

# Redefinindo a Rinite - Definição e Aspectos Epidemiológicos

PEDRO LOPES DA MATA\*

## CONSIDERAÇÕES GERAIS

Apesar das rinites serem uma patologia muito frequente, não se conhece hoje em dia tanto quanto seria de esperar sobre a sua epidemiologia. Tal facto prende-se com a falta de critérios estandardizados e validados para a sua identificação. Muitos questionários têm sido aplicados e num recente "Editorial" (Allergy) D. Charpin et col. fazem uma revisão crítica a esses questionários.

Como identificar uma rinite ?

Como distinguir uma rinite alérgica de uma não alérgica ?

Estas são questões que diáriamente se colocam a todos os clínicos.

As rinites são normalmente classificadas em alérgicas, se há um alérgénio identificável como causador da sintomatologia, ou não alérgicas se esse factor não é identificado. A melhor maneira de confirmarmos o carácter alérgico de uma rinite é através de testes cutâneos e/ou do doseamento de IgE específica, porque os questionários dirigidos para o diagnóstico de rinite têm as suas limitações.

Na consulta de ORL do Hospital de Dona Estefânia foram avaliados em relação à patologia alérgica 198 doentes com uma idade média de 6.8+/- 2.8 anos (quadro I), sendo a atopia definida pela presença de IgE específica para alérgénios inalados ("Phadiatop"). Apenas 1 em cada 2 doentes tinha evidência de alergia, pelo que cerca de metade das rinites na criança não serão de origem alérgica

Contudo, melhorada e conseguida a estandardização dos questionários, alguns trabalhos têm sido feitos sobretudo na avaliação da rinite alérgica. É o caso do "International Survey of Asthma and Allergy in Childhood" (ISAAC). Neste questionário são usadas seis perguntas para identificar a existência de rinite através dos sintomas.

Quadro I - Consulta ORL

1.º Semana de cada um de 12 meses consecutivos

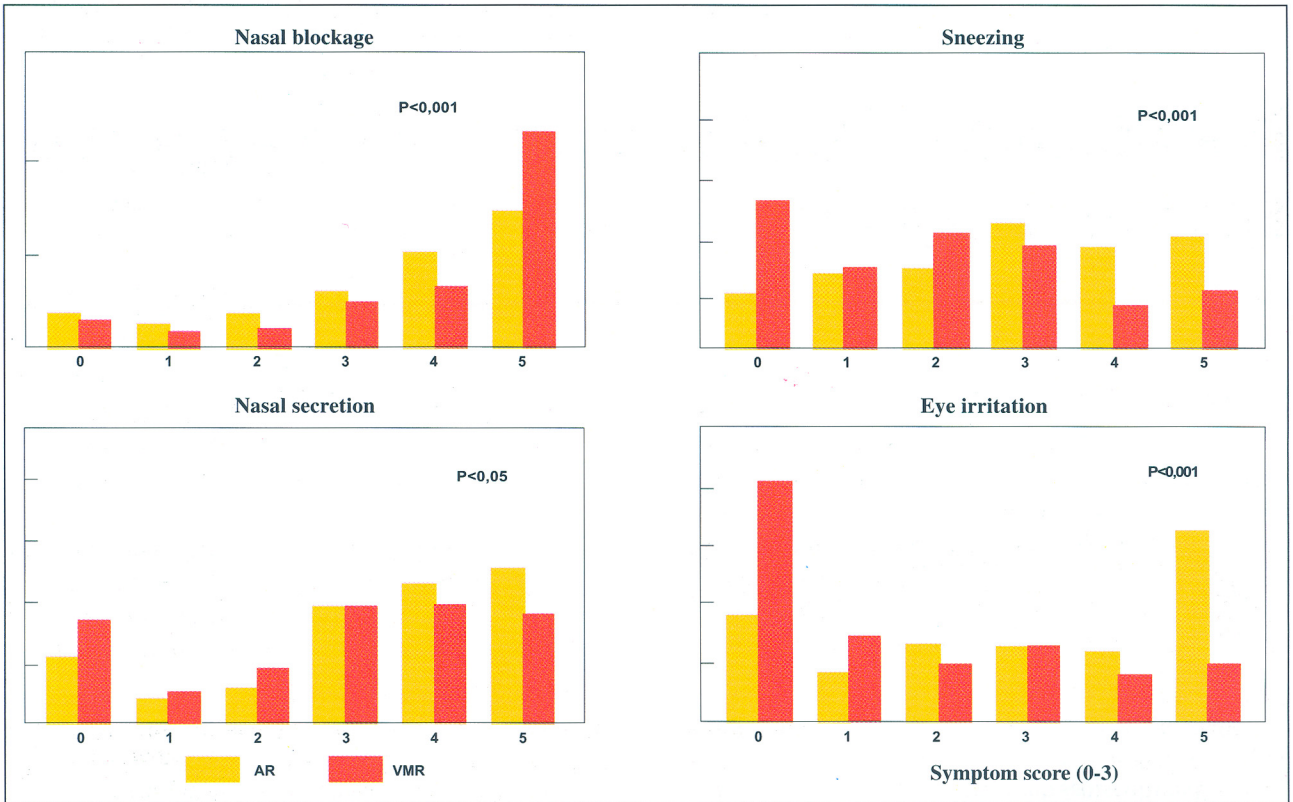
Rinite	51.5
Conjuntivite	36.4
Alergia	34.8
Fungos	18.2

