Simpósio sobre Rinites

Rinites: Tratamento na visão do pneumologista

Rhinitis: treatment on the pneumologist vision

VIRGILIO TONIETTO – Professor Adjunto de Pneumologia do Departamento de Medicina Interna da Faculdade de Medicina da PUCRS, Mestre em Medicina – Pneumologia pela UFRGS.

✉ Endereço para correspondência:
Hospital São Lucas da PUCRS.
Av. Ipiranga, 6690/314
Fone (51) 3336-5043

SINOPSE

A rinite mais importante para o pneumologista é a rinite alérgica, que freqüentemente se associa à asma brônquica. A terapêutica adequada da rinite leva a um melhor controle da asma. O tratamento baseia-se em medidas ambientais para evitar exposição a alergenos e irritantes inalatórios, uso de medicamentos, principalmente, anti-histamínicos, descongestionantes nasais e corticosteróides tópicos e, em casos selecionados, imunoterapia.

UNITERMOS: Rinite Alérgica, Asma, Anti-Histamínicos, Descongestionantes, Corticosteróides Tópicos Nasais.

ABSTRACT

The most important rhinitis for the pneumologist is the allergic rhinitis that is often associated with bronchial asthma. An appropiate treatment of rhinitis results in an asthma's control improvement. The allergic rhinitis treatment is based on environment control, avoiding allergenes and fumes; use of pharmacologic therapy, mainly, antihistamines, decongestants and topical nasal corticosteroids; and immunotherapy in selected cases.

KEY WORDS: *Allergic Rhinitis, Asthma, Antihistamines, Decongestants, Intranasal Corticosteroids.*

INTRODUÇÃO

Diagnosticar e tratar rinites é uma situação clínica bastante freqüente na prática médica. A rinite mais importante do ponto de vista pneumológico é a rinite alérgica, que pode ser sazonal ou perene. Sua incidência tem aumentado significativamente nas últimas décadas da mesma forma que outras afecções respiratórias, provavelmente pela maior exposição a alergenos domiciliares e à poluição ambiental dos centros urbanos.

Os sintomas característicos são prurido nasal, rinorréia mucosa, espirros em salva e congestão nasal freqüentemente associados à eritema e prurido ocular.

A rinite é uma resposta inflamatória exagerada a substâncias inaladas do ambiente. Os principais fatores desencadeantes são a poeira domiciliar, pólens, viroses respiratórias, variações climáticas e poluição ambiental.

Afeta de 20 a 25% da população e está freqüentemente associada a asma e/ou sinusite. Pacientes portadores de asma brônquica têm rinite alérgica em 40 a 75% dos casos e, nos pacientes com rinite, sintomas de asma ocorrem em 20 a 30% dos casos (1, 2, 3).

Geralmente, os sintomas da rinite manifestam-se antes da asma e é difícil determinar se são a primeira manifestação de alergia respiratória num indivíduo que vai ter asma brônquica ou se a rinite desempenha um papel na causa da asma (4, 5).

Existem muitos estudos comprovando que um bom controle da rinite alérgica leva à melhora dos sintomas asmáticos com diminuição da obstrução brônquica confirmada por provas espirométricas (4, 6).

TRATAMENTO DA RINITE ALÉRGICA

O tratamento da rinite é um desafio para o clínico. Baseia-se em evitar os fatores desencadeantes, diminuir a sintomologia e modificar o estado de hipersensibiliade do indivíduo, evitando novos episódios da doença. (7)

A terapêutica deve ser proposta de acordo com o tipo e a intensidade dos sintomas e a interferência na qualidade de vida de cada paciente. A abordagem baseia-se em medidas de controle ambiental, uso de medicamentos e imunoterapia (6, 7, 8).

1) Medidas no controle ambiental

É fundamental a identificação dos alergenos desencadeantes das crises de rinite através de uma anamnese bem colhida. Na primeira consulta, deve-se fazer uma pesquisa detalhada da sintomatologia do paciente em relação ao ambiente doméstico, ambiente externo e exposição profissional.

