

## Redefinindo a rinite. Considerações especiais

JOSÉ FERRAZ DE OLIVEIRA\*

### RINITE NA CRIANÇA

A rinite na criança, embora semelhante à dos adultos no que diz respeito aos mecanismos fisiopatológicos, à clínica e a muitos aspectos diagnósticos e terapêuticos, apresenta algumas diferenças que merecem uma referência especial.

Os seios etmoidais já se encontram bem desenvolvidos na altura do nascimento enquanto que os seios maxilares se desenvolvem progressivamente desde o nascimento até à adolescência, mas já se encontram bem desenvolvidos por volta dos 3 anos. Só entre os 10 e os 14 anos é que se visualizam o esfenóide e sobretudo os seios frontais.

Durante a infância os alimentos são os alérgenos agressores mais frequentes enquanto que com o decorrer dos anos os inalantes passam a ter maior importância. A alergia nasal é rara até aos 4 anos; só a partir desta idade é que é possível encontrar uma expressão clara desta doença, a qual vai aumentando progressivamente de incidência até atingir os 10 a 15% nos adolescentes. É nestes e nos adultos jovens que se pode observar a expressão mais típica da rinite alérgica.

Os pólipos nasais são raros nas crianças; quando existem podem estar associados à existência de fibrose quística ou à discinesia ciliar primária, pelo que estas devem ser enviadas a um especialista.

### Diagnóstico

A recolha da história clínica de uma criança com rinite deve ser em tudo semelhante à dos adultos, incluindo início dos sintomas, variações sazonais, natureza, duração e gravidade dos sintomas, factores precipitantes, resposta à medicação e complicações. Uma história de outras manifestações atópicas (asma e/ou dermatite atópica) sugere a natureza alérgica da rinite. Uma história familiar de atopia, embora presente em cerca de 50% dos casos, ajuda ao diagnóstico.

O prurido nasal é um sintoma particularmente incomodativo para as crianças, levando-as a torcer o nariz, a friccioná-lo (“**saudação alérgica**”) e a fazer esgares.

Uma criança com uma rinite alérgica crónica apresenta frequentemente algumas características faciais e maneirismos. Um círculo escuro infraorbitário (**olheiras**, provavelmente devidas a engorgitamento venoso) e um **facies adenóide** com boca aberta são achados frequentes em crianças com doença de longa duração e podem dar origem a arqueamento elevado do palato. Um sulco transversal pode resultar do friccionamento frequente do nariz para cima (“**sulco alérgico**”). A persistente respiração pela boca pode provocar hipertrofia gengival.

### Considerações terapêuticas

As medidas profiláticas de evicção alérgica são de extrema importância no tratamento da alergia nasal. Demonstrou-se que quando há predisposição hereditária para a rinite alérgica os sintomas da doença só se manifestam se houver exposição significativa aos alérgenos.

Os anti-histamínicos orais, especialmente os não-sedantes, são os fármacos principais no tratamento da rinite alérgica.

O cromoglicato pode ser administrado a crianças muito jovens, mas só é eficaz quando administrado pelo menos quatro vezes por dia, o que normalmente não é cumprido pelo doente.

O uso dos corticóides nasais tópicos tem sido desaconselhado por alguns médicos por causa dos efeitos locais e sistémicos provocados pelo uso prolongado destes fármacos. Contudo, após uma experiência de mais de 15 anos, são virtualmente desconhecidos efeitos adversos com os corticóides nasais tópicos quando usados nas doses apropriadas (cerca de metade da dose dos adultos preferencialmente dadas em toma única de manhã) pelo que estes podem ser usados, particularmente quando a obstrução nasal é um sintoma predominante.

Nas crianças pequenas o uso de medicações tópicas levanta problemas de adesão ao tratamento, sendo preferível sempre que possível reduzir as administrações

\* Unidade de Imunoalergologia, Hospital S. João, Porto

dos fármacos a uma ou duas por dia, o que evita a medicação durante a permanência da criança na escola.

Os corticóides sistêmicos e os vaso-constritores tópicos não devem ser utilizados neste grupo etário. Os descongestionantes orais devem ser prescritos com cautela, dado poderem ocasionalmente produzir efeitos centrais.

## RINITE NO IDOSO

Acima dos 65 anos raramente as rinites perenes são causadas por mecanismos alérgicos.

Um dos melhores exemplos de hiperreactividade nasal no velho é o “pingo” no nariz, uma rinorreia aquosa profusa de que resulta uma gota na ponta do nariz. O brometo de ipratrópio em aerossol nasal pode ser útil nesta situação.

Pode haver, contudo, rinite alérgica genuína e neste caso a idade implica algumas considerações terapêuticas. Os anti-histamínicos  $H_1$  são seguros nos idosos, mas os anti-histamínicos antigos podem causar retenção vesical e perturbações da acomodação visual. Os vaso-constritores, especialmente se tomados oralmente, podem provocar efeitos adversos cardiovasculares e do SNC.

