


Paciente con rinitis perenne y test cutáneos negativos


*Paloma Campo Mozo
UGC Alergología
Hospital Regional de Málaga*





HISTORIA CLÍNICA

Paciente mujer de 32 años con historia de rinitis persistente de 15 años de evolución y empeoramiento progresivo



Historia Clínica

- Paciente de 32 años, que refiere desde hace 15 años síntomas perennes de prurito nasal, estornudos, hidrorrea y síntomas oculares acompañantes (eritema, lagrimeo)
- Los síntomas empeoran por las mañanas, en primavera y en otoño y realizando labores de limpieza
- Refiere que en dos ocasiones ha presentado síntomas de tos, disnea y sibilancias que no precisaron tratamiento en urgencias y sin relación con infección respiratoria

Historia Clínica

- Su médico de atención primaria le prescribe ebastina 20 mg/día y furoato de fluticasona 2 puff/día con mejoría inicial
- Tras 2 años de tratamiento a demanda, la paciente refiere tener empeoramiento de sus síntomas, con menor respuesta al tratamiento farmacológico
- Por esta razón, el médico de atención primaria solicita analítica Phadiatop® para alérgenos (ácaros, pólenes y epitelios) con resultado negativo

Historia Clínica

- La paciente continúa con síntomas persistentes, por lo que es derivada a un especialista en ORL
- En la valoración ORL, la exploración nasal revela desviación septal e hipertrofia turbinal leves no obstructiva, sin criterios de rinosinusitis crónica ni poliposis nasal. Solicita TC de senos paranasales que es normal. Cambia tratamiento a bilastina y mometasona
- Tras un año de tratamiento, y ante la persistencia de los síntomas y la insistencia de la paciente, a pesar de la negatividad de la analítica es derivada a Alergología

Antecedentes personales y familiares

- Antecedentes:
 - Apendicectomía hace 17 años
 - Migrañas sin tratamiento en la actualidad
- Hábitos tóxicos:
 - No fumadora
- Alergias medicamentosas y/o alimentarias:
 - No presentes
- Comorbilidades:
 - No presentes
- Antecedentes familiares relacionados:
 - Madre con atopia
- Trabaja como auxiliar administrativo en una oficina
- Sin mascotas en su domicilio



EXPLORACIÓN FÍSICA Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS



Exploración física

- Buen estado general
- Auscultación cardiopulmonar: normal
- Rinoscopia anterior: edema de mucosa nasal, palidez de mucosas, secreciones acuosas
- Eritema ocular

Pruebas complementarias

- **Pruebas cutáneas en prick** a batería de aeroalergenos (lolium, phleum, cupressus, platanus, olivo, chenopodium, plantago, artemisia, parietaria, salsola, D. pteronyssinus, D. farinae, lepidoglyphus, alternaria, latex, perro y gato): histamina 6x7 mm, resto NEGATIVO
- **IgE Total sérica** (ImmunoCAP): 67 UI/ml
- **IgE específica** (ImmunoCAP) para lolium, phleum, cupressus, platanus, olivo, chenopodium, plantago, artemisia, parietaria, salsola, D. pteronyssinus, D. farinae, lepidoglyphus, alternaria, latex, perro y gato: NEGATIVOS (<0,35 kU/L)
- **Espirometría basal forzada**: NORMAL, test broncodilatador negativo



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA



Diagnóstico diferencial

- La paciente presenta un cuadro de rinitis perenne sin evidencia de atopia mediante test convencionales
- El diagnóstico diferencial principal sería entre dos entidades: rinitis alérgica local (RAL) y rinitis no alérgica (RNA)

