

A Rinite Alérgica na Prática Clínica

JOSEFINA RODRIGUES* - Porto - Portugal

A inflamação da mucosa nasal, conhecida por rinite, pode resultar de infecções por vírus ou bactérias ou surgir como resultado de um processo não infeccioso como o alérgico. Neste pequeno artigo trataremos apenas da rinite alérgica.

A rinite é uma patologia comum na população geral variando a sua prevalência com a proveniência do país estudado. Assim, enquanto que por exemplo na Suécia dois estudos dão uma prevalência de 15% para os homens e 14% para as mulheres, já nos USA a prevalência cumulativa anda pelos 20%. As reacções da mucosa do nariz manifestam-se por quatro sintomas principais: obstrução nasal, secreção, espirros e prurido. Na rinite alérgica o prurido, espirros e rinorreia serosa instalam-se geralmente por esta ordem sendo frequentemente seguidos de obstrução nasal. Estes sintomas acompanham-se muitas vezes de conjuntivite, e prurido no palato, faringe e ouvidos. A rinite não alérgica, embora possa manifestar-se com os mesmos sintomas, mais frequentemente apresenta a obstrução nasal como sintoma mais intenso. A alergia nasal é considerada por muitos uma afecção de menor importância, encontrando-se nos livros de texto de doenças imunoalérgicas apenas pequenos capítulos que a ela se referem. São os próprios doentes que muitas vezes não consideram a sua sintomatologia importante. Também grande número de médicos não alertados para o problema, podem ser induzidos a minimizar os sintomas dos seus doentes, tratando muitas vezes as queixas, esquecendo as suas causas mais específicas. Embora sem a gravidade e o dramatismo que se coloca num doente com asma brônquica, é uma doença muito frequente entre nós. Mesmo sem estatísticas exactas da sua prevalência na nossa população, sabemos que cerca de 50% das rinites que frequentam a nossa consulta externa de Imunoalergologia, são de etiologia alérgica, predominando a alergia a ácaros e faneras.

A morbilidade da rinite é significativa, principalmente quando se torna crónica. As crises de espirros, rinorreia e obstrução nasal são muitas vezes acompanhadas de perturbações do sono, cefaleias, secura de boca, perda do olfacto e muitas vezes até do paladar. Podem, como se compreende, causar grandes per-

turbações, particularmente no humor e no trabalho intelectual afectando a actividade profissional e o rendimento escolar dos jovens estudantes.

É uma afecção que pode provocar algumas complicações: alterações da configuração da face nas crianças (principalmente no desenvolvimento da arcada dentária e implantação dos dentes), infecções de repetição a nível dos seios perinasais, otite serosa, podendo esta ao passar despercebida provocar hipoacusia. A persistência de obstrução nasal condicionando respiração oral pode contribuir para o agravamento da asma, patologia a que frequentemente se associa.

Do ponto de vista económico, calcula-se que esta doença origine só nos USA perdas de produtividade no trabalho traduzidas em vários milhões de dólares, além dos custos com a terapêutica e ainda cerca de dois milhões de dias de faltas á escola por ano.

Por todas as razões apontadas justifica-se uma grande atenção por parte dos médicos para esta afecção das vias aéreas superiores (Fig. 1). A melhor compreensão da doença contribuirá para melhorar o diagnóstico e a terapêutica.

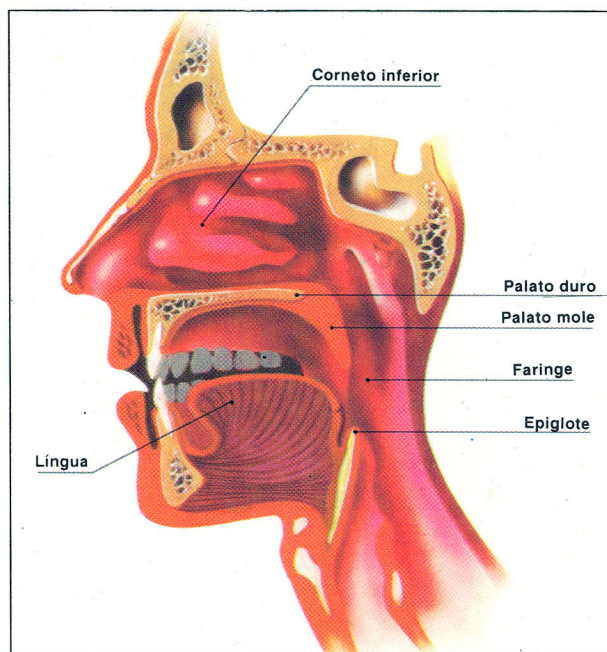


Fig. 1 - Corte sagital das vias aéreas superiores.

