

Rinite, Sinusite e Asma - “As Vias Áreas Unidas”

Glenis Scadding

Vocês estão todos preocupados com a parte superior do trato respiratório. E seus colegas do departamento de pneumologia cuidam do trato respiratório inferior. Gostaria de tentar contar o que precisam saber para poder trabalhar juntos. Darei algumas razões para tal. Conhecemos muito bem os sintomas das rinites: rinorréia, obstrução, coceira, espirros. Sabemos que estes sintomas normalmente afetam crianças, mas também às vezes adultos, e podem ser desagradáveis e reduzir a qualidade de vida. E acabo de mostrar que eu acho que o nariz é a porta de entrada do trato respiratório e isto é um fator importante não só para a patologia nasal, mas também para as afecções das cavidades paranasais, orelhas, laringe e tórax.

As evidências que devemos considerar tanto para o trato respiratório superior quanto para o inferior está classificada sob cada um destes temas que abordarei individualmente: epidemiologia, hiperreatividade brônquica, fisiopatologia, gatilhos e tratamento.

No estudo ISSAC, a Associação Internacional para o Estudo da Asma e das Alergias em Crianças, o que notamos é alta prevalência de rinite alérgica e asma nos mesmos países, na mesma ordem nas listas, e sinto informar que o Reino Unido é o primeiro da lista. São doenças associadas com a ocidentalização do mundo.

Sabemos que a presença de rinite significa maior probabilidade de desenvolver asma. Há um risco relativo três vezes maior e não interessa se a rinite é alérgica ou não¹⁻². Poderia mostrar esta foto como um exemplo de escarro asmático, mas não é: trata-se de secreção nasal. Ambos parecem semelhantes e a célula principal é uma anteriormente mencionada, a linda célula corada de vermelho, o eosinófilo. Aqui temos exemplos de inflamação eosinofílica. E esta fisiopatologia da rinite é também a fisiopatologia da parte alérgica da asma. E a porção crônica constante da doença é provavelmente seu principal elemento - esta é a parte que deve ser tratada com corticoesteróides.

Se a pessoa tem rinite, provavelmente tem as vias aéreas inferiores mais reativas e contraídas. Isto já foi mostrado em vários estudos. Temos o da Itália, realizado por Madonini, analisando a reação das vias aéreas inferiores a uma substância química chamada carbacol e verifica-se quanto de carbacol é necessário para reduzir o fluxo aéreo em 20%. Fora da estação, poucas pessoas com rinite sazonal apresentam vias aéreas inferiores reativas, poucos reagem a menos de

um miligrama de carbacol. Nos mesmos pacientes estudados durante a estação de rinite alérgica com exposição a pólen, cerca de 50% deles demonstram hiperreatividade brônquica. Eles não têm asma, têm rinite, mas suas vias áreas inferiores são muito mais irritadas e reativas que o normal.

Isto provavelmente ocorre porque, mesmo sem sintomas, ainda há eosinófilos na mucosa das vias aéreas, mesmo se apenas uma delas for obviamente afetada. E esta inflamação eosinofílica é proporcional entre o nariz e o tórax. Não sabemos ao certo como o nariz influencia a hiperreatividade brônquica, mas sabemos que se tratarmos o nariz com esteróides, a hiperreatividade brônquica vai desaparecer.

Uma das principais sugestões é obviamente que o nariz é a porta de entrada e, se bloquearmos o nariz, permitimos a entrada de sujeira, poluição, e ar seco diretamente ao tórax. Mas outra explicação que tem ganho espaço, é que há uma relação sistêmica entre o nariz e o tórax. Os eosinófilos são recrutados pela estimulação alérgica do nariz, são recrutados pela medula óssea, circulam pelo sangue, alguns voltam para o nariz, mas muitos vão para o restante do trato respiratório. E vice-versa. Podemos mostrar, ao provocar o nariz com alérgenos, os eosinófilos que vêm dos brônquios e os que fazem o caminho inverso, através de estudos muito bem elaborados.

Portanto, a rinite tem um componente sistêmico. E a rinossinusite e a asma? A rinossinusite é muito comum na asma. Em cerca de 25% a 100% dos adultos e em 20% a 60% das crianças com asma, encontra-se rinossinusite, com gravidade proporcional entre as patologias. Assim como a infiltração de eosinófilos é proporcional em vias áreas inferiores e superiores, também existe uma proporcionalidade entre a rinossinusite e a asma.

As alterações na Tomografia Computadorizada (TC) podem ser correlacionadas. Em um estudo de Brinke, 84% das TC de asmáticos estavam alteradas, e correlacionadas com número de eosinófilos no escarro e no sangue e com capacidade expiratória residual funcional inversamente proporcional à capacidade de difusão. Todas essas medidas são indicativas da capacidade respiratória³.