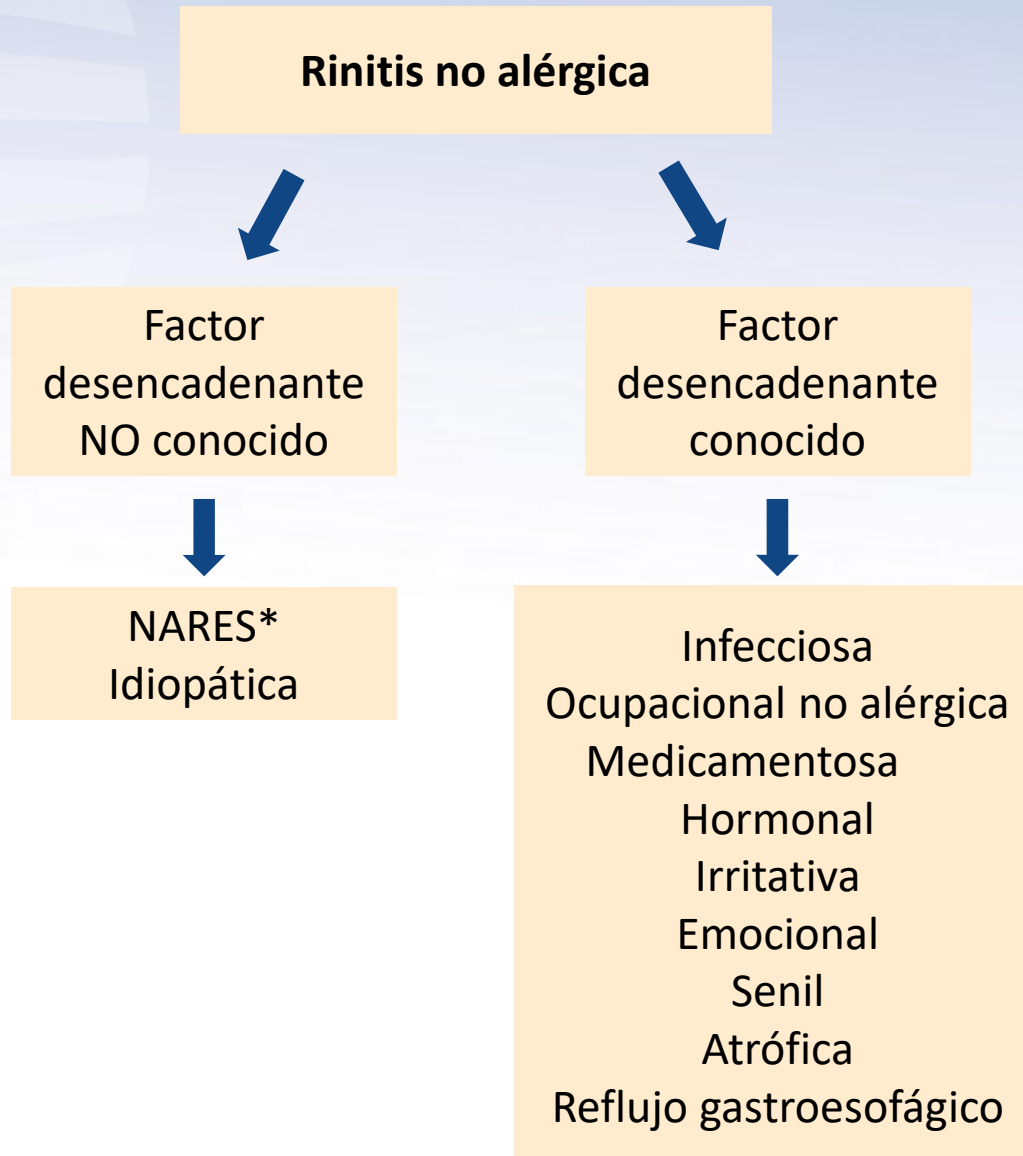
RAL

Síntomas típicos de rinitis
No evidencia de atopia por los métodos convencionales
Respuesta positiva al test de provocación nasal con alérgenos (TPNA)
IgE específica nasal y/o test de activación de basófilos positivo

