



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

KEVIN DOMINGUES

***RINITE ALÉRGICA - TRATAMENTO E
QUALIDADE DE VIDA***

ARTIGO DE REVISÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE IMUNOALERGOLOGIA

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:
ANTÓNIO JOSÉ GARCIA SEGORBE LUÍS
ANTÓNIO CELSO PEREIRA**

02/2012

Título: Rinite Alérgica – Tratamento e Qualidade de vida

Autor: Kevin Domingues

Afiliação: Estudante do Curso de Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Endereço: Alameda Calouste Gulbenkian n.º107 2.ºC 3000-092 Coimbra

Correio electrónico: sir.k3v@gmail.com

Orientador: Professor Doutor António José Garcia Segorbe Luís

Co-orientador: Doutor António Celso Pereira

*"About the beginning or middle of
June in every year
.... A sensation of heat and fullness is
experienced in the eyes
.... To this succeeds irritation of the
nose producing sneezing
.... To the sneezings are added a
further sensation of tightness of the
chest, and a difficulty of breathing"*

John Bostock, Med Chir Trans, 1819; 10: 161

Índice

Resumo/Abstract	4
Abreviaturas	8
Objectivos	9
Material e Métodos	9
1. Introdução	10
Perspectiva Histórica da Rinite Alérgica	11
Classificação da Rinite Alérgica	12
Epidemiologia da Rinite Alérgica	13
2. Etiologia da Rinite Alérgica	16
Etiologia Ambiental	16
Influência Genética	18
3. Fisiopatogenia da Rinite Alérgica	20
4. Complicações e comorbidades da Rinite Alérgica	23
5. Prevenção Primária da Rinite Alérgica	28
6. Aspectos Clínicos e Diagnóstico da Rinite Alérgica	30
História Clínica	30
Exame físico	32
Diagnóstico Diferencial	33
Exames complementares de diagnóstico	33
Avaliação da severidade e controlo da doença	36
7. Tratamento da Rinite Alérgica	38
Educação	38
Medidas de evicção	38
Tratamento farmacológico	41
Anti-Imunoglobulina E	52
Cirurgia	52
Imunoterapia específica	52
Outros tratamentos	55
Condições especiais	57
Condições comórbidas	59
8. Impacto da Rinite Alérgica na Qualidade de Vida	61
Avaliação da qualidade de vida	61
Impacto da Rinite Alérgica na qualidade de vida no adulto	62
Impacto da Rinite Alérgica na qualidade de vida na criança	63
Impacto da Rinite Alérgica no sono	64
Impacto do tratamento da Rinite Alérgica na qualidade de vida	66
9. Comentário Final	70
Bibliografia remissiva	71

Resumo

A prevalência das doenças alérgicas tem sofrido um acréscimo global significativo, nomeadamente a rinite alérgica, sendo que as últimas estimativas apontam para 500 milhões de indivíduos afectados. Trata-se de uma patologia do foro nasal, relacionada com a exposição a alergénios e um processo mediado por IgE, caracterizada por sintomas como esternutos, rinorreia, congestão e prurido nasais.

O objectivo deste artigo é, de acordo com o estado da arte actual, descrever uma doença que afecta 25% da população portuguesa, sublinhando a sua abordagem terapêutica e o seu impacto na qualidade de vida dos indivíduos.

Descrita pela primeira vez por John Bostock, em 1819, o conhecimento sobre esta doença respiratória crónica tem evoluído ao longo dos anos. Sabe-se actualmente que a base fisiopatológica da doença consiste na sensibilização do indivíduo a um ou vários alergénios, sendo os mais comuns os pólenes de ervas e de árvores, os ácaros do pó da casa, o pêlo de animais, e alguns fungos.

A rinite alérgica encontra-se associada a condições co-mórbidas como a asma (sendo um factor de risco para o seu desenvolvimento), conjuntivite, sinusite, otite serosa e perturbações do sono. A sua classificação depende da frequência (intermitente ou persistente) e da severidade dos sintomas (ligeira ou moderada/grave).

