

## RINITE

As rinites são cada vez mais frequentes e a sua prevalência tem vindo a aumentar nas últimas décadas devido grande parte à poluição, quer ambiental (exterior ou “out door”) quer doméstica (interior ou “in door”). Diariamente passam pelas narinas cerca de 10 a 20.000 litros de ar e, facilmente se entende que a estrutura nasal tem de estar apta a defender-se e, eventualmente, a adaptar-se a novas situações, criadas pela qualidade do ar inspirado.

A atmosfera contém 20,94 % de oxigénio, 0,04% de dióxido de carbono, 78,03% de nitrogénio e 0,99% de gases inertes. Os poluentes representam uma parcela mínima do ar, mas mesmo em muito baixas concentrações exercem efeitos negativos no ser humano. O ozono em concentrações de 0.08 a 0.12 ppm (partes por milhão) é um factor de poluição exterior, provocando alterações de saúde no ser humano. Assim, mesmo em indivíduos não alérgicos, após exposições de 24 horas ao ozono, verifica-se redução em 50% nos fluxos nasais e provas de provocação nasal positivas. O dióxido de enxofre e os compostos orgânicos voláteis são poluentes exteriores bem estudados, e já reconhecidos como causa de lesões da árvore respiratória.

A influência dos poluentes interiores (“in door” ou seja, os existentes nas habitações) na patologia nasal, têm vindo a ganhar uma importância cada vez maior. Em primeiro lugar, e por razões óbvias, o tabaco encabeça uma longa lista de poluentes deste grupo, seguido das carpetes, mobiliário, sem esquecer os pêlos dos animais domésticos. A adicionar a esta situação, nos últimos anos, começou a ser conhecida e estudada uma entidade clínica, designada pela OMS como “síndrome dos edifícios doentes”, que provoca alterações na mucosa nasal, para além de irritação ocular e cutânea.

### *Epidemiologia*

A rinite alérgica é uma situação clínica bem conhecida, afectando cerca de 10 a 15% da população portuguesa. A rinite alérgica pode iniciar-se desde o nascimento e perdurar até à velhice. A incidência da doença (novos casos) aumenta progressivamente até à adolescência regredindo a partir da idade adulta, e nesta, a incidência é maior no sexo feminino.

A prevalência, isto é, todos os casos (“novos” e “velhos”) é mais frequente no sexo masculino, numa relação de 1,5 a 1,8 casos.

Muitas das queixas relativas à rinite podem ser confundidas com queixas semelhantes, resultantes de constipações ou gripes; no entanto, enquanto estas situações de origem infecciosa são transitórias, os doentes portadores de rinite são os designados “sempre constipados”. Quando se estuda a epidemiologia da rinite é obrigatório objectivar o tipo, duração e periodicidade dos sintomas. Os estudos epidemiológicos da rinite alérgica, quando efectuados exclusivamente por inquérito podem conduzir, erradamente, a prevalências elevadas, se previamente não tiver sido efectuada uma boa caracterização dos vários parâmetros a estudar.

A rinite pode evidenciar-se por sinais ligeiros (comichão e irritação nasal com espirros), ou mais graves, com obstrução nasal marcada que impede o doente de fazer a sua vida normal.

### *Anatomia e Fisiologia dos seios peri-nasais*

As mucosas nasais e a dos seios peri-nasais actuam como um filtro, retendo as partículas com mais de  $5\mu$  de diâmetro. O ar inspirado, que passa através das narinas durante 24 horas, ultrapassa 10.000 litros. Para além de ser um importante filtro, as mucosas são um autêntico regulador da humidade e da temperatura do ar, graças à sua rica vascularização.

A “missão” mais importante das cavidades nasais é proporcionar aos pulmões a chegada de ar nas condições fisiológicas ideais, isto é, sem partículas, com grau médio de humidade e à temperatura interna.

