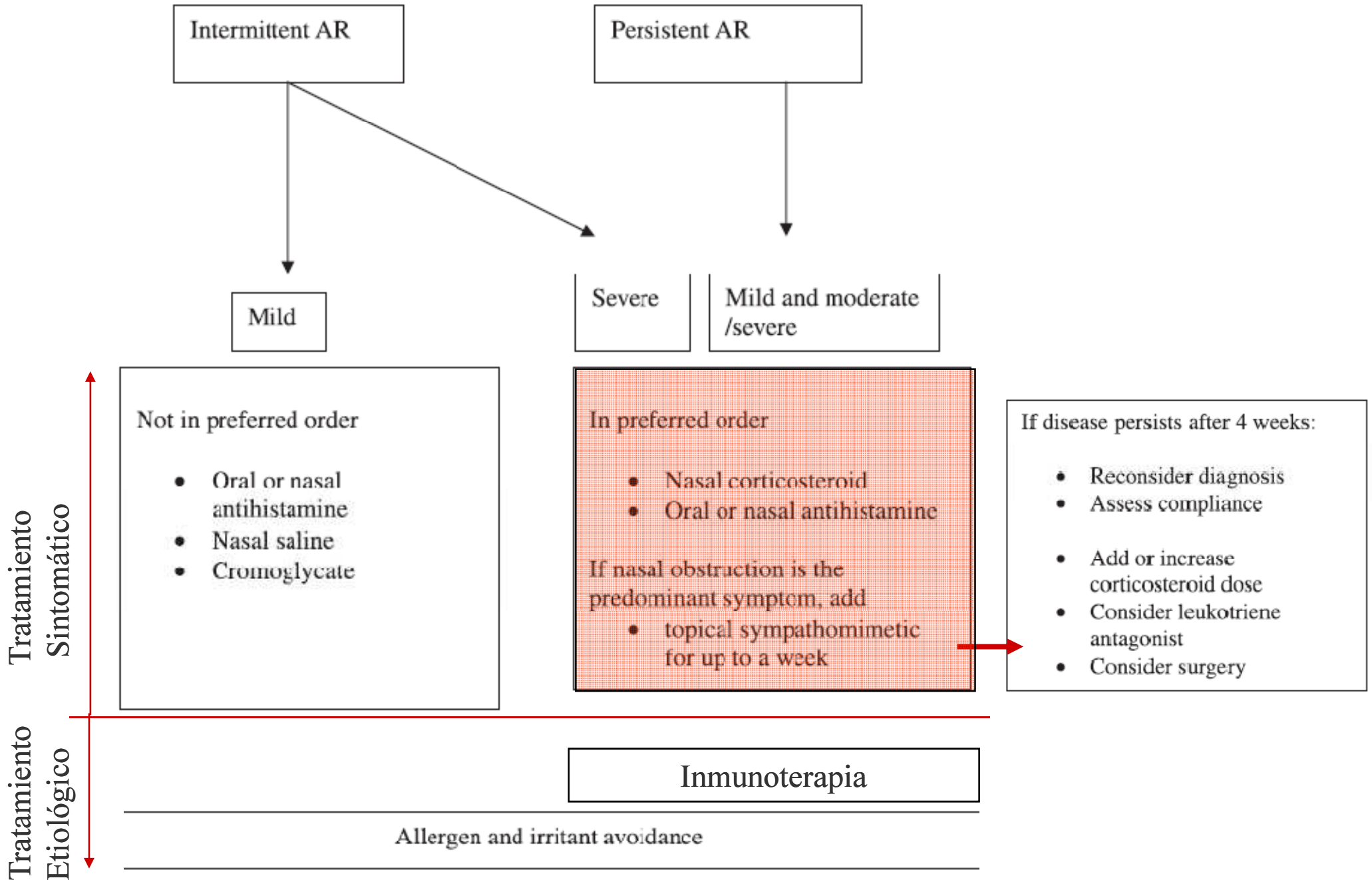
INMUNOLOGICOS

- **Inmunoterapia Alérgica específica**
 - **Anti-Ig E**
-

Tratamiento de la Rinitis Alérgica: Niveles de Evidencia y Grados de Recomendación

