

Capítulo 42

Rinite Alérgica e Não-alérgica

João Ferreira de Mello Júnior
Olavo Mion
Fabiana Maia Nobre Rocha

RINITE ALÉRGICA

A rinite alérgica é uma inflamação da mucosa nasal mediada por IgE que ocorre após uma exposição aos alérgenos. A rinite alérgica acomete 10% a 25% da população mundial, entretanto é uma doença subestimada pelos médicos e pacientes que não a reconhecem como uma doença e procuram apenas o médico especialista quando ocorre alguma complicação (sinusite, otite entre outras). Embora a rinite alérgica não seja uma enfermidade grave, interfere na vida social do paciente, afetando o aprendizado escolar e a produtividade no trabalho.

De acordo com seu quadro clínico, pode ser classificada em intermitente e persistente. A rinite alérgica intermitente, antes conhecida como sazonal, é aquela cujos sintomas duram menos de quatro dias por semana ou menos de quatro semanas por ano, ao passo que na rinite persistente, antes conhecida como perene, os sintomas estão presentes por mais de quatro dias por semana e por mais de quatro semanas ao ano. Quanto à intensidade dos seus sintomas, podemos dividi-la em leve ou moderada e grave. A rinite leve difere da moderada ou grave por não apresentar distúrbios no sono nem interferir nas atividades diárias ou esportivas.

Infelizmente, ainda nos dias atuais, alguns profissionais tratam a obstrução nasal, depois de descartadas causas obstrutivas cirúrgicas, como rinite alérgica, não diagnosticando as diferentes rinites (Tabela 42.1). Conseqüentemente, conduzem os casos clínicos de forma inadequada.

Tabela 42.1. Diagnóstico Diferencial das Rinites

Rinite alérgica
Rinite infecciosa (viral ou bacteriana)
Rinite irritativa
Síndrome eosinofílica não-alérgica
Rinite medicamentosa (vasoconstritores tópicos nasais e cocaína)
Rinite do idoso
Rinite induzida por drogas (aspirina, betabloqueadores e outras)
Rinite hormonal (ciclo menstrual, puberdade, gestação e tireóide)
Rinite gustativa
Rinite idiopática
Rinite ocupacional
Rinite alimentar
Rinite emocional
Rinite por refluxo gastroesofágico
Pólipos
Fatores mecânicos (desvio septal, hipertrofia adenoideana, corpo estranho, atresia coanal)
Tumores benignos e malignos
Granulomas nasais
Disfunção ciliar
Fistula líquórica

Diagnóstico

História Clínica

O diagnóstico da rinite alérgica é feito através de anamnese e exame físico, sendo confirmado através de testes específicos. Quando existe uma discordância entre a história e o teste cutâneo, testes adicionais incluindo testes de provocação nasal podem ser indicados.

A rinite alérgica geralmente se inicia na infância ou na adolescência. Tem como características principais a presença de obstrução nasal, prurido nasal ou faríngeo, espirros “em salva”, rinorréia aquosa e sintomas irritativos oculares ou otológicos associados. Entretanto, esses sintomas também podem ser encontrados nas rinites não-alérgicas.

Podemos dividir os pacientes em dois grupos de acordo com a sua sintomatologia predominante: os obstruídos, ou *blockers*, cujo sintoma principal é a obstrução nasal, e os secretores, ou *sneezers e runners*, que apresentam espirros e coriza. Na rinite alérgica, o grupo predominante é o dos secretores, cujos sintomas são mais intensos pela manhã em aproximadamente 70% dos pacientes (Tabela 42.2).

A anamnese detalhada é de fundamental importância, quando deverá ser questionado qual o sintoma principal, o tempo de início, a sua frequência, a intensidade e a persistência ou a intermitência; o período do dia em que ocorre; antecedentes pessoais e familiares de alergia; os hábitos; as condições de moradia e ambiente profissional, pois alguns sintomas pioram no trabalho e melhoram no fim de semana ou no feriado; os fatores desencadeantes e agravantes; o uso de medicações; a relação com alimentos; e o impacto que provoca na qualidade de vida.

Tabela 42.2. Características Clínicas das Rinites

Secretores	Obstruídos
• Espirros	• Espirros esporádicos
• Coriza hialina	• Secreção catarral
• Rinorréia anterior e posterior	• Rinorréia posterior
• Prurido nasal	• Sem prurido
• Obstrução nasal variável	• Obstrução nasal severa
• Piora pela manhã	• Piora à noite
• Associada à conjuntivite (freqüentemente)	

Fonte: adaptada de Bousquet e cols.

Exame Físico

Na inspeção, podemos encontrar um sulco ou uma prega transversa, acima da ponta nasal, que ocorre devido o hábito de coçar o nariz com a palma da mão, também conhecido como “saudação do alérgico”. Outra alteração bastante freqüente são as linhas de Dennie-Morgan que são transversas, no limite da pálpebra inferior, características das atopias.

Na rinoscopia anterior, é comum o edema da mucosa das conchas nasais, principalmente da concha inferior, com palidez. Pode ou não apresentar secreção hialina ou mucóide, e na oroscopia podemos detectar a presença de folículos linfóides na parede posterior da faringe.

O exame físico otorrinolaringológico pode ser complementado pela nasofibrosopia, para descartar doenças nasais associadas.

Exames Complementares

Testes Cutâneos

O teste cutâneo da hipersensibilidade imediata continua sendo o padrão-ouro para demonstrar a reação mediada pela IgE. Representa a maior ferramenta diagnóstica no campo da alergia, confirmando o diagnóstico de alergia específica.

Os testes cutâneos podem ser intracutâneos (intradérmico) ou epicutâneos (escarificação, punctura e *prick test*). O teste de punctura é o mais utilizado devido ao menor índice de falso-positivo e à facilidade de realização. Os testes intradérmicos, embora sejam mais sensíveis que o *prick test*, podem induzir algumas reações falso-positivas, além disso podem produzir mais reações sistêmicas e ainda são mais dolorosos para o paciente.