As cartilagens nasais, pela sua forma, regulam o fluxo de ar, enquanto os cornetos aumentam a superfície nasal, comandando também o fluxo de ar através de um sistema de auto-regulação da circulação. Esta, provoca **alternância** nos volumes de ar inspirado, nas cavidades nasais esquerdas e direitas, tendo uma duração de 2 a 4 horas, pois enquanto um dos lados está “aberto” o outro está “semi-aberto” e assim sucessivamente. Tal sistema designa-se como “ciclo nasal”. Nos indivíduos sem patologia nasal, tal alternância não é perceptível, sendo apenas sentida pelos portadores de rinite.

A inervação é efectuada através do sistema parassimpático que conduz a vasodilatação, e do simpático que provoca vasoconstrição. A estimulação do parassimpático condiciona espessamento das mucosas e conseqüente estreitamento das vias nasais.

Após a regulação do fluxo de ar inspirado nos seios peri-nasais, produz-se uma limpeza das impurezas, através da acção da mucosa nasal e dos cílios vibráteis. A mucosa nasal é constituída por epitélio estratificado e escamoso no seu terço anterior e pseudo-estratificado cilíndrico e ciliado nas restantes zonas. Esta mucosa é rica em IgA secretora e em lisozima, o que juntamente com um pH ácido e riqueza de macrófagos nasais favorece o combate às infecções.

Refira-se que os seios etmoidais e maxilares são permeáveis desde o nascimento, mas o seio esfenoidal apenas o é pelos 3 anos de idade; os seios frontais atingem o máximo desenvolvimento apenas na adolescência.

### *Fisiopatologia*

As mucosas nasais, por serem ricamente inervadas pelo sistema nervoso autónomo, são sensíveis a estímulos diversos específicos e não específicos. Os estímulos específicos desencadeados por infecções e resposta imunológica traduzem-se por espirros, rinorreia anterior e/ou posterior, obstrução (vasodilatação), prurido ou dor (inflamação). Nos estímulos não específicos estão incluídos factores tão diversos como substâncias irritantes, odores, frio, alterações hormonais, estimulação sexual e inclusivamente a defecação. As alterações contínuas do limiar de estimulação aos irritantes provocam uma constante alteração das mucosas com edema, alterações da vascularização e aumento de secreções.

As rinites, consoante a fisiopatologia, dividem-se habitualmente em dois grandes grupos : alérgica e não alérgica. Nas não alérgicas incluem-se : a vasomotora, a infecciosa, a eosinófila não alérgica, a medicamentosa, a hormonal, a atrófica, e ainda a rinite associada a outras patologias.

Na rinite alérgica, predominam os espirros e rinorreia, enquanto nas infecções há predomínio da dor; a obstrução aparece noutras formas de rinite e nas poliposes.

Na rinite alérgica há uma resposta da IgE ao antígeno causando a libertação de uma grande variedade de mediadores, responsáveis pela vasodilatação e edema das mucosas (obstrução), aumento da vascularização e de secreções mucosas (rinorreia) e aumento da permeabilidade capilar e da mucosa. As reacções de resposta rápida estão relacionadas com a libertação pelos macrófagos dos mediadores pré-formados como a histamina, factores quimiotácticos dos eosinófilos e dos neutrófilos e dos mediadores derivados de membrana como o PAF (factor activador das plaquetas), e posteriormente os leucotrienos e as prostaglandinas. As reacções de resposta tardia, que irão manter a resposta alérgica, estarão não só dependentes da resposta imunológica humoral, através dos neutrófilos e dos eosinófilos, mas também da resposta imunológica celular através das linfoquinas.

Na 1ª fase a resposta do individuo dá-se através dos espirros na vã tentativa de expulsar o invasor, minutos depois começa a rinorreia serosa abundante, na tentativa de reduzir os alérgenos no contacto com as mucosas. Na 2ª fase, ou tardia, existe um bloqueio, agora em termos simplistas, tentando impedir a entrada a mais alérgenos. O continuo contacto com os alérgenos vai fazer perdurar, durante mais ou menos tempo, esta situação clínica. Consoante a etiologia da rinite há predominância de alguma destas respostas.