RNA

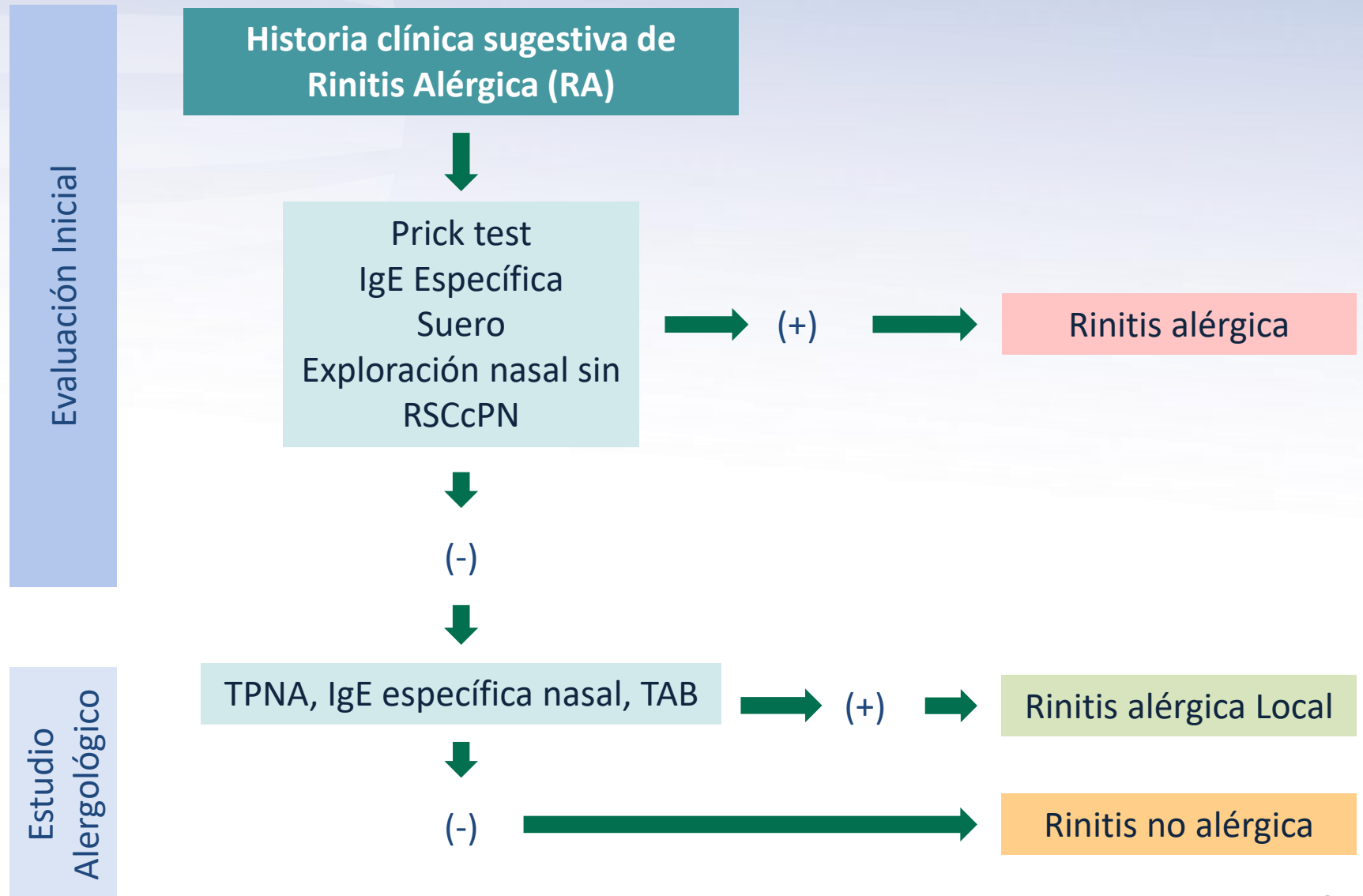
Síntomas típicos de rinitis
No evidencia de atopia por los métodos convencionales
Grupo heterogéneo de rinitis
Diagnóstico por exclusión