O diagnóstico é habitualmente fundamentado na clínica, embora a realização de testes cutâneos seja importante na definição dos alergénios implicados na doença.

O tratamento inclui a evicção destes e o controlo sintomático com recurso a tratamento farmacológico e, em casos seleccionados, a imunoterapia. Estão disponíveis fármacos com distintos mecanismos de acção e conseqüentemente diferente eficácia na sintomatologia, devendo a sua prescrição ser adaptada ao doente. Os corticóides intranasais assumem-se como o tratamento preferencial, com alta eficácia e relativamente poucos efeitos secundários. A

imunoterapia tem o objectivo de modificar a resposta imunológica do indivíduo ao futuro contacto com o respectivo alergénio, havendo consequentemente redução dos sintomas.

A qualidade de vida dos indivíduos é prejudicada pela doença, estando descritas alterações do humor, alterações na função cognitiva, fadiga e diminuição na produtividade laboral e escolar.

A rinite alérgica é uma patologia bastante comum mas com forte impacto na vida do indivíduo. No entanto, é hoje possível efectuar um tratamento eficaz e satisfatório para o doente, atenuando o seu impacto na qualidade de vida.

Palavras-chave: Rinite alérgica, etiologia, fisiopatologia, comorbidades, diagnóstico, tratamento, qualidade de vida, perturbações no sono

Abstract

The prevalence of allergic diseases has undergone a significant global increase, namely allergic rhinitis, with the latest estimates showing that 500 million people are affected. It is a disease of the nose, related to the exposure to allergens and to a IgE-mediated process, being characterized by sneezing, rhinorrhea, nasal congestion and itching.

This review aims to, according to the state of the art, describe a disease that affects 25% of the portuguese population, focusing on its therapeutic approach and its impact on the quality of life.

First described by John Bostock, in 1819, the knowledge about this chronic respiratory disease has evolved over the years. It is now known that its pathophysiological basis is the sensibilization of the individual to one or multiple allergens, most commonly grass and tree's pollens, house dust mites, pet hair and some fungi.

Allergic rhinitis is associated with co-morbid conditions such as asthma (being a risk factor for its development), conjunctivitis, sinusitis, serous otitis and sleep disturbances. Its classification depends on the frequency (intermittent or persistent) and the severity of symptoms (mild or moderate/severe)

The diagnosis is usually clinical, although skin testing is important in the definition of the allergens implicated in the disease.

Treatment includes their avoidance and the control of symptoms with the use of pharmacological treatment and, in selected cases, immunotherapy. The available drugs have different mechanisms and hence different effectiveness on the symptoms, therefore its prescription must be adapted to the patient. Intranasal corticosteroids are the preferred drugs, with high efficacy and relatively few side effects. Immunotherapy aims to modify the immune

response to future contact with the respective allergen, with consequent reduction of symptoms.

Patient's quality of life is affected by the disease, with mood changes, changes in cognitive function, fatigue and decreased work and school productivity described.

Allergic Rhinitis is a fairly common pathology but has a strong impact in the quality of life of the individual. Nevertheless, it is now possible to provide an effective and satisfactory treatment to the patient, attenuating its impact on the quality of life.

Keywords: Allergic rhinitis, etiology, pathophysiology, comorbidities, diagnosis, treatment, quality of life, sleep disturbances.

ABREVIATURAS

AcPC – Ácaros do pó da casa

ARIA – Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma

AH – Anti-histamínico H1

CS – Corticosteróides

IT – Imunoterapia

RA – Rinite Alérgica

QdV – Qualidade de Vida

Objectivos

Revisão bibliográfica dos principais aspectos da Rinite Alérgica, com foco especial na abordagem terapêutica e no impacto da doença na qualidade vida.

Material e métodos

Foi conduzida uma pesquisa auxiliada por computador na base de dados PubMed / MEDLINE para encontrar publicações relevantes em inglês e português sobre a rinite alérgica, em inglês e português. Foi por vezes aplicado o filtro “Core clinical journals” para reduzir a pesquisa às publicações mais importantes (artigos pertencentes à *National Library of Medicine*® – EUA). Foram ainda alvos de pesquisa os arquivos da Revista Portuguesa de Imunoalergologia e da Revista Portuguesa de Pneumologia.

