

Tratamiento de la rinitis alérgica en la embarazada

Treatment of allergic rhinitis during pregnancy

Nelson Vergara S¹.

RESUMEN

El tratamiento de la rinitis alérgica (RA) en la paciente embarazada se ve obstaculizado por el temor que el especialista experimenta al intentar utilizar medicamentos que podrían provocar problemas en el desarrollo del feto. Este dilema es especialmente acentuado cuando la embarazada está en sus primeros meses de embarazo. Sin embargo, la persistencia de síntomas y las molestias que la rinitis alérgica le ocasiona a la paciente coloca al especialista en una disyuntiva importante: cómo tratar a la enferma sin provocar daños en el niño en gestación.

La FDA ha clasificado los medicamentos que en estos casos pueden utilizarse y el metaanálisis de estudios realizados en embarazadas avala la prescripción de los fármacos que aquí se aconsejan.

Es factible, además, realizar algunos procedimientos quirúrgicos durante el embarazo sin que ello involucre riesgo en la paciente ni en el feto. .

Palabras claves: Rinitis alérgica, embarazo.

ABSTRACT

Treatment of allergic rhinitis in pregnant women is jeopardized by the specialist's reticence to use drugs that could affect fetal development. This dilemma is particularly acute during the first months of pregnancy. However, the symptoms persistence and the disturbances caused by allergic rhinitis pose a management challenge to the physician: Treating the patient without harming the developing child.

The FDA has classified the prescription drugs that could be used in such a case, and a meta-analysis of published studies in pregnant women backs the prescription of the drugs here recommended. In addition, it is also possible to perform some surgical procedures during pregnancy, without posing a risk to either the mother or the fetus.

Key words: Allergic rhinitis, pregnancy

¹ Médico Otorrinolaringólogo. Integra Médica

INTRODUCCIÓN

En la paciente embarazada existen fenómenos biológicos que originarán, gradualmente con el avance del embarazo, una mayor obstrucción en la nariz producto de la acción hormonal. Si a ello se suma el efecto que en dicha mucosa puede ocasionar una rinitis de tipo alérgico (RA), nos encontraremos que en la embarazada alérgica existe una mayor congestión nasal que es preciso tratar administrando el fármaco correspondiente en forma segura. Por otra parte es preciso tener presente los posibles efectos que la enfermedad alérgica pudiese tener en el embarazo y al revés, de qué manera el embarazo influye en el comportamiento de la alergia nasal: en líneas generales, del universo de pacientes embarazadas con rinitis alérgica, 15% de estas rinitis empeoran en el embarazo, 50% permanece igual y 25% mejoran. Pero toda embarazada que sea rinitis alérgica va a precisar de tratamiento. No obstante, existe una reticencia natural de parte del médico para utilizar medicamentos en la paciente embarazada especialmente cuando el embarazo está en sus inicios.

De los medicamentos que solemos utilizar en pacientes alérgicos: antihistamínicos, descongestionantes, corticoides endonasales, corticoides por vía general, ¿cuál de ellos podremos utilizar en forma segura, desde el inicio del embarazo?

Para una correcta prescripción debemos basarnos en dos parámetros:

1. La clasificación que la FDA ha realizado a este respecto.
2. Los resultados obtenidos de metaanálisis de grandes poblaciones de embarazadas tratadas con estos medicamentos.

La FDA ha clasificado estos fármacos para su uso en el embarazo en cinco categorías (Tabla 1).

Tabla 1.

A	Estudios controlados no muestran riesgo
B	No hay evidencia de riesgo en humanos
C	Riesgo no puede ser descartado
D	Evidencia positiva de riesgo
X	Contraindicado en embarazo

I. ANTIHISTAMÍNICOS

1. Antihistamínicos de primera generación

La FDA ha autorizado el uso de clorfenamina y de tripelenamina.