O teste de punctura é realizado, geralmente, na face anterior do antebraço por meio de agulhas ou lancetas próprias. O antebraço é, inicialmente, limpo com álcool e, em seguida, são marcadas na pele, com caneta ou lápis dermatográfico, os pontos onde serão colocadas as gotas com os extratos dos alérgenos, uma gota em cada ponto, a uma distância de 2 cm. A seguir, realiza-se a punctura em cada ponto. Após 15 a 20 minutos, procede-se a leitura das reações. Procura-se a formação de pápulas > 3 mm, quando dizemos que o teste é positivo. É freqüente encontrarmos reações exageradas na pele com formações de pseudópodos, que são extensões anormais das pápulas.

Os testes não devem ser utilizados em pacientes em crise de broncoespasmo, dermatografismo, eczema cutâneo intenso, risco de reação anafilática e uso recente de algumas medicações.

Os resultados são confiáveis quando se utilizam extratos de boa qualidade e padronizados. É extremamente importante o uso do controle positivo (histamina), pois existem pacientes anérgicos; e o controle negativo (com o diluente do extrato e sem nada) para excluir reação ao diluente ou dermografismo. O controle positivo também pode ser utilizado como critério de avaliação de resultado, comparando-se o tamanho das pápulas.

Em relação aos alérgenos inalantes, o teste cutâneo positivo, associado à história clínica compatível, fecha o diagnóstico de rinite alérgica. São desnecessários testes *in vitro*.

Dosagem Sérica da IgE Total

A dosagem sérica da IgE total não deve ser usada como exame diagnóstico para rinite alérgica, pois apresenta baixa especificidade. Pode estar elevada em doenças alérgicas e parasitárias, assim como em outras condições, incluindo fatores raciais.

Dosagem Sérica de IgE Específica

O RAST (*radioallergosorbent test*) é o método *in vitro* mais divulgado, utilizado nos casos em que o teste cutâneo é contra-indicado. Apresenta menor risco e não é influenciado por drogas ou doenças de pele, entretanto possui algumas desvantagens em relação ao teste de punctura, como alto custo e demora nos resultados. A relevância clínica desses testes tem sido bastante estudada, e sua eficiência (especificidade e sensibilidade) é constatada em 85% dos casos com rinite alérgica, porém define apenas se o paciente produz ou não IgE específica.

Assim como os testes cutâneos, a qualidade dos extratos dos alérgenos também é importante, precisam ser padronizados, pois aumentam a acurácia e a eficiência desse teste.

Provocação Nasal

A rinite alérgica relaciona-se com a resposta desencadeada por IgE, porém nem sempre apresenta uma hipersensibilidade imediata. Inicialmente ocorre uma hiper-reatividade nasal que pode ser devida à exposição aos alérgenos, bem como aos agentes irritativos.

O teste da provocação nasal com alérgenos tem sido pouco utilizado na prática clínica, exceto para realizar o diagnóstico de rinite ocupacional, quando houver discrepância entre os achados clínicos e os testes cutâneos. Outras indicações são as pesquisas

clínicas. Recomenda-se a provocação nasal com aspirina como substituto para provocação oral por intolerância à aspirina. O teste de provocação pode ser usado ainda para testar hiper-reatividade inespecífica, utilizando-se agentes não específicos (histamina, metacolina, ar seco e frio).

O teste é realizado através da aplicação de *spray* ou nebulização contendo moléculas de alérgenos na cavidade nasal, desencadeando a reação de hipersensibilidade mediada por IgE. A positividade é dada por diferentes métodos, porém nenhum deles é totalmente aceito, pois os sintomas produzidos na provocação nasal podem ser muito variados. A resposta nasal pode ser aferida através de medidas objetivas e de um escore dos sintomas: número de espirros, volume da secreção nasal e queda do pico do fluxo nasal. As medidas objetivas mais utilizadas são a rinomanometria, a rinometria acústica e o *peak flow* nasal.

Citologia Nasal

Pode-se obter a citologia nasal através do esfregaço da secreção nasal, do raspado e do lavado. A biópsia, apesar de ser um método invasivo, continua sendo mais precisa para quantificar as células nasais.

As principais funções do citológico nasal são diferenciar as rinites alérgicas, não-alérgicas e infecciosas; o seguimento do curso da rinite e seu tratamento; diferenciar infecção viral e distinguir rinopatias inflamatórias.

Tratamento Clínico

O esquema geral de tratamento da rinite alérgica baseia-se no controle da exposição aos antígenos e irritantes, chamado higiene ambiental. Quando esta não é suficiente para controlar os sintomas, adicionamos a farmacoterapia. Existem dois grandes grupos de medicamentos que podem ser utilizados: os anti-histamínicos e descongestionantes controlam os sintomas rapidamente. Os antiinflamatórios, algumas vezes chamados de preventivos (cromoglicato dissódico, antileucotrienos e corticosteróides), demoram alguns dias para alcançarem efeito pleno. Quando a associação de higiene ambiental e farmacoterapia não é suficiente para controlar os sintomas, ou existe alguma contra-indicação ao seu uso, iniciamos as vacinas com extratos alergênicos. A utilização de soluções salinas para lavagem nasal, quer isotônicas, quer hipertônicas (3%), tem sido recomendada por diversos especialistas, inclusive nas rinites de

pacientes grávidas. Tais soluções podem controlar alguns sintomas, com risco virtual de efeitos colaterais relevantes.

Higiene Ambiental

Evitar o contato do paciente alérgico com as substâncias que lhe desencadeiam os sintomas é o primeiro passo e talvez o aspecto mais importante no tratamento. Alguns pacientes infelizmente não têm a melhora esperada, acarretando sua displicência na manutenção desses cuidados. Mesmo não sendo suficiente para controlar os sintomas, pode haver redução da intensidade dos sintomas, resultando em uma menor necessidade de utilização de medicamentos. A terapia não-medicamentosa envolve ainda a lavagem nasal com solução fisiológica, pois ela diminui o contato da mucosa nasal com o alérgeno, reduzindo a intensidade da reação e, conseqüentemente, os sintomas.

A alergia alimentar como causa de rinite alérgica é pouco freqüente. Quando ocorre, em geral teremos o surgimento de outras manifestações alérgicas sistêmicas, como problemas gastrintestinais, cutâneos e/ou pulmonares.