Um outro estudo (quadro II) realizado numa consulta de ORL por S. Lindberg et col., os doentes (n = 678) responderam a um questionário com 134 itens em que cada sintoma era avaliado pelos doentes e classificado usando um "score" de 6 classes (0/1/2/3/4/5) em que 0 era a ausência de sintomas. Ao comparar as respostas dos doentes com rinite alérgica (AR - colunas azuis) com as respostas dos doentes com rinite perene não alérgica ou rinite vasomotora (VMR - colunas amarelas) o autor sugere que através de um interrogatório são muitas as diferenças entre uma rinite alérgica e uma não alérgica. Assim o nariz entupido parece ser o principal sintoma das rinites não alérgicas, enquanto que a irritação nos olhos, os espirros e de certa maneira a rinorreia parecem ser os sintomas mais importantes e mais encontrados na rinite alérgica.

No mesmo estudo (quadro III) verificava-se que a história de asma era mais frequente no grupo com rinite alérgica e a sinusite era mais frequente no grupo de rinite vasomotora. Neste último grupo as infecções respiratórias seriam o factor desencadeante ou de agravamento dos sintomas mais importante quando comparado com os doentes com rinite alérgica. Nestes verificava-se uma maior hipersensibilidade aos alérgénios mais comuns (quadro IV).

Um outro estudo realizado em adultos (16 - 65 anos) por Sibbald e Elisabeth Rink correlacionava os sintomas de rinite, atopia e história clínica. Um total de mais de 10.000 doentes, na sua maioria proveniente de uma consulta de Clínica Geral participaram neste estudo. No quadro V estão representados por "A" os doentes "atópicos" e "NA" os "não atópicos". O número de

\* Assistente Hospitalar de Imunoalergologia  
Serviço de Imunoalergologia Hospital D. Estefânia - Lisboa



**Quadro III - Other diseases in the medical histories of patients with allergic rhinitis (AR) or vasomotor rhinitis (VMR)**

	AR	VMR	X <sup>2</sup>
Asthma	40 (15,5%)	25 (7,9%)	7.49
Sinusitis	90 (34,9%)	171 (53,9%)	20.08
Triggered by infection	44 (17,1%)	79 (24,9%)	4.78
Aggravated by infection	91 (35,3%)	159 (50,2%)	12.23

doentes “não atópicos” com rinite sazonal é muito pequeno. Os indivíduos “atópicos” podem diferenciar-se dos “não atópicos” pelo aparecimento mais precoce dos sintomas (15 anos contra 20) e uma maior prevalência de espirros e prurido ocular. Os doentes “atópicos” apresentam uma menor prevalência de cefaleias relacionadas com a sinusite e uma maior prevalência de pieira quando comparados com os “não atópicos”. O pó e os pólenes são igualmente factores desencadeantes da sintomatologia no grupo dos “atópicos”.