* Assistente Hospitalar de Imunoalergologia
Unidade de Imunoalergologia, Hospital S. João
(Directora: Dr.ª Marianela Vaz)

Segundo F. Mullarkey há dois tipos "major" de rinite: alérgica e não alérgica. A rinite alérgica pode ser sazonal e per anual. A rinite sazonal (na maioria dos casos provocada por pólenes de gramíneas) tem como característica ser "mensurável" através da IgE específica para alergenais inalantes que facilmente se correlacionam com a história clínica. (Fig. 2) Muitas vezes associada à conjuntivite esta patologia raramente aparece antes da adolescência, embora as crianças em idade escolar possam ter IgE específica para pólenes.

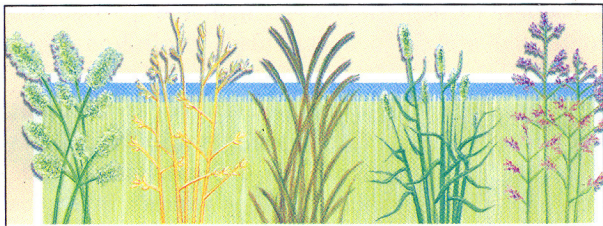


Fig. 2 - Alguns exemplos de gramíneas cujos pólenes podem originar sintomas sazonais.

É rara a sua associação com asma, embora se possa observar uma frequência elevada de hiperreactividade brônquica nestes doentes (demonstrada por provas inespecíficas de provocação brônquica com Metacolina). A gravidade da rinoconjuntivite alérgica correlaciona-se bem com as contagens de pólenes da atmosfera no final da Primavera e início de Verão (Fig. 3).

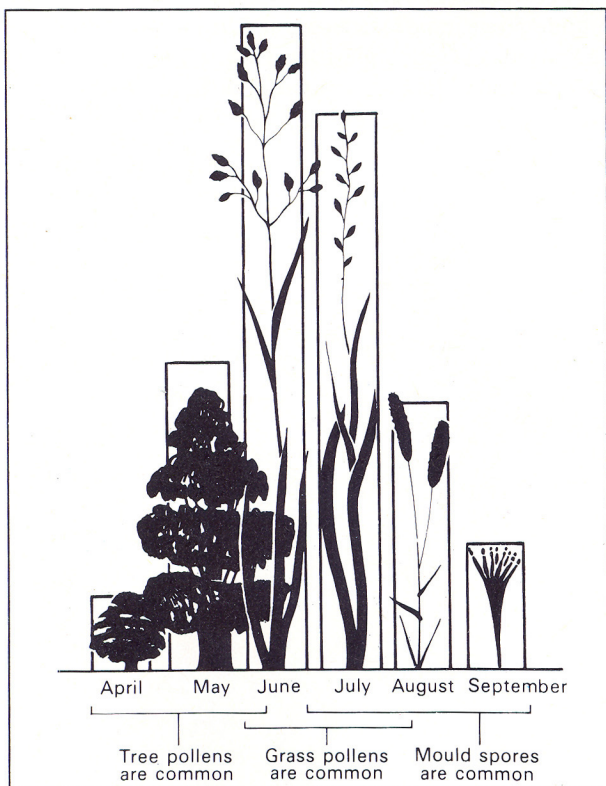


Fig. 3 - Sintomas máximos da rinoconjuntivite alérgica a pólenes. Rhinitis (Mechanisms and management) - Ian Mackay eds. 1989.

Nesta altura a polinização é máxima nos dias de mais sol, descendo nos dias encobertos para quase desaparecer nos dias de maior pluviosidade. A inalação de pólenes também é menor em meio urbano e à beira mar, quando comparada com o meio rural.