Os principais antígenos relacionados com a rinite alérgica são os inalados (Tabela 42.3). Além de evitar o contato com os antígenos, os pacientes devem ser orientados a evitar os irritantes nasais como cheiros fortes, fumaça de cigarro, perfumes e outros agentes da poluição.

Tabela 42.3. Antígenos Inalatórios mais Freqüentemente Associados à Rinite Alérgica

Acaros	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Dermatophagoides pteronyssinus</i> • <i>Dermatophagoides farinae</i> • <i>Blomia tropicalis</i> • <i>Euroglyphus maynei</i>
Fungos	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Alternaria alternata</i> • <i>Cladosporium herbarum</i> • <i>Aspergillus fumigatus</i> • <i>Candida</i> sp.
Baratas	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Blattella germanica</i> • <i>Periplaneta americana</i>
Antígenos animais	<ul style="list-style-type: none"> • Epitélio descamado de cão, gato, coelho, cavalo, boi • Proteínas da saliva e urina de gatos e roedores
Pólenes	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Phleum pratense</i> • <i>Lolium perenne</i> • <i>Dactylis glomerata</i> • <i>Festuca pratensis</i>

Farmacoterapia

Anti-histamínicos

Os anti-histamínicos estão entre os principais medicamentos utilizados no controle dos sintomas como prurido, espirros e rinorréia; em geral, possuindo pequeno efeito sobre a congestão nasal. Por outro lado, recentes estudos mostram que a azelastina tem efeito sobre a obstrução nasal de pacientes com rinite idiopática.

O principal mecanismo de ação dessa classe de medicamentos age sobre os receptores H₁ de histamina, em que atuam como agonistas inversos. Isso significa que induzem esses receptores a um estado inativo, ao passo que a histamina faz o contrário.

Os antagonistas H₁ podem ser divididos em clássicos e não-clássicos. Os de primeira geração, ou clássicos, por serem moléculas pequenas, facilmente atravessam a barreira hematoencefálica, conferindo-lhes um efeito sedativo importante. Além disso, potencializam o efeito depressor do álcool no sistema nervoso central, de inibidores da monoamina oxidase (IMAO), antidepressivos tricíclicos, anti-parkinsonianos, barbitúricos e benzodiazepínicos. Eles também interagem com contraceptivos orais, progesterona, reserpina e diuréticos tiazídicos, bem como inibem a ação de anticoagulantes.

Os anti-histamínicos de primeira geração desencadeiam fadiga e sonolência em 10% a 25% dos pacientes, e diminuem a capacidade de realizar tarefas que exigem habilidade motora; tal relação é dose-dependente. Alteram a coordenação motora o equivalente a uma dose sanguínea de 0,05 mg/dL de álcool. Nas crianças, alguns estudos revelam que sua utilização pode prejudicar o aproveitamento escolar. Possuem ainda efeitos anticolinérgicos.

Os anti-histamínicos não-clássicos incluem cetirizina, cetotifeno, desloratadina, ebastina, epinastina, fexofenadina, loratadina e rupatadina (para uso sistêmico), e azelastina (para uso tópico nasal). Esses anti-histamínicos de segunda geração são inibidores da expressão de ICAM-1, uma das moléculas de adesão relacionadas com a atração de eosinófilos para a mucosa nasal. Alguns, como a azelastina, são capazes de reduzir a liberação de histamina, a produção de leucotrienos e a entrada de cálcio na célula. Embora esses anti-histamínicos não-clássicos sejam bastante seguros e não causem sedação nas doses habituais (moléculas grandes e pouco lipofílicas), podem levar a quadros de depressão do sistema nervoso central quando ocorre superdosagem. Alguns deles como a fexofenadina são aprovados pela FDA para uso por pilotos de aviação comercial. A terfena-

dina e o astemizol foram retirados do mercado, pois, quando em altas concentrações sanguíneas, podiam provocar cardiotoxicidade. Como são metabolizados no fígado pelo sistema do citocromo P-450, sua ingestão deveria ser evitada quando os pacientes faziam uso de alguns antifúngicos (cetoconazol) e macrolídeos.

Descongestionantes

Os descongestionantes levam ao alívio da congestão nasal. Podem ser administrados por via tópica ou sistêmica, e ambas apresentam efeitos sistêmicos. São divididos em dois grupos. As catecolaminas (pseudo-epinefrina e fenilefrina [efeito predominantemente α_1]) e os imidazólicos (nafazolina, oximetazolina etc. [efeito predominante α_2]). Os dois grupos são efetivos, pois nos vasos de capacitância nasal existem receptores α_1 e α_2 .

Os de aplicação tópica têm início de ação muito rápido. Não devem ser utilizados por mais de cinco a sete dias sob pena de desenvolvimento de rinite medicamentosa (efeito rebote). Além desse efeito, os seletivos α_2 reduzem o fluxo sanguíneo da mucosa para cerca de 30% a 40%, o que, em longo prazo, pode gerar destruição do epitélio e perfuração septal.

Os sistêmicos são os únicos que podem ser usados por período mais prolongado, pois não têm efeito rebote. Seu início de ação é ao redor de 30 minutos, e seus efeitos colaterais mais comuns são nervosismo, tremores, cefaléia, insônia, aumento da pressão sanguínea e retenção urinária em pacientes com hipertrofia da próstata. São causa importante de intoxicação em crianças.

Anticolinérgicos

O brometo de ipratrópio é um derivado quaternário da isopropil noratropina, porém não se encontra mais disponível para aplicação tópica nasal. Seu mecanismo de ação corresponde à competição com a acetilcolina pelos receptores muscarínicos, inibindo sua ação em receptores pós-ganglionares e em células efectoras (mastócitos, basófilos, células do músculo liso etc.). É pouco absorvido pela mucosa nasal, além de apresentar pouca lipossolubilidade e não atravessar a membrana hematoencefálica, como a atropina. Seu efeito é local apenas, e nas doses usuais reduz a rinorréia, com pequeno efeito sobre obstrução.

Seus principais efeitos colaterais (nas doses usuais) são secura da mucosa nasal, epistaxe, irritação local, cefaléia e irritação faríngea.