### O NARIZ

O órgão nasal tem as seguintes funções principais: regulação do débito do fluxo aéreo, aquecimento, humedificação do ar inspirado, primeira linha de defesa epitelial (sistema mucociliar), segunda linha de

defesa específica (imunologia das mucosas), efeito anti-inflamatório não específico e, finalmente, para a ressonância da voz e para as funções olfactivas.

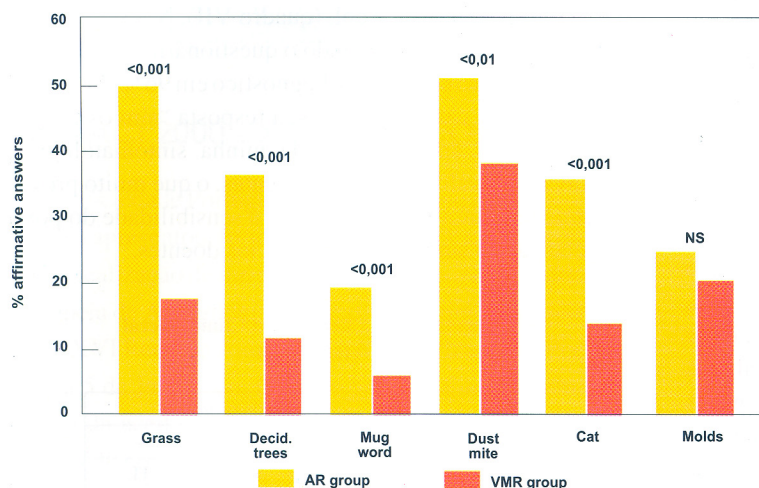
As doenças inflamatórias crónicas da mucosa respiratória dizem respeito à Imunoalergologia, Pneumologia e Otorrinolaringologia. Apesar desta patologia colocar problemas específicos em cada um destes níveis, deve, tanto no plano diagnóstico como no plano terapêutico, merecer a atenção e a articulação das diferentes especialidades, tendo por base a Imunoalergologia.

O nariz funciona como a porta de entrada do aparelho respiratório. A mucosa respiratória tem características similares no nariz e nos brônquios e as relações patológicas que unem estes dois órgãos são bem conhecidas.

### DEFINIÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DE UMA RINITE

Quando se fala de rinite desde logo se pensa nas pessoas que se queixam do nariz entupido, dos olhos a arder e dos pólenes da Primavera. Contudo rinite é bem mais do que isso e pode ser definida como uma reacção de hipersensibilidade do nosso organismo perante determinadas substâncias - antígenos - que foram inaladas, ingeridas ou injectadas, levando à produção de determinados anticorpos (IgE) e ao consequente desencadeamento de uma reacção alérgica que é caracterizada

Quadro IV



por uma inflamação do revestimento nasal causando os seguintes sintomas: rinorreia, crises esternutatórias e obstrução nasal na ausência de infecções respiratórias altas. Pode também apresentar outros sintomas como: prurido nasal, hipósμία, anósmia, prurido do palato e/ou auricular, conjuntivite (60 % dos casos), anósmia, epífora, edema palpebral (raro), sinusite inflamatória e manifestações brônquicas.

A rinite diz-se atópica quando um alergénio pode ser identificado como causa dos sintomas e não atópica quando tal não acontece.