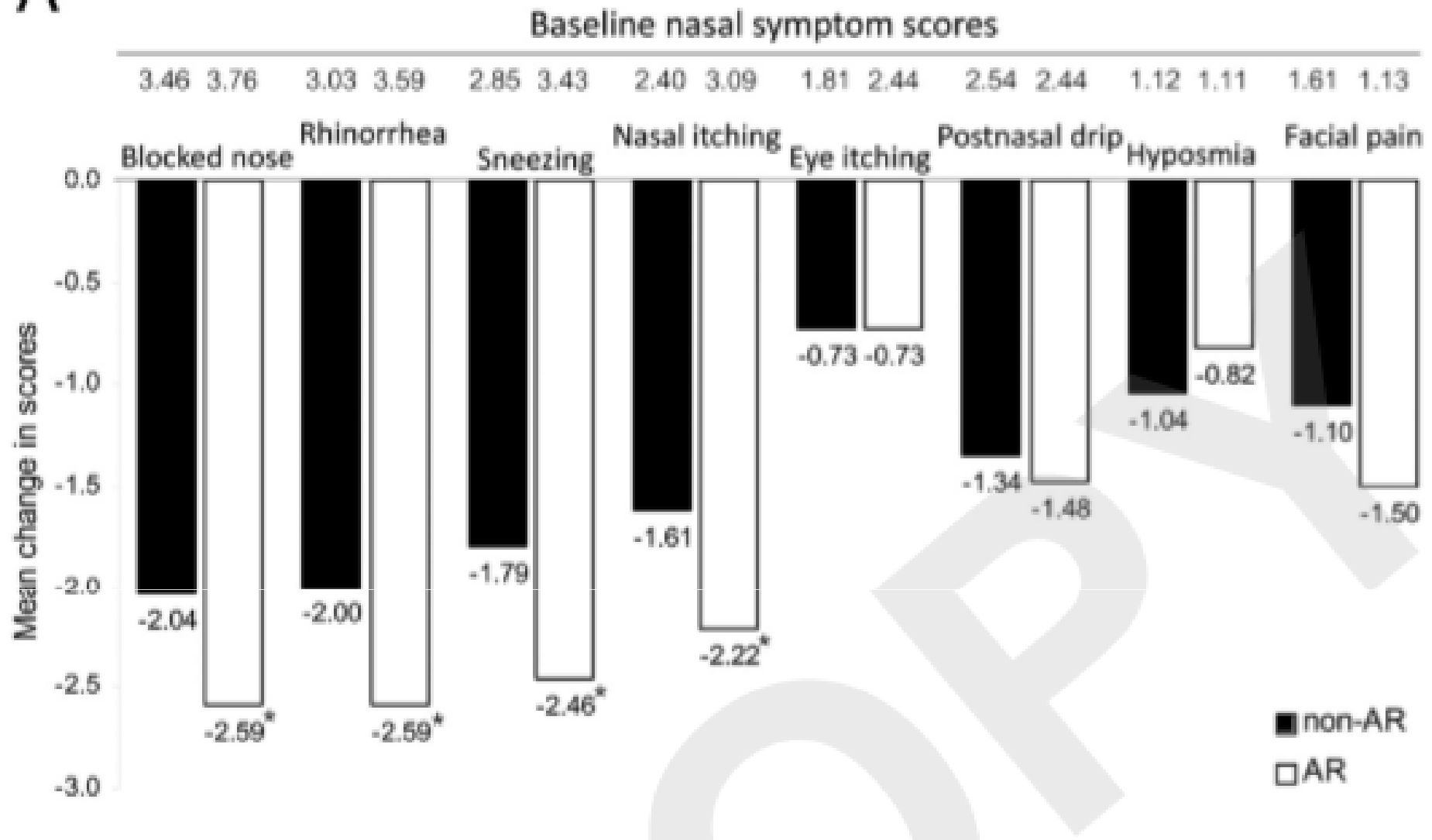
Intervención	Categoría de evidencia	Fuerza de recomendación	Comentarios
Antihistamínicos orales	Ib	A	Menos eficaces que los CIN
Antihistamínicos intranasales	Ib	A	Igual eficacia que Anti H1 orales
Corticoesteroides intranasales(CIN)	Ib	A	Eficacia clínica superior a anti H1
Cromonas intranasales	Ila	B	No disponibles en Argentina
Antileucotrienos	Ila	B	Recomendados en niños con asma y rinitis concomitante