A história de alergia a pólenes é típica e suficiente para o diagnóstico na maioria dos casos. A realização de testes cutâneos com extractos de pólenes diferentes tem por finalidade determinar quais os responsáveis pela sintomatologia do doente. Se a relação entre história clínica e os testes cutâneos for clara, a imunoterapia tem uma indicação precisa. Isto é particularmente verdade se os sintomas são graves e mal controlados com a farmacoterapia ou se esta tem efeitos indesejáveis, se existe asma associada e ainda em zonas em que o período de polinização é muito longo. A rinite per anual, cujos sintomas surgem em qualquer altura do ano, torna-se mais incomodativa para o doente, afectando por isso mais a sua capacidade de trabalho ou o rendimento escolar. Neste caso os alergenais implicados mais comuns, são os ácaros do pó da casa, proteínas animais e esporos de fungos. Frequentemente estes doentes referem reacções a estímulos inespecíficos como por exemplo: mudanças bruscas de temperatura, cheiros intensos, bebidas alcoólicas. Uma diferença importante com a rinoconjuntivite alérgica sazonal, é que na rinite per anual os sintomas oculares são mais raros, enquanto a obstrução nasal pode ser o sintoma principal. Nas crianças, são característicos certos "trejeitos" como a chamada "saudação alérgica" com o objectivo de melhorar esta obstrução ou aliviar o prurido nasal e de que resulta um sinal muito característico no exame físico destes doentes, o sulco nasal transversal. (Fig. 4)

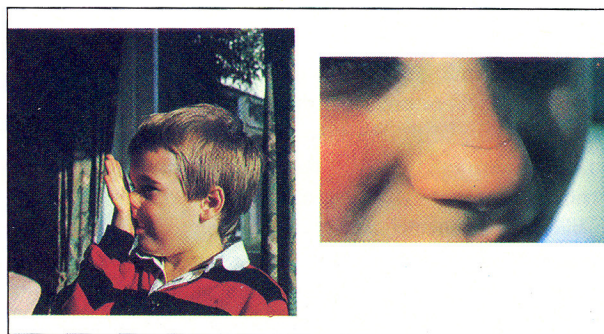


Fig. 4 - "Saudação alérgica" (I) e sulco nasal transversal (II).

No caso da rinite per anual, estabelecido o diagnóstico importa responder a três questões :

- 1 - Existe algum factor mecânico responsável?
- 2 - Existe infecção ?
- 3 - Existe alergia?

A primeira questão pode ser resolvida através de um exame otorrinolaringológico cuidadoso.

Em relação à infecção, a sua suspeita é-nos colocada pela história clínica e exame físico pormenorizado do doente com particular atenção às vias aéreas superiores. Para procurar responder à 3.^a questão, situação que abordamos neste artigo, além de uma história clínica cuidada, efectuam-se testes cutâneos "Prick" a uma bateria "standard" de alergenais inalantes ambientais comuns, e determinam-se os anticorpos IgE específicos sempre que há discordância entre a história clínica e o resultado daqueles testes. Em casos seleccionados pode proceder-se à provocação nasal com o antigénio suspeito.

O controlo destas situações passa em primeiro lugar, por reduzir ou se possível anular a exposição aos alergenais em causa (quadros I e II).

QUADRO I

Conselhos Práticos aos Alérgicos aos Pólenais

- Evite caminhar em grandes espaços relvados.
- Não passe férias no campo, não faça campismo, não vá à caça ou pesca durante os meses de Primavera.
- Durma sempre durante esses meses com as janelas fechadas.
- Evite sair de casa se houver vento forte.
- Não ande de motorizada e se viajar de carro ou de comboio mantenha as janelas fechadas.
- Use durante esses meses óculos escuros quando sair de casa.
- Cumpra sempre a medicação recomendada.

QUADRO II

Conselhos Práticos aos Alérgicos aos Ácaros do Pó de Casa

No quarto de dormir

- Sempre que possível retire as alcatifas de lã, tapetes, reposteiros pesados e móveis que acumulem pó.
- Aspire o pavimento diariamente. Aspire pelo menos duas vezes por semana o colchão e o estrado onde ele assenta.
- Use sempre colchões e almofadas de espuma ou sintéticas.
- Não utilize lençóis de flanela ou cobertores felpudos. Se os tiver que usar ponha por cima uma colcha lisa e facilmente lavável.
- Deve mudar os lençóis e as fronhas pelos menos uma vez por semana. Devem ser lavados em água bem quente.
- Use cortinas lisas que se lavem com facilidade.
- Não permita que as crianças tenham no quarto brinquedos que acumulem pó (bonecos de pelo, bonecos de cabelo, etc.)