Sabendo que o melhor meio de diagnóstico são os testes cutâneos e o doseamento das IgE específicas, sob o ponto de vista clínico cinco aspectos deverão ser tidos em conta:

1. Rinite polínica – A pergunta “tem uma rinite polínica?” ou se “acha que os seus sintomas se agravam na Primavera?” revela uma sensibilidade e especificidade muito baixa.

2. Sintomas nasais e oculares – O nariz entupido e a obstrução nasal em b́ascula dominam a sintomatologia nas rinites vasomotoras, enquanto que a irritaçaõ ocular, as crises esternutatórias e a rinorreia são mais frequentes nas rinites alérgicas.

3. Factores desencadeantes - As respostas aos diferentes questionários mostram que o pó da casa, os pólenes e o pêlo dos animais são os factores que mais se relacionam com a rinite alérgica e que a rinite vasomotora se relaciona preferencialmente com as infecções e a sinusite.

4. Agravamento sazonal – Os questionários mostram que parece mais indicado perguntar “em que mês a sua rinite sofre um agravamento?” em vez de perguntas do género “em que estação ... ou durante a Primavera...”

5. Acreditar ou não nos que dizem que têm uma rinite alérgica – O valor predictivo negativo é mais importante que o valor predictivo positivo.

Assim, em conclusão, diremos que a melhor maneira para se identificar uma rinite alérgica é através das seguintes perguntas: “Excluindo situações de frio intenso e/ou constipações costuma ter crises de espirros e nariz entupido ou que pinga?”. Costuma ter os olhos lacrimejantes ou irritados?” ou ainda “Sente-se pior em contacto com pólenes, pó ou pêlo dos animais?”

Quadro V

Factor	Seasonal alone		Perennial alone		Seasonal + perennial	
	A (n=40)	NA (n=13)	A (n=63)	NA (n=66)	A (n=93)	NA (n=44)
Principal symptom (moderate or severe)						
Sneeze	27 (68)	4 (31)*	36 (57)	35 (53)	70 (75)	21 (48)**
Other symptoms						
Itchy eyes	37 (93)	9 (69)*	39 (62)	35 (53)*	84 (90)	29 (66)***
Itchy nose	30 (75)	8 (62)	32 (51)	35 (53)	66 (71)	21 (48)**
Sinult headache	15 (38)	6 (46)	24 (38)	40 (61)*	41 (44)	24 (54)
Wheezy chest	11 (28)	1 (8)	23 (37)	11 (17)*	45 (48)	15 (34)
Provoking factors						
Dust	32 (80)	8 (62)	48 (76)	39 (59)*	75 (81)	33 (59)
Pollen	32 (80)	7 (54)	22 (35)	12 (18)*	71 (76)	12 (237)***
Animals	9 (23)	2 (15)	9 (14)	3 (5)	35 (38)	7 (16)*
Food	5 (13)	1 (8)	8 (13)	6 (9)	8 (9)	12 (27)**
Colds and other infections	22 (55)	11 (85)	43 (68)	47 (71)	71 (76)	40 (91)*
Change in air temperature	19 (48)	7 (54)	31 (49)	22 (33)	47 (51)	31 (70)*

## FACTORES DESENCADANTES E FACTORES DE RISCO

A genética e os factores ambientais são reconhecida-mente importantes para o desenvolvimento da doença. Os factores desencadeantes são inúmeros e perante uma manifestação de rinite deve-se pesquisar: a possível relação com a estação polínica, o local de trabalho, a casa, como ocupa os tempos livres, alterações meteorológicas, fumo de tabaco, perfumes e outros odores fortes, ingestão de álcool, determinadas comidas (picantes), luz intensa, infecções respiratórias altas, contacto com animais de estimação e animais domésticos, exercício físico, alguns medicamentos, tintas de impressão (jornais), gases poluentes (fumo automóvel, dióxido de enxofre, ozono, monóxido de carbono, óxidos de azoto), outras doenças sistémicas, gravidez e ainda desequilíbrios hormonais e emocionais.