A última pesquisa foi efectuada em meados de Dezembro de 2011.

1. Introdução

A Rinite Alérgica (RA) é uma patologia respiratória crónica de alta e crescente prevalência, afectando cerca de 500 milhões de indivíduos. [1, 2] É clinicamente definida por sintomas como esternutos, rinorreia, congestão e prurido nasais, podendo ter vários outros sintomas acompanhantes. [1-3] “Rinite” significa inflamação da mucosa nasal, sendo que “alérgica” diz respeito ao facto de a doença ser mediada por anticorpos IgE, através de um processo actualmente bem conhecido. Tanto a RA como a asma são condições inflamatórias sistémicas, sendo frequentemente comorbidades. [1]

Indivíduos de todas as idades, países e grupos étnicos sofrem de RA, tendo esta um impacto económico muitas vezes subestimado - custos directos anuais estão estimados em 1.0±1.5 biliões de euros na Europa, enquanto que os indirectos encontram-se na ordem dos 1.5±2.0 biliões de euros. [2]

Actualmente, o tratamento desta patologia permite um controlo satisfatório para o doente, estando os efeitos e segurança dos vários fármacos disponíveis relativamente bem estudados.

A RA impõe várias restrições físicas, psicológicas e sociais ao doente, afectando fortemente a sua qualidade de vida (QdV). [1-3] Quando os sintomas não se encontram controlados, podem surgir problemas a nível de produtividade laboral e escolar, para além de perturbações no sono. [1, 2]

O **objectivo** deste artigo, de acordo com o estado da arte actual, descrever a RA, a sua epidemiologia, classificação, etiologia e fisiopatologia, clínica e diagnóstico sublinhando a sua abordagem terapêutica e o seu impacto na qualidade de vida dos indivíduos.

1.1. Perspectiva História da Rinite Alérgica

Apesar de ser actualmente descrita como a epidemia do século XXI, a RA já é conhecida há largos anos. Possivelmente, um dos primeiros relatos da doença remonta a 1819, com a primeira descrição da febre dos fenos, por parte do Dr. John Bostock. [4, 5] Na altura, a designação de febre era usada para descrever múltiplas patologias, e pensou-se que o feno seria a causa da doença. Infelizmente, esta designação ainda se usa nos dias de hoje, ainda que incorrectamente. [4, 5] Gordon, em 1929, assumiu erroneamente que a causa dos sintomas seria devido ao aroma de algumas flores. No ano seguinte, Elliotson rejeitou tal teoria, identificando o pólen como a fonte do problema. [5, 6]

Charles Blakely, 50 anos mais tarde, a investigar a sua própria febre dos fenos, realizou o primeiro teste cutâneo, aplicando pólen através de um pequeno orifício na sua pele, o que resultou numa reacção alérgica nessa zona. Os testes cutâneos actuais ainda se regem por este método. [5, 6] O mesmo comprovou que amostras de pólen recolhidas na primavera provocavam os mesmos sintomas 6 meses mais tarde, na época do inverno. [6]

Em 1911, o trabalho de Leonard Noon e John Freeman criou a base para a dessensibilização alérgica, comumente conhecida como imunoterapia (IT). [5] Daniel Bovet sintetizou o primeiro anti-histamínico (AH) em 1937, tendo os corticosteróides (CS) sido introduzidos na prática clínica por Philip Hench e Edward Kendall, 11 anos mais tarde. A desgranulação mastocitária foi descoberta por James Riley e Geoffrey West, algo que foi fundamental na compreensão de todo o processo alérgico. Tal foi complementado por Kimishige e Teruko Ishizaka, que explicitaram o papel dos anticorpos IgE na mediação da reacção alérgica. Mais recentemente, em 1982, foi atribuído o prémio Nobel da Medicina ao Professor Bengt Samuelsson, devido à identificação da função dos leucotrienos como mediadores importantes na alergia e inflamação. [5]

1.2. Classificação da Rinite Alérgica

Em 2001, cooperando com a OMS, um painel de especialistas desenvolveu um documento baseado na evidência actual sobre a RA e o seu impacto na asma (ARIA). Com o objectivo de actualizar os conhecimentos sobre a patologia e o seu impacto na asma e definir a abordagem preventiva, diagnóstica e terapêutica, tem vindo a sofrer actualizações, sendo a mais recente de 2010.

