

DR. FABRICIO PRADO MONTEIRO

A rinite alérgica precisa ser distinguida da rinite não-alérgica, como por exemplo rinite vasomotora, rinite medicamentosa e causas infecciosas. Isso não é tão fácil na maioria das vezes. O início e tempo de duração dos sintomas oferecem chaves importantes para o diagnóstico. Rinites persistentes (“gripes constantes”) são frequentemente causadas por alergênos ambientais e sintomas geralmente pioram com o aumento da umidade e diminuição da temperatura .

CAUSAS DE RINITE:

ALÉRGICA;

Vasomotora;

Rinite não alérgica com eosinofilia;

Induzida por drogas: sprays nasais com alfa-agonistas;

Irritantes: cigarro, solventes;

Infecciosas: VIRAIS, bacterianas, discenesia ciliar;

Vasculítica: Granulomatose de Wegener;

Mecânica: polipose nasal, desvio de septo, corpo estranho, tumores, sarcoidose.

MECANISMOS IMUNOLÓGICOS:

Mecanismo fisiopatogênico nas rinites alérgicas são semelhantes aqueles encontrados na asma, com degranulação de histamina, mecanismo conhecido como tipo I de Gell e Coombs.

Histamina e leucotrienos são responsáveis por prurido (coceira), espirros, rinorréia e obstrução nasal, também edema e hiperemia.

Existe uma eosinofilia predominantemente tissular e de secreções nasais.

Rinite persistente podem ser uma manifestação de exposição alérgica crônica, como asma persistente, e os alergênos envolvidos são aeroalergenos que entram e estimulam o indivíduo por via nasal.

Pólipos nasais podem ocorrer como resultado de estimulação alérgica crônica.

DIAGNOSTICO:

O diagnóstico é realizado pela história e exame físico do nariz. Rinoscopia pode ser necessária para obter uma boa visualização; o uso de um otoscópio é adequado na maioria das vezes.

Contagem de eosinófilos no sangue está raramente elevada.

IgE total elevada pode indicar uma rinite alérgica de base, entretanto uma IgE normal não exclui o diagnóstico de alergia.

Testes de puntura, prick-test, epidérmicos, demonstram sensibilização para aeroalérgenos, mas a relevância clínica desse exame é determinada pela história.

IgE específicas (RASTs) devem ser limitadas somente para confirmar equívocos aos testes de puntura (por exemplo, dermatografismo, idade, extrato, etc.) ou quando as drogas antihistaminicas não podem ser descontinuadas.

Tanto testes de puntura como IgE específicas (RAST) negativas não excluem o diagnóstico se a história clínica for relevante.

Exame da secreção nasal para verificar excesso de eosinófilos pode ser útil, entretanto para confirmar rinite não alérgica eosinofílica.

TRATAMENTO:

Anti-histamínicos orais e tópicos promovem alívio em casos leves.

Em casos graves podem requerer corticóides nasais ou agentes bloqueadores dos mastócitos, como o cromoglicato dissódico ou nedocromil sódico.

Brometo de Ipatrópio é particularmente útil na rinite vasomotora.

MUITAS TERAPEUTICAS SAO FALIDAS DEVIDO O USO INCORRETO DOS SPRAYS!
Portanto a educação do paciente faz parte do tratamento, devendo esse ao aplicar o spray, posicionar a cabeça em direção aos pés e colocar a medicação lateralmente e não em direção ao septo nasal.

Descongestionantes devem ser usados com precaução (ou não usados), porque um efeito rebote aumenta os sintomas.

Casos graves podem requerer cursos de corticóides orais, como prednisolona 1 mg/kg/dia. INJEÇÕES DE CORTICÓIDES DE DEPOSITO (BETAMETASONA E DEXAMETASONA) FORAM USADOS NO PASSADO PARA RINITES INERMITENTES (SAZONAIS), ENTRETANTO ESSES NAO SAO RECOMENDADOS PELO RISCO POTENCIAL DE NECROSE AVASCULAR DAS ARTICULACOES).

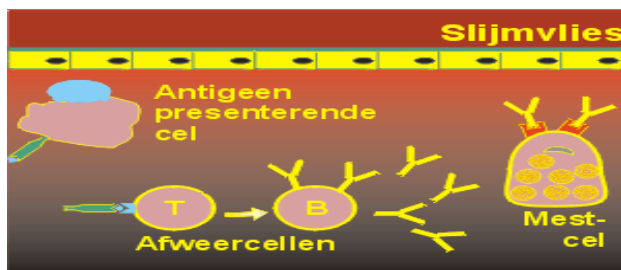
Se a terapia não funcionar com seus níveis máximos, a imunoterapia pode ser apropriada, tão como naqueles que tem contraindicações com as medicações antiinflamatórias.

Cirurgia pode ser requerida quando o sinus envolvido tiver polipose se corticóides nasais também não tiver produzido benefícios.

CONTROLE AMBIENTAL PODE SER A MAIS IMPORTANTE DAS MEDIDAS MENCIONADAS. Casas bem arejadas, capas impermeáveis para colchão e travesseiro, troca do filtro do ar do carro regularmente, evitar poluição visual no quarto, lavar mantas e edredons antes de usar e etc.

Frio e comidas quentes e apimentadas podem exarcebar sintomas de rinite vasomotora.

Fisiopatologia da Rinite Alérgica: Hipersensibilidade tipo I de Gell e Coombs.



Eficácia terapêutica na Rinite Alérgica:

Efeito das diferentes formas de tratamento sobre os sintomas da rinite					
	espirros	rinorréia	obstrução nasal	prurido nasal	sintomas oculares
Anti-histamínicos H ₁					
orais	++	++	+	+++	++
nasais	++	++	+	++	0
oculares	0	0	0	0	+++
Corticosteróides					
tópicos nasais	+++	+++	+++	++	++
Cromoglicato					
tópico nasal	+	+	+	+	0
tópico ocular	0	0	0	0	++
Descongestionantes					
tópicos nasais	0	0	++++	0	0
orais	0	0	+	0	0
Anticolinérgicos	0	++	0	0	0
Anti-leucotrienos	0	+	++	0	++

Classificação ARIA – Impacto da Rinite Alérgica na Asma (consenso mundial)

INTERMITENTE

Menos de 4 dias/semana

Menos de 4 semanas

PERSISTENTE

Mais de 4 dias de sintomas por semana e

mais de 4 semanas de duração



LEVE

Sono preservado

Nenhuma limitação cotidiana

Sem sintomas exuberantes

MODERADA-GRAVE

Alteração do sono

Limitação da atividade cotidiana

Redução da capacidade laborativa/escolar

Sintomas graves

BIBLIOGRAFIA:

Websites:

American Academy of Allergy, Asthma and Immunology (AAAI)

www.aaai.org

American College of Allergy, Asthma and Immunology (ACAAI)

www.acaai.org

European Academy for Allergology and Clinical Immunology (EAACI)

www.eaaci.net

World Allergy Organization

www.worldallergy.org

Sociedade Brasileira de Alergia e Imunopatologia (ASBAI)

www.asbai.org.br