Diagnóstico Diferencial



*NARES: Síndrome de rinitis no alérgica con eosinofilia

Orientación diagnóstica



Test de provocación nasal

1. Aplicación de alérgeno en cornete inferior



2. Evaluación respuesta

Parámetros
Subjetivos



Parámetros
Objetivos



Puntuación De Síntomas



Flujo Nasal

[RINOMANOMETRÍA
RINOMETRÍA ACÚSTICA
PICO FLUJO INSPIRATORIO NASAL

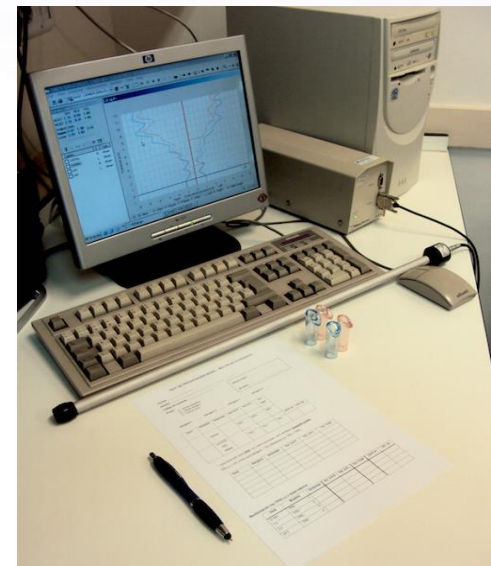
Eva

Inspección Mucosa

Otros

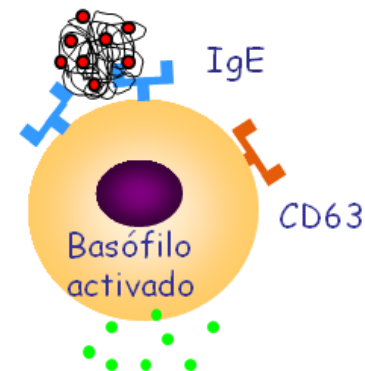
Orientación diagnóstica

- Se realizó en la paciente **test de provocación nasal** con alérgenos perennes en diluciones 1/100, 1/10 y 1/1 (*D. pteronyssinus*, *alternaria* y *parietaria*) en distintos días, con resultado positivo a *D. pteronyssinus* (dilución 1/100)
- La respuesta se midió mediante puntuación de síntomas y rinometría acústica:
 - **Rinometría acústica:**
Test positivo si disminución
 $\text{Vol } 2-6 \geq 25\%$
 - **Puntuación de síntomas:**
Test positivo si aumento síntomas
 $\geq 30\%$



Orientación diagnóstica

- En el lavado nasal pos-provocación se midió **IgE específica** a *D. pteronyssinus* por InmunoCAP, siendo positiva (0,80 kU/L)
- Se realizó en sangre periférica **test de activación de basófilos (TAB)**, con resultado **positivo** para *D. pteronyssinus* y negativo para resto de alérgenos perennes





OBJETIVO TERAPÉUTICO Y TRATAMIENTO RECOMENDADO



Objetivo terapéutico y tratamiento recomendado

- En esta paciente, tras confirmarse el cuadro de **rinitis alérgica local**, y habiendo descartado otros cuadros productores de IgE nasal tales como rinosinusitis crónica y poliposis nasal, se propone el siguiente curso terapéutico:
 - Medidas de evitación ácaros
 - Tratamiento farmacológico: antihistamínicos orales, corticoides intranasales, broncodilatador de corta acción a demanda.
 - Inmunoterapia específica con *D. pteronyssinus* durante un mínimo de 3 años y un máximo de 5 años