## RINITE NA GRAVIDEZ

Durante a gravidez podem surgir sintomas nasais, sendo as causas mais frequentes a rinite alérgica, a sinusite, a rinite medicamentosa e a rinite idiopática (“vasomotora”). As portadoras de rinite alérgica, durante a gravidez, podem melhorar, piorar ou ficar na mesma. Tanto os estrogénios como a progesterona provocam aumento da actividade da glândulas sero-mucosas e um aumento do volume de sangue nasal que resulta numa congestão que pode agravar a rinite alérgica, a sinusite e a rinite idiopática. Inversamente, o aumento do cortisol livre, durante a gravidez, pode melhorar a rinite alérgica.

O tratamento deve, obviamente, ser cauteloso. Tópicamente podem-se usar os corticosteróides (*Aldecina*<sup>®</sup>, *Beconase*<sup>®</sup>, *Pulmicort*<sup>®</sup> *nasal aqua*, *Tiovalone*<sup>®</sup> *suspensão nasal*), o cromoglicato (*Rynacrom*<sup>®</sup>, *Fenolip*<sup>®</sup> *spray nasal*, *Rinoglin*<sup>®</sup>, *Rynacrom*<sup>®</sup> composto), os descongestionantes, a oximetazolina (*Nasarox*<sup>®</sup>, *Neosine*<sup>®</sup>, *Rinerge*<sup>®</sup>, *Robinax*<sup>®</sup>), a nafazolina (*Rinal*<sup>®</sup>) e a fenilefrina (*Humoxal*<sup>®</sup>). Não são conhecidos efeitos teratogénicos com o uso de anti-histamínicos de 2ª geração. No entanto, dado serem de introdução recente devem usar-se com grande precaução, sabendo-se que são excretados pelo leite. A FDA classificou como tendo risco na categoria C a terfenadina (*Triludan*<sup>®</sup>) e o astemizole (*Hismanal*<sup>®</sup>), devendo, portanto, ser usados apenas se o benefício da mãe justifica os riscos desconhecidos no feto. Contudo, de acordo com estudo recente, o astemizole mostrou claramente não possuir efeitos teratogénicos. À loratadina

(*Claritine*<sup>®</sup>, *Alertrin*<sup>®</sup>) e à cetirizina (*Zyrtec*<sup>®</sup>) foi atribuído o risco na categoria B, implicando que o seu uso é mais seguro durante a gravidez. A clorfeniramina (*Ornade Spansule*<sup>®</sup>), onde se encontra associada à fenilpropanolamina) pode ser também utilizada com segurança.

Os descongestionantes orais podem provocar alterações vasculares na placenta e feto, mas, dentro das doses recomendadas, a pseudoefedrina oral (*Sudafed*<sup>®</sup>) está aprovada para uso durante a gravidez. As soluções salinas e o cromoglicato de sódio devem ser tentadas na fase inicial do tratamento e, se não houver resposta, podem utilizar-se os corticóides de aplicação tópica nasal.

A amoxicilina com ou sem ácido clavulâmico, a eritromicina e as cefalosporinas são os antibióticos que, durante a gravidez, devem ser usados para tratar a sinusite.

Durante a gravidez a imunoterapia não deve ser iniciada, mas uma doente que engravide durante a fase de manutenção desta terapêutica deve continuá-la, sobretudo se esta estiver a ser eficaz.

## RINITE EM ATLETAS

O exercício físico é um potente vasoconstritor. Em todos os casos de obstrução nasal relacionada com vasodilatação, o exercício físico aumentará a permeabilidade nasal embora a pessoa possa não se aperceber disso.

Em circunstâncias normais não há retorno da congestão e a vasoconstricção dura cerca de uma hora após o exercício; a resistência regressa então ao normal. Nos atletas, especialmente nos corredores de fundo e nos ciclistas, verifica-se um efeito contrário: após um pequeno período de melhoria da permeabilidade nasal, o nariz bloqueia durante bastante tempo, o que pode comprometer o rendimento desportivo.

Ao prescrever uma terapêutica a um atleta, o médico deve evitar os fármacos inscritos nas listas de produtos considerados doping e os que possam afectar o rendimento físico do atleta.

São considerados como *doping* :

- vaso-constritores
- derivados da  $\beta$ -feniletilamina (*Ornade*<sup>®</sup> cápsulas ou *Rinogan*<sup>®</sup> cápsulas)
- efedrina - oral e nasal - (*Nasocalma*<sup>®</sup> gotas)
- pseudoefedrina (oral e nasal)

Muitos preparados múltiplos contêm um anti-histamínico e um vasoconstritor (*Rinoglin*<sup>®</sup> *nebulizador*; *Sinutab II*<sup>®</sup> *comp.*; *Gramicina*<sup>®</sup> *solução*; *Constipal*<sup>®</sup> *drageias*; *Neocitran*<sup>®</sup> *pó*; *Trilufen*<sup>®</sup> *comp.*; *Dinaxil*<sup>®</sup> *comp.*; *Claridon*<sup>®</sup> *drageias*).

