

## Redefinindo a Rinite

M.GRAÇA CASTEL-BRANCO\*

### INTRODUÇÃO

Damos início neste número da Revista à publicação dos cinco capítulos que constituem a monografia sobre Rinite que apoia a acção de formação dos Clínicos Gerais envolvidos no projecto ‘‘REDEFININDO A RINITE’’ e que são da autoria de uma equipa nomeada pela Direcção da S.P.A.I.C., coordenada por M. Graça Castel-Branco, tal como é referido no Editorial deste número. A 1ª parte trata dos MECANISMOS E CLASSIFICAÇÃO dos diferentes tipos de rinite, seguindo-se os capítulos de DEFINIÇÃO E ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS (Pedro Lopes da Mata), DIAGNÓSTICO DIFE-RENCIAL (Josefina Rodrigues Cernadas), CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS (José Ferraz de Oliveira) e TRATAMENTO (Ana Todo-Bom, Celso Pereira e Carlos Loureiro).

É nossa intenção divulgar pelo maior número possível de colegas de Clínica Geral este trabalho, no sentido de uma boa conjugação de esforços na luta contra um dos flagelos das sociedades modernas - A DOENÇA ALÉRGICA.

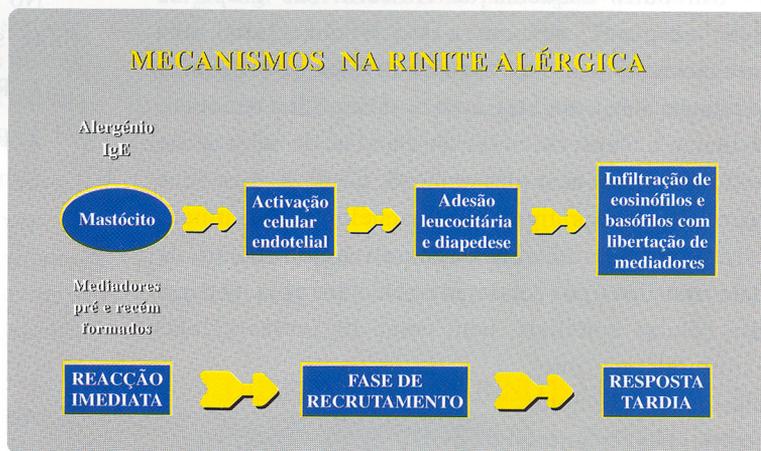
Conhecida a prevalência da Rinite na nossa população, bem como os principais factores de risco, estaremos em condições de avançar para a abordagem científica da qualidade de vida destes doentes com questionários correctamente desenhados e validados e para a avaliação dos custos económicos implicados no diagnóstico e tratamento desta patologia.

### MECANISMOS NA RINITE

Os sintomas agudos ou imediatos na rinite alérgica - prurido, espirros, rinorreia aquosa, congestão nasal -

são explicados pela activação, dependente da IgE, dos mastócitos da mucosa nasal. Esta activação resulta na libertação de mediadores, uns pré-formados (a histamina, a triptase), outros formados de novo e derivados da membrana celular (leucotrienos, prostaglandinas, PAF). Estes mediadores são responsáveis por vasodilatação e aumento da permeabilidade vascular. A sua acção estimulante sobre os nervos aferentes provoca o prurido e os espirros. A secreção glandular aumentada resulta em rinorreia. A vasodilatação e a permeabilidade vascular aumentada explicam a congestão nasal.

O conjunto destes fenómenos constitui a chamada fase imediata da reacção alérgica (Fig. 1).