Portanto, mais uma vez, há equivalência entre alterações de nariz e cavidades paranasais com as alterações torácicas. Como pediatra, gostaria de apresentar um antigo estudo que acho bastante preocupante. As crianças deste estudo apresentavam sinusite antes do tratamento, com tosse, estridor, nenhuma delas tinha pico de fluxo expiratório (*peak flow*) normal, todas usavam broncodilatadores. Para todos os fins, estas eram crianças com asma. Depois de tratada a rinossinusite apenas 29% tossiam, 15% tinham estridor, 2/3 tinham pico de fluxo expiratório normal e apenas 21% passaram a usar broncodilator. Algumas dessas crianças não tinham asma e sim rinossinusite e grande hiperreatividade brônquica. Portanto, temos de ser cuidadosos com relação ao que acontece e ter certeza que estamos tratando a parte certa do trato respiratório.

O que acontece se tratarmos as vias aéreas superiores? Bem, há dados interessantes e claramente retrospectivos publicados nos Estados Unidos. Há um grande estudo envolvendo cerca de 14.000 asmáticos, sendo que 1.000 deles precisavam buscar pronto atendimento em função de asma. Quando usavam esteróides intranasais uma vez por ano, havia redução de 1-0.7, ou seja, uma redução de 30%. Se

usassem mais de três vezes por ano, havia uma redução de 50% na sua chance de ter a crise. Com anti-histamínicos não havia diferença, pois o *odds ratio* de 0,9 não é estatisticamente diferente de 1,0.

Em outro estudo semelhante, havia 61% menos admissões hospitalares entre asmáticos que recebiam tratamento para rinite alérgica comparado com aqueles que tinham rinite alérgica e não eram tratados. O estudo mais recente de Corren ⁴ em 2004 apresentou *odds ratio* de ida ao pronto socorro reduzido de 1-0,75 com o uso de corticoesteróides tópicos; não houve redução com anti-histamínicos, mas houve sim, redução significativa quando ambos eram combinados.

Portanto, **vale a pena tratar a rinite em asmáticos** e esta é a mensagem que precisamos passar aos pneumologistas. A mensagem aos cirurgiões otorrinolaringologistas é para não deixarem de **pedir aos pacientes o pico de fluxo expiratório (*peak flow*)**; não deixarem de **auscultar o tórax**; fazer uma **anamnese que inclua o trato respiratório inferior**.

Há ainda outro estudo que gostaria de mencionar que nos faz pensar no papel da **imunoterapia**. No momento, a imunoterapia está reservada para doenças graves. Mas em um estudo com 205 crianças com rinite sazonal randomizadas para imunoterapia ou apenas tratamento farmacológico - 20% delas apresentavam asma sazonal leve. Após três anos, o grupo de imunoterapia apresentava menos casos de asma. E o valor de *odds ratio* era 2,52 vezes menos asma ⁵. O mesmo vale para os 10 anos de seguimento. Esta observação de que **a imunoterapia pode prevenir a progressão da rinite para asma, precisa ainda ser confirmada**, mas se verdadeira, então talvez tenhamos que iniciar a imunoterapia mais precocemente na infância e **tratar a rinite leve com o único tratamento que é sabidamente capaz de afetar o curso da doença - a imunoterapia**.

Portanto, considero que temos um espectro de doenças respiratórias. Não se trata de uma marcha alérgica como conhecemos com dermatite atópica, asma e rinite em crianças altamente predispostas. Há provavelmente uma marcha alérgica secundária naquelas que são menos predispostas. **Começa com rinite, hiperreatividade brônquica, progride para rinossinusite e, em muitas crianças, para asma. Talvez possamos interromper esta cascata usando tratamento efetivo de rinite.**

Portanto, as vias aéreas unidas são importantes? Em minha opinião, sim. São importantes porque temos este aviso precoce de uma possível asma; importa porque **diagnosticamos como asma quando na verdade se trata de hiperreatividade brônquica com doença das vias aéreas superiores**; importa porque **a primeira escolha de tratamento para ambas patologias é o uso de corticóides** e é difícil convencer as pessoas a usar corticóides inaláveis isolados, é difícil convencê-los a usar somente os nasais, especialmente em crianças. Assim, **precisamos de uma monoterapia oral para o trato respiratório superior e inferior** e precisamos **trabalhar em colaboração e ter diretrizes conjuntas**.

Referências bibliográficas

1. Greisner Wr, Settipane RJ, Settipane GA. Co-existence of asthma and allergic rhinitis: a 23-year follow-up study of college students. *Allergy & Asthma Proceedings* 1998;19:185-8.
2. Leynaert B, Bousquet J, Neukirch C, Liard R, Neukirch F. Perennial rhinitis: an independent risk factor for asthma in non-atopic subjects: results from the European Community Respiratory Health Survey. *J Allergy Clin Immunol* 1999;301-4.
3. Brinke A, Grootendorst DC, Schmidt JT, De Bruine FT, van Buchem MA, Sterk PJ, Rabe KF, Bel EH. Chronic sinusitis in severe asthma is related to sputum eosinophilia. *J Allergy Clin Immunol*. 2002 Apr;109(4):621-6.
4. Corren J, Manning BE, Thompson SF, Hennessy S, Strom BL. Rhinitis therapy and the prevention of hospital care for asthma: a case-control study. *J Allergy Clin Immunol*. 2004 Mar;113(3):415-9
5. Möller C, Dreborg S, Ferdousi HA et al. Pollen immunotherapy reduces the development of asthma in children with seasonal rhinoconjunctivitis (the PAT-study). *J Allergy Clin Immunol* 109: 251-256.