

Rinite Alérgica em Pediatria

Liliana Palma Vinuela

Definição

É uma afecção inflamatória da mucosa nasal produzida pela exposição a diversos alérgenos, mediada por IgE.

Mecanismo

Como todos os transtornos imunitários, possui mecanismo complexo. Simplificando, diríamos que, diante da exposição ao alérgeno, produz-se uma inflamação da mucosa nasal por quimiotactismo e migração de células através da mucosa. Estas células são: eosinófilos, linfócitos T, mastócitos e células epiteliais. Liberam-se citocinas e mediadores humorais, entre eles histamina e cisteína – leucotrienos. Estes são os responsáveis pelas ações vasomotoras (vasoconstrição e vasodilatação) e sobre as células mucosas (produção de muco).

Epidemiologia

Aproximadamente 17% da população mundial é acometida por sintomas alérgicos de diferentes índoles, cifra que aumenta progressivamente.

A porcentagem de doenças alérgicas em pacientes pediátricos atendidos em consultórios otorrinolaringológicos é muito maior. Pensemos nas otites médias com efusão de origem alérgica, nas afecções laríngeas agravadas por uma atopia, nos eczemas auriculares, nas rinites alérgicas (RA) e em sua relação com as sinusites (estas, muitas vezes, passam despercebidas nas crianças) e na estreita relação entre a RA e a asma.

Anamnese

O estudo desta afecção começa com uma anamnese detalhada da criança e de seus familiares, devido ao fato de existir uma forte tendência familiar (interrogar antecedentes familiares de asma, urticária, anafilaxia, alergia alimentar e de medicamentos).

A doença não se manifesta até que o órgão alvo seja exposto ao alérgeno. É pouco freqüente encontrar sintomas de RA antes dos 2 a 3 anos de idade, porém, pelo interrogatório, podemos encontrar dados de alergia alimentar, quando introduzimos outros alimentos e deixamos de ofertar o leite materno, principalmente quanto mais precoce é a mudança.

À medida que a criança é exposta a aero-alérgenos e vai maturando seu aparelho imunitário, aparecem os sintomas clássicos de rinorréia, espirros, obstrução nasal e prurido, podendo também apresentar olheiras e conjuntivite alérgica. Sintomas que podem ser sazonais ou perenes.

Ao exame clínico encontramos um paciente respirador bucal, com lábios entreabertos, nariz afilado, sulco horizontal no dorso nasal devido ao movimento habitual da criança de esfregar o nariz.

Nas fossas nasais observa-se secreção aquosa ou mucosa, que pode estar com infecção sobreposta e tornar-se purulenta, os cornetos hipertróficos de cor roxo pálido pelo edema, podendo ser bem hiperêmicos, principalmente quando existe infecção sobreposta. À rinoscopia temos de avaliar outros sinais que podem nos ajudar no diagnóstico diferencial, como desvios do septo ou pólipos.

Os pólipos na infância raramente são alérgicos e, no caso de encontrá-los devemos descartar doença de Woakes, ou alteração dos cílios, Kartagener, ou fibrose cística. É obrigatório o exame completo para descartar outras causas de obstrução nasal como os tumores do cavum (bem raros). Nas crianças os mais frequentes são os linfopiteliomas e os angiofibromas.

Outros sinais frequentes nas crianças alérgicas são a hipertrofia adenoideana e tonsilar, sem história de infecções que contribuem para transformá-lo em um respirador bucal e a conseqüente deformidade do seu aparelho ortognático, com palato profundo, escasso desenvolvimento do terço médio da face e má oclusão dentária.

Estes transtornos podem ocorrer ao longo de todo o ano ou estar vinculados a mudanças sazonais. Isto nos ajuda a identificar o tipo de alérgeno agressivo. Quando se trata de rinites periódicas vinculadas à estação do ano, provavelmente os polens são responsáveis.

Quando são rinites perenes, os alérgenos geralmente estão no ambiente doméstico: poeira, ácaros (dermatofagóides), lã, plumas, cabelos e caspa de animais domésticos (principalmente gatos e cachorros), baratas, fungos e mofo.

Diagnóstico

A procura de provas para confirmar a RA inclui:

- titulação de IgE sérica total;
- titulação de IgE específica, exames de radioimunoensaio (RAST) ou, melhor ainda, prova de RAST modificada (MRT). Esta prova é de altíssimo custo e não está disponível em muitos laboratórios, sendo mais facilmente feita, em países mais ricos;
- eosinofilia sistêmica: menos de 5% dos pacientes apresentam este dado laboratorial e pode ser devida à parasitose, por isso é muito importante contar com a história completa para valorizar o dado;
- aumento de eosinófilos no citograma nasal (valor relativo);
- provas específicas in vivo: provas cutâneas estão à disposição nos consultórios dos alergologistas ou imunologistas, e otorrinolaringologistas dedicados a alergias. Realiza-se com extratos dos alérgenos mencionados anteriormente.