Cromoglicato Dissódico

O cromoglicato dissódico é capaz de estabilizar a membrana dos mastócitos, diminuindo sua degranulação. Além disto, inibe a entrada de cálcio na célula, assim como diminui sua disponibilidade intracelular, e, por conseqüência, diminui a liberação de histamina. Bloqueia algumas ações do PAF e diminui a reatividade de receptores irritativos sensitivos aferentes. Clinicamente, controla espirros, rinorréia e prurido, com pouca ação sobre a obstrução. Seu efeito pleno surge em, aproximadamente, duas a quatro semanas, e seus principais efeitos colaterais são irritação local, gosto amargo e espirros. Por apresentar baixíssimos índices de efeitos colaterais, torna-se uma medicação segura para ser utilizada em crianças.

Antileucotrienos

Os leucotrienos são provenientes do metabolismo do ácido araquidônico pela ação da 5-lipooxigenase e um co-fator denominado FLAP. Estão relacionados com a atração de eosinófilos para a mucosa nasal, com o aumento de produção de citocinas (IL-4 e 5) e com a elevação da permeabilidade vascular. Os sintomas relacionados são obstrução nasal e coriza.

Os antileucotrienos podem ser divididos em dois grupos, os inibidores de síntese (zileuton) e os antagonistas de receptores (montelucaste e zafirlucaste). O montelucast tem-se mostrado útil no controle da obstrução nasal e da coriza, principalmente em pacientes com associação de sintomas de vias aéreas inferiores.

Corticosteróides

A medicação padrão-ouro para o tratamento da rinite alérgica é o corticosteróide tópico. Todas as células do nosso corpo possuem receptores em sua membrana plasmática para os corticosteróides. Eles, ao se ligarem a esses receptores, encaminham-se ao núcleo, de onde irão estimular áreas de DNA. Dessa estimulação resulta a inibição da síntese de várias citocinas e interleucinas inflamatórias e moléculas de adesão. Além disso, existe a indução da síntese de citocinas antiinflamatórias. O resultado é uma redução da liberação de mediadores provenientes do ácido araquidônico, assim como redução local do número de mastócitos e diminuição do influxo de basófilos e eosinófilos.

Os corticosteróides tópicos não são usados como medicamentos sintomáticos, mais sim antiinflamatórios, e por isso mesmo de forma preventiva. Sua ação plena demora alguns dias para ser alcançada,

sendo, então, capaz de controlar os sintomas tanto da fase imediata quanto da tardia. Sua utilização diminui os espirros, a rinorréia e o edema dos cornetos, conseqüentemente a obstrução nasal.

Os corticosteróides podem ser administrados de forma sistêmica ou tópica. No caso da rinite alérgica, a via sistêmica é muito pouco utilizada, sendo reservada para quadros muito graves, quando, então, são empregados por curto espaço de tempo.

No nosso mercado existem vários corticosteróides tópicos, para uso nasal, disponíveis, como o dipropionato de beclometasona, a budesonida, o propionato de fluticasona, o furoato de mometasona e o acetato de triancinolona.

Os efeitos colaterais mais freqüentemente encontrados com a utilização dos corticosteróides anteriormente citados, nas doses recomendadas, são irritação, espirros, sensação de mucosa seca, sabor desagradável e epistaxe. Embora sejam descritos, o surgimento de perfuração septal e de candidíase nasal é bastante raro. O gás empregado nas apresentações em aerossol pode acarretar uma irritação local, o mesmo não ocorrendo com a apresentação aquosa, porém alguns doentes referem a sensação de gosto desagradável após sua aplicação.

Todos os corticosteróides tópicos existentes para aplicação nasal são absorvidos. Excetuando-se a betametasona e a dexametasona, os outros não têm efeitos sistêmicos relevantes, quando utilizados nas doses recomendadas. Logo que a medicação é aplicada nas fossas nasais, parte dela será absorvida, porém, já na sua primeira passagem pelo fígado, será quase que totalmente metabolizada em produtos inativos.

Imunoterapia

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a imunoterapia com extratos alérgicos é a única forma de tratamento da rinite alérgica capaz de alterar a evolução natural da doença. Sua indicação está descrita na Tabela 42.4. Atualmente, existe a tendência de indicação no início da doença, pois, assim, evitaremos suas possíveis complicações.

O objetivo de sua utilização é a redução da reatividade específica aos antígenos, assim sendo, diminuindo a dose ou até mesmo retirando a medicação utilizada para o controle dos sintomas.

Sabemos que uma das características dos doentes alérgicos é a presença de linfócitos T auxiliares do tipo 2 (Th2). Dentre os vários efeitos da imunoterapia, como a redução de receptores celulares para IgE,

elevação de anticorpos bloqueadores como a IgG4, o retorno ao padrão em que existe o predomínio da alça Th1 em relação à Th2 é um ponto de extrema relevância no seu mecanismo de ação.

Segundo a literatura disponível, a imunoterapia deve ser realizada por tempo prolongado. Quando utilizamos o material e a técnica corretos, são poucos os casos de reações adversas. As contra-indicações para a imunoterapia estão descritas na Tabela 42.4.

Tabela 42.4. Indicações e Contra-indicações da Imunoterapia com Extratos Alérgicos em Rinite Alérgica

<i>Indicações</i>	<i>Contra-indicações</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Doença mediada por IgE • Falha na higiene ambiental • Falha na farmacoterapia <ul style="list-style-type: none"> – Ausência de resposta satisfatória – Efeitos indesejáveis – Não-aderência ao seu uso crônico • Utilização de extratos de boa qualidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Imunodeficiência • Doenças auto-imunes graves • Neoplasias malignas • Distúrbio psicológico grave • Uso de betabloqueadores • Asma grave não controlada por farmacoterapia • Doenças cardiovasculares que contra-indiquem o uso de epinefrina • Crianças com menos de 5 anos • Não-aderência ao tratamento

Enfoque Terapêutico Inicial

Utilizando uma tabela de escores (Tabela 42.5) podemos classificar a rinite alérgica em quatro graus de gravidade.