No resto da casa

- Aspire muito bem toda a casa de preferência diariamente (pavimento, sofás, almofadas, etc.). Conserve o mobiliário o mais limpo possível.

Em termos farmacológicos, o cromoglicato dissódico de aplicação atópica é amplamente usado, tendo o inconveniente da sua curta duração de acção. Tem maior eficácia, nas crianças e adultos jovens, que normalmente têm rinites não complicadas e no caso duma exposição alérgica ocasional.

A utilização de antihistamínicos é mandatória, optando-se neste caso pelos de mais recente investigação, que não atravessando a barreira hematoencefálica não têm os efeitos laterais mais vezes atribuídos a estes fármacos, a sedação e o aumento de apetite. Os doentes que melhor respondem são os que têm predomínio de espirros, prurido e rinorreia, sintomas que traduzem a clássica reacção de hipersensibilidade imediata.

O ketotifeno é um fármaco de administração por via oral e usado principalmente em crianças cuja alergia se manifesta muitas vezes em mais de um órgão de (nariz, olhos, pele e brônquios).

Os corticosteroides tópicos são muito eficazes em doentes com rinite e têm uma indicação formal quando a restante terapêutica falha no alívio dos sintomas. O seu uso não se limita a doentes com rinite alérgica.

São usados com sucesso na redução dos sintomas de rinite em doentes com polipose nasal e na rinite não alérgica. Vários estudos têm demonstrado os seus efeitos anti-inflamatórios a nível da mucosa nasal e os seus efeitos mais claros são no alívio da obstrução nasal que muitas vezes é o sintoma que mais incomoda o doente. Em casos seleccionados e mais graves pode ter que se usar as formas "depot".

A imunoterapia específica das rinites perianuais é neste momento e no nosso país, limitada a casos muito específicos de alergia a ácaros do pó da casa, uma vez que para as proteínas animais ela não se justifica na maioria dos casos, e para os fungos ainda não há estudos suficientes que comprovem a sua eficácia. De qualquer modo a decisão de iniciar um programa de imunoterapia, necessariamente prolongado e dispendioso, quer em termos de custos como de tempo, deve passar por uma informação correcta do doente acerca da sua eficácia e possíveis efeitos colaterais, e deverá ser tomada em conjunto pelo doente e pelo seu médico especialista.

Assumindo uma forma prática de abordagem do problema das rinites alérgicas, pensamos ter focado pontos fundamentais da terapêutica destas situações. Apenas como nota adicional, chamamos a atenção para o uso do brometo de ipratrópio nas situações que cursam com rinorreia aquosa de instalação súbita de qualquer etiologia, e ainda para o cuidado que se deve ter com uso de descongestionantes nasais, tópicos ou orais, pelas contra-indicações que tem para certas patologias e pelo risco de rinite medicamentosa que podem originar.

BIBLIOGRAFIA

- **Hogan MB, Grammer LC, Patterson R.** Rhinitis (review article). *Annals of Allergy*, 1994; 72(4): 293-302
- **Mackay I, eds.** Rhinitis - mechanisms and management. London, New York, 1989; 1-230
- **Mullarkey MF.** The classification of nasal disease: An opinion. *J Allergy Clin Immunol*, 1981; 67(4): 252-253
- **Mullins J, White J, Davies BH.** Circadian periodicity of grass pollen. *Annals of Allergy*, 1986; 57: 371-373
- **Pearlman DS.** Chronic rhinitis in children. *J Allergy Clin Immunol*, 1988, 81(5): 962-966
- **Shapiro PA.** Effects of nasal obstruction on facial development. *J Allergy Clin Immunol*, 1988; 81(5) pt 2: 967-970
- **Berman BA.** Allergic rhinitis; Mechanisms and management. *J Allergy Clin Immunol*, 1988; 81(5) pt 2: 980-983
- **Bruce HM.** Allergic and non-allergic rhinitis, chapter 55 in Elliot Middleton Jr, Charles E. Reed Elliot, Elliot F. Ellis et al eds. *Allergy, Principles and Practice*. VII. Fourth Edition. Mosby Inc., 1988; 1433-1453

Correspondência:

Dr.^a Josefina Rodrigues
Unidade de Imunoalergologia
Serviço de Medicina IV - H.S.João
Alameda Prof. Hernani Monteiro
4200 Porto