Assim, nas rinites alérgicas, não tratadas, ao fim de algum tempo há sério predomínio de obstrução nasal.

### *Clínica*

A história clínica da rinite, como a de qualquer outra patologia é essencial para um correcto diagnóstico. Ela deverá incluir a duração e frequência dos sintomas, factores precipitantes e desencadeantes, exposição a alérgenos em casa e local de trabalho, existência de outras patologias alérgicas (p.ex. asma, eczema), tratamento actual, história familiar, etc.

É importante observar o facies, principalmente nas crianças. Notar a existência de conjuntivite, presença ou ausência das linhas de Dennie-Morgan, nas pálpebras inferiores, típicas de dermatite atópica.

Procurar na pele sinais de eczema, pele seca, dermografismo.

Na observação nasal dever-se-á ver cuidadosamente os defeitos exteriores, perfurações ou desvio do septo nasal. O exame das mucosas nasais pode facilmente ser efectuado com espéculo nasal para observação da região anterior, e usando a técnica indirecta do espelho para visualizar a rinofaringe.

A coloração das mucosas (pálida na rinite alérgica), a avaliação do grau de edema da mucosa e dos cornetos inferiores, o tipo de secreções (serosas, mucosas, purulentas), a existência ou não de tumores, pólipos, etc. são essenciais para o diagnóstico clínico.

Um exame correcto deverá incluir a observação das membranas timpânicas, existência de retracções, níveis líquidos, perfurações, etc..

A nível bucal interessa observar alterações na dentição, mal oclusões, palato, hipertrofia das amígdalas, rinorreias posteriores. A existência de palato elevado é frequente nas crianças que usam biberão e chupeta até idades tardias (crianças de “boca aberta”), ocasionando diminuição do fluxo de ar na passagem nasal inferior e consequente aumento de infecções locais, em particular de adenoidites.

A existência de anosmia é frequente nas poliposes nasais, na rinite eosinófila não alérgica e na rinite granulomatosa.

Na rinite alérgica a mucosa nasal e a dos cornetos têm uma coloração pálida, ingurgitada pelo edema e coberta de secreções finas de tipo seroso.

Sob o ponto de vista fisiopatológico há predomínio acentuado aumento de volume das células basais, vasodilatação, congestão das mucosas e considerável edema submucoso; neste encontram-se eosinófilos e neutrófilos em quantidade superior ao normal, que perduram durante alguns dias após a exposição ao alergénio.

Os espirros são os principais sinais da doença, sendo de predominância matinal, logo após a levantar. São de tipo perannual nas alergias aos ácaros, enquanto que nas polinoses surgem após o levantar ou ao meio da manhã, e somente durante a época polínica, na Primavera e/ou Verão, em relação com o tipo de pólen a que o indivíduo é sensível.

As alergias mais frequentes são aos ácaros do pó de casa, seguidas das alergias ao pólen de gramíneas (grama, dactilo, relva, etc.). As polinoses também poderão ser desencadeadas por pólenes de árvores e herbáceas, mas com frequência inferior às polinoses provocadas pelas gramíneas. A sensibilidade aos pêlos de animais, sobretudo ao do gato e do cão são também uma forma comum de alergias.

A existência de quistos submucosos, pólipos, com ou sem anosmia, podem surgir num estadio tardio da doença, em que as mucosas, etmoidais primeiramente e as maxilares posteriormente, estão hipertróficas e hiperplásicas. Esta situação pode surgir também, em doentes com rinite não alérgica, por uso indiscriminado de vasoconstritores tópicos nasais por efeito semelhante a nível das mucosas (rinite medicamentosa).

### *Diagnóstico*

A efectuação de provas cutâneas com alergénios são essenciais para o diagnóstico da rinite alérgica. A facilidade, rapidez e capacidade de testar vários alergénios numa sessão e o seu preço, em relação aos exames laboratoriais, são determinantes para o estudo da etiologia da rinite. É de notar, porém, que a existência de dermatografismo ou a ingestão de anti-histaminicos 48 horas anteriores podem afectar as reacções.