A nova classificação da RA proposta pelo ARIA baseia-se na frequência e na gravidade dos sintomas, já que estes são os factores major na decisão no tratamento (*Fig.1*).

Classificação da Rinite Alérgica		
Intermitente Sintomas: <4 Dias/semana ou <4 semanas	Duração dos sintomas	Persistente Sintomas: >4 Dias/ semana e >4 semanas
+		
Ligeira – Sono normal – Actividades diárias, desportivas e de lazer normais – Actividades normais na escola e no trabalho – Sem sintomas incómodos	Interferência com a qualidade de vida	Moderada/grave 1 ou mais itens: – Sono anormal – Interferência com actividades diárias, desportivas e de lazer normais – Dificuldades na escola e no trabalho – Sintomas incómodos

Fig. 1 - Classificação da RA, adaptado de “Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma” (ARIA) [1]

Tradicionalmente, a RA tem sido dividida em **sazonal**, **perene** e ocupacional. A sazonal é mais comumente causada por pólenes, fungos e outros alérgenos do exterior; a perene é causada por alérgenos do interior, como ácaros do pó da casa, fungos, baratas e pêlo de animal; a ocupacional refere-se a alérgenos presentes no local de trabalho do indivíduo.

Esta classificação por ainda ser usada uma vez que muitos artigos e livros ainda utilizam tal designação. [7] O termo “RA episódica” denota sintomas de RA induzidos por exposições esporádicas a aeroalergénios que não se encontram habitualmente no ambiente interno e externo do doente. [3]

1.3. Epidemiologia da Rinite Alérgica

1.3.1. Epidemiologia da Rinite Alérgica no Mundo

A RA é uma doença cuja frequência na população geral tem vindo a aumentar, sendo, actualmente, a doença alérgica mais comum e uma das mais importantes condições crónicas em indivíduos com menos de 18 anos. [8] Atinge cerca de 500 milhões de habitantes em todo o mundo. [1]

A prevalência da RA, atendendo a estudos realizados em vários países, vai dos 3 aos 20%. [1, 8] Não obstante, esta é uma patologia indubitavelmente subdiagnosticada. [1] Estudos que englobam mais informação sugerem uma percentagem de 10% para RA sazonal e 10 a 20% para RA perene. [1]

A população pediátrica tem vindo a sofrer um aumento da prevalência da RA. Um estudo mostrou a presença de RA em 42% das crianças com 6 anos de idade. [8]

Sexo

Na infância mais indivíduos do sexo masculino são afectados, enquanto na idade adulta, a RA é mais frequente nas mulheres (apesar de a diferença não ser marcada). [3, 8]

Idade

A RA revela-se sintomaticamente antes dos 20 anos de idade em 80% dos casos. [8] Se a criança tiver uma história familiar bilateral de alergia, é mais provável que os sintomas

surjam antes da puberdade do se a história for unilateral. [3, 8] Estes começam em 20% das crianças aos 2-3 anos de idade, e em 40% aos 6 anos. A RA sazonal é mais frequente nas crianças e adolescentes, tendo a perene mais alta prevalência no adulto. [3]

Factores de risco

Factores de risco reportados [1, 3, 8, 9]
<p>A RA parece ter maior prevalência:</p> <ul style="list-style-type: none">■ nas classes socioeconómicas mais altas■ nos não-caucasianos■ em áreas poluídas■ em indivíduos com história familiar de alergia■ em indivíduos nascidos durante a época dos pólenes■ em indivíduos que tiveram introdução precoce de comidas ou fórmula e/ou exposição a fumo de tabaco no primeiro ano de vida■ nos expostos a alergénios como pêlo de animais e ácaros do pó■ em indivíduos com níveis de IgE >100 IU/ml antes dos 6 anos■ na presença de testes cutâneos positivos■ nos filhos de pais com doenças alérgicas.