Os factores de risco para desenvolver uma rinite são igualmente inúmeros, merecendo especial relevo a idade (quadro VI), o sexo, os antecedentes familiares de atopia, a raça, as condições sócio-económicas, o mês de nascimento, o contacto com os diferentes alergénios, as infecções respiratórias, o fumo de cigarro, o tempo de amamentação, o habitar numa região rural ou urbana, o grau de desenvolvimento do país, as parasitoses, a poluição, etc.

Quadro VI - Sintomas e percentagem de Phadiatop® positivo

	Idade							
	20 - 29		30 - 39		40 - 49		50 - 59	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Rinite alérgica	66	35	47	34	37	24	28	32
Rinite perannual	54	30	25	22	21	12	12	21
Asma	75	45	54	16	45	31	57	40

Um estudo sueco realizado por S. Lindberg e col. (quadro IV) mostrou que os alergénios (árvores, gramíneas, gato, fungos, etc) eram mais vulgarmente incriminados na rinite alérgica (colunas azuis) que no grupo com rinite não alérgica (colunas amarelas). Contudo, havia uma grande percentagem de doentes com rinite não alérgica que responsabilizava o pó pelos seus sintomas (provável factor irritante de outras partículas também presentes no pó). Posteriormente os doentes com rinite alérgica foram sujeitos aos testes cutâneos e os resultados foram comparados com os resultados do questionário, verificando-se uma excelente correlação entre eles, mostrando que os doentes tem noção dos factores que lhes provocam o aparecimento dos sintomas. Assim, o questionário revelava valor diagnóstico. Um exemplo de uma boa correlação entre a existência de rinite por resposta a um questionário

e o diagnóstico definitivo de rinite é apresentada no estudo de B. Sibbald e col. (quadro VII). Neste estudo os autores mostram que quando o questionário é positivo, o exame médico confirma o diagnóstico em 96 % dos casos. Contudo, no caso dos fungos, a resposta "sim os fungos provocam o aparecimento da minha sintomatologia", estava hipervalorizada pelos doentes, o que muito provavelmente estará em relação com a sensibilidade do povo sueco para o síndrome dos edifícios doentes.

Quadro VII - Clientela em Clínica Geral (18 - 65 A.)

Ex. Médico	Questionário	
	+	-
	330 (96%)	11
-	12	113 (91%)

## EPIDEMIOLOGIA

No século XIX Charles Blackley considerava a rinite uma doença rara, sendo privilégio de uma classe aristocrata. Para Phoebus tratava-se de uma doença que atingia mais as pessoas idosas reforçando a ideia que as classes sociais mais elevadas seriam as mais atingidas, falando desde logo de pessoas predispostas, as quais seriam o alvo privilegiado desta doença.

Entre as crianças a incidência e a prevalência da rinite é maior no sexo masculino que no feminino, enquanto que nos adultos acontece o inverso.

Apesar de ser uma doença que se tornou comum, poucos são os estudos epidemiológicos da rinite não alérgica, a grande maioria dos estudos são centralizados sobre a rinite alérgica, que se calcula ter uma incidência de 0.5 a 28 % nas crianças e entre 0.5 e 15 % nos adultos. Esta grande variação dos valores da prevalência estariam relacionados com as diferentes metodologias e os grupos etários de que os estudos foram alvo.

Tem-se assistido ao aumento da prevalência da rinite nas últimas décadas, passando a ser nos últimos 25 anos uma doença vulgar na Europa Ocidental. Nos EUA calcula-se que seja a segunda causa de consultas médicas logo após os cuidados dentários. Este aumento pode dever-se a múltiplos factores, entre eles a genética e o ambiente, são da maior importância no desenvolvimento da doença. A hereditariedade poderia explicar cerca de 50% da prevalência da rinite. Outros estudos parecem querer incriminar os factores ambientais, nomeadamente a poluição industrial, para o desenvolvimento da doença.