O estudo da citologia nasal e a determinação de IgE sérica são os parâmetros laboratoriais mais importantes para o diagnóstico do tipo de rinite.

A pesquisa através dos RAST é dispendiosa, leva alguns dias a ter resposta e apenas pode ser efectuada para um numero limitado de alergénios.

Alterações no leucograma dão-nos também algumas indicações de provável doença alérgica. Assim uma percentagem elevada de eosinófilos (acima de  $1.000 /\text{mm}^3$ ) está presente em várias patologias como na rinite alérgica, na rinite eosinófila e na associação polipose nasal, asma e na intolerância ao ácido acetil salicilico e derivados. A existência de abundantes neutrófilos, em doentes com rinite, pode indicar a presença de rinite infecciosa ou sinusite.

Outros exames mais sofisticados podem ser efectuados para um melhor diagnóstico da rinite, como por exemplo, a lavagem das mucosas nasais e posterior

tipagem de células; nestes casos comparam-se as células encontradas, com as de um esfregaço efectuado por uma ligeira raspagem no 1/3 anterior do corneto inferior. Enquanto que nas rinites alérgicas há consonância entre os eosinófilos do esfregaço e os da lavagem, nos outros tipos de rinite tal não acontece.

A biopsia nasal efectuada por uma pequena raspagem (mais profunda que a anterior) na zona nasal lateral, pode dar indicações sobre o tipo de reacção inflamatória. A existência de disquinésias ciliares, de doença granulomatosa e de tumores apenas poderá ser estudada mediante biopsia nasal.

Para além do estudo laboratorial, nas rinites, deverão sempre ser estudadas as cavidades peri-nasais através de radiologia, e em várias incidências: a incidência de perfil, é útil para a detecção do volume dos adenóides, nas crianças, e para a visualização do seio esfenoidal, nos adultos.

Pela radiologia convencional, apenas em cerca de 50% dos casos é detectada sinusite, em particular a de tipo crónico, devendo, sempre que haja suspeição, ser solicitada TAC (tomografia axial computadorizada) aos seios peri-nasais. Com a TAC poderão ser observados melhor os desvio do septo, atresia ou estenoses das cloanas, eventuais malformações ou existência de massas.

É muitas vezes útil o estudo dos fluxos nasais, quer nas câmaras anteriores, quer nas câmaras posteriores, das fossas nasais. Este estudo é efectuado através da rinomanometria, técnica em que se usa o rinomanómetro, e onde são detectadas alterações no fluxo nasal (volume e resistência ao ar inspirado) em cada narina. Tal técnica é útil para efectuar provas de provocação com instilação de alergénios na mucosa e para avaliar a eficácia terapêutica de medicamentos

Frequentemente é necessário destringir entre a rinite alérgica e a rinite não alérgica (ex-vasomotora). Esta, predomina no sexo feminino e na idade adulta e, nesta forma de rinite, de etiologia não alérgica, as queixas não estão relacionadas com qualquer factor específico, mas sim com estímulos inespecíficos (frio, odores, fumo, especiarias, humidade, estímulos sexuais, etc.). Certas medicações podem desencadear o aparecimento deste tipo de rinite, nomeadamente alguns medicamentos anti-hipertensores. As alterações hormonais facilitam o aparecimento desta rinite, p.ex. as alterações da tiroideia (hipo e hiper) e as decorrentes de gravidez.

A rinite atrófica, é mais frequente nas idades mais avançadas, em que há, contrariamente à rinite alérgica, secura das mucosas, infecções e sensação de obstrução nasal. Aqui os cornetos estão atrofiados e as mucosas nasais saíram facilmente.

