Simpósio sobre Rinites

Tratamento da rinite em crianças

Children's rhinitis treatment

ÉRCIO AMARO DE OLIVEIRA FILHO – Mestre em Pediatria pela UFRGS. Presidente da Soc. Ped. R.S. Neonatologista dos hospitais Mãe de Deus e Femina.

✉ Endereço para correspondência:
Rua Ramiro Barcelos 910/402
Fone (51) 3311-7555
Porto Alegre – RS – 90570-001
lelo34@hotmail.com

A abordagem terapêutica das rinites em crianças segue os mesmos princípios básicos que o manejo da rinite em adultos; contudo, nesta faixa etária, devemos ter uma especial sensibilidade para com o sofrimento do nosso paciente e com os sintomas sendo que, muitas vezes, ele ainda não é capaz de se expressar com a clareza desejável.

A eliminação do contato com o alérgeno constitui a essência do tratamento da rinite alérgica e é especialmente importante na primeira infância, quando está ocorrendo a sensibilização. É praticamente impossível que consigamos eliminar o contato com agentes sazonais, como os pólens, mas podemos fazer muito a respeito dos alérgenos presentes no ambiente domiciliar. O controle do pó caseiro, freqüentemente, alivia muito os sintomas alérgicos da criança sensível, assim como a eliminação da exposição a penas. A remoção do mofo é fundamental para as crianças sensíveis a estes organismos. Essas medidas incluem o uso de desumidificadores, condicionadores de ar com filtros eficientes e aparelhos para purificação do ar. A eliminação do leite, ovos ou trigo da dieta raramente é útil, exceto em casos em que os testes cutâneos tenham evidenciado alergia a estes elementos.

As crianças que apresentam rinite induzida pela regurgitação devem ter um tratamento adequado do refluxo gastroesofágico, além de medidas como não tomar mamadeira deitada e manter decúbito elevado de aproximadamente 30º.

A higiene nasal com solução fisiológica, seguida de aspiração com "pêra" de borracha em crianças pequenas, pode ser valiosa na redução da viscosidade das secreções comumente vistas na rinite bacteriana.

Havendo suspeita de infecção bacteriana, deve ser instituído tratamento antibacteriano. Os antibióticos mais comumente utilizados são apresentados na Tabela 1.

O tratamento medicamentoso normalmente é necessário no tratamento da rinite alérgica, pois freqüentemente o tratamento suportivo e de afastamento do alérgeno não são efetivos no controle dos sintomas. Os anti-histamínicos orais, Tabela 2, e o cromoglicato permanecem como os agentes de primeira linha no tratamento medicamentoso da rinite alérgica na criança.

Tabela 1 – Antibióticos no tratamento das rinossinusites em crianças

Antibiótico	Dosagem
Primeira linha	
Amoxacilina	25 a 50 mg/Kg/dia – 8 / 8 ou 12 / 12 horas
Sulfametoxazol + Trimetoprim (TMP)	8 mg/Kg/dia (de TMP) – 12 / 12 horas
Segunda linha	
Amoxacilina + Ácido clavulânico	25 a 45 mg/Kg/dia – 8 / 8 ou 12 / 12 horas
Cefaclor	20 a 40 mg/Kg/dia – 8 / 8 ou 12 / 12 horas
Claritomicina	15 mg/Kg/dia – 12 / 12 horas

Tabela 2 – Anti-histamínicos orais nas rinites em pediatria

Anti-histamínico	Dosagem
Primeira geração	
Ciproeptadina	2 mg 8/8 h (2 a 6 anos); 4 mg 8/8 h (7 a 14 anos)
Clemastina	0,335 a 0,67 mg/dia – 12 / 12 horas (< 6 anos), 0,67 mg/dia 12/12 horas (> 6 anos)
Clorfeniramina	0,35 mg/Kg/dia – 6 / 6 horas
Hidroxizina	2 mg/Kg/dia – 8 / 8 horas
Prometazina	0,1 mg/Kg/dose – 6 / 6 horas
Segunda geração	
Astemizol	0,2 mg/ Kg/dia – 24 / 24 horas (< 6 anos), 5 mg/dia – 24/24 horas (> 6 anos), 10 mg/dia – 24/24 h (> 12 anos)
Cetirizina	2,5 mg 12/12 h (2 a 6 anos), 5 mg 12/12 h (6 a 12 anos), 10 mg 24/24 h (>12 anos)
Fexofenadina	60 mg 12/12 h ou 120 mg 24/24/ h (> 12 anos), 30 mg 12/12 h (6 a 12 anos)
Loratadina	5 mg 24/24 h (> 3 anos e <30 Kg), 10 mg 24/24 h (>30 Kg)
Terfenadina	15 mg 12/12 h (3 a 6 anos), 30 mg 12/12 h (6 a 12 anos), 60 mg 12/12 h (> 12 anos)

