

recomendações

Atualização de Condutas em Pediatria

nº **66**

Departamentos Científicos SPSP - gestão 2013-2016
Agosto 2013



Departamento de Alergia
Rinite alérgica

Departamento de Adolescência
**Direitos sexuais
e reprodutivos
dos adolescentes:
ética e lei**



Sociedade de Pediatria de São Paulo

Alameda Santos, 211, 5º andar
01419-000 São Paulo, SP
(11) 3284-9809

Rinite alérgica

A Rinite Alérgica (RA) é considerada a doença crônica mais frequente no mundo, atingindo cerca de 400 milhões de indivíduos em todas as faixas etárias, mas com início predominando em adolescentes e adultos jovens.

No Brasil, a prevalência de RA e de rinoconjuntivite alérgica, encontrada na população de escolares de 13 a 14 anos, foi de 10 a 30% quando se utilizaram questionários padronizados do estudo ISAAC (*International Study of Asthma and Allergies in Childhood*). A inflamação alérgica no tecido do nariz e estruturas adjacentes, em consequência da exposição de múltiplos alérgenos ambientais intra e/ou extra-domiciliares, acarreta os principais sintomas: rinorreia, espirros, congestão nasal e prurido nasal.

As doenças alérgicas tendem a concentrar-se em famílias atópicas, onde pai, mãe e/ou irmãos também apresentam sintomas alérgicos. Vários genes estão envolvidos na origem da alergia

(locus nos cromossomos 2, 5, 6, 7, 11, 13, 16 e 20), mas o aspecto epigenético da interação desses genes e a exposição precoce ou tardia a alérgenos inalados ou ingeridos, agentes infecciosos ou irritantes como fumo e poluentes, deve ser lembrado.

Os sintomas e sinais muitas vezes atingem os olhos, promovendo lacrimejamento e prurido ocular, além de prurido em face, palato, faringe, laringe e até ouvidos. Outros casos podem ser referidos como falta de apetite, perda do paladar ou preferência para alimentos pastosos pela obstrução nasal progressiva e grave, associada à anosmia ou hiposmia e flacidez de toda a musculatura orofacial.

Apesar de frequente, muitas vezes seu diagnóstico é esquecido ou confundido com infecções das vias aéreas superiores, retardando seu tratamento adequado e promovendo alterações orofaciais decorrentes da obstrução progressiva. A falta de controle de seus sintomas acarreta redução na qualidade

Autor:

Antonio Carlos Pastorino

DEPARTAMENTO DE ALERGIA

Gestão 2013-2016

Presidente:

Vera Esteves Vagnozzi Rullo

Vice-presidente:

Marcos Tadeu Nolasco da Silva

Membros:

Antonio Carlos Pastorino,
Antonio Zuliani, Carolina Cardoso
P. de Andrade, Cintia Sayuri
Kurokawa La Scala, Cristina
Frias Sartorelli, Eugênia Maria
Grilo Carnide, Helena Landin G.
Cristóvão, Joaquina Maria de
Melo Corrêa, Joelma Gonçalves
Martin, Lúcia Maria de O. R.
B. Guirau, Magda Maria Sales
C. Sampaio, Maria do Socorro
Guedes, Maria Marluce dos S.
Vilela, Pêrsio Roxo Junior, Patrícia
Polles de Oliveira Jorge, Tim
Markus Muller.

expediente

**Diretoria da Sociedade de
Pediatria de São Paulo**
Triênio 2013 - 2016

Diretoria Executiva

Presidente:

Mário Roberto Hirschheimer

1º Vice-Presidente:

Clóvis Francisco Constantino

2º Vice-Presidente:

João Coriolano Rego Barros

Secretário Geral:

Maria Fernanda B. de Almeida

1º Secretário:

Ana Cristina Ribeiro Zöllner

2º Secretário:

Tadeu Fernando Fernandes

1º Tesoureiro:

Renata Dejtiar Waksman

2º Tesoureiro:

Lucimar Aparecida Françoço

Diretoria de Publicações

Diretora: Cléa Rodrigues Leone

Revista Paulista de Pediatria

Editora: Ruth Guinsburg

Editora associada: Sônia Regina

Testa da Silva Ramos

Editores executivos:

Amélia Miyashiro N. dos Santos

Antonio Carlos Pastorino

Antonio de Azevedo Barros Filho

Celso Moura Rebello

Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck

Mário Cicero Falcão

Departamentos Científicos

Diretor:

Rubens Feferbaum

Membros:

Paulo Roberto Pachi

Regis Ricardo Assad

Maria Marluce dos Santos Vilela



Produção editorial:

L.F. Comunicações Ltda.