O diagnóstico diferencial em relação às sinusites não é difícil a não ser nos primeiros estadios da doença. Nas sinusites etmoidais e maxilares, há frequentemente anosmia, e faltam os espirros e as secreções serosas (tipo água), ou mucosas, predominando as secreções muco-purulentas de cor amarela ou amarela-esverdeada. Também há ausência de prurido nasal, para além de ausência de sinais de alergia ocular, que frequentemente acompanha a rinite alérgica. As queixas, podem ser com frequência unilaterais, com dor no lado atingido. Nas sinusites frontais e esfenoidais há cefaleias intensas, sendo melhor diagnosticadas com TAC. Nestas sinusites os doentes têm cefaleias, dificilmente suportáveis, quando atingem os 2 a 4.000 metros de altitude em viagens de avião.

### *Tratamento*

#### 1 - Evicção

É importante reconhecer o factor causador da alergia, de forma a delinear estratégias para reduzir a exposição ao alergénio. A redução da exposição ao alergénio ou a sua total eliminação, conduzirá a uma redução substancial da alergia ou mesmo à sua erradicação. Se a causa de alergia for o contacto com os animais, o afastamento destes conduz à eliminação da sintomatologia. A redução dos bolores provocados por fungos pode ser efectuada por desumidificadores ou por mudança de habitação, diminuindo em consequência a sintomatologia. Pode haver, também, redução de exposição aos pólenes se houver evicção das saídas de casa, e reduzir a frequência de idas a locais arborizados ou ajardinados.

A redução da exposição aos ácaros existentes no pó de casa pode ser conseguida através do uso de forras nas almofadas e colchões, lavagens dos lençóis e cobertores das camas com água quente. Também nos últimos anos apareceram no mercado alguns acaricidas, com base no ácido tânico e benzoato, que reduzem as infestações pelos ácaros.



Recentemente, foram introduzidos aparelhos eléctricos - precipitadores electrostáticos - que filtram as partículas do ar com diâmetro superior a 1 micron, no entanto é bom não esquecer as limitações destes aparelhos, pois a movimentação das partículas dos ácaros efectuada pelos movimentos da própria pessoa (p.ex. o sentar-se na cama ou andar pela alcatifa, mexer nos tapetes, etc.), levanta as partículas no ar levando à sua inalação imediata não dando tempo a que o aparelho as filtre, daí o seu limitado valor para uso clínico.

## 2 - Anti-histamínicos

Os anti-histamínicos são medicamentos, com rápido início de acção e que possuem como efeitos gerais a redução dos espirros, do prurido e da rinorreia. No entanto não têm nenhuma acção descongestionante.

A histamina actua através de 3 receptores - H (sub H<sup>1</sup>, sub H<sup>2</sup> e sub H<sup>3</sup>). A actuação nos receptores H produz estimulação dos músculos lisos, aumento da permeabilidade vascular, aumento da produção de muco, activando as terminações nervosas que induzem o prurido e os reflexos causadores dos espirros. A activação do receptor H (sub-2) causa aumento da secreção gástrica e por vezes dilatação vascular a nível da pele com o consequente exantema. A activação do receptor H (sub-3) estimula as terminações histaminérgicas dos nervos a nível cerebral que controlam a síntese da histamina através de um mecanismo de auto-controle.

Os antigos anti-histaminicos H<sup>1</sup> tinham nas suas moléculas efeitos lipofílicos. Os novos anti-H<sup>1</sup> não têm tanto efeito lipofílico, e em consequência penetram pouco, ou não penetram, na barreira hemato-encefálica, reduzindo assim os seus efeitos sedativos e acções colinérgicas colaterais. O início de acção é rápido, mesmo na forma oral.

O uso dos anti-histamínicos no tratamento dos espirros e na rinorreia associada com a rinite alérgica, não tem acção qualquer acção na desobstrução das mucosas nasais, a não ser quando associados a descongestionantes. A sua acção é mais eficaz na rinites sazonais que nas perenais. Nestas, a obstrução das mucosas é o quadro predominante. O uso contínuo de anti-histamínicos, conduz a uma menor tolerância, e como tal a uma diminuição da eficácia terapêutica.