Os anti-histamínicos de segunda geração, astemizol, fexofenadina e loratadina, causam menos sedação que os de primeira e não interferem com a aprendizagem. A cetririzina é significativamente menos sedativa que a hidroxizina. Nem todos estes anti-histamínicos de segunda geração foram aprovados pelo F.D.A. para uso em crianças pequenas. Estas drogas deveriam apresentar uma relação risco-benefício melhor que os anti-histamínicos de primeira geração, mas, geralmente, não apresentam nenhum efeito clínico significativamente maior na melhora dos sintomas da rinite.

Cromoglicato spray nasal a 4% em dosagens de 1 a 2 sprays 3, ou 4 vezes ao dia, é eficaz na prevenção da rinite alérgica e pode ser utilizado em crianças muito pequenas. Ele costuma ser bem tolerado, mas a freqüência com que deve ser utilizado pode reduzir a aderência ao tratamento e, assim, sua eficiência.

Corticosteróides nasais tópicos representam, também na criança, a terapêutica farmacológica mais eficiente para a rinite alérgica, apresentando efeito no controle dos espirros, prurido, rinorréia e congestão; contudo, não apresentam melhora dos sintomas oculares. Embora vários estudos clínicos tenham demonstrado que os corticosteróides nasais têm uma excelente relação risco-benefício, alguns trabalhos têm demonstrado razões de preocupação com o efeito destas drogas no crescimento das crianças. Não está claro; contudo, se este efeito é temporário ou se afetaria a altura final das crianças, nem se todos os corticosteróides apresentam este tipo de efeito. Devido a esta preocupação, os corticosteróides nasais devem ser utilizados, em crianças, na menor dose eficaz possível. O F.D.A. recomenda que a altura seja monitorada rotineiramente, e que outros agentes terapêuticos (controle ambiental, anti-histamínicos, imunoterapia, quando apropriada) sejam utilizados conjuntamente para que a dose de corticosteróide possa ser a menor possível. Raramente é necessário o uso de corticosteróides sistêmicos no controle da rinite em crianças. Vasoconstritores tópicos são de uso muito arriscado na infância, devido à estreita margem entre a dose terapêutica e a tóxica, o que aumenta muito o risco de complicações cardiovasculares e de sistema nervoso central. A utilização de descongestionantes sistêmicos também deve ser muito cautelosa devido ao seu efeito estimulante.

O brometo de ipratropio sray nasal pode ajudar no controle da rinorréia, mas não apresenta efeito nos demais sintomas.

Na presença de sintomas oculares, eventualmente se faz necessário o uso de colírio de corticosteróide. Nestes casos, contudo, é interessante o acompanhamento de um oftalmologista que possa acompanhar a ocorrência de efeitos adversos. O tratamento com colírio de olopatadina, duas vezes ao dia, ou com colírio de lodoxamida, quatro vezes ao dia, é freqüentemente efetivo no controle dos sintomas oculares e é mais seguro que o uso de corticosteróides.

O tratamento da criança com rinite alérgica deve enfatizar, antes de tudo, os aspectos preventivos, não farmacológicos, antes da instituição de medicações para o controle da doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. TAKETOMO CK, HODDING JH, KRAUS DM. Pediatric Dosage Handbook, 7th. Ed,. Lexi-Comp Inc, Hudson (Cleveland), EUA, 2000.
2. SLY, M. Allergic Disorders. In: Nelson Textbook of Pediatrics, 16th. Ed., W. B. Saunders Co., Philadelphia, EUA, 2000, p:662 – 3.
3. SCHENKEL JE, SKONER DP, BRONSKY EA et al. Absence of Growth Retardation in Children With Perennial Allergic Rhinitis After One Year of Treatment With Mometasone Furoate Aqueous Nasal Spray Pediatrics 2000 105: e 22.
4. SKONER DP, RACHELEFSKY GS, MELTZER EO et al. Detection of Growth Suppression in Children During Treatment With Intranasal Beclomethasone Dipropionate Pediatrics 2000 105: e 23.
5. DYKEWICZ MS, FINEMAN S, SKONER DP et al. Diagnosis and management of rhinitis: complete guidelines of the Joint Task Force on Practice Parameters in Allergy, Asthma and Immunology. American Academy of Allergy, Asthma, and Immunology.Ann Allergy Asthma Immunol, Nov 1998, 81(5 Pt 2) p478-518.