Para cada um desses grupos, utilizamos um enfoque terapêutico inicial diferente (Tabela 42.6). Para todos os pacientes, fazemos uma orientação sobre como minimizar o contato com os antígenos e irritantes inespecíficos. Utilizamos ainda um anti-histamínico, se necessário associado a descongestionante, por um período de sete a dez dias. Para os doentes do grupo 2 (escore de sete a 12), adicionamos cromoglicato dissódico (crianças) ou corticosteróides tópico (metade da dose) por um período de um mês. Para os doentes do grupo 3 (escore de 13 a 18), a dose do corticosteróide será plena, pelo mesmo período. Os pacientes do grupo 4 (escore 19 a 24) recebem a mesma orientação terapêutica dos do grupo 3, porém associamos por cerca de uma semana um corticosteróide sistêmico. Os pacientes são reavaliados com um mês de tratamento. Caso tenham melhorado, seu tratamento será como o do grupo anterior, e caso contrário o do posterior. Quando existe indicação, os pacientes são encami-

Tabela 42.5. Escores de Sinais e Sintomas

Sintomas	Sinais
Espirros – prurido 0 – Ausente 1 – 1 a 4 por dia, prurido ocasional 2 – 5 a 10 por dia, prurido esporádico por 30 minutos 3 – 11 ou mais, interfere com sono e/ou concentração	Cornetos – coloração 0 – Róseo 1 – Avermelhado – rosa pálido 2 – Vermelho – pálido 3 – Anêmico – azulado
Coriza 0 – Ausente 1 – Limpeza 1 a 4 vezes ao dia 2 – Limpeza 5 a 10 vezes ao dia 3 – Limpeza constante	Edema 0 – Ausente 1 – Hipertrofia de corneto inferior ou médio com pequeno bloqueio nasal 2 – Congestão comprometendo a respiração em uma ou ambas as fossas nasais 3 – Congestão impedindo a respiração em uma ou ambas as fossas nasais
Obstrução nasal 0 – Ausente 1 – Pequena e não atrapalha 2 – Respiração bucal na maior parte do dia 3 – Não respira pelo nariz, interfere com sono, olfato ou voz	Secreção 0 – Ausente 1 – A mucosa parece úmida 2 – Secreção visível em cornetos ou assoalho da fossa nasal 3 – Profusa, drenando
Secreção retronasal 0 – Ausente 1 – Sensação de secreção na garganta 2 – Limpeza freqüente da garganta 3 – Tosse e incomoda para falar	Inflamação faríngea 0 – Normal 1 – Orofaringe discretamente vermelha 2 – Orofaringe vermelha e folículos linfóides aparentes 3 – Muco visível na parede posterior da orofaringe

nhados para serem submetidos à imunoterapia com extratos alergênicos.

Caso não haja melhora da obstrução nasal, os pacientes são avaliados para uma possível indicação cirúrgica.

Futuro

O futuro do tratamento da rinite alérgica não deve ser diferente do esquema atualmente utilizado. Isso significa que nada substituirá a orientação para higiene ambiental adequada. O que mudará é a disponibilidade de um arsenal terapêutico mais amplo, com novas drogas. Dentre elas temos os antagonistas de interleucinas como a anti-IL-4, anti-IL-5 e os antagonistas de IgE.

A interleucina-4 está relacionada com a diferenciação de linfócitos Th2, o estímulo da síntese de IgE e a expressão de moléculas de adesão (VCAM-1) no endotélio dos vasos nasais. A anti-IL-4, aplicada com nebulizador, compete com os receptores da IL-4, reduzindo os escores clínicos das doenças alérgicas.

A interleucina-5 atua na diferenciação, sobrevivência, ativação e quimiotaxia do eosinófilo. A anti-IL-5 é um anticorpo direcionado a essa interleucina. Pode ser utilizada de forma tópica ou sistêmica, reduzindo a inflamação eosinofílica.

A anti-IgE é um anticorpo direcionado à fração Fc da IgE, que é a porção que se liga à célula e não ao antígeno. Portanto, liga-se a toda a IgE do paciente e não apenas àquela direcionada aos alérgenos. É

Tabela 42.6. Enfoque Terapêutico Inicial da Rinite Alérgica (Vide texto)

Escore			
0 a 6	7 a 12	13 a 18	19 a 24
			Corticosteróide sistêmico***
	Corticosteróide tópico na metade da dose Cromoglicato dissódico*	Corticosteróide tópico Dose plena	
Imunoterapia**			
Anti-histamínico sistêmico ou tópico/descongestionante sistêmico**			
← 1 mês → Cirurgia**			
Higiene ambiental			

* Crianças.

** Se necessário.

*** Por curto espaço de tempo.

utilizada por via subcutânea ou endovenosa, inibindo a liberação de mediadores pelos mastócitos e eosinófilos e reduzindo a produção de IgE.

RINITES NÃO-ALÉRGICAS

As rinites não-alérgicas são reações inflamatórias da mucosa nasal sem participação do mecanismo alérgico, ou seja, não ocorre uma reação do tipo I de Gell e Coombs mediada por IgE específica.

As rinites não-alérgicas são diagnóstico de exceção em relação à rinite alérgica. Pacientes com sintomas nasais inflamatórios crônicos, submetidos aos exames diagnósticos conhecidos até o momento, e que não mostraram reação positiva a um antígeno específico causador dos sintomas, têm rinite não-alérgica. A Tabela 42.7 mostra os tipos mais comuns de rinites (classificadas segundo a presença de células inflamatórias).

A Fig. 42.1 resume de maneira esquemática as principais vias e mecanismos fisiopatológicas das principais rinites, dividindo-as em três grandes grupos: viral, alérgico e irritativo.

Os sintomas das rinites, tanto alérgicas quanto não-alérgicas, caracterizam-se por rinorréia, espirros, prurido e obstrução nasal. Podem ocorrer ainda hiposmia e roncos. Todas as rinites apresentam sintomas semelhantes, variando apenas a intensidade em cada subtipo. A história clínica deve ser minuciosa e os exames complementares devem ser feitos corretamente para que o diagnóstico etiológico seja preciso e o tratamento, efetivo. Em relação à idade de início, as rinites não-alérgicas e não-infecciosas

são mais tardias, e a relação familiar não é tão clara, ou inexistente. Geralmente, nos casos de rinites não-infecciosas e não-alérgicas, o prognóstico é bom, e o tratamento clínico ou cirúrgico (quando necessário) é eficaz.