Os anti-histaminicos têm como efeitos secundários a sedação, obstipação, secura dos olhos, retenção urinária e taquicardia. Nas crianças e idosos, podem provocar irritabilidade por alterações colinérgicas a nível central. Os novos anti-histaminicos são potentes, podendo ser usados apenas uma vez por dia, têm menos efeitos sedativos e raramente sofrem a potenciação pela ingestão de álcool.

### 3 - Descongestionantes

A frequente ineficácia dos anti-histaminicos na redução da obstrução nasal tem levado a que se associe a sua acção à dos  $\alpha$ -adrenérgicos. Estes têm o poder de efectuar vasoconstrição e reduzir o acesso de sangue às mucosas nasais, através da redução do volume de sangue nos vasos sinusoidais e conseqüente redução do edema.

O modo de acção dos  $\alpha$ -adrenérgicos, está relacionado com a sua actuação, quer a nível dos receptores  $\alpha$ -adrenérgico tipo 1 ou  $\alpha$ -adrenérgico tipo 2. Os primeiros são inibidos pela prazosina, e os segundos pela iombina. Os  $\alpha$ -1 predominam nas células post-sinápticas, controlam a irrigação vascular e a contracção dos músculos lisos. Os  $\alpha$ -2 existem quer nas células pré-sinápticas, quer nas post-sinápticas e regulam a libertação de nor-adrenalina.

Estes medicamentos podem ser administradas por via tópica ou oral, e são eficazes em ambas as vias. No entanto, a sua administração prolongada, em particular pela via tópica, pode condicionar o aparecimento de rinite medicamentosa, para além de provocar taquifilaxia. Assim o uso destes medicamentos, via tópica, deverá ficar restrito ao descongestionamento propriamente dito, e por curto espaço de tempo, para a posterior introdução de outros medicamentos, como p.ex. os corticoides tópicos; não é demais salientar que os descongestionantes tópicos são para usar por curtos períodos, em que haja problemas de ventilação nasal marcada durante a noite. O seu uso prolongado causa um efeito “rebound” marcado.

A pseudo-efedrina é descongestionante mais utilizado. Deverá ser manuseados em relação estreita com o peso do doente numa dose média de 1 mg/kg/dia. Normalmente existem associados a anti-histaminicos, quer em solutos para crianças quer em comprimidos para adultos.

De um modo geral os descongestionantes orais, como efeitos secundários, provocam frequentemente insónias e irritabilidade. Podem provocar, embora com menor frequência, hipertensão, tremores, arritmias e convulsões. Consequentemente não deverão ser administrados a indivíduos com hipertensão, hipertiroidismo, cardíacos e que tomem alguns anti-depressivos que sejam inibidores da mono amino-oxidase (MAO). Têm excreção urinária e em termos desportivos são consideradas substância “dopantes”.

#### 4 - Cromoglicato dissódico

A sua eficácia no tratamento da rinite alérgica está comprovada. O seu modo de acção tem sido apontado como estabilizador dos mastócitos, no entanto tem estado ligado a outros mecanismos de acção ainda em estudo. Actua bem como preventivo nas fases pré-sazonais ou diariamente nas rinite peranuais. Pode ser administrado via intranasal, em nebulização em doses de 10 mg (2 aspersões) em cada narina e 3 a 4 vezes ao dia.

Muitos doentes, particularmente as crianças, respondem bem, enquanto os adultos não referem, ou referem pouco, benefício. São seguros, com efeitos secundários quase nulos, embora menos potentes que os corticoides tópicos.

Existe também comercializado em associação a anti-histamínicos para uso intranasal, no entanto o seu uso é limitado a alguns dias, por poder causar sensibilização aos próprios anti-histamínicos.

#### 5 - Corticóides

Os glucocorticoides são os medicamentos mais potentes para o tratamento da rinite alérgica. Os efeitos secundários derivados da sua administração oral conduziu ao desenvolvimento e investigação de corticoides para uso intranasal. A sua acção é ainda melhor, nalguns casos, que a administração via oral, e são seguros. Há contudo, um período de latência entre a sua administração e o seu início de acção. O tratamento com via oral tem apenas um pequeno efeito na resposta imediata ao contacto da mucosa nasal com o antigénio, mas tem uma boa actividade na resposta tardia, reduzindo assim o fluxo de eosinófilos e o conseqüente edema, após a estimulação antigénica. A sua acção reduz também a proteína cationica e o número de mastócitos.