Tabela n.º 1

1.3.2. Epidemiologia da Rinite Alérgica em Portugal

Um estudo realizado em 2007 com perto de 7000 questionários realizados a indivíduos com idades entre os 16 e os 95 anos apontou para uma prevalência de rinite de 26,1%. No entanto, apenas 9,4% tinham o diagnóstico por parte de um médico, o que sublinha o subdiagnóstico desta patologia. Somente um terço dos indivíduos com rinite tinham realizado um teste cutâneo, tendo 34% sido medicados para a doença.

O sexo feminino é mais afectado na população estudada. As zonas de Portugal mais afectadas são Lisboa e o Baixo Alentejo.

As percentagens de RA intermitente e RA persistente são semelhantes, excepto na faixa etária abaixo dos 25 anos, em que a primeira é mais comum (65,6% para 34,4%). [10]

Um estudo também realizado em Portugal em 2002 indicou percentagens semelhantes de prevalência – 25,6%, sendo que 15% dos indivíduos estavam diagnosticados com RA. [9]

2. Etiologia da Rinite Alérgica

2.1. Etiologia ambiental

No que diz respeito a alérgenos que estão na base da RA, estes são praticamente os mesmos da asma, sendo os aeroalérgenos como os ácaros do pó da casa (AcPC), pólenes, fâneros de animais e fungos os mais frequentes. [8, 11, 12]

2.1.1 Pólenes

Os pólenes das árvores e ervas são importantes principalmente na RA sazonal. O seu número varia com a vegetação, geografia temperatura e clima. [1] O seu tamanho varia entre os 10 e os 100 μm , em média, o que explica a sua deposição nas narinas e nos olhos. [1] É essencial mencionar que é usual a existência de reacções cruzadas entre os vários pólenes. [1, 8, 11] Na RA sazonal, os sintomas vão variar conforme a concentração de alérgenos, mas, dada a hiperreactividade a ‘triggers’ irritantes (como tabaco, certos odores e mudanças de temperatura), podem prolongar-se após a época dos pólenes. [8]

2.1.2. Ácaros

Os AcPC (*Dermatophagoides pteronyssinus*, *D. farinae*, and *Euroglyphus maynei* [11]) são os principais causadores de RA perene. Encontram-se em quase todas as casas, alimentando-se e subsistindo de partículas de pele humana abundantes no pó que se acumula em tapetes, cobertores, tecidos e mobília. [1, 5] Têm como temperaturas óptimas os valores acima de 20° e uma humidade relativa de 80% (morrendo a baixo de 50%), sendo comum nas casas modernas com aquecimento central. [1, 5] O principal alérgeno (Derp p1) corresponde a uma enzima digestiva presente no intestino dos ácaros, sendo excretada em altas concentrações nas suas fezes. [1, 5]

Para além destes, os ácaros de armazém (*Glyciphagus domesticus* e *destructor*, *Tyrophagus putrescentiae*, *Dermatophagoides microceras*, *Euroglyphus maynei* e *Acarus siro*) também são importantes em casas húmidas, podendo estar presentes em cereais armazenados.

[1, 5]

2.1.3. Animais

Os animais domésticos são outra importante causa, tendo em conta que 1 em cada 4 habitações têm um gato, sendo este valor maior para cães. Nos gatos, o alergénio major (Fel d1) é uma proteína salivar que se prende ao pêlo e libertada em partículas pequenas (<2,5 µm de diâmetro). [1, 5, 8] Estas mantêm-se no ar durante muito tempo, explicando a rapidez de surgimento de sintomas quando um alérgico entra numa casa com gatos. [1, 5] No cão, o principal alergénio (Can f 1) é encontrado no pêlo, saliva, pele e urina, podendo também ser transportado em partículas aéreas. [1]

Outros animais com partículas passíveis de se tornarem alergénios são os roedores, os cavalos e gado bovino.

