

Porque os Esteróides Nasais Falham?

Moacyr Saffer

Frente a uma criança com respiração bucal permanente, e com idade para receber esteróide nasal e que não esteja respondendo ao tratamento, devemos considerar múltiplas possibilidades. Comento, a seguir, as mais freqüentes.

Adenóides hipertróficas

O tecido linfóide do rinofaringe, as adenóides, são de ocorrência normal em crianças sadias e costumam ser muito pequenas no recém-nascido, apenas um sinal da sua existência e não perturbam a passagem do ar respirado através do nariz. Existem raros casos citados na literatura de crianças com adenóides obstrutivas com idade inferior a oito meses. A maior parte das crianças com respiração bucal persistente por aumento das adenóides, ela ocorre após os dois anos de idade. O diagnóstico correto vai determinar a opção terapêutica que, nos casos de obstrução importante, é cirúrgica. O método clássico, antigo, para rinoscopia posterior, consiste na introdução de um espelho minúsculo pela boca dirigido para as adenóides acima, no rinofaringe. Apesar de ser descrito nos livros clássicos, sua eficiência é posta em dúvida devido às dificuldades de execução em uma criança. Além da pouca visibilidade provoca náusea e vômitos, afastando a criança de qualquer relacionamento com o médico, posteriormente.

O raio - X simples de perfil do rinofaringe ou do cavum é mais aceito pela criança e, quando corretamente realizado, é muito fiel na demonstração do tamanho das adenóides e na sua posição no rinofaringe. Pouco conhecida é a ocorrência da posição variável do tecido adenoideano, o qual pode ter localização alta, próximo às coanas e interferindo muito mais na respiração nasal, do que a posição mais inferior da adenóide na rinofaringe, com menos prejuízo ao fluxo de ar. Um raio - X tecnicamente bem realizado implica em ser feito sem a criança estar chorando ao momento do exame, situação onde ela contrai o palato, dando falsa idéia de obstrução. Da mesma forma o exame do Raio - X do cavum deve ser realizado com boca fechada, a língua entre os dentes e respirando pelo nariz. É importante a criança não lateralizar a cabeça. Cabe salientar que o Raio - X deve ser feito longe das crises de infecções das vias aéreas superiores (IVAS), quando normalmente o tecido linfóide aumenta pela reação inflamatória e depois reduz-se substancialmente de forma espontânea. A tele radiografia utilizada pelos dentistas é muito útil e acessível, proporcionando bom contraste entre partes moles (adenóides, faringe e palato mole) e do tecido ósseo ao redor. A nasofibrosopia

é um exame elegante, feito no consultório com anestesia tópica para diminuir o desconforto, e visto numa tela de TV pela criança e pelos pais, em tempo real. Sua limitação ocorre pelo alto preço do equipamento, que tem tempo de vida limitado e está sujeito a danos por crianças que não colaboram. Acrescente-se que existem aquelas crianças que não permitem realizar a fibroscopia de nenhuma forma, em especial as de menor idade. Com relação ao resultado prático relativo à eficiência entre a nasofibroscopia e o Raio - X de cavum, não há comprovação de vantagem entre os dois na sua realização. A confiabilidade no diagnóstico do grau de obstrução provocado pelas adenóides comparando o exame por Raio - X de cavum e a nasofibroscopia é similar entre ambos os exames.

Desvio de septo

O respirador bucal persistente pode estar limitando o uso do seu nariz quando existir um desvio de septo. Na criança, ele pode ocorrer por causas genéticas, traumáticas e também no momento do parto quando este é realizado por via natural. Com apresentação cefálica, ao passar pelo pelve materna ao momento do nascimento, o nariz pode ser comprimido pela estrutura óssea provocando um deslocamento da porção cartilaginosa do nariz que sai do seu canal de inserção. Fazendo-se um exame externo com toque digital, é possível detectar a pirâmide nasal muito flácida. A correção deve ser feita neste momento, utilizando uma pinça introduzida na cavidade nasal a qual deverá ser tracionada para cima, e a cartilagem se encaixará novamente na sua posição da espinha nasal. O nariz do homem respeita uma alternância de fluxo respiratório entre as fossas nasais, onde enquanto uma fica permeável à passagem do ar, a outra congestiona e obstrui. Este fenômeno fisiológico é o chamado ciclo nasal, provocado por estimulação simpática/parassimpática autônoma e não controlada pelo paciente. A presença do desvio de septo altera e perturba a respiração nasal, e não responde ao uso de esteróides tópicos nasais.