Além da anamnese, podemos recorrer a testes laboratoriais para confirmação dos alergenos implicados na rinite através de testes cutâneos para alergodiagnóstico e dosagem sérica de imunoglobulinas E específicas.

Os testes cutâneos por puntura ("prick-test") são os mais indicados por terem boa sensibilidade e especificidade, serem mais baratos, e terem resultados

imediatos. Podem ser realizados no próprio consultório com uso de "kits" comerciais, fazendo-se a puntura da pele com agulhas com os antígenos dos principais alergenos (ácaros, fungos, pólens, pêlos de animais). A leitura é feita em 15 minutos, sendo positivos os testes que apresentarem pápula. Deve-se sempre utilizar controles negativos (soro fisiológico) e positivos (histamina). Os resultados positivos devem ter correlação clínica com a história de exposição do indivíduo (9, 10).

Um bom controle ambiental pode ser tão ou mais efetivo que o uso de medicamentos. As medidas do controle ambiental devem ser sempre implementadas porque diminuem a sintomatologia e reduzem a necessidade de uso de medicamentos. Devem ser sempre individualizadas para cada caso (8, 13).

Controle ambiental externo

1 – Evitar exposição profissional a alergenos e irritantes químicos, tais como odores fortes e fumaças.
2 – Evitar o uso de cigarros e compartilhamento de ambientes fechados com fumantes.
3 – Evitar exposição à poluição atmosférica como, por exemplo, gases de escapamento de veículos automotores.

Controle ambiental doméstico

1 – Manter a casa limpa e ensolarada, de preferência longe de fábricas, oficinas e ruas com muito tráfego.
2 – Evitar contato com fumantes.
3 – Evitar animais domésticos, especialmente gatos e cães.
4 – Evitar carpetes, forrações, tapetes e cortinas.
5 – Aspirar a casa e passar pano úmido nos móveis uma vez por semana.
6 – Cuidados com o quarto do paciente:
  6.1 – Evitar acúmulo de livros, brinquedos e bichos de pelúcia.
  6.2 – Aspirar e passar pano úmido nos móveis duas vezes por semana.
  6.3 – Usar colchões e travesseiros de material sintético, forrados com capas laváveis. Usar edredon em lugar de cobertor.
  6.4 – Lavar as roupas de cama com água quente uma vez por semana.
  6.5 – Expor o colchão ao sol freqüentemente.

2) Tratamento farmacológico

Existem vários medicamentos que podem ser utilizados isoladamente ou em associação para o controle da rinite alérgica. Os principais grupos são os anti-histamínicos, os descongestionantes nasais, os corticosteróides, os estabilizadores de mastócitos, os anticolinérgicos e o soro fisiológico para lavagem nasal (11, 12, 13, 14).

Anti-histamínicos

Os anti-histamínicos controlam a coriza, o prurido nasal e os espirros, além de aliviarem os sintomas oculares de prurido, lacrimejamento e eritema. Não atuam sobre a congestão nasal.

São antagonistas competitivos que bloqueiam os receptores da histamina. Existem descritos receptores H1, H2, H3. Os assim chamados anti-histamínicos são bloqueadores dos receptores H1 da histamina.(8)

Os anti-histamínicos clássicos são compostos de estrutura química simples que atravessam a barreira hemato-encefálica e podem causar sedação e sensação de boca seca. Os mais utilizados são a prometazina e a dexclorfeniramina.

Os anti-histamínicos não-clássicos, ou de nova geração, têm estrutura química mais complexa e praticamente não causam sedação. Propiciaram um grande avanço no tratamento das alergias, mas dois deles, a terfenadina e o astemizol, tiveram sua comercialização proíbida no Brasil por cardiotoxicidade. Os mais utilizados são a loratadina, a fexofenadina e a cetirizina.

Existem também anti-histamínicos para uso tópico, que são a azelastina e a levocabastina. São usados através de *spray* nasal e tem início de ação entre 5 e 15 minutos.