Esquema terapéutico de la Rinitis Alérgica en Pediatría



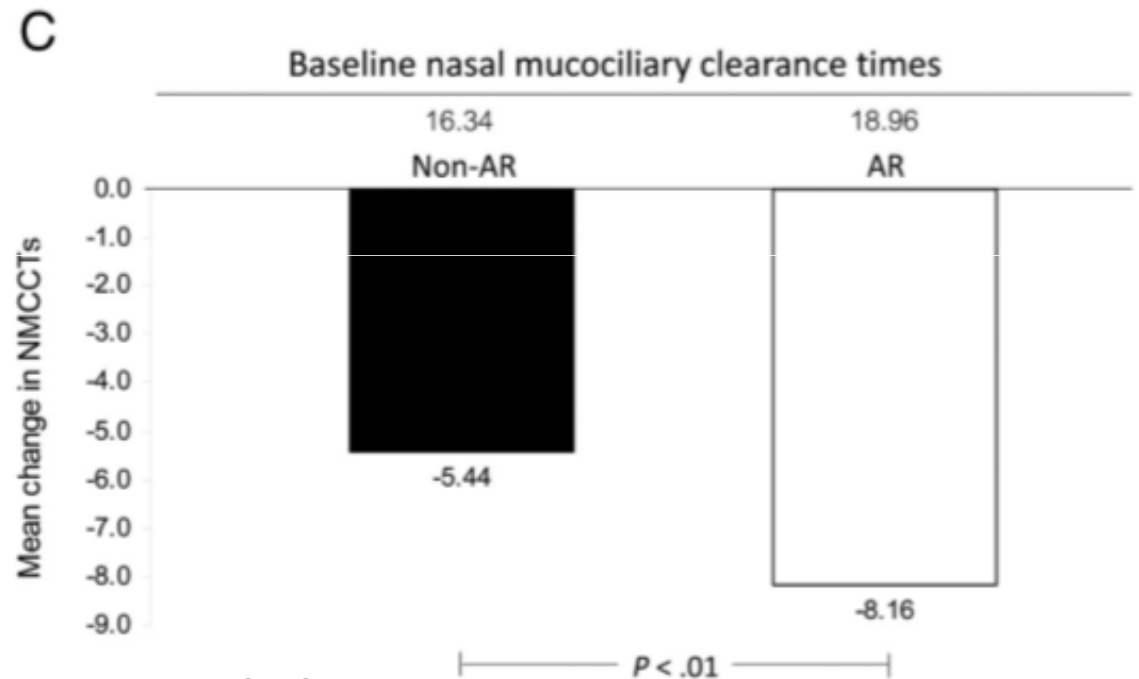
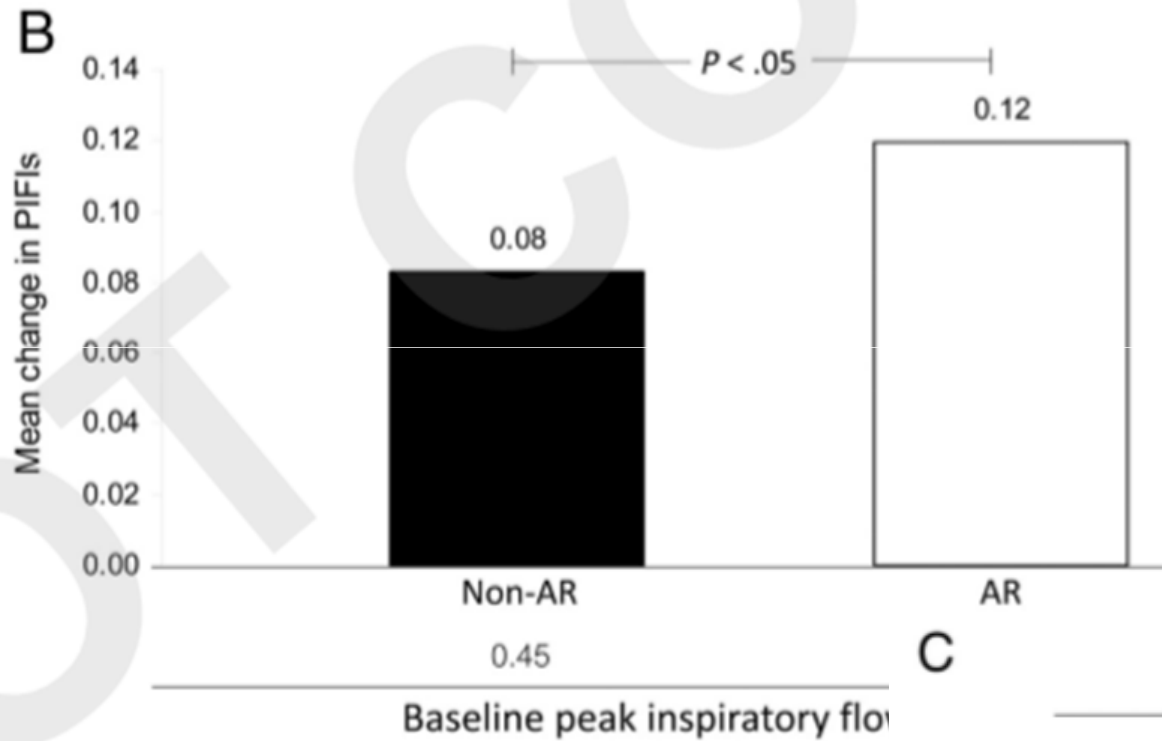
Esteroides tópicos nasal: rinitis alérgica vs no alérgica