Seto y col² luego de un metaanálisis de trabajos que abarcan alrededor de 200 mil pacientes, concluye finalmente que «no existe asociación positiva entre el uso de antihistamínicos en el primer trimestre del embarazo y malformaciones mayores». Se refiere a antihistamínicos de primera generación. Shatz y col³, aporta datos en el mismo sentido especialmente en relación a clorfenamina y tripelenamina. Finalmente estos mismos fármacos fueron recomendados por el Grupo de Trabajo ACOG (Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos) y ACAAI (Academia Americana de Alergia, Asma e Inmunología) como los antihistamínicos de elección para ser utilizado en embarazo⁴.

2. Antihistamínicos de segunda generación

En relación a los de segunda generación, la FDA ha clasificado a cetirizina y a loratadina en clase B.

Einarson y cols han estudiado a hydroxyzina y cetirizina en un estudio prospectivo y controlado y concluye que no aumenta el riesgo de malformación mayor cuando cetirizina es utilizada en el primer trimestre del embarazo⁵. Por su parte, astemizol y terfenadina han sido clasificados en clase C, aunque ambos están retirados del mercado en Chile por su efecto nocivo sobre corazón; fexofenadina también ha sido clasificada en clase C.

De manera que podemos utilizar cetirizina y loratadina, aunque la recomendación es que idealmente debería ser utilizada después del primer trimestre del embarazo⁶.

II. DESCONGESTIONANTES

La fenilefrina y la pseudoefedrina han sido catalogadas por la FDA en clase C, de modo que el riesgo en el feto al utilizar este medicamento no puede ser descartado. Sin embargo, en algunos estudios^{7,8} la pseudoefedrina no ha sido asociada con malformaciones congénitas específicas, de tal modo que prescrita en dosis adecuadas puede utilizarse sin

riesgo en el embarazo. Los descongestionantes intranasales habituales tales como oximetazolina y xylometazolina han sido clasificados en clase C, pero en estudios al respecto no han sido relacionados con malformaciones congénitas⁹. La recomendación es utilizarlos cuando sea absolutamente necesario y a dosis mínima.

III. ESTEROIDES INTRANASALES

Ningún esteroide intranasal ha sido clasificado en clase A.

Los corticoides intranasales han sido catalogados en clase C pero la budesonida y la beclometasona han sido promovidas a clase B. Ambas pueden ser utilizadas sin inconvenientes desde temprana edad del embarazo. Budesonida está respaldada especialmente por un metaanálisis que permite utilizarla sin riesgo en las primeras etapas del embarazo¹⁰.

En relación a beclometasona, Schatz y col en un estudio¹¹ concluyen que la inhalación de dipropionato de beclometasona durante el primer trimestre del embarazo, no presenta ninguna relación con malformaciones congénitas.

En relación a fluticasona, existe un estudio validado, placebo, randomizado, doble ciego, con grupos paralelos, ocho semanas de tratamiento, en 53 embarazadas que concluye que «no hubo influencia en nivel de cortisol en la madre ni en el crecimiento del feto ni en el resultado final»¹².

Triamcinolona acetónide inhalada ha sido encontrada tan eficaz como beclometasona en mujeres embarazadas asmáticas sin haber provocado ninguna diferencia en peso al nacer de los fetos¹³. Pero el universo estudiado en ambos casos es muy pequeño y no permite sacar conclusiones definitivas sobre estos corticoides. La recomendación es sólo utilizar, budesonida y beclometasona.

IV. ESTEROIDES ORALES

Los esteroides orales no deberían utilizarse en la embarazada pues existe claramente influencia sobre el feto.

Fraser y Sajoo¹⁴ luego de una acabada revisión de la literatura informan que existe 3,5% de inci-

dencia de malformaciones congénitas en 457 niños a cuyas madres se les administró corticoides sistémicos durante el embarazo.

Otro estudio reveló que el uso de esteroides sistémicos en el primer trimestre del embarazo aumenta la posibilidad de paladar hendido en varias veces¹⁵.

El uso de corticoides orales debería estar restringido a aquellos casos en que la vida de la madre está en evidente peligro y no existe otra alternativa lógica de igual tratamiento.