Diagnóstico positivo de Rinite Alérgica

Consideramos 5 pontos:

1. Anamnese
2. Antecedentes familiares
3. IgE total e específica
4. Eosinofilia
5. Provas cutâneas e/ou de provocação nasal

Considera-se rinite alérgica quando estão presentes 3 dos 5 pontos.

Diagnóstico Diferencial

Com irritantes químicos
Ar frio
Condimentos alimentares

Classificação

A nova classificação de rinite alérgica (vide o documento ARIA ⁴ nas referências bibliográficas) usa os sintomas e parâmetros de qualidade de vida. Está baseada na duração das manifestações clínicas e está classificada em rinite “intermitente” ou “persistente”. A severidade pode ser “leve” ou “moderada-severa”, dependendo da intensidade dos sintomas e o impacto na qualidade de vida dos pacientes.

Por sua **duração**

- intermitente
- persistente

Pela **severidade** de suas manifestações

- leve
- moderada-severa

Tratamento

Poderá ser etiológico ou sintomático e dependerá da intensidade das reações, da sua persistência no tempo e de fatores mais individuais, como a disponibilidade de tempo e a aderência aos distintos tratamentos (especialmente os pacientes pediátricos).

Tratamentos etiológicos

1. Supressão do alérgeno (“evitar”)

Este tipo de tratamento implica:

- identificar bem o alérgeno e sua distribuição;
- possibilidade de evitá-lo.

Em caso de alergia à lã evitar a vestimenta, a roupa de cama e o estofado deste material e substituí-lo por sintético.

Em caso de plumas, evitar aves domésticas, os travesseiros e cobertores deste material.

Em caso de alergia ao pêlo de animais domésticos, é mais difícil evitar que a criança não entre em contato com ele. Pode-se conseguir uma diminuição da exposição se o animal permanecer fora da casa

Em caso de poeira e ácaros evitar tudo o que possa acumulá-los, especialmente no lugar onde a criança fica mais tempo, como carpetes, tapetes, cortinas, bichos de pelúcia, estante com livros, etc. Se existem, lavá-los com frequência e/ou passar aspirador com filtro especial que retenha pequenas partículas. Recomendar capas para colchões, travesseiros, etc.

Para os mofo, evitar a umidade ambiental com medidas que dispersem para fora os vapores produzidos por banhos, secadores de roupas, etc. Existem

desumidificadores que podem eliminar grande porcentagem da umidade ambiental e evitam usar agentes químicos para eliminar os mofo e fungos das paredes.

2. Imunoterapia

Existem várias formas de imunoterapia:

- a desensibilização: realiza-se com injeção subcutânea com quantidades crescentes de extratos alergênicos (em geral mistos)
- a imunoterapia também com injeção subcutânea de quantidade crescentes de alérgenos, porém aqui se usam alergênicos específicos, únicos, identificados por RAST ou melhor ainda por MRT, com doses iniciais máximas possíveis determinadas por estes métodos.

Aqui o mecanismo é administrar o alérgeno por outra via que produza um aumento de IgG específico. Este não se adere ao mastócito porque não libera os mediadores, porém compete com a IgE pelo alérgeno.

Os inconvenientes da imunoterapia subcutânea são:

- requer-se tempo prolongado (anos)
- requer tolerância aos injetáveis (pouco provável em pacientes pediátricos)
- requer padronização dos alérgenos locais (nem sempre possível nos países em desenvolvimento)
- requer comparecer ao consultório do especialista para cada injeção
- o tratamento é caro
- pode provocar reação anafilática
- está contra-indicado em imunodeficiências congênitas ou adquiridas
- está contra-indicada em pacientes grávidas
- não se realiza com extrato de fungos por ser cancerígeno
- não se recomenda abaixo dos 5 anos de idade.

O resultado benéfico da imunoterapia injetável adequadamente indicada, beneficia de 65 a 70% dos pacientes de forma definitiva, alternando positivamente o curso de alergia

Tratamentos farmacológicos sintomáticos

Atualmente a farmacopéia é extensa.

Os fármacos não têm efeito prolongado ao descontinuar-se. Em caso de RA persistente requer-se tratamento de manutenção. O tratamento poderá ser feito por via nasal pois a aderência ao tratamento é boa.