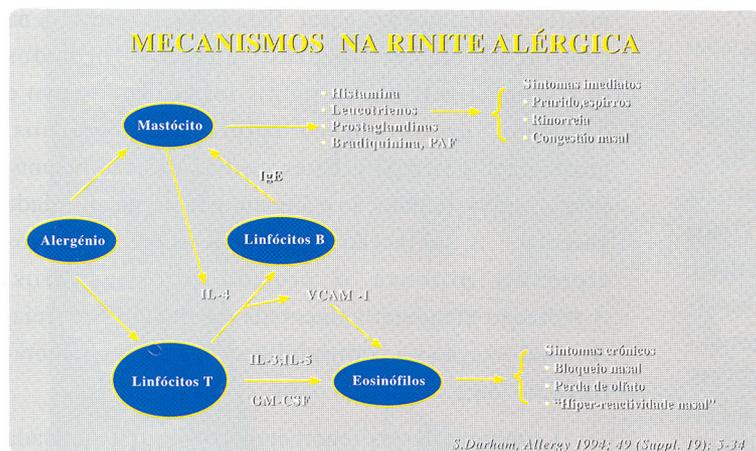
Os sintomas crónicos da rinite, em que a obstrução ou bloqueio nasal é o sintoma mais perturbador, estão dependentes fundamentalmente de células e dos seus meios de comunicação, as citocinas que têm sido implicadas na fase de reacção tardia que ocorre 4 a 6 horas após a reacção imediata. Aqui assumem papel relevante os linfócitos T e os próprios mastócitos como fontes das citocinas IL4, IL3, IL5 e GM-CSF (as chamadas citocinas Th<sub>2</sub>), responsáveis, entre outras funções, pela acumulação, maturação, diferenciação e so-

\* Chefe de Serviço de Imunoalergologia  
Unidade de Imunoalergologia - H.S. João, Porto

brevivência aumentada dos eosinófilos, células características da rinite alérgica e sistematicamente presentes em lavados nasais e em biópsias da mucosa.

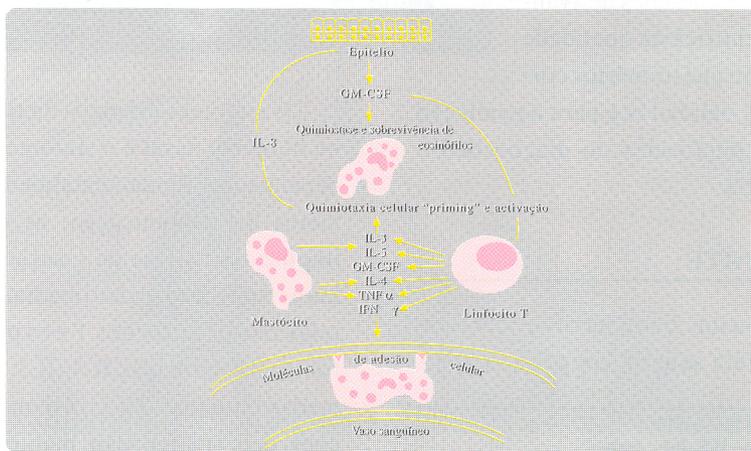
A inflamação nasal crónica com os seus conhecidos sintomas de obstrução, perda de olfacto e hiper-reatividade nasal a diversos estímulos inespecíficos, estaria assim dependente daquele jogo celular.

S. Durham resume a sua hipótese de mecanismo da rinite alérgica no esquema representado na Fig. 2.



S. Durham, Allergy 1994; 49 (Suppl. 19): 5-34

Um outro esquema de Howarth (do grupo de Southampton), resume a sua visão global dos mecanismos envolvidos na rinite alérgica, privilegiando a relação das citocinas com a eosinofilia tecidual. Salienta a expressão das moléculas de adesão no endotélio vascular da mucosa nasal e dos seus correspondentes ligandos nas células sanguíneas circulantes e do seu papel na acumulação de determinados tipos celulares nos tecidos alvo. O papel das células epiteliais, bem como de outras células estruturais, os fibroblastos por exemplo, como intervenientes activos e não passivos no processo, é realçado também, principalmente através da produção de IL8, com acção quimiotática potente sobre o eosinófilo. (Fig. 3 - Hipótese de mecanismo da rinite alérgica).