Alteração do movimento muco-ciliar

O estado de congestão inflamatória da mucosa nasal, motivado por diferentes tipos de irritantes físicos, químicos e biológicos responde por uma reação vascular do nariz, uma congestão que produz obstrução e aumento da produção de muco. Este muco é parte importante da defesa das vias aéreas, sendo impulsionado da porção anterior do nariz para o rinofaringe a uma velocidade constante. Este movimento carreador, semelhante a um *“tapete rolante”*, impede que as bactérias, fungos, e outros microorganismos permaneçam um tempo maior na cavidade nasal, diminuindo a possibilidade de uma infecção. A resposta natural do nariz com aumento da quantidade de muco leva a um grau importante de obstrução. O efeito do esteróide nasal diretamente na cavidade durante essa condição de rinorréia é prejudicado pela incapacidade de atingir a superfície da mucosa. A excessiva quantidade de muco recobre a superfície da concha nasal, impede o efeito anti-inflamatório do *spray* nasal. No caso das viroses, ocorre destruição de células ciliadas e alterações do batimento ciliar. A lentidão do movimento muco-ciliar com estase do muco na cavidade contribui para aumentar o grau de obstrução nasal na criança. Papanicolau, ao examinar seu próprio escarro durante uma infecção viral, encontrou alterações das células ciliadas com inclusões nucleares

e bipartição do citoplasma com perda dos cílios. Ele denominou a este fenômeno “Ciliocitophoria”. Durante uma infecção por *Haemophilus influenzae*, toxinas liberadas pelas bactérias produzem alterações no batimento ciliar, alterando seu movimento para uma irregularidade na sincronização do batimento ciliar, podendo levar mesmo a sua paralisia.

Rinite alérgica

É a indicação ideal para o uso do esteróide tópico nasal. O processo inflamatório na concha nasal gera congestão da mesma, constituindo a queixa mais freqüente de desconforto do paciente, mais freqüente que as queixas de prurido, rinorréia e espirros. As causas do fracasso no tratamento com o *spray* de esteróide tópico nasal começam pela avaliação equivocada da mucosa das conchas nasais pelo examinador da criança. Sem necessitar de uma aparelhagem especial, o pediatra pode utilizar o próprio otoscópio para avaliar o aspecto da concha nasal. É preciso entender que a rinite não é estática, e que o médico que examina a criança através da rinoscopia está vendo um momento específico da evolução desta inflamação. Esta evolução pode ser no sentido tanto da piora quanto da melhora, razão pela qual se faz importante incorporar esta noção de que estamos examinando as conchas nasais em modificação dinâmica. A resposta pequena ao medicamento tópico nasal nos casos avaliados ocorre, quando as alterações das conchas nasais se tornaram tão intensas que pouco pode ser esperado do seu efeito. É importante conhecer a evolução do processo inflamatório da rinite para estabelecer a eficácia do uso do esteróide tópico nasal em cada caso específico. Desta forma podemos estabelecer o tempo de tratamento necessário, bem como as expectativas do resultado. A fase inicial de uma rinite manifesta-se pela congestão vascular e se reflete no aspecto de hiperemia acentuada da mucosa das conchas nasais ao exame. Persistindo a rinite, a fase seguinte da reação inflamatória inicial, é seguida pelo aparecimento de edema. Este edema se inicia por pontos mais pálidos em contraste com a mucosa vermelha, percebidos na rinoscopia. Em uma seqüência da evolução da rinite, estes pontos de palidez se unem e a concha nasal totalmente edemaciada aparece com uma cor uniformemente pálida, às vezes num extremo grau de edema com coloração acinzentada. Neste momento há grande aumento do seu volume, tornando a concha nasal obstrutiva. Seguido de rinorréia, uma secreção hialina viscosa, obrigando a criança a levar lenços consigo. É uma secreção que não pode descer em direção à faringe pelo grau de obstrução das conchas nasais. Já nesta fase fica difícil obter o resultado benéfico dos *sprays* de esteróides nasais, uma vez que o máximo que se consegue com sua aplicação é atingir a extremidade anterior da concha nasal inferior com o medicamento. Não há forma física para que o esteróide tópico ultrapasse o ponto de obstrução e atinja o restante da extensão da superfície das conchas nasais, situadas mais para o interior da cavidade nasal. Como exemplo das modificações em outras regiões do corpo humano, as alterações na mucosa das conchas nasais seguem de forma natural do período inflamatório da rinite para a fase de cicatrização com fibrose. A metaplasia do epitélio das conchas nasais levando inclusive à fibrose das mesmas, tem como resultado um tecido onde as células não estão mais em situação de absorver um medicamento e voltar ao seu estado natural,