2.1.4. Fungos

Espalhados no ar e resultando de matéria orgânica em putrefacção, os fungos e os bolores estão presentes em todo o lado excepto em locais com neve ou baixa temperatura. 8 O seu desenvolvimento é maior em condições quentes e húmidas. [1] O pequeno tamanho dos seus esporos (3 a 10 µm), explica a fácil penetração no tracto respiratório. [1] No exterior, destacam-se o *Cladosporium* e a *Alternaria* (no Verão) e *Aspergillus* e *Penicillium*, havendo vários fungos no interior de edifícios (ambientes quentes e húmidos) e em produtos alimentares. [1, 8, 11]

2.1.5. Outros alérgenos do interior

As baratas são base para outros alérgenos também usuais. [8, 11] Mais raramente, a rinite pode ser resultado de alergias alimentares mediadas por IgE, habitualmente devido a ovos, leite e amendoim na criança e amendoim, peixe e fruta nos adultos. [1, 5]

2.1.6. Alérgenos ocupacionais

É ainda de salientar a RA de origem ocupacional, sendo os principais alérgenos o látex, pó da madeira, farinha, animais de laboratório, entre outros. A ocupação do indivíduo pode agravar uma RA de qualquer etiologia, quando nesta é exposto a fumo, ar frio, formaldeído, amónia, colas e outros produtos. [1, 3, 5]

2.1.7. Poluentes

Foi questionado se a exposição a poluentes ambientais poderia aumentar o risco de RA, havendo resultados contraditórios. [1] No entanto, alguns dos produtos da combustão de combustíveis fósseis pode agir como adjuvantes e aumentar a inflamação alérgica. [1]

2.2. Influência Genética - Atopia

A atopia traduz-se por uma predisposição ao desenvolvimento de patologias alérgicas definida por prick-teste ou níveis de IgE aumentados a um ou mais alérgenos comuns. [5] Estudos em gémeos evidenciam uma maior correlação entre atopia e doenças alérgicas em monozigóticos quando comparados com dizigóticos. [5]

Havendo uma grande variedade de fenótipos dentro da atopia e alergia, o estudo genético da doença é uma tarefa de elevado grau de dificuldade. Ainda assim, foram identificados vários genes com papel nas alergias como o da cadeia β do receptor IgE de alta

afinidade (cr 11q), interleucinas IL-3, IL-4, IL-5, IL-9, IL-13, o receptor dos β -glicocorticóides e a sintase dos leucotrienos C4 (todos no cr 5q). [5]

3. Fisiopatogenia da Rinite Alérgica

A RA tem actualmente os seus mecanismos fisiopatogénicos relativamente bem definidos. O primeiro passo para o desenvolvimento da doença é a **sensibilização**.

A sensibilização alérgica que caracteriza a RA apoia-se num forte componente genético, dado que os doentes atópicos herdam a tendência para desenvolver respostas imunes pela sequência linfócitos Th2/IgE/mastócitos. [8] No primeiro contacto com o alergénio, as células apresentadoras de antigénios, como as células dendríticas na superfície da mucosa nasal, processam as moléculas deste e apresentam alguns dos seus peptídeos (através do complexo major de histocompatibilidade classe II) aos linfócitos T CD4+. Estes vão se diferenciar após este contacto, libertando várias citocinas (IL-3, IL-4, IL-5...), que vão estimular os linfócitos B a iniciar a produção de IgE e a proliferação de eosinófilos, neutrófilos e mastócitos. Os mastócitos e os basófilos possuem receptores de alta afinidade, onde a IgE se vai ligar. [8, 12, 13]

Após a sensibilização, exposições subseqüentes ao alergénio vão despoletar uma cascata de eventos que culminará com os sintomas da RA, podendo a **resposta** ser **imediate** ou **tardia**.

