

Rinite Alérgica

Sociedade Brasileira de Alergia e Imunopatologia

Elaboração Final: 14 de Agosto de 2002

Autoria: Mello JF Jr, Fernandes MF, Castro FFM, Esher SHG,
Galvão CES

O Projeto Diretrizes, iniciativa conjunta da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, tem por objetivo conciliar informações da área médica a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico. As informações contidas neste projeto devem ser submetidas à avaliação e à crítica do médico, responsável pela conduta a ser seguida, frente à realidade e ao estado clínico de cada paciente.

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DAS EVIDÊNCIAS:

Baseado no ARIA (Allergic Rhinitis and its impact on Asthma) Workshop Report realizado em colaboração com a Organização Mundial de Saúde. O texto, publicado em novembro de 2001, revisou 2.776 referências bibliográficas sobre diferentes aspectos relacionados à rinite alérgica, como: diagnóstico, fisiopatologia, tratamento, complicações, etc. Realizado também levantamento na base de dados MEDLINE, compreendendo o período 2001-2002.

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:

- A:** Estudos experimentais e observacionais de melhor consistência.
- B:** Estudos experimentais e observacionais de menor consistência.
- C:** Relatos ou séries de casos.
- D:** Publicações baseadas em consensos ou opiniões de especialistas.

OBJETIVOS:

- Caracterizar os aspectos clínicos da rinite alérgica;
- Caracterizar os aspectos laboratoriais da rinite alérgica;
- Avaliar a eficácia da higiene ambiental no tratamento da rinite alérgica;
- Avaliar a eficácia terapêutica da farmacoterapia no tratamento da rinite alérgica;
- Avaliar a eficácia terapêutica da imunoterapia com extratos alergênicos no tratamento da rinite alérgica.

PROCEDIMENTOS:

História clínica, exame físico.

EXAMES LABORATORIAIS:

- Teste cutâneo de hiper-sensibilidade imediata;
- Dosagem de IgE total;
- RAST.

TRATAMENTO:

- Higiene ambiental
- Farmacoterapia:
 - Anti-histamínicos sistêmicos e tópicos;
 - Corticosteróides tópicos;
 - Cromonas tópicas;
 - Antileucotrienos.
- Imunoterapia com extratos alergênicos

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

A história clínica típica revela o aparecimento dos sintomas (prurido nasal, ocular, auricular, rinorréia aquosa, espirros em salva e obstrução nasal) quando existe o contato com alérgenos. Não esquecer que os sintomas também podem surgir após o contato com irritantes (odores fortes, ar frio, poluição, fumaça de cigarro, perfumes etc.). Avaliar a frequência, intensidade, duração e periodicidade dos sintomas, relação com atividades profissionais ou de lazer, assim como o impacto na qualidade de vida. Questionar a presença de antecedentes pessoais e familiares de atopia (asma, dermatite atópica, etc.)¹(D).

O exame físico específico das cavidades nasais feito com a utilização de rinoscópio e iluminação adequada permite a visualização da porção anterior. Nela, avaliaremos a palidez e edema dos cornetos, presença de secreções e de desvio septal anterior. Para a avaliação de toda fossa nasal é necessário a utilização de fibroscópios, o que facilita a avaliação de alterações anatômicas, presença de tumores, etc.¹(D).

EXAMES LABORATORIAIS

Os testes cutâneos de hiper-sensibilidade imediata, quando realizados por profissionais treinados e com material adequado, representa a principal ferramenta para o diagnóstico de doenças mediadas por IgE²(D).

A dosagem de IgE total deve ser utilizada apenas “screening” e nunca como ferramenta diagnóstica de alergia³(D).

A primeira técnica de dosagem de IgE específica com boa acurácia desenvolvida foi o RAST (radioalergosorbent test). Atualmente existem novas técnicas utilizando marcadores enzimáticos. Estão indicados nos casos em que não se pode realizar o teste cutâneo de hiper-sensibilidade imediata. Aqueles que utilizam vários antígenos misturados para um único ensaio podem ser utilizados por não especialistas como método de “screening” no diagnóstico de alergias¹(D).