EVOLUCIÓN CLÍNICA

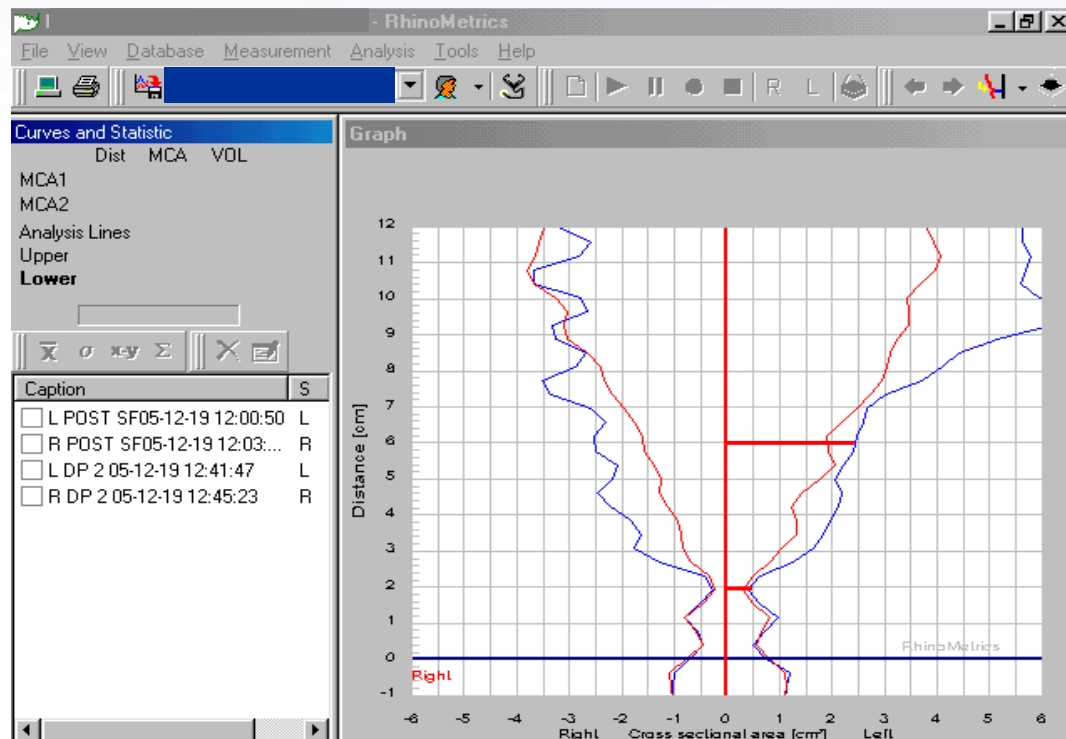



Evolución Clínica

- Tras un año de tratamiento con IT 100% D. pteronyssinus + medidas de evitación + tratamiento farmacológico a demanda, la paciente refiere:
 - Disminución significativa de síntomas nasales y oculares
 - Disminución en el uso de medicación sintomática
- No refiere nuevos síntomas bronquiales


Evolución clínica

- Se realiza nuevo test de provocación nasal con *D. pteronyssinus* con diluciones 1/100, 1/10 y 1/1, siendo el test positivo a la concentración 1/10





CONCLUSIONES EXTRAÍDAS DEL CASO CLÍNICO



Conclusiones extraídas del caso clínico

- Ante un paciente con síntomas típicos de rinitis alérgica, a pesar de la negatividad de los test cutáneos y/o IgE específica sérica, debemos seguir estudiando al paciente por si se tratase de una RAL
- Siempre hay que descartar previamente rinosinusitis crónica, poliposis nasal u otras patologías productoras de IgE local
- Es necesario para confirmar el diagnóstico realizar test de provocación nasal, medición de IgE nasal o test de activación de basófilos con el alérgeno sospechoso

Conclusiones extraídas del caso clínico

- Los pacientes con rinitis alérgica local deben diagnosticarse correctamente para poder instaurar el TRATAMIENTO ESPECÍFICO (evitación de alérgenos e inmunoterapia)
- La demora en el diagnóstico puede producir:
 - Agravamiento de los síntomas
 - Aparición de comorbilidades
- La inmunoterapia subcutánea convencional con ácaros ha demostrado tras 2 años de tratamiento:
 - Mejoría en la puntuación de síntomas
 - Mejoría en la puntuación de medicación
 - Aumento en la tolerancia nasal al alergeno



BIBLIOGRAFÍA



Bibliografía

1. Huggins KG, Brostoff J. Local production of specific IgE antibodies in allergic rhinitis patients with negative skin tests. *Lancet* 1975;2:148–50.
2. Powe DG, Jagger C, Kleinjan A, et al. ‘Entropy’: localized mucosal allergic disease in the absence of systemic responses for atopy. *Clin Exp Allergy* 2003;33:1374–9.
3. Rondon C, Fernandez J, Lopez S, et al. Nasal inflammatory mediators and specific IgE production after nasal challenge with grass pollen in local allergic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol* 2009;124:1005–11.e1
4. Papadopoulos NG, Bernstein JA, Demoly P, et al. Phenotypes and endotypes of rhinitis and their impact on management: a PRACTALL report. *Allergy* 2015;70: 474–94.
5. Campo P, Rondon C, Gould HJ, et al. Local IgE in non-allergic rhinitis. *Clin Exp Allergy* 2015;45:872–81.

Bibliografía

6. De Schryver E, Devuyst L, Derycke L, et al. Local immunoglobulin E in the nasal mucosa: clinical implications. *Allergy Asthma Immunol Res* 2015;7(4):321–31.
7. Rondon C, Campo P, Herrera R, et al. Nasal allergen provocation test with multiple aeroallergens detects polysensitization in local allergic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol* 2011;128:1192–7.
8. Scadding G, Hellings P, Alobid I, et al. Diagnostic tools in rhinology EAACI position paper. *Clin Transl Allergy* 2011;1:2.
9. Campo P, Villalba M, Barrionuevo E, et al. Immunologic responses to the major allergen of *Olea europaea* in local and systemic allergic rhinitis subjects. *Clin Exp Allergy* 2015;45(11):1703–12.

Esperamos que el curso sea de su interés y quedamos a su disposición para cualquier duda que pueda surgirle, a través del **foro**.

Cuando se encuentre en la última diapositiva de cada capítulo haga doble clic encima de la diapositiva para saltar al siguiente contenido del curso.