por mais eficiente que seja este medicamento. É possível identificar este estágio de alteração da mucosa nasal visualizando ao exame do nariz, o aspecto rugoso que se manifesta na superfície da concha nasal. Este aspecto da mucosa que deixa de ser lisa, correspondendo à fibrose da submucosa, estágio diagnosticado por biópsia em casos estudados. Mesmo o aspecto irregular, granuloso da superfície, tem graus de intensidade, que vão de uma suave rugosidade até um aspecto francamente lobulado.

A importância na detecção precoce dessas variantes fica manifesta para a previsão quanto ao resultado do uso de esteróides tópicos nasais. No caso de ser utilizado nas fases mais tardias da rinite o esteróide tópico irá deixar de atuar na mucosa nasal, devido às alterações celulares já irreversíveis.

Direcionamento do jato do *spray* de esteróide tópico nasal

As descrições de hemorragia no septo, crostas e mesmo perfurações são provavelmente consequência do mau direcionamento do medicamento. Como a narina se abre lateralmente, é mais cômodo para o paciente direcionar de fora para dentro o aplicador e assim o septo recebe o *spray*. As recomendações de lateralizar o jato não ajudam, pois é trocar uma direção errada por outra igualmente enganosa, uma vez que, atingindo o vestíbulo nasal lateralmente o remédio não vai penetrar na profundidade da fossa nasal. Desta forma, a parte média e caudal da concha nasal não irá receber adequadamente a medicação, resultando em falha no tratamento.

Conclusão

O diagnóstico da etiologia real da obstrução nasal por componente alérgico é importante, uma vez que o esteróide tópico nasal está indicado no tratamento desta patologia. O estadiamento da patologia da mucosa da concha nasal é determinante para a obtenção de uma resposta nos casos que ainda não atingiram a fase de metaplasia. A forma de aplicação do *spray* de esteróide nasal é importante para garantir que a concha nasal receba a medicação em toda sua extensão.

Leituras recomendadas

1. Maria Cândida Rizzo. Abordagem diagnóstica do respirador oral: Radiologia de cavum versus nasofibrosopia. Maria Cândida Rizzo. Anais do X. Congresso Brasileiro, 6º. Congresso Latino-Americano de Alergia e Imunologia em Pediatria, Porto Alegre, 2007.
2. Berlucchi M. Long-term follow-up of children undergoing intranasal topical steroid therapy for adenoidal hypertrophy. Int J Pediatr Otorhinolaryngol, 2008.
3. Klimek L, Böttcher I. What are the changes in the nasal mucosa caused by allergic rhinitis? Deutsch Med Wochenschr. (2008) jul;133 Suppl 3:S88-94.