

Atualização no Diagnóstico e Tratamento da Rinite Alérgica

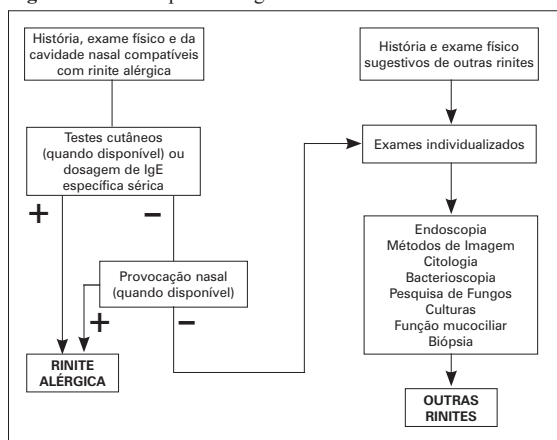
Nelson Augusto Rosário Filho e Herberto Chong Neto

A rinite alérgica é a inflamação da mucosa de revestimento nasal em consequência de reação de hipersensibilidade mediada por anticorpos IgE a alérgenos específicos, caracterizada por sintomas como obstrução nasal, rinorréia aquosa, espirros e prurido nasal reversíveis espontaneamente ou com tratamento.

Embora seja uma doença comum e de alta prevalência, sua epidemiologia é pouco conhecida. Estudos realizados em todo o mundo, como o ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood ¹), evidenciaram em algumas cidades no Brasil em 1996 e 2003, que crianças e adolescentes apresentaram sintomas nasais no último ano variando entre 25 e 34% ².

O diagnóstico da rinite alérgica é feito por história, exame físico da cavidade nasal, determinação de IgE específica por testes cutâneos ou no soro e provocação nasal . (Figura 1)

Figura 1: Roteiro para o diagnóstico das rinites ²



Os testes cutâneos de hipersensibilidade imediata são mais utilizados para o diagnóstico das alergias, pois apresentam sensibilidade e especificidade semelhantes aos métodos *in vitro*, são menos dispendiosos, não requerem punção venosa e laboratório especializado e a obtenção do resultado é mais rápida.

O teste de provocação nasal ainda é restrito às pesquisas.

O tratamento tem como objetivo reduzir o risco de asma e outras co-morbidades, melhorar a hiperresponsividade brônquica, restituir a qualidade de vida e prevenir as deformidades orofaciais e consequências da respiração oral.

A criança com rinite alérgica deve ser tratada por meio de manejo integral e não apenas seus sintomas. Este manejo envolve educação, prevenção, farmacoterapia e imunoterapia.

A educação não é apenas do indivíduo doente, e no caso de crianças, os pais devem conhecer os sintomas e os fatores desencadeantes da rinite, as co-morbidades e os motivos do tratamento.

Assim como a educação, a prevenção deve fazer parte do cotidiano de toda a família, pois os principais alérgenos causadores são domiciliares. Embora não haja evidências que comprovem a eficácia das medidas de controle do ambiente na rinite alérgica, os pacientes devem ser informados sobre as várias medidas que podem reduzir a exposição aos fatores desencadeantes ou agravantes.

A terapia farmacológica (**Tabela 1**) é utilizada para inibir e reduzir os mediadores inflamatórios envolvidos na resposta imunológica em indivíduos sensibilizados ³.

Tabela 1 - Efeito dos medicamentos sobre os sintomas de rinite alérgica

	Espirros	Rinorréia	Obstrução nasal	Prurido nasal	Sintomas oculares
Anti-histamínicos					
oral	++	++	+	+++	++
nasal	++	++	+	++	0
ocular	0	0	0	0	+++
Corticosteróides					
nasal	+++	+++	+++	++	++
Cromonas					
nasal	+	+	+	+	0
ocular	0	0	0	0	++
Descongestionantes					
nasal	0	0	++++	0	0
oral	0	0	+++	0	0
Antileucotrienos	0	+	++	0	++

Modificado de van Cauwenberge et al. Consensus statement on the treatment of allergic rhinitis. *Allergy* 2000; 55(2):116-34 ³.

O principal mediador inflamatório na rinite alérgica é a histamina, e por isso as drogas mais utilizadas são os anti-histamínicos H₁ e classificam-se em clássicos e não-clássicos. Os clássicos são cetotifeno, clemastina, dexclorfeniramina, hidroxizina e prometazina, e caracterizam-se por atravessar a barreira hematoencefálica. Os não-clássicos são cetirizina, desloratadina, ebastina, epinastina, fexofenadina, levocetirizina, loratadina e rupatadina.

O anti-histamínico ideal deve ser eficaz, apresentar pouco ou nenhum efeito colateral, possuir um perfil de segurança adequada para todas as faixas de idade, de fácil administração, ter efeito rápido e prolongado, sem interação com outras drogas, álcool ou alimentos e melhorar a qualidade de vida da criança alérgica.

Para crianças menores de 2 anos, estão liberados apenas o cetotifeno, a levocetirizina e a desloratadina. A prometazina é contra-indicada para crianças com menos de dois anos devido ao risco de depressão respiratória.

Os descongestionantes têm apresentação oral e tópica nasal, não devem ser usados por mais de cinco dias e devem ser evitados em lactentes pelo risco de intoxicação grave.

Os corticosteróides são as drogas mais potentes e com ação em várias células e

mediadores químicos envolvidos na resposta alérgica. Em apresentações tópicas são eficazes em todos os sintomas nasais, inclusive a obstrução nasal, sendo superiores aos anti-histamínicos em todos os sintomas da rinite alérgica. Alguns eventos adversos como sangramento nasal, perfuração de septo, irritação e crises de espirros, cefaléia e faringite têm sido relatados, porém de maneira esporádica. Estudos de longo prazo com budesonida, beclometasona e mometasona para verificar alterações na velocidade do crescimento evidenciaram não existir relação entre o uso de corticóides tópicos nasais e redução da velocidade crescimento.

O cromoglicato dissódico pode trazer benefício se utilizado de forma profilática antes da exposição ao alérgeno, não apresentando alívio dos sintomas na crise alérgica. O brometo de ipratrópio tem ação apenas no controle da secreção nasal. Os antagonistas dos receptores de leucotrienos estão indicados para aquelas crianças com asma e rinite concomitante, rinite induzida pelo ácido acetil-salicílico e em pacientes com dificuldade de adesão aos regimes de tratamento com medicação tópica nasal. A solução salina tem sido utilizada como tratamento adjuvante na rinite alérgica e seu mecanismo de ação ainda não está bem estabelecido.

A imunoterapia específica com alérgenos reduz o grau de sensibilização e conseqüentemente a inflamação provocada pela alergia. Deve-se utilizar imunoterapia quando há comprovação de sensibilização alérgica mediada por IgE e relação da alergia no desencadeamento de sintomas da criança. O resultado depende da dose utilizada do antígeno e deve ser individualizada e permanentemente acompanhada pelo médico. Atualmente pode-se realizar a imunoterapia por administração subcutânea e sublingual.

Referências bibliográficas

1. Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema: ISAAC. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee. *Lancet* 1998; 351: 1225-32.
2. Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia, Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-facial, Sociedade Brasileira de Pediatria, Academia Brasileira de Rinologia. II Consenso Brasileiro sobre Rinites 2006. *Rev Bras Alergia e Imunopatol* 2006: *in press*.
3. Bousquet J, van Cauwenberge P, Khaltaev N (WHO) and workshop expert panel. Allergic rhinitis and Its impact on asthma (ARIA). *Allergy* 2002; 57: 841-55.