Descongestionantes nasais

São agonistas alfa-adrenérigos que contraem os vasos sanguíneos da mucosa, sendo efetivos no controle da congestão nasal. Podem ser usados por via oral ou nasal.

1 – Descongestionantes usados por via oral: os mais utilizados são a pseudo-efedrina e a fenilefrina. Freqüentemente são utilizados em preparações comerciais em que são associados a anti-histamínicos. Essa combinação proporciona maior alívio sintomático que o uso isolado dos medicamentos. As associações mais utilizadas são as de pseudoefedrina com a loratadina ou com a fexofenadina.

Os efeitos colaterais mais comuns são: agitação, insônia, cefaléia, ressecamento de mucosas, crises de hipertensão arterial, palpitações, taquicardia e extrassistolia. Devem ser usados com cautela em cardiopatas, hipertensos, prostáticos e portadores de glaucoma e tireotoxicose.

2 – Descongestionantes usados por via nasal: o uso de descongestionantes tópicos nasais está indicado nos casos de obstrução nasal severa e quando se quer um efeito imediato. As substâncias mais utilizadas são a oximetazolina, fenilefrina, nafazolina, xilometazina e fenoxazolina. Os pacientes tendem a usá-las de forma abusiva e prolongada. Sugere-se que não sejam utilizados continuamente por mais de uma semana. Podem causar efeito rebote e rinite medicamentosa. Quando usados em exagero, podem ter absorção significativa causando efeitos alfa-adrenérgicos sobre a circulação sanguínea, bexiga e pressão ocular, levando a efeitos adversos semelhantes aos dos descongestionantes sistêmicos.

Corticosteróides

São potentes anti-inflamatórios que diminuem a presença de eosinófilos e mastócitos na mucosa nasal, reduzindo a liberação de mediadores químicos. Diminuem a reação inflamatória e a permeabilidade vascular, aliviando a sintomatologia e prevenindo novas crises. Podem ser usados por via sistêmica ou topicamente (12).

1-Corticosteróides sistêmicos: os mais utilizados são a prednisona, a dexametasona e a betametasona por via oral e a betametasona por via intramuscular. São muito efetivos no controle da rinite, mas, por causa dos seus efeitos colaterais, devem ser reservados para o tratamento de polipose nasal e congestão nasal severa. Não se recomenda o uso de preparações intramusculares de depósito pelo maior risco de complicações.

2 – Corticosteróides tópicos: o uso intranasal de corticosteróides é considerado como terapêutica de eleição no controle da rinite alérgica. É eficaz para bloquear os espirros, prurido, rinorréia e obstrução nasal, sendo bastante segura nas doses usadas habitualmente. Não tem ação imediata, levando algumas semanas para evidenciar todo o seu efeito terapêutico. As substâncias disponíveis no mercado são a beclometasona, budesonida, flunisolida, fluticasona, triancinolona e mometasona. Podem ser usadas em aerossóis que utilizam gás como propelente ou em atomizadores em solução aquosa ou com glicol. As soluções aquosas são melhor toleradas por causarem menos irritação na mucosa. Os efeitos colaterais mais comuns são irritação local e sangramento. A absorção sistêmica é mínima e o início de ação é mais demorado em comparação aos anti-histamínicos e descongestionantes.

Estabilizadores de mastócitos

O cromoglicato dissódico e o nedocromil sódico são medicamentos de ação antiinflamatória que devem ser usados topicamente 3 a 4 vezes ao dia. São menos potentes que os corticosteróides tópicos, mas são praticamente isentos de efeitos colaterais; por isso são mais usados em crianças, grávidas e idosos.

Anticolinérgicos

O brometo de ipratrópio é um derivado da atropina que atua sobre a produção de muco nas glândulas, funcionando bem nos pacientes que apresentam rinoréia intensa. Deve ser usado 3 a 4 vezes ao dia por via nasal. Os efeitos colaterais mais comuns são secura da mucosa, sensação de queimação e epistaxe.