Editor:

Luiz Laerte Fontes

LLFontes@LFComunicacoes.com.br

Revisão:

Otaclia da Paz Pereira

Arte:

Lucia Fontes

Lucia@LFComunicacoes.com.br

de vida dos pacientes com frequentes faltas ao trabalho e escola, e redução da produtividade tanto pelo uso de medicamentos que promovem sonolência como pelo cansaço, irritabilidade e mal-estar geral pelas reduzidas horas de sono.

Os sintomas principais da RA não necessitam estar todos presentes e na mesma intensidade, podendo um predominar sobre os outros. Estudo em portadores de RA em todas as faixas etárias mostrou que a obstrução na-

sal era referida por 85% dos pacientes, sendo o sintoma mais incômodo e que mais os levava a consultas médicas. A Figura 1 mostra os sintomas que mais auxiliam na hipótese de RA e aqueles que devem servir para referenciar o paciente ao especialista.

Diagnóstico

O diagnóstico da RA é basicamente clínico, com avaliação dos sintomas e presença de antecedentes familiares e pessoais de outras doenças alérgicas como

Figura 1. Quando pensar em Rinite Alérgica

Sintomas sugestivos de Rinite Alérgica - RA

2 ou + sintomas por > 1h em muitos dias:

- Rinorreia aquosa
- Espirros (paroxísticos)
- Obstrução nasal
- Prurido nasal
- Com ou sem conjuntivite

Sintomas pouco associados à Rinite Alérgica - RA

Sintomas unilaterais:

- Obstrução nasal com ou sem outros sintomas
- Rinorreia posterior com ou sem rinorreia anterior
- Dor
- Epistaxe recorrente
- Anosmia

Classificar e tratar Rinite Alérgica

Referir ao especialista

Adaptado de Bousquet et al. ARIA 2008. Allergy 2008;63:8-160

dermatite atópica, alergia alimentar e asma, além do exame clínico geral e nas fossas nasais. A presença da prega transversal no dorso do nariz pode ser a evidência de que o paciente apresenta prurido nasal. Na região infraorbitária podem-se notar as pregas de Dennie-Morgan, assim como, as “olheiras”, o escurecimento do local, devido ao prurido e à estase vascular.

O exame do nariz, através da rinoscopia anterior é a etapa mais importante para o diagnóstico de RA, observando-se a coloração da mucosa nasal, que pode variar entre pálida até uma coloração violácea. Os cornetos inferiores apresentam-se edemaciados com hipertrofia e com presença de secreção aquosa e clara. Poucas vezes são necessários exames complementares para o diagnóstico da RA, mas em alguns casos podem ser úteis na melhor definição do quadro. Entre eles destaca-se a dosagem de IgE específica aos alérgenos mais prevalentes no ambiente do paciente (*in vivo* pelo teste de punctura ou *in vitro* pelo teste do RAST ou *Immuno-Cap*). A contagem elevada de eosinófilos nas secreções nasais (>10-20%) pode di-

ferenciar rinite alérgica ou rinite eosinofílica não alérgica daquelas infecciosas onde predominam neutrófilos, mas são de difícil coleta e interpretação. Os exames de imagem, em especial a tomografia de seios da face, somente devem ser realizados na suspeita de complicações ou no diagnóstico diferencial.

As **comorbidades** mais relacionadas à RA são: conjuntivite alérgica, presente em 50 a 70% dos pacientes com rinite; sinusites agudas presentes em 25-30% e sinusites crônicas uni ou bilaterais entre 40 e 80% dos pacientes com RA e a asma presente em 10-40% dos casos de RA e por outro lado a RA em até 95% dos casos de asma.

Classificação

A **classificação** da RA definida pela iniciativa ARIA (*Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma*) facilitou a utilização da mesma nomenclatura em todo o mundo, independente da presença de exposição sazonal ou perene a alérgenos ambientais. A Figura 2 mostra que a RA pode ser classificada em **Intermitente e Persistente** pela presença mais prolongada ou não de sintomas e em **Leve ou Mo-**

derada/Grave pela intensidade dos sintomas e sua influência na rotina e qualidade de vida dos pacientes.