A administração tópica, ou seja, intranasal, de corticoides é melhor e mais rápida a nível das mucosas nasais que a administração por via oral. São drogas mais potentes que os anti-histamínicos, descongestionantes e cromoglicato dissódico.

A introdução destes medicamentos, deverá ser efectuada após adequada inspecção dos cornetos inferiores e das mucosas, através de espéculo nasal, de forma a verificar a permeabilidade das mucosas, estado de desenvolvimento dos cornetos, desvios do septo e pontos de fragilidade vascular.

Caso exista algum sinal de patologia associada não deverão ser administrados. Nas crianças com idade inferior a 5 anos, estes medicamentos deverão ser administrados com precaução. As mucosas nasais devem ser reinspeccionadas 4 a 6 semanas após do início do tratamento, para decidir da sua tolerância e eficácia.

Nas rinites alérgicas a grande maioria dos doentes (acima de 80%) melhora com este tipo de medicamentos. Haverá que estar atento ao facto de que estes medicamentos devem apenas ser administrados em patologias alérgicas e não associadas a infecções locais, viricas, bacterianas, etc. São medicamentos **proscritos** em doentes com tuberculose, e/ou imunodeprimidos.

A irritabilidade nasal, sensação de queimadura, espirros e epistaxis ligeiras são os principais efeitos secundários. O uso prolongado leva a atrofia das mucosas. Raramente podem surgir perfurações septais. A incidência de candidíase intra-nasal é quase inexistente, ao contrário dos corticoides via inalatória através da boca.

Apenas em doses 5 a 10 vezes as recomendadas podem desencadear alguns efeitos sistémicos.

#### 7 - Brometo de ipatrópio

Tem um efeito anti-colinérgico e reduz consideravelmente a rinorreia, no entanto o seu efeito nos espirros e na obstrução nasal é quase nulo. Usa-se em spray para administração intra-nasal, devendo administra-se pelo menos 2 nebulizações em cada narina 3 vezes ao dia.

#### 8 - Outros

O ácido espaglumico, pode também ser usado nas rinites alérgica em nebulizações intranasais e, tem sido descrito com possuidor de propriedades semelhantes ao cromoglicato dissódico, no entanto a sua eficácia global e tolerância são francamente menores, tendo de ser utilizado 4 a 5 vezes ao dia para ser eficaz

A azelastina é um anti-histaminico que é usado em spray nasal e que nalguns países também está comercializado na forma oral. A dose diária é de 2 nebulizações em cada narina 2 vezes ao dia. Pode provocar irritabilidade nasal e reacções de sensibilização, devendo ser usado por períodos curtos, coadjuvado ou não com outros medicamentos tópicos.

O soro fisiológico para uso em lavagens nasais é útil, em particular, nas formas crónicas de tipo obstrutivo sendo nulo nas fases agudas e sub-agudas.

O uso de solutos hiper-osmóticos (tipo água salina) deverá ser limitado ao efeito de lavagens simples para remoção de secreções de grande densidade, particularmente para facilitação da drenagem das secreções purulentas. Pode na rinite alérgica ser prejudicial, pois desencadeia aumento de edema com reacção das células da mucosa, reagindo com saída de liquido intracelular para reduzir a hiperosmose do meio.

## 9 - Imunoterapia

A imunoterapia consta na administração prolongada por um período médio de 3 a 5 anos, dos alergénios causadores de alergia em doses pequenas e toleráveis de forma a não causarem os sintomas clínicos da alergia.

Esta forma terapêutica remonta a 1911 e a sua eficácia tem sido comprovada cientificamente em milhares de trabalhos, em particular a partir dos anos 60. A imunoterapia deverá ser circunscrita a casos clínicos específicos após cuidadosa investigação dos alergénios causadores da doença. A sua prescrição deverá ser sempre efectuada por médico especialista em alergologia e sempre que a doença não possa ser controlada por outros meios.