A



Kirtsreesakul V, Hararuk K, Leelapong J, Ruttanaphol S. Clinical efficacy of nasal steroids on nonallergic rhinitis and the associated inflammatory cell phenotypes Am J Rhinol Allergy 2015; 29: 313–319

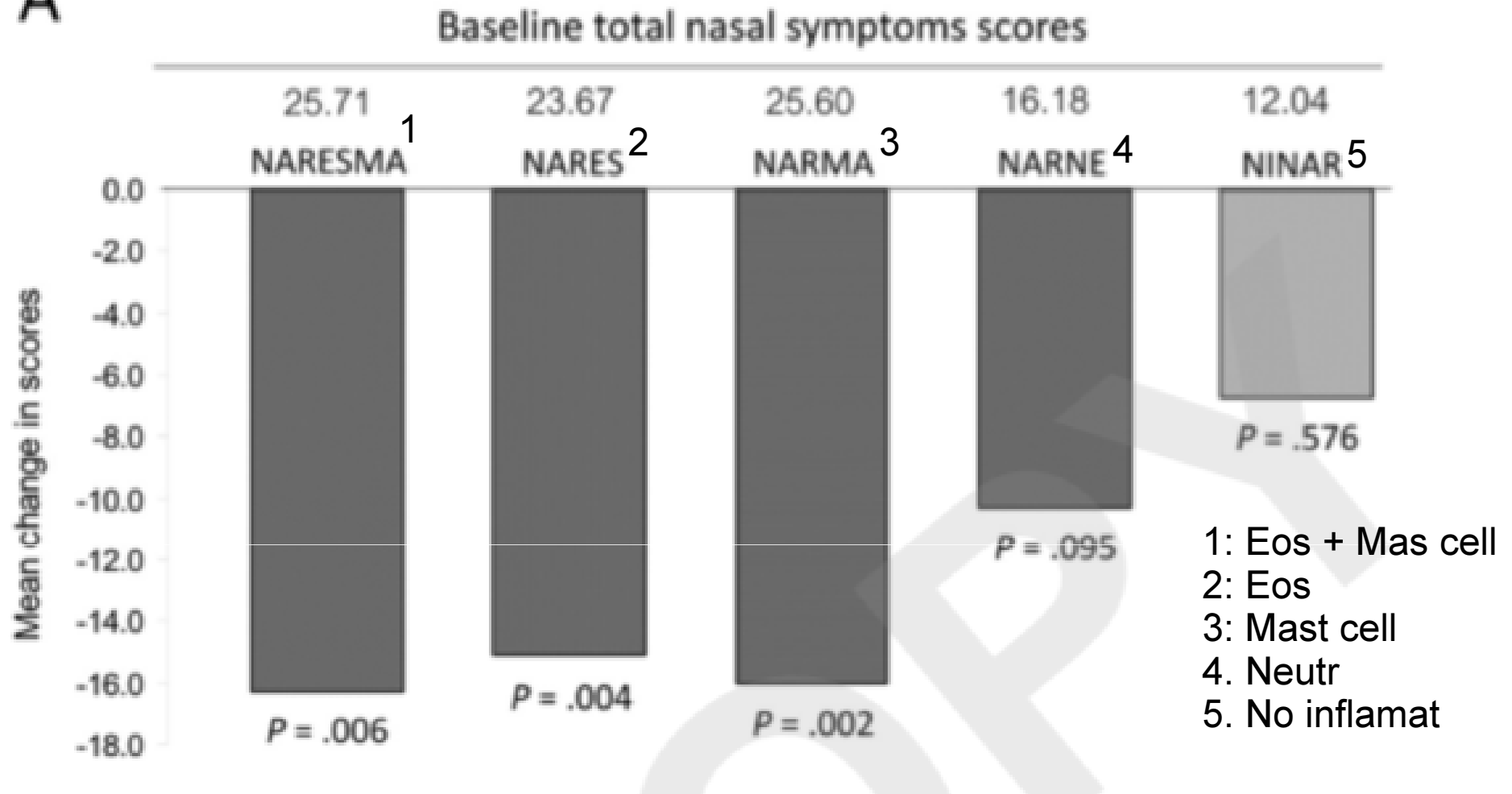
Esteroides tópicos nasal: rinitis alérgica vs no alérgica



Kirtsreesakul V, Hararuk K, Leelapong J, Ruttanaphol S. Clinical efficacy of nasal steroids on nonallergic rhinitis and the associated inflammatory cell phenotypes Am J Rhinol Allergy 2015; 29: 242-246

Esteroides tópicos nasal: Respuesta terapéutica Rinitis no alérgica de acuerdo a Citología

A



Kirtsreesakul V, Hararuk K, Leelapong J, Ruttanaphol S. Clinical efficacy of nasal steroids on nonallergic rhinitis and the associated inflammatory cell phenotypes Am J Rhinol Allergy 2015; 29: 343–349.