TRATAMENTO

A higiene ambiental é recomendada como parte terapêutica no tratamento da rinite alérgica, apesar de existirem poucos estudos avaliando sua real eficácia na rinite alérgica⁴(B).

FARMACOTERAPIA

Os anti-histamínicos orais e tópicos são altamente eficientes no controle do prurido, espirros e coriza⁵(D), porém menos eficientes no controle da obstrução⁶(A).

Os corticosteróides tópicos, usados de forma profilática, são eficientes no controle da obstrução nasal, coriza, espirros e prurido nasal em adultos e crianças⁶(A).

Cromonas tópicas nasais apresentam bons resultados no controle da rinorréia, espirros e prurido quando utilizadas no tratamento de rinite sazonal (em adultos e crianças)⁷(A) e perene (adultos)⁸(B).

Os antileucotrienos (montelucaste) em associação com anti-histamínicos (loratadina), mostraram-se eficazes no tratamento da rinite alérgica sazonal em adultos⁹(B).

A imunoterapia específica com extratos alérgicos é eficaz no tratamento da rinite alérgica. Por via subcutânea, apresenta bons resultados na rinite alérgica perene e sazonal (adultos e crianças)¹⁰(A). Pelas vias sublingual e nasal, é eficiente na rinite sazonal (adultos e crianças) e na perene em adultos¹⁰(A).

REFERÊNCIAS

1. Bousquet J, Van Cauwenberge P, Khaltaev N, Aria Workshop Group, World Health Organization. Allergic rhinitis and its impact on asthma. *J Allergy Clin Immunol* 2001; 108:S147-333.
2. Bernstein IL, Storms WW. Practice parameters for allergy diagnostic testing. Joint Task Force on Practice Parameters for the Diagnosis and Treatment of Asthma. The American Academy Of Allergy Asthma and Immunology and the American College of Allergy, Asthma and Immunology. *Ann Allergy Asthma Immunol* 1995; 75:543-625.
3. Dykewicz MS, Fineman S. Executive Summary of Joint Task Force Practice Parameters on Diagnosis and Management of Rhinitis. *Ann Allergy Asthma Immunol* 1998; 81:463-8.
4. Moons JS, Choi S. Environmental controls in reducing house dust mites and nasal symptoms in patients with allergic rhinitis. *Yonsei Med J* 1999; 40:238-43.
5. Capoli-Richards DM, Buckley MM, Fitton A. Cetirizine. A review of its pharmacological properties and clinical potential in allergic rhinitis, pollen-induced asthma and chronic urticaria. *Drugs* 1990; 40:762-81.
6. Weiner JM, Abramson MJ, Puy RM. Intranasal corticosteroids versus oral H1 receptor antagonists in allergic rhinitis: systematic review of randomised controlled trials. *BMJ* 1998; 317:1624-9.
7. Schuller DE, Selcow JE, Joos TH, Hannaway PJ, Hirsh SR, Schwartz HJ, et al. A multicenter trial of nedocromil sodium, 1% nasal solution compared with cromolyn sodium and placebo in ragweed seasonal allergic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol* 1990; 86:554-61.
8. Hillas J, Booth RJ, Somerfield S, Morton R, Avery J, Wilson JD. A comparative trial of intra-nasal beclomethasone dipropionate and sodium cromoglycate in patients with chronic perennial rhinitis. *Clin Allergy* 1980; 10:253-8.
9. Meltzer EO, Malmstrom K, Lu S, Prenner BM, Wei L, Weinstein SF, et al. Concomitant montelukast and loratadine as treatment for seasonal allergic rhinitis: a randomized placebo-controlled clinical trial. *J Allergy Clin Immunol* 2000; 105:917-22.
10. Abramson M, Puy R, Weiner J. Immunotherapy in asthma: an updated systematic review. *Allergy* 1999; 54:1022-41.