Tratamento

O **tratamento** da RA baseia-se na intensidade dos sintomas e sua classificação auxilia na graduação da introdução de medicações. A Figura 3 mostra que em todas as situações a higiene nasal, a retirada de alérgenos conhecidos e a redução da

exposição a irritantes devem fazer parte do tratamento. A lavagem nasal com soluções isotônicas (soro fisiológico 0,9% isentas de conservantes) vem sendo estimuladas e podem minimizar a congestão nasal, facilitar a ação dos corticoides tópicos e reduzir suas doses. Da mesma forma, o uso de descongestionantes orais (mais usados em adolescentes e adultos sempre por curtos períodos) e anti-histamínicos de segunda

Figura 2. Classificação da Rinite Alérgica em pacientes sem tratamento

QUANTO AOS SINTOMAS:

INTERMITENTE

< 4 dias por semana **OU**
< 4 semanas

PERSISTENTE

≥ 4 dias por semana **E**
≥ 4 semanas

QUANTO À INTENSIDADE:

LEVE

- Sono normal
- Sem comprometimento das atividades diárias normais: (escola, trabalho, lazer)
- Trabalho e/ou escola normais
- Sem sintomas incômodos

MODERADA/GRAVE (1 OU MAIS ITENS)

- Sono alterado
- Comprometimento das atividades diárias: escola, trabalho, lazer
- Alteração no trabalho e/ou escola

geração (não sedantes) compõem o tratamento da RA em todos os casos.

A primeira linha de tratamento para as RAs leves está baseada no uso de anti-histamínicos não sedantes (cetirizina, levocetirizina, loratadina, desloratadina ou fexofenadina) (Tabela 1) e, sempre que for necessário, nos casos moderados ou graves associados aos corticosteroides tópicos nasais (CTNs). Já nos casos moderados e/ou graves, os CTNs devem ser utilizados como primeira escolha, por períodos variáveis e nos meses do ano com maior inten-

sidade dos sintomas. O uso de CTN com baixa biodisponibilidade sistêmica (poucos efeitos colaterais sobre o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal) tem facilitado seu uso prolongado em crianças maiores do que dois anos (Tabela 2). As cromonas intra-nasais e os anti-leucotrienos são seguros, mas apresentam menor ação do que os CTNs. A imunoterapia alérgeno específica pode ser utilizada nos pacientes sem melhora com o uso dos demais tratamentos e representa uma terapia que modifica a resposta imune em longo prazo.

Figura 3. Tratamento baseado na classificação da Rinite Alérgica

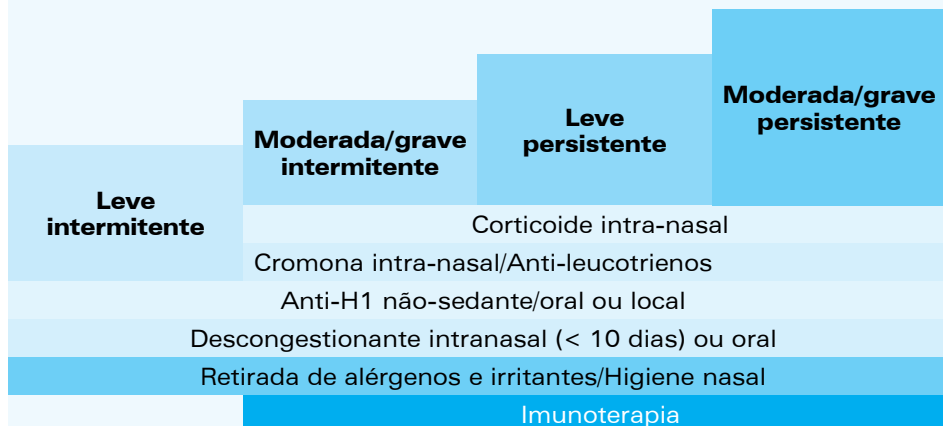


Tabela 1. Principais anti-histamínicos H1, não clássicos ou de segunda geração

Nome	Apresentação	Posologia	
		Crianças	Adultos e > de 12 anos
Cetirizina	Gotas: 10 mg/mL Comprimidos: 10 mg Solução oral: 1 mg/mL	6 meses a 2 anos: 2,5 mg 1x ao dia 2 a 6 anos: 2,5 mg/dose a cada 12 horas 6 a 12 anos: 5 mg/dose a cada 12 horas	10 mg/dia
Desloratadina	Solução oral: 0,5mg/mL Comprimidos: 5 mg	6 meses a 2 anos: 2 mL 1x ao dia 2 a 6 anos: 2,5 mL 1x ao dia 6 a 12 anos: 5 mL 1x ao dia	5 mg/dia
Fexofenadina	Solução: 6 mg/mL Comprimidos: 30, 60, 120 e 180 mg	< 6 anos: 15 mg 6 a 11 anos: 30 a 60 mg ao dia	60 mg cada 12h ou 120 mg 1x/dia
Levocetirizina	Gotas: 2,5 mg/10 gotas Comprimidos: 5 mg	2 a 6 anos: 1,25 mg (5 gotas) 2x/dia > 6 anos: 5 mg/dia (20 gotas ou 1 cp)	5 mg/dia
Loratadina	Solução oral: 5 mg/mL	> 2 anos: < 30 kg: 5 mg/dia ≥ 30 kg: 10 mg/dia	10 mg/dia