V. INMUNOTERAPIA

No está clasificada por la FDA.

El Grupo del Proyecto Colaboración Perinatal no detecta un riesgo aumentado de malformaciones congénitas con el uso de la desensibilización alérgica durante el embarazo¹⁶.

Shaikh y col, en un estudio retrospectivo reportó una asociación negativa entre inmunoterapia en el primer trimestre del embarazo y malformaciones congénitas¹⁷.

Se acepta que la inmunoterapia no debería ser iniciada durante el embarazo pero puede ser mantenida durante éste si ha venido proporcionando beneficios para la paciente.

VI. CIRUGÍA

Bajo anestesia local es posible realizar intervenciones quirúrgicas especialmente sobre cornetes nasales hipertróficos. Radiofrecuencia es posible de ser utilizada durante el embarazo con ausencia de riesgo.

DISCUSIÓN

La rinitis alérgica preexistente puede mejorar, empeorar o permanecer igual durante el embarazo. Las cifras de estos cambios han sido analizadas anteriormente.

En general, la medicación en RA en la embarazada siempre deberá ser administrada cuando los beneficios superen claramente a los riesgos. La mayoría de los medicamentos de que disponemos para tratar la rinitis alérgica suelen venir rotulados como contraindicados en el embarazo. Sin embar-

go, FDA los ha clasificado en categorías (Tabla 1) en base a lo cual podemos prescribir sin riesgo alguno.

Los antihistamínicos de primera generación que han sido autorizados en general tienen bastantes efectos secundarios en la paciente, no así en el feto. Pero clorfenamina en dosis de 4 mg/día es seguro en su uso desde el primer trimestre del embarazo. Tripelenamina no está en uso habitual en Chile.

Los antihistamínicos de segunda generación autorizados, cetirizina y loratadina (clase B) deberían ser utilizados siempre después del primer trimestre del embarazo. En cuanto a los otros antihistamínicos de segunda generación, no existen estudios suficientes para respaldar su uso en embarazados. Por ello debe abstenerse de utilizarlos.

En cuanto a los esteroides intranasales, ya dijimos que ninguno está clasificado en clase A. La autorización rige para budesonida y para beclometasona, ambos promovidos de clase C a B.

En relación a los otros corticoides intranasales (fluticasona, triamcinolona, mometasona), no existen estudios epidemiológicos documentados que puedan respaldar fehacientemente su utilización especialmente en el primer trimestre del embarazo¹⁸.

Sin embargo, ninguno de ellos debiera tener efectos sistémicos dañinos en la embarazada si son utilizados a dosis recomendadas para el adul-

to. Si han demostrado buena respuesta antes del embarazo, debieran mantenerse como tratamiento. Pero debe tenerse en mente de que en lo posible debiera administrarse la dosis más mínima posible y después del primer trimestre.

Otros antihistamínicos de uso tópico endonasal, como azelastina y levocabastina, no está clasificado por FDA pero siendo de uso sólo endonasal no debiera tener mayores problemas al ser utilizado en embarazada.

Los esteroides orales están claramente contraindicados en la embarazada y especialmente en el primer trimestre del embarazo.

El embarazo no es una contraindicación para la continuación de inmunoterapia¹⁹.

RESUMEN

Como siempre, lo primordial en el tratamiento de la RA en la embarazada es evitar el alérgeno. Igualmente se puede manejar el entorno de la paciente. Cuando se debe recurrir a tratamiento, la estrategia de la Tabla 2 es una buena herramienta para nuestra práctica diaria.

Es preciso puntualizar que toda prescripción debería realizarse con el consentimiento informado de la paciente y con la anotación exacta en la ficha clínica tanto los medicamentos utilizados, tiempo a ser utilizado y la dosis prescrita²⁰.

Tabla 2.

Estrategia de tratamiento de la RA en la embarazada

– Primera línea:

1. Evitar alérgenos
2. Cromoglicato intranasal
3. Inmunoterapia
4. Antihistamínicos de primera generación (clorfenamina)
5. Esteroides intranasales: budesonida o beclometasona, siempre en bajas dosis.