Tratamiento de la Rinitis Alérgica

FARMACOLOGICOS

- **Corticoesteroides intranasales (CIN)**
- **Antihistamínicos orales e intranasales**
- **Descongestivos**
 - **Intranasales**
 - **Sistémicos**
- **Combinaciones de descongestivos y antihistamínicos**
- **Antileucotrienos**

INMUNOLOGICOS

- **Inmunoterapia Alérgica específica**
 - **Anti-Ig E**
-

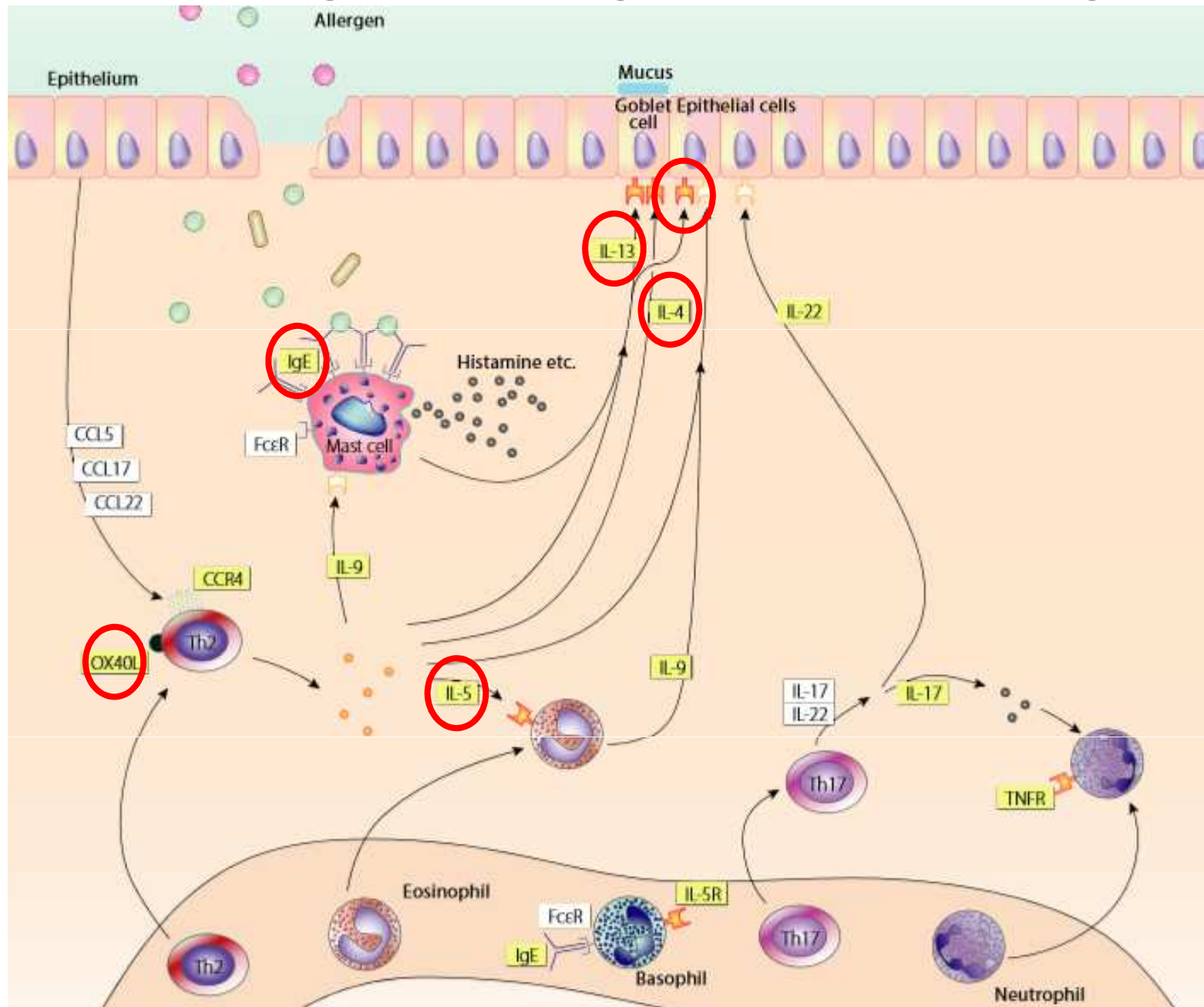
Uso de agentes biológicos en Rinitis Alérgica