É efectuada através de injecções, via subcutânea, embora também se possa administrar, com uma reduzida eficácia, através da via oral. O tratamento é de duração prolongada, devendo os doentes ser convenientemente informados, quer do tempo de duração, quer das reacções secundárias da sua administração. É importante o doente

saber que o uso de outra medicação complementar pode ou deve ser necessária e que os resultados são lentos e que só após alguns meses de tratamento pode surgir benefício clínico significativo.

Recentemente, os solutos de preparação da imunoterapia, têm sido modificados proporcionando uma melhor tolerância e eficácia.

As doses vão sendo progressivamente aumentadas até a um nível de manutenção que depende de doente para doente. Após ter atingido esse “patamar” de administração, a dose a administrar manter-se-á durante alguns anos, sendo a sua periodicidade relativamente cómoda.

Após o tratamento, muitos doentes com rinite alérgica podem ficar assintomáticos, outros podem ter recaídas um a dois anos após a imunoterapia e outros poderão mesmo surgir com sintomas de agravamento.

### *Conclusão*

A história clínica e o exame físico, como em qualquer doença são fundamentais para o diagnóstico clínico da rinite alérgica. Há, no entanto, sintomas semelhantes nas rinites não alérgicas, em particular nas rinites vasomotoras que têm maior incidência no sexo feminino e no grupo etário dos 20 aos 30 anos. Não esquecer que determinados medicamentos, tais como a pílula anticoncepcional, hormonas tiroideias, certos medicamentos intranasais e  $\beta$ -bloqueantes podem provocar rinite ou mesmo exacerbar uma rinite alérgica já existente.

O exame físico é importante e permite ajudar no diagnóstico e consequente terapêutica. A existência de desvios do septo nasal, polipose e mesmo tumores podem causar sintomatologia semelhante à da rinite.

É difícil propor um tratamento padronizado para a rinite alérgica, pois depende de doente para doente. É necessário não esquecer que, pelo menos, 1 em cada 10 doentes com rinite perianual desenvolverá asma brônquica nos anos subsequentes, sendo assim importante não descurar o tratamento da rinite alérgica.

É importante reduzir a incidência de infecções dos seios peri-nasais (sinusites), que quase sempre surgem por redução da ventilação intra-nasal. Nas crianças, as

sinusites são mais frequentes do que vulgarmente se julga, e surgem muitas vezes por hipertrofia dos adenóides.

Frequentemente as otites, rinofaringites crónicas e mesmo algumas meningites podem ter como factor primário uma sinusite maxilar ou etmoidal. Convém recordar que, também nos adultos, as sinusites são frequentes e tratáveis. Note-se, a propósito, que os portadores de fortes cefaleias podem ter sinusites esfenoidais, muitas delas oriundas de indivíduos com rinites não tratadas.

Nos casos de sinusites crónicas poderá ser necessário colocar a hipótese de correcção cirúrgica, independentemente da coexistência de patologia alérgica. Se os desvios do septo nasal forem importantes e causadores de disfunção marcada e desequilíbrio nasal, deverão ser corrigidos cirurgicamente. Não está provado, e há sérias dúvidas, se a ressecção parcial, criocirurgia ou cirurgia por laser dos cornetos inferiores, tenha algum interesse clínico nas rinites alérgicas.

Durante a gravidez os corticoides intra-nasais poderão ser usados, embora com limitações. O cromoglicato dissódico, no entanto, pode ser preferível, por ser mais seguro. Deverão ser, também, evitados os anti-histaminicos, a não ser em casos excepcionais. Deve-se igualmente, evitar o uso de descongestionantes. A imunoterapia, desde que não tenha havido reacções sistémicas, não tem a gravidez como contra-indicação, não devendo, contudo, iniciar-se a imunoterapia no decurso de uma gravidez.