Lavagem nasal com solução fisiológica

A lavagem nasal leva a alívio sintomático pela limpeza das fossas nasais, umidificação da mucosa e melhora da função mucociliar. Pode ser feita com uso de seringa ou por aerossol, devendo ser realizada várias vezes ao dia. Existem várias preparações comerciais que associam o cloreto de benzalcônio, que é um antisséptico, ao soro fisiológico.

3) Imunoterapia

Também conhecida como dessensibilização ou hipossensibilização. É indicada em casos especiais em que o paciente não consiga evitar exposição aos alergenos e em que não haja resposta adequada ao tratamento farmacológico.

Os antígenos a serem utilizados devem ser previamente identificados por teste cutâneo de alergodiagnóstico. A via de administração preferencial é a subcutânea. São utilizadas inicialmente pequenas doses de antígeno com aumento progressivo de concentração até se estabelecer a dose de manutenção que será usada durante vários anos (8).

Deve ser realizada por profissional experiente e que tenha condições de controlar possíveis reações adversas locais, como formação de pápulas ou reações sistêmicas como exacerbação da rinite, urticária, angioedema e até choque anafilático.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MAGNAN A, FOURRE – JULIAN C, JULIAN H. et al. Rhinitis alone or rhinits plus asthma: what makes the difference? Eur. Respir. J. 1998; 12:1073-8.
2. SPECTOR SL. Overview of comorbid associations of allergic rhinitis. J. Allergy Clin. Immunol., 1997; 99:773-80.
3. CORREN J. The impact of allergic rhinitis on bronchial asthma. J. Allergy Clin Immunol., 1998; 101:352-6.
4. TOWNLEY RG, KIBONEKA A. Allergic rhinitis: relationship to asthma: similarities, differences and interactions. Annals of Allergy, Asthma & Immunology, 1998; 80:137-9.
5. CORREN J. Allergic rhinitis and asthma: how important is the link? J. Allergy Clin Immunol., 1997; 99:781-6.
6. RACHELEFSKY GS. National guidelines needed to manage rhinitis and prevent complications. Annals of Allergy, Asthma & Immunology, 1999; 82:296-305.
7. LEMANSKE RF. A review of the current guidelines for allergic rhinitis and asthma. J. Allergy Clin. Immunol, 1998; 101:392-6.
8. CASTRO FFM. Rinite alérgica. Modernas abordagens para uma clássica questão. São Paulo. Lemos Editorial. 1997.
9. CHAIEB JA, CHATKIN JM, FRITSCHER CC, TONIETTO V. A asma atópica, o "prick" teste e suas correlações. Revista da Associação Médica Brasileira, 1979; 25:250-2.
10. KISHIYAMA JL, ADELMAN DC. Allergic & Immunologic Disorders. In: Tiernay Jr. L. M., Mc Phee S. J., Papadakis M. A. Current medical diagnosis & treatment. New York. The Mc Gaw – Hill Co. 2001. 790-813.
11. JACKLER RK, KAPLAN MJ. Diseases of the nose & paranasal sinuses. In: Tiernay Jr. LM, Mc Phee SJ, Papadakis MA. Current medical diagnosis & treatment. New York. The Mc Gaw – Hill Co. 2001. 231-8.
12. GALVÃO CE, MION O, MELLO Jr. JF, CASTRO FFM. Tratamento da rinite alérgica. In: Castro F. F. M., Castro M. L. Corticosteróides nas alergias respiratórias. São Paulo. Ed. Vivaldi. 1999; 63-76.
13. ARAÚJO E, MIORIN MCG, PALOMBINI BC. Rinite. In: Silva L. C. C. Condutas em Pneumologia. Rio de Janeiro. Livraria e Editora Revinter. 2001; 713-7.
14. MYGIND N, CLARK TJH. Topical steroid treatment for asthma & rhinitis. London. Baillière Tindall. 1980.