Os medicamentos disponíveis são:

1. Antihistamínicos Bloqueadores H1

Orais

Primeira geração (os mais usados):

- Clorferinamina
- Difenhidramina
- Cetotifeno (mais usado em asma)
 - rápida ação
 - boa ação antihistamínica
 - baixo custo
 - ação anticolinérgica elevada

- atravessam a barreira hematoencefálica pois são sedativos
- requerem mais de uma dose diária

Segunda geração

- Desloratadina
- Loratadina
- Cetirizina
- Fexofenadina
- Ebastina
- Azelastina
 - rápida ação
 - boa ação antihistamínica
 - sem ação anticolinérgica
 - não atravessam a barreira hematoencefálica
 - requerem uma dose diária
 - a desloratadina, recentemente aprovada para uso pediátrico, praticamente não apresenta interações com alimentos ou medicamentos
- Astemizol
- Terfenadina
 - Estes dois últimos não são mais usados, por ações cardiotoxícas

Nasais

- Azelastina
- Levocabastina
 - ação rápida
 - gosto amargo
 - nenhuma ação colateral
 - mais de uma dose diária

2. Corticosteróides (glicocorticóides)

2.1 Orais ou parenterais

- Hidrocortisona
- Metilprednisolona
- Prednisolona
- Prednisona
- Dexametasona
- Triamcinolona
- Betametasona
- Deflazacort
 - potentes antiinflamatórios
 - medicação mais efetiva
 - provoca reabsorção óssea e osteoporose, modificações na pele e no humor, hipertensão por retenção hidrossalina, aumenta a disponibilidade de glicose no sangue, aumenta a secreção gástrica
 - contra-indicados em hipertensão, diabetes, tuberculose, glaucoma
 - em tratamento prolongados leva à atrofia da supra-renal
 - recomenda-se sob forma de tratamento leve em pacientes com sintomatologia moderada a severa
 - deve ajustar a dose quilo-peso-dia

2.2 Nasais inalatórios

- Beclometasona
- Budesonida
- Fluticasona
- Fludisonide
- Mometasona
- Triamcinolona
 - muito eficazes, reduzem a inflamação e a hiperreatividade
 - efeitos colaterais leves locais como secura, crostas e epistaxes leves
 - não estão descritos efeitos colaterais graves para os corticóides inalatórios, por isso podem ser administrados em crianças especialmente Mometasona por tempo mais prolongado
 - máximo efeito depois de dois ou três dias
 - custo elevado

3. Cromoglicato intranasal

Estabilizador de membrana

- sem efeitos colaterais
- requer várias doses diárias
- mais efetivo em uso ocular que na rinite alérgica
- custo elevado

4. Descongestionantes sistêmicos

- Efedrina
- Fenilefrina
- Pseudoefedrina
 - bom descongestionante nasal
 - requer várias doses diárias
 - provocam hipertensão, palpitações, inquietude, insônia, secura de mucosas, exacerbação do glaucoma e tireotoxicose, por isso tem que ser usados como tratamentos relativamente breves.

5. Vasoconstritores nasais

- Efedrina
- Epinefrina
- Nafazolina
- Oximetazolina
- Fenilefrina
 - bom descongestionante nasal
 - efeitos simpaticomiméticos semelhantes aos usados por via oral, só menos intensos
 - devem ser usados em tratamentos breves pois provocam efeito rebote e rinite medicamentosa

6. Anticolinérgicos nasais

- Brometo de ipratrópio

Anticolinérgico

- bloqueia quase que exclusivamente a rinorréia
- não provoca efeitos anticolinérgicos sistêmicos
- efetivo tanto nos pacientes alérgicos como nas rinites vasomotoras

7. Antileucotrienos

- Montelukast - fármaco promissor (indicado na prevenção de quadros c/ associação

asma-rinite alérgica)

- bloqueiam os receptores cystLT
- inibem a eosinofilia
- bem tolerados

Referências bibliográficas

- 1-Faria Rizzo, M.C, “Alergia na infancia” Sao Paulo ed. Lemos,2002
- 2-Ferguson, B.J, “Farmacoterapia eficaz con relación al costo para tratar rinitis alergica” Clínicas Otorrinolaringológicas de Norteamérica vol.1,1998 pág. 85-103.
- 3-Renfro, B.L., “Alergia e,n Otorrinolariongología Pediatrica”. Clínicas Otorrinolaringológicas de Norteamérica vol. 1, 1992 pág.213-231
- 4-Allergic rhinitis and its impacto on asthma-ARIA. Workshop report. J Allergy Clin Immunol 2001 nov, 108 (5 supl): 5147-334.
- 5-Naclerio, R.M., “Allergic rhinitis.” N Engl J Med 1991; 325-860-9
- 6-King,H.C, “Inhalant Allergy”, Otolaringic Allergy and Immunology, ed by Helen F. Krause, 1999, Saunders.