A compreensão do eixo Th<sub>2</sub> - IgE - mastócito - eosinófilo, ou seja da doença atópica, permitirá o desenvolvimento de novas estratégias de diagnóstico e tratamento.

Menos bem estudados estão os mecanismos envolvidos na rinite não alérgica, mas acredita-se que, embora os acontecimentos iniciais possam envolver intervenientes particulares, nomeadamente os estímulos desencadeadores do processo, a sequência final poderá ser idêntica à da rinite alérgica.

## CLASSIFICAÇÃO - TIPOS DE RINITE

Há varias classificações de rinite, mas adoptamos a do relatório do Congresso Internacional sobre o Diagnóstico e Tratamento da Rinite, publicado como suplemento do vol. 49 do "Allergy" em 1994. Reflecte o trabalho de clínicos e investigadores nas áreas de Imunoalergologia e Otorrinolaringologia que se reuniram durante o ano de 1993 e é principalmente dirigido aos médicos dos Cuidados de Saúde Primários.

No que diz respeito à classificação dos tipos de rinite, são considerados nesse relatório três grupos:

1. **Rinite Alérgica** - Sazonal; Perene
2. **Rinite Infecciosa** - Aguda; Crónica (específica e não específica)
3. **Outras** - Idiopática. Não alérgica eosinofílica (NARES). Ocupacional. Hormonal. Induzida por fármacos. Irritativa. Alimentar. Emocional. Atrófica.

Para alguns autores, o terceiro tipo é classificado como rinite não alérgica não infecciosa, onde incluem as rinites a que chamam HIPER-REACTIVAS, as causadas por alterações ANATÓMICAS e as que acompanham os TUMORES (Ian Mackay,

1989, Rhinitis - Mechanisms and Management, eds. RSM).

O termo “rinite vasomotora” deve ser abandonado, uma vez que em todos os tipos de rinite, incluindo a alérgica, o mecanismo é vasomotor. Para alguns deverá ser substituído por rinite “hiperreactiva”, designando o grupo de doentes que reagem a estímulos de intensidade mínima. Na origem desta rinite hiperreactiva está por vezes uma infecção vírica das vias aéreas superiores, mas em muitos casos tal não acontece.

Aspectos clínicos e etiológicos particulares ajudam a caracterizar os diferentes tipos de rinite.

### 1. RINITE ALÉRGICA

Na **rinite alérgica sazonal**, o prurido, espirros e rinorreia são os sintomas principais. Muitas vezes acompanham-se de congestão nasal. Prurido ocular, na faringe e ótico associam-se frequentemente e, em 20% dos casos, a asma está também presente.

Os alérgenos mais frequentemente responsáveis são pólenes disseminados na atmosfera pelo vento, variando o seu tipo com o clima particular de determinada área geográfica, nomeadamente com as estações do ano. Entre nós, em Fevereiro e Março, são os pólenes das árvores os principais responsáveis e em Abril, Maio e Junho, as gramíneas.

Os esporos fúngicos atmosféricos predominam no Verão e no Outono, como é o caso da *Alternaria* e *Cladosporium*. Os ácaros do pó de casa, considerados um alérgeno perene, podem aumentar nos Outonos húmidos e serem responsáveis por sintomas predominantemente sazonais.

Factores climáticos tais como as chuvas, ventos, horas de sol, temperatura, altura das nuvens, podem influenciar as contagens de pólenes atmosféricos e a prevalência dos sintomas.

Reactividade cruzada entre pólenes e alérgenos alimentares é frequente, pela presença de alérgenos estruturalmente relacionados. É o caso da alergia ao pólen de vidoeiro muitas vezes associada ao síndrome de alergia oral (prurido e edema da mucosa oral) ao comer frutos frescos, maçã, pêsego e cereja.