Adaptado de III Consenso Brasileiro sobre Rinites.

Tabela 2. Principais corticosteroides tópicos nasais e dosagem

Corticosteroide	Dosagem e administração	Dose
Beclometasona	50 e 100 mcg/jato 1-2 jatos/narina, 1-2 x/dia	100-400 mcg/dia
Budesonida	32, 64, 50 e 100 mcg/jato 1-2 jatos/narina, 1 x/dia	64-400 mcg/dia
Propionato de fluticasona	50 mcg/jato 1-2 jatos/narina, 1 x/dia	100-200 mcg/dia
Mometasona	50 mcg/jato 1-2 jatos/narina, 1 x/dia	100-200 mcg/dia
Triancinolona	55 mcg/jato 1-2 jatos/narina, 1-2 x/dia	110-440 mcg/dia
Furoato de fluticasona	27,5 mcg/jato 1-2 jatos/narina, 1 x/dia	55-110 mcg/dia
Ciclesonida	50 mcg/jato 2 jatos/narina, 1 x/dia	200 mcg/dia

Adaptado de III Consenso Brasileiro sobre Rinites

Referências bibliográficas

- Bousquet J, Khaltaev N, Cruz AA, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008. *Allergy* 2008; 63 (suppl 86): 8-160.
- Brozek JL, Bousquet J, Baena-Cagnani CE, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) Guidelines: 2010 revision. *J Allergy Clin Immunol* 2010; 126:466-476.
- Bjorksten B, Clayton T, Ellwood P, Stewart A, Strachan D, and the ISAAC Phase III Study Group. Worldwide time trends for symptoms of rhinitis and conjunctivitis: phase III of the International Study of Asthma and Allergies in Childhood. *Pediatr Allergy Immunol* 2008; 19: 110-24.
- Solé D, Mallol J, Camelo-Nunes IC, Wandalsen GF; Latin American ISAAC Study Group. Prevalence of rhinitis-related symptoms in Latin American children - results of the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) phase three. *Pediatr Allergy Immunol*. 2010;21(1 Pt 2):e127-36. doi: 10.1111/j.1399-3038.2009.00947.x.
- Greiner AN, Helligs PW, Rotiroli G, Scadding GK. Allergic rhinitis. *Lancet*. 2011;378(9809):2112-22. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60130-X.
- Fomin ABF, Mion O. Rinite Alérgica. In: Jacob CMA, Pastorino AC eds. *Alergia e Imunologia para o Pediatra* (2nd ed). Barueri: Manole, 2010: pp 281-88.
- Shedden A. Impact of nasal congestion on quality of life and work productivity in allergic rhinitis: findings from a large online survey. *Treat Respir Med* 2005;4:439-46.
- Kinchoku VM, Oliveira IS, Watanabe LA, Castro APBM, Jacob CMA, Pastorino AC. Fatores associados ao controle da asma em pacientes pediátricos em centro de referência. *Rev paul pediatr* 2011;29: 591-8.
- Minor S. Allergic rhinitis: what's best for your patient? *J Fam Pract*. 2013;62(3):E1-E10.
- Li H, Sha Q, Zuo K, et al. Nasal saline irrigation facilitates control of allergic rhinitis by topical steroid in children. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec* 2009; 71: 50-5.
- Papsin B, McTavish A. Saline nasal irrigation: Its role as an adjunct treatment. *Can Fam Physician* 2003;49:168-73.
- Sole D, Sakano E (coord.). III Consenso Brasileiro sobre Rinites. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2012;75(6):3-51. Disponível em: http://www.aborlccf.org.br/imageBank/CONSENSO_SOBRE_RINITE_-SP-2013-04.PDF
- Walker SM, Durham SR, Till SJ, Roberts G, Corrigan CJ, Leach SC et al. Immunotherapy for allergic rhinitis. *Clin Exp Allergy* 2011;41:1177-200.