Corticosteróides sistêmicos

- Corticosteróides tópicos - estes são permitidos se o atleta se fizer acompanhar de uma declaração do médico prescriptor onde conste a indicação terapêutica.

Influenciam o rendimento físico:

- Anti-histamínicos de 1ª geração por terem um efeito sedativo e anticolinérgico.
- A imunoterapia por poder causar desconforto no local da injeção subcutânea durante vários dias.

Tendo em conta estas considerações, devemos tratar um atleta com rinite alérgica associando um anti-histamínico de 2ª geração a um corticosteróide de aplicação tópica. Nos casos de rinite sazonal a imunoterapia pode reduzir a necessidade ou a quantidade de medicação adicional. Esta deve ser iniciada 3 meses antes da época desportiva e o doente deve ser aconselhado a abster-se de exercício físico violento no dia da injeção.

## RINITE OCUPACIONAL

---

A incidência das doenças ocupacionais está claramente a aumentar e seria certamente maior se os métodos diagnósticos fossem mais eficazes e o receio de perda do emprego não levasse muitos trabalhadores a recusarem queixar-se.

A exposição ocupacional foi desde longa data reconhecida como causadora de doença alérgica ou irritativa do pulmão ou da pele mas agora reconhece-se que os mesmos factores são igualmente importantes para o nariz.

A rinite ocupacional pode ser definida como aquela que é causada pela exposição a um agente no local de trabalho. Frequentemente coexiste com a asma ocupacional. De um modo geral, os sintomas nasais que se seguem ao contacto com materiais no local de trabalho parecem ter uma evolução no tempo paralela aos dos sintomas brônquicos e presumivelmente resultam de uma mesma patogénese.

Estão identificados mais de 200 agentes químicos e orgânicos como responsáveis por doenças ocupacionais de hipersensibilidade. Entre os que podem causar rinite ocupacional podemos citar, entre outros, ácaros de armazenamento, óxidos de nitrogénio, tolueno, formaldeído, dióxido sulfúrico, ozono, proteínas animais, fibras do algodão, diisocianato de tolueno, enzimas do *Bacillus subtilis*, tripsina, papaína, colofónia, ácido plicático, anidrido trimelítico e algumas madeiras (cedro, tali).

Para o diagnóstico da rinite ocupacional é muito importante uma história clínica cuidada uma vez que esta

pode estar associada a uma reacção tardia, 6 a 8 horas após a exposição ao agente responsável. Enquanto os sintomas diminuem fora do local de trabalho durante os fins-de-semana e as férias, uma exposição crónica pode provocar sintomas crónicos a não ser que o afastamento dure uma semana ou mais. Perante uma suspeita de rinite ocupacional o doente deve ser referenciado a um alergologista.

Após o diagnóstico várias atitudes se podem tomar. Uma adequada ventilação no local de trabalho pode ser suficiente para reduzir a exposição a níveis toleráveis. O uso de máscaras pode também ser apropriado. Naturalmente deve também instituir-se uma farmacoterapia convencional.

## RINITE MEDICAMENTOSA

---

Como já vimos anteriormente o abuso de descongestionantes nasais (agonistas  $\alpha$ -adrenérgicos) pode provocar um retorno da congestão. Uma vez reconhecida, a causa dos sintomas deve ser bem explicada ao doente.

O tratamento consiste no uso de soluções salinas e corticóides tópicos ao mesmo tempo que gradualmente se interrompe o descongestionante. Em certos casos, e se não houver contra-indicações, pode ser útil um curto período de corticoterapia oral (por ex., 30 mg de prednisolona por dia durante 5 dias).

## SUGESTÕES DE LEITURA:

---

- **International Rhinitis Management Working Group:** International Consensus Report on the Diagnosis and Management of Rhinitis. *Allergy* 1994; Supplement 19; 5-34.
- Allergic and Non-allergic Rhinitis, Clinical Aspects. Ed. **Niels Mygind & Robert Naclerio, Munksgaard, Copenhagen**, 1993.
- **Roger Katz:** Rhinitis in the athlete. *J Allergy Clin Immunol* 1984; 73; 708-711.
- **The Chronic Airway Disease Connection:** Redefining Rhinitis, Part II. Consensus Conference Proceedings. *UCLA School of Medicine*, 1995.
- **Pastuszak A, Schick B, D'Alimonte D, Donnenfeld A, Koren G:** The safety of astemizole in pregnancy. *J Allergy Clin Immunol* 1996; 98: 748-750.
- **Diagnosis and Management of Rhinitis:** Parameter Documents of the Joint Task Force on Practice Parameters in Allergy, Asthma, and Immunology. *Ann Allergy Asthma Immunol* 1998; 81: 463-518.
- **Michael Schatz:** Special considerations for the pregnant woman and senior citizen with airway disease. *J Allergy Clin Immunol* 1998; 101: S373-S378.