Na **rinite alérgica perene** os sintomas são os mesmos da rinite alérgica sazonal, mas a obstrução nasal é

geralmente mais intensa e o prurido ocular é raro. São sintomas crónicos e persistentes, muitas vezes associados a outros problemas, respiração oral, ressonar e sinusite. Os alérgenos responsáveis são geralmente domésticos, ácaros do pó de casa e de armazenamento mais raros, pêlos de animais, algumas espécies de fungos e baratas, estes últimos alérgenos relevantes em algumas áreas.

### 2. RINITE INFECCIOSA

A **rinite infecciosa** pode ser aguda e crónica. A rinite aguda é a maior parte das vezes provocada por vírus, mas a infecção secundária por bactérias (*Streptococcus pneumoniae* e *Haemophilus influenzae*) associada a sinusite, é comum.

A rinite infecciosa crónica específica pode ser devinda a infecção com um microorganismo específico (sífilis, tuberculose, rinoscleroma, lepra). Apresenta-se com congestão nasal, rinorreia mucopurulenta, pressão e dor facial e perturbações do olfacto. O nariz e os seios perinasais também podem ser cronicamente infectados por fungos. A rinite infecciosa crónica inespecífica, mais comum que a forma anterior, pode surgir em indivíduos com patologias sistémicas de base: alergia, deficiência mucociliar (discinesia ciliar primária ou produção de muco anormalmente viscoso) ou imunodeficiências (deficiências de IgA, hipogamaglobulinemia comum variável ou deficiências de subclasses de IgG). Os doentes imunocomprometidos, por tratamentos com fármacos imunodepressores ou com síndrome de imunodeficiência adquirida, estão também sujeitos a infecções nasais e paranasais.

### 3. OUTROS TIPOS DE RINITE, incluem:

A **rinite idiopática** (também chamada imprópriamente “vasomotora”) é caracterizada por hiperreactividade nasal a estímulos não específicos (odores intensos, irritantes como fumo de tabaco e poeiras várias, alterações de temperatura e humidade). Um subgrupo dentro destas formas de rinite idiopática é a **rinite não alérgica com eosinofilia** (NARES) em que os doentes apresentam um perfil característico: meia idade, com sintomas perenes de crises de espirros, prurido nasal, rinorreia e ocasionalmente anosmia, os testes cutâneos são negativos e a IgE sérica total não está elevada.

A **rinite ocupacional** surge em resposta a agentes presentes no ambiente profissional: poeiras de grãos de cereais, madeiras, latex, produtos químicos, animais de laboratório (ver adiante Considerações Especiais).

A **rinite hormonal** ocorre na gravidez, na puberdade, na pós-menopausa, nos idosos. O hipotireoidismo e a acromegalia podem também acompanhar-se de rinite.

A **rinite induzida por fármacos** deve ser distinguida da **rinite medicamentosa**, esta última resultado do abuso de descongestionantes nasais e drogas, como a cocaína (ver adiante Considerações Especiais). São fármacos conhecidos como indutores de rinite, alguns anti-hipertensores (reserpina, metildopa, IECA), alguns AINES e a própria aspirina (frequentemente associada a polipose e asma), contraceptivos orais, medicamentos anti-enxaqueca e vasodilatores periféricos.

A **rinite induzida por alimentos**, verdadeiramente alérgica, raramente aparece isolada. Certos alimentos produzem sintomas de rinite por mecanismo não alérgico: alimentos muito condimentados e o álcool, por ex., por vasodilatação local. Certos corantes e conservantes e muitos componentes presentes nas bebidas alcoólicas podem ser responsáveis por sintomas alérgicos.

**Factores emocionais**, tais como o stress e o acto sexual, por vias autonómicas, podem provocar sintomas nasais ou agravá-los por hiperreactividade parasimpática tal como na úlcera gástrica ou o síndrome do cólon irritável.

A **rinite atrófica primária** é caracterizada por atrofia progressiva da mucosa e da estrutura óssea dos cornetos, com muco muito viscoso e formação de crostas, libertando um cheiro fétido (ozena). Acompanha-se de hiposmia e complica-se frequentemente de cefaleias e sinusite crónica.