OBJETIVO	BIOLOGICO	RINITIS ALERGICA Número de ensayos clínicos
IgE	MEDI4212	1
IgE	Omalizumab	2
IgE M1 segment	Quilizumab	1
IL-4	VAK694	2
IL-4R	Dipilumab	2
IL-5	Mepolizumab	2
IL-13	OAX576	2
OX40L	huMab OX40L	1

El código de colores: **amarillo, fase 1**; **azul, fase 2**; verde, la fase 3 y superior (hasta la aprobación)

Boyman O, Kaegi C, Akdis M, Bavbek S, et al EAACI IG Biologicals task force paper on the use of biologic agents in allergic disorders Allergy 2015; 70: 727–754.

Uso de agentes biológicos en Rinitis Alérgica



Boyman O, Kaegi C, Akdis M, Bavbek S, et al EAACI IG Biologicals task force paper on the use of biologic agents in allergic disorders *Allergy* 2015; 70: 727–754.

Rinitis Alérgica: Niveles de Evidencia y Recomendación

	FUERZA DE RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA
HC y Ex físico	Recomendado	B-C
Prueba Cutánea	Recomendado	A- B
Dx por imágenes	Recomendado (en contra)	B-C
Control Medio ambiental	Opcional	D
Comorbilidades	Recomendado	B-C
Esteroides Tópicos	Fuertemente Recomendado	A-B
Antihistaminicos Orales	Fuertemente Recomendado	A-B
Antihistaminicos Tópicos	Opcional	D
Antileucotrienos	Recomendado en niños con asma asociado	B-C
Terapias combinadas	Opcional	D
Inmunoterapia	Recomendado	A-B
Cirugia Cornete inf	Opcional	D