Tipos de Rinites

Rinite Infecciosa

A rinossinusite aguda viral é uma das doenças nasais mais frequentes, que afeta 5% a 15% da população urbana. Podemos classificá-la em aguda, aguda recorrente, crônica e exacerbações agudas da doença crônica. Pode ter etiologia viral, bacteriana ou de outros agentes infecciosos. Os agentes virais mais frequentes são *Rhinovirus*, vírus influenza e parainfluenza. Dentre as bactérias mais comuns, destacam-se o *Streptococcus pneumoniae* (20% a 35%) e o *Haeemophilus influenzae* (6% a 26%). Outras bactérias encontradas são *Moraxella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus* e anaeróbios. Etiologias menos frequentes podem ocorrer, como *Pseudomonas aeruginosa*, *Aspergillus*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Klebsiella rhinoscleromatis*, *Mycobacterium leprae* e *Treponema pallidum*.

Rinite Eosinofílica Não-alérgica

Trata-se de uma rinite persistente com eosinofilia nasal. Consiste de uma síndrome heterogênea com dois subgrupos principais: a rinite eosinofílica não-alérgica (RENA) e a intolerância à aspirina.

Caracteriza-se pela presença de eosinofilia nasal com sintomas perenes de espirros e prurido, coriza,

Tabela 42.7. Classificação das Rinites segundo a Presença de Células Inflamatórias

Rinites com Células Inflamatórias			Rinites sem Células Inflamatórias	
Eosinófilos	Neutrófilos	Outras	Irritantes	Outras
Rinite alérgica	Rinossinusite bacteriana	Rinite viral	Rinite idiopática	Rinite atrófica
Síndrome eosinofílica não-alérgica	Adenoidite	Granulomatose de Wegener	Rinite irritativa	Gestacional
Síndrome da eosinofilia crônica e sinusite	Fibrose cística	Sarcoidose	Rinite do idoso	Hormonal
Sensibilidade ao ácido acetil salicílico		Granuloma de linha média	Rinite gustativa	Fármacos
		Outras inflamações não-usuais	Rinite do frio (esquiador)	Tumores
			Sensibilidade a múltiplas substâncias químicas	Etc.

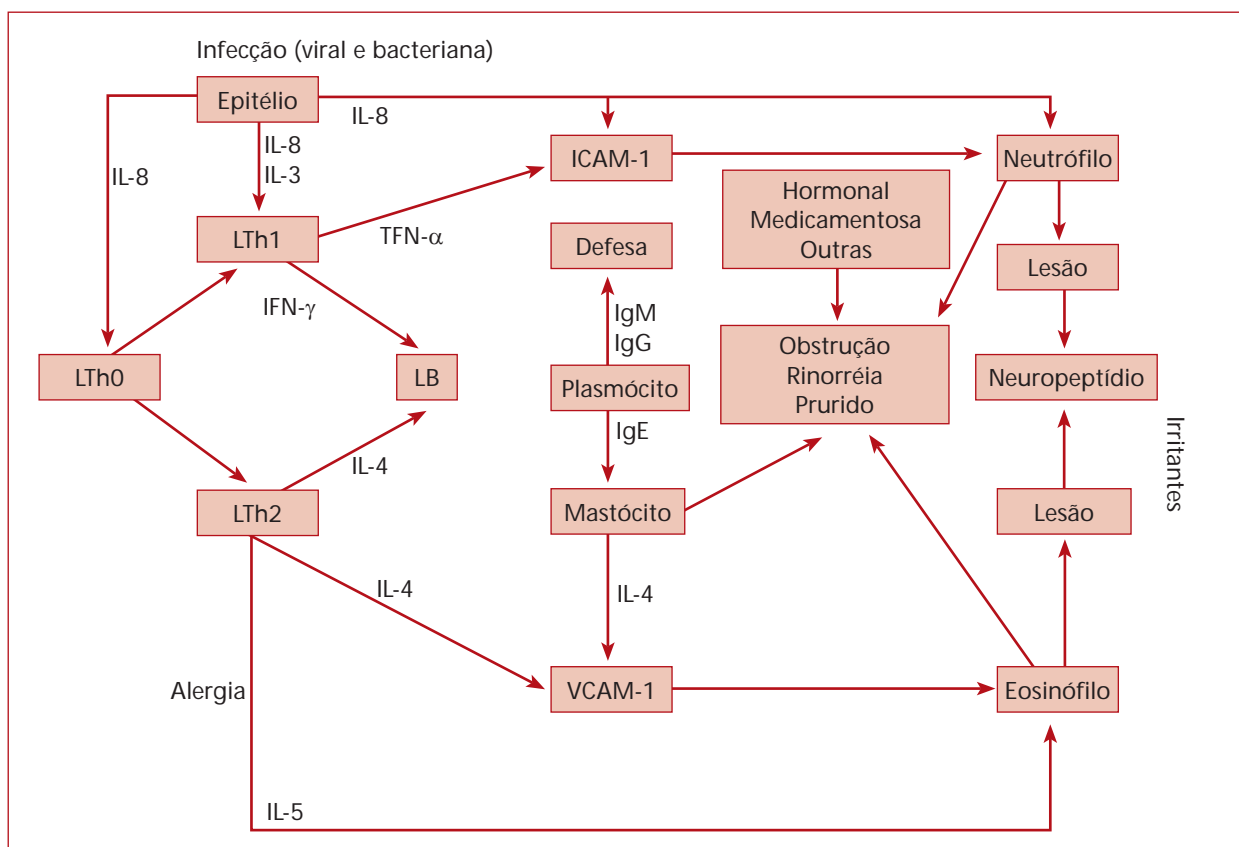


Fig. 42.1 – Principais grupos de rinites e seus mediadores. IL – interleucina; LTh – linfócito T-helper; IFN- γ – interferon-gama; ICAM e VCAM – moléculas de adesão; TNF- α – fator de necrose tumoral alfa.

obstrução nasal, e às vezes diminuição da olfação. Existe associação a hiper-reatividade brônquica inespecífica em 50% dos casos, embora a asma não seja comum.