– Segunda línea de tratamiento:

1. Descongestionantes (oximetazolina)
2. Antihistamínicos de segunda generación (loratadina; cetirizina), ambos después del primer trimestre del embarazo.
3. Otros corticoides inhalantes (fluticasona, mometasona, triamcinolona), si es que se venían utilizando. Siempre a dosis mínima.

Siempre se debe buscar la ecuación costo-beneficio.

BIBLIOGRAFÍA

1. WILSON J. Use of sodium cromoglycate during pregnancy. *Acta Ther* 1982; 8: 45-51.
2. SETO A, EINARSON T, AND KOREN G. Pregnancy outcome following first trimester exposure to antihistamines: Metanalysis. *Am. J. Perinatol* 1997; 14: 119-24.
3. SCHATZ M, ZEIGER RS, HARDEN K ET AL. The safety of asthma and allergic medications during pregnancy. *J. Allergy Clin Immunol* 1997; 100: 301-6.
4. The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) and The American College of Allergy, Asthma and Immunology (ACAAI). The use of newer asthma and allergy medications during pregnancy. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2000; 84: 475-80.
5. EINARSON A, BAILEY B, JUNG S ET AL. Prospective controlled study of hydroxyzine and cetirizine in pregnancy. *Ann Allergy Asthma Immunol* 1997; 78: 183-6.
6. SCHATZ M, PETTITI D. Antihistamines and pregnancy. *Ann Allergy* 1997; 78: 157-9.
7. ASELTON P, JICK H, MILUNSKY A ET AL. First-trimester drug use and congenital disorders. *Obstet Gynecol* 1985; 65: 451-5.
8. TORFS CP, KATZ EA, GATESON TF ET AL. Maternal medications and environmental exposures as risk factor for gastroclisis. *Teratology* 1996; 54: 84-92.
9. WERLER MM, MITCHELL AA AND SHAPIRO S. First trimester maternal medication use. *Teratology* 1992; 45: 361-7.
10. KALLEN B, RYDSTROEM H AND ABERG A. Congenital malformation after the use of inhaled budesonide in early pregnancy. *Obstet Gynecol* 1999; 93: 392-5.
11. BRIGGS GG, FREEMAN RK, YAFFE SJ (editors). *Drugs in pregnancy and lactation*. Baltimore (MD): Williams and Wilkins, 1998.
12. ELLEGARD EK, HELLGREN M, AND KARLSSON NG. Fluticasone propionato aqueous nasal spray in pregnancy rhinitis. *Clin Otolaryngol* 2001; 26: 394-400.
13. DOMBROWSKI MP, BROWN CL AND BERRY SM. Preliminary experience with triamcinolona acetone during pregnancy. *J Matern Fetal Med* 1996; 5: 310-3.
14. FRASER FC AND SAJOO A. Teratogenic potential of corticosteroids in humans. *Teratology* 1995; 51: 45-6.
15. RODRIGUEZ-PINILLA E AND MARTINEZ-FRIAS ML. Corticosteroids during pregnancy and oral cleft. *Teratology* 1998; 58: 25.
16. HEINONEN OP, SLONE D AND SHAPIRO S. *Birth defects and drugs in pregnancy*. Littleton, MA Publishing Sciences group, 1977, 67-370.
17. SHAIKH WA. A retrospective study on the safety immunotherapy in pregnancy. *Clin Exp Allergy* 1993; 23: 857-60.
18. KELES N. Treatment of allergic rhinitis during pregnancy. *Am J Rhinol* 2004 jan-feb; 18(1): 23-8.
19. PIETTE V, DAURES JP, DEMOLY P. Treating allergic rhinitis in pregnancy. *Curr Allergy Asthma Resp* 2006 May; 6(3): 232-8.
20. INCAUDO GA, TAKACH P. The diagnosis and treatment of allergic rhinitis during pregnancy and lactation. *Immunol Allergy Clin North Am* 2006 Feb; 26(1): 137-54.