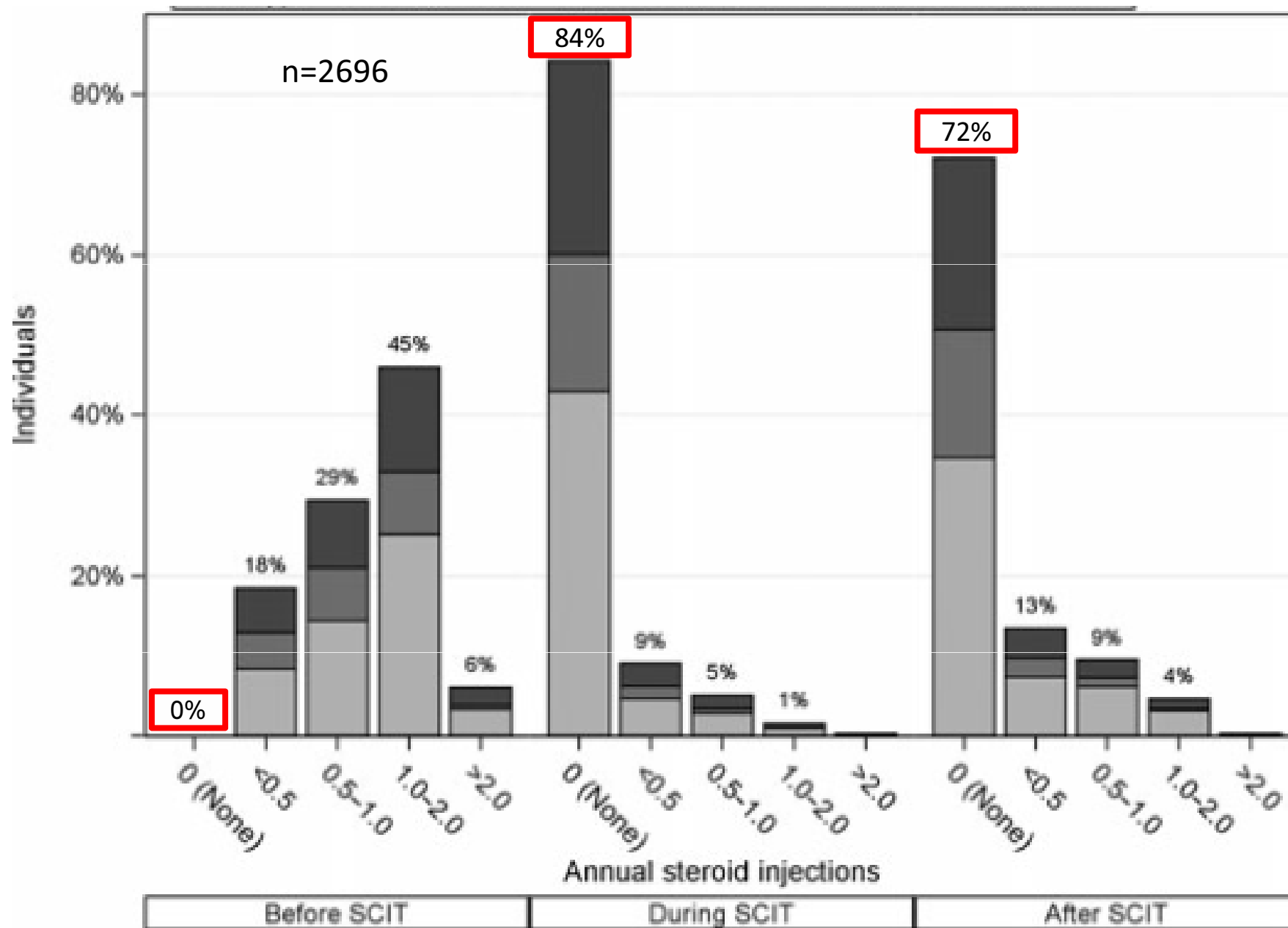
Rinitis alérgica: esquema de tratamiento

IMMUNOTHERAPY

ENVIRONMENTAL CONTROL			
CONTROL MEDICATION STEPS			
1	2	3	4 (SPECIALIST CARE ONLY)
<p>ONE OF:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oral antihistamine • Intranasal antihistamine • Intranasal cromolyn/nedocromyl • Leukotriene receptor antagonist 	<p>ONE OF:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intranasal corticosteroid (<i>preferred</i>) • Oral antihistamine • Intranasal antihistamine • Leukotriene receptor antagonist 	<ul style="list-style-type: none"> • Combination of Intranasal corticosteroids <p>WITH ONE OR MORE OF*:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intranasal antihistamine • Oral antihistamine • Leukotriene receptor antagonist 	<p>CONSIDER OMALIZUMAB IN SEVERE RHINITIS WITH CONCURRENT ASTHMA (NOT APPROVED FOR RHINITIS ALONE)</p> <p>CONSIDER SURGICAL TREATMENT OF CONCURRENT PATHOLOGY</p>
RESCUE MEDICATION			
<ul style="list-style-type: none"> • Decongestants (oral/intranasal) • Anticholinergics (Intranasal) 			<ul style="list-style-type: none"> • Oral corticosteroids
<p>Reassess diagnosis and/or adherence and evaluate potential comorbidities and/or anatomic abnormalities prior to considering step-up</p>			

Papadopoulos NG; et al. Phenotypes and endotypes of rhinitis and their impact on management: a PRACTALL report. Allergy 2015; 70: 474–494.

Rinitis Alérgica: Reducción del uso de corticoterapia por efecto del tratamiento con inmunoterapia



K. Aasbjerg, et al. Specific immunotherapy can greatly reduce the need for systemic steroids in allergic rhinitis. *Allergy* 2012; 67: 1423–1429.



Sierras de Ambargasta desde Avellaneda. Noviembre 2011