A RENA envolve três estágios distintos: migração de eosinófilos dos vasos para as secreções, retenção de eosinófilos na mucosa (ativação de origem desconhecida) e polipose nasal.

A maioria dos casos de RENA tem boa resposta aos corticosteróides tópicos.

Rinite Idiopática

A rinite idiopática é de etiologia desconhecida, acomete geralmente o sexo feminino, entre 40 e 60 anos, ocorre devido a uma hiper-reatividade do trato respiratório superior a substâncias ambientais inespecíficas, como mudanças de temperatura e umidade, exposição a odores fortes ou perfumes, e fumaça de cigarro. No passado, era conhecida como rinite vasomotora, porém posteriormente se descobriu que o componente vasomotor não era patognomônico e nem o único mecanismo fisiopatológico desse tipo de rinite.

Rinite Irritativa

A rinite irritativa é um tipo de rinite não-alérgica que ocorre após exposição a um ou mais agentes irritantes. Após um intenso contato de determinado agente com a mucosa nasal, acontece uma irritação direta celular e neural, gerando os sintomas de obstrução e prurido nasal, rinorréia ou ressecamento nasal. Geralmente, os sintomas diminuem quando o paciente se afasta do agente irritante. Por muitas vezes, a lesão tecidual pode ser maior, necessitando de tratamento específico com corticoterapia tópica, e sintomático, com descongestionantes orais, após o diagnóstico específico.

Rinite Ocupacional

A rinite ocupacional ocorre após exposição aos agentes aéreos no ambiente de trabalho, e pode ser alérgica ou não-alérgica. Muitos agentes ocupacionais são irritantes. As causas mais comuns de rinite ocupacional incluem grãos (padeiros e agricultores), fuligem de madeira, látex, animais de laboratório (ratos, porcos e outros) e produtos químicos, como ácidos, sais, colas e solventes etc.

A rinite ocupacional não-alérgica, geralmente, é devida à irritação direta de substâncias ambientais nocivas à mucosa nasal, com um quadro de obstrução e irritação nasal acompanhado de rinorréia. É comum em locais de trabalho onde os irritantes ambientais são abundantes, como em fábricas com emissão de gases que provêm da combustão de óleos, ou na formação de produtos químicos.

Em relação à alérgica, acomete geralmente trabalhadores de locais onde existem proteínas de plantas ou animais no local de trabalho. A rinite do padeiro ocorre por alergia à farinha ou a ácaros de estocagem. Já em profissionais de saúde, a alergia ao látex, geralmente dermatite, é cada vez mais comum. A prevenção é essencial, com uso de máscaras e luvas hipoalérgicas.

O ambiente deve ser protegido, com aspiradores, telas de proteção, filtros de ar, dependendo do agente irritante. O funcionário deve usar máscara protetora durante o período em que estiver no ambiente com os gases.

Rinite do Idoso

A rinite do idoso ocorre após os 65 anos de idade, devido a mudanças fisiológicas da vascularização e dos tecidos conectivos do nariz. Os sintomas mais freqüentes são rinorréia anterior e posterior, principalmente ao ingerir alimentos quentes e ao deitar à noite. Pode ocorrer ainda obstrução nasal.

A rinite por atrofia da mucosa nasal não é incomum e pode levar à pequena perfuração septal anterior, sem causa aparente.

A rinite alérgica raramente acomete o idoso, pois a reatividade diminui com o tempo, tornando-o anérgico. Ao contrário, a reatividade nasal torna-se exacerbada em alguns indivíduos.

O tratamento com anticolinérgicos tópicos controla a rinorréia de maneira satisfatória, porém não estão mais disponíveis, no Brasil, para aplicação tópica nasal. O uso de descongestionantes orais também é efetivo em alguns casos, mas podem causar efeitos colaterais em idosos, principalmente retenção urinária em pacientes com hipertrofia prostática. Devem-se evitar os descongestionantes em pacientes com cardiopatia grave e as drogas sedativas, pois podem causar severos efeitos colaterais.

Muitas drogas comumente usadas por idosos, como reserpina, guanetidina, fentolamina, metildopa, prazosin, clorpromazina e inibidores da enzima conversora de angiotensina, podem causar rinite, cujo sintoma costuma ser, normalmente, a obstrução nasal.

Como última consideração, a incidência de tumores malignos aumenta na terceira idade. O exame minucioso da fossa nasal nessa faixa etária é imprescindível.

Rinite Hormonal

Os hormônios estrógenos e fatores de crescimento placentários atuam sobre o trofismo da mucosa respiratória e a velocidade de transporte mucociliar nasal. O mecanismo de ação mais provável da rinite hormonal é através dos receptores estrogênicos nas terminações nervosas, glândulas da mucosa e submucosa do nariz. Os estrógenos ativam o sistema nervoso parassimpático, desencadeando obstrução nasal, espirros e rinorréia.

As rinites podem ocorrer durante o ciclo menstrual, puberdade, gestação e desordens endócrinas específicas como o hipotireoidismo. A irregularidade hormonal pode ser responsável por atrofia da mucosa nasal na menopausa.

Algumas mulheres têm obstrução nasal durante a menstruação ou em uso de contraceptivos hormonais com doses altas de estrógenos. As mulheres no climatério que não realizam reposição hormonal tendem a apresentar atrofia da mucosa nasal, com sensação de ressecamento e episódios de epistaxe mais freqüentemente.

A rinite gestacional caracteriza-se pela congestão nasal no último trimestre da gravidez, sem outros sinais de causas alérgicas ou infecciosas das vias aéreas superiores, desaparecendo completamente duas semanas após o parto. Atinge cerca de 30% a 40% das gestantes, pior em múltiparas, e pode acontecer também no início da gestação.

As gestantes devem evitar o consumo de medicamentos sem prescrição médica, devido ao risco de teratogênese (Tabela 42.8). Deve-se tomar cuidado com medicamentos novos, pois foram ainda pouco estudados.

Rinite no Esporte

A rinite do atleta é pouco freqüente, ocasionada devido a um efeito rebote que ocorre após o aumento da pulsação e diminuição da resistência nasal por cerca de até 1 hora após o exercício, especialmente em corredores de longa distância e ciclistas.

Os vasoconstritores efedrina e pseudo-efedrina oral e nasal, os corticosteróides e os esteróides tópicos (a não ser que o atleta tenha uma declaração médica para sua utilização) são contra-indicados. Os anti-his-

Tabela 42.8. Tratamento da Rinite Gestacional

Inicial	<ul style="list-style-type: none"> Higiene ambiental e lavagem nasal
Anticolinérgicos	<ul style="list-style-type: none"> Provou-se serem seguros, mas deve-se usar após o terceiro trimestre de gestação
Cromoglicato	<ul style="list-style-type: none"> Deve-se usar após o terceiro trimestre de gestação
Corticosteróides tópicos	<ul style="list-style-type: none"> Sem registro de teratogenicidade (sistêmico) Não se recomenda o uso antes do terceiro trimestre de gestação Dose mais baixa possível e pelo menor tempo necessário A budesonida é classificada como classe B segundo a FDA*
Imunoterapia	<ul style="list-style-type: none"> Não aumentar a dose durante a gestação, para evitar-se o risco de anafilaxia Para iniciar a imunoterapia, recomenda-se esperar o término da gestação

* Risco de medicamentos utilizados durante a gravidez gerarem problemas ao feto segundo a FDA (Food and Drug Administration): Classe A – ausência de risco; Classe B – sem evidência de risco; Classe C – o risco não pode ser afastado; Classe D – evidência de risco; Classe E – contra-indicação.

tamínicos de primeira geração, com efeito colinérgico e sedativo, não são indicados. Em caso da opção pela imunoterapia, devemos lembrar que esta pode causar desconforto na região da aplicação subcutânea.

Rinite Gustativa

A rinite gustativa é uma rinite incomum, com grande incômodo para o paciente. Seus sintomas são desencadeados quando o paciente ingere alimentos condimentados ou com diferença de temperatura, geralmente quentes. A queixa principal é rinorréia aquosa durante as alimentações e, geralmente, acomete indivíduos com rinite idiopática.

O tratamento é semelhante ao da rinite do idoso, com anticolinérgicos tópicos diariamente ou antes das refeições nos pacientes mais reativos.

Rinite Medicamentosa e por Drogas

A rinite medicamentosa, decorrente do uso crônico de descongestionantes tópicos, altera a fisiologia nasal, diminuindo os batimentos ciliares e causando um efeito rebote, levando a uma maior congestão nasal. Essas drogas devem ser reservadas para situações nas quais os descongestionantes orais não podem ser usados, restringindo seu uso para no máximo duas vezes ao dia por poucos dias (menos de cinco a sete). Geralmente, o descongestionante

causa uma complicação da obstrução nasal inicial do paciente.

O tratamento deve ser a descontinuação do uso do vasoconstritor imediatamente, uso de descongestionantes orais para alívio do paciente, e corticosteróide tópico nos casos mais leves. Nos casos graves, pode-se introduzir corticosteróide oral em doses baixas.

As rinites por drogas têm a sua origem bem estabelecida. Os fármacos que mais frequentemente causam sintomas nasais são a aspirina ou outro antiinflamatório não-hormonal, metildopa, inibidor da ECA, antagonistas α -adrenérgicos, reserpina, antidepressivos, contraceptivos orais, estrógenos e colírios com betabloqueador.

Tratamento das Rinites Não-alérgicas

O tratamento das rinites não-alérgicas visa a combater a causa, afastando-a do paciente, porém o uso de algumas drogas e a lavagem nasal, já mencionados, são necessários em algumas ocasiões.


Os anti-histamínicos são normalmente usados na rinite alérgica, porém nas rinites não-alérgicas eles também têm uma função importante. Inibem a ação da histamina no receptor da célula, ocasionando uma inibição da ação histamínica de origem não-alérgica nos pacientes onde não existe a reação da IgE específica. Sua ação principal será a diminuição de prurido, espirros e rinorréia.

Os descongestionantes orais produzem rápido alívio da obstrução em qualquer tipo de rinite inflamatória, levando a uma maior adesão ao tratamento.

Os corticosteróides tópicos atuam em todo o processo inflamatório da mucosa nasal, de etiologia alérgica ou não, e são considerados a classe de medicamentos mais efetiva nas rinites não-alérgicas em geral. Podem ser usados em adultos, e alguns são liberados para uso em crianças. Sua absorção sistêmica é mínima, existindo muito poucos efeitos colaterais, que geralmente ocorrem em superdosagem ou mau uso por parte do paciente.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Balbani AP, Duarte JG, de Mello JF, D'Antonio WE, Camara J, Butugan O. Toxicity of drugs used for treatment of rhinitis: A reminder to the otorhinolaryngologist. *Am J Rhinol*, 14:77-82, 2000.
- Balbani APS, Mello Jr, JF, Marone SAM, Butugan O. Influência Hormonal sobre a Fisiopatologia da Rinite. *Rev Bras Alerg Immunopatol*, 23(4):151-157, 2000.

- 
3. Bousquet PJ, Bousquet-Rouanet L, Co Minh HB et al. ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma). Classification of allergic rhinitis severity in clinical practice in France. *Int Arch Allergy Immunol*, 143:163-169, 2007.
 4. Ellegard EK. The etiology and management of pregnancy rhinitis. *Am J Respir Med*, 2:469-75, 2003.
 5. Informe da Organização Mundial da Saúde. Imunoterapia com alérgenos: vacinas terapêuticas para doenças alérgicas. *Rev Bras Alerg Immunopatol*, 23:1-55, 2000.
 6. Mion O, Mello Jr JF, Gomes A, Miniti A. Rhinitis in the elderly needs specific management. *Rhinology. Abstracts of the Congress of the European Rhinologic Society – International Symposium on Infection and Allergy of the Nose*, p. 100, 2002.