Na primeira, os mastócitos estimulados vão libertar mediadores como a histamina e outros como leucotrienos e prostaglandinas (sintetizados a partir do ácido araquidónico), que vão induzir o surgimento de sintomas da RA. [8, 12, 13] Estes mediadores fazem com que os vasos sanguíneos deixem sair parte do seu conteúdo, produzindo edema da mucosa e a rinorreia característica. As glândulas produzem mucoglicoconjugados e compostos antimicrobianos e dilatam os vasos, causando oclusão e congestão das vias aéreas nasais. Os mediadores também vão estimular nervos sensitivos, traduzindo-se nas sensações de congestão e prurido nasal, criando reflexos sistémicos como o espirro. Estes sintomas

ocorrem nos primeiros 30 minutos, desaparecendo depois. Trata-se de uma reacção de hipersensibilidade do tipo I. [8, 12-14]

Na resposta de sensibilidade tardia ou retardada, que ocorre 4 a 6 horas após a imediata, são libertadas citocinas (IL-4, IL-13...) e outras quimiocinas que vão promover a quimiotaxia de eosinófilos e neutrófilos, a produção de IgE e o recrutamento de mastócitos. [8, 12, 13]. Clinicamente, tal vai-se traduzir num aumento da espessura da mucosa nasal, aumentando a resistência ao ar inspirado, havendo obstrução crónica, hipósmia, rinorreia posterior e hiperreactividade nasal. [11, 13] A congestão é o sintoma predominante desta fase. [3, 11] A hiperreactividade referida é uma característica da mucosa inflamada, sendo um indicador de uma resposta aumentada a irritantes não específicos, entre os quais a histamina, metacolina, bradiquinina, solução salina hipertónica e outros agentes usados nos testes provocatórios. [13]

Encontra-se de seguida um esquema resumo destes mecanismos (*Fig. 2*).

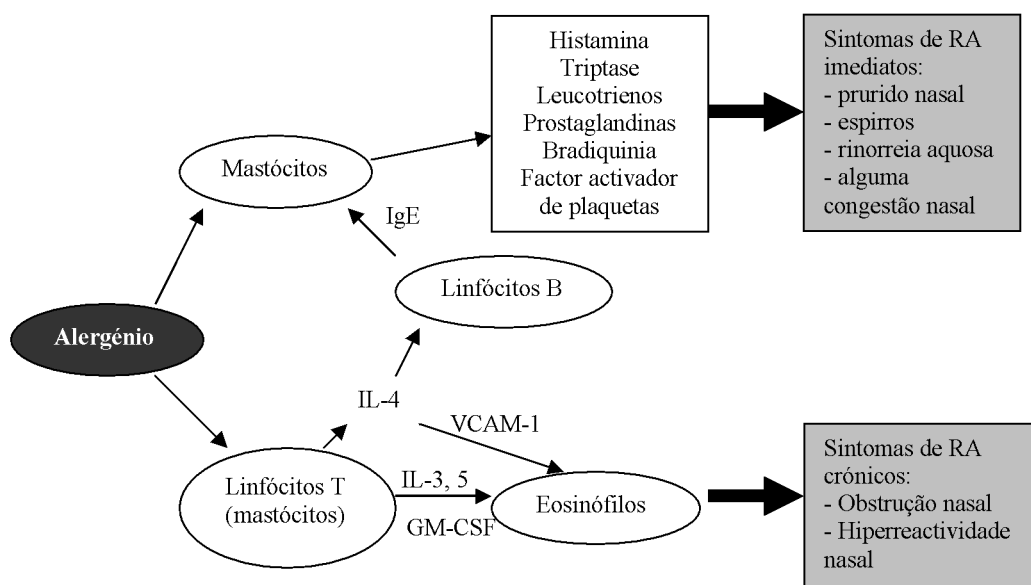


Fig. 2 – Esquema resumo dos mecanismos fisiopatogénicos da RA, adaptado de “BSACI guidelines for the management of allergic and non-allergic rhinitis” [11]

É possível que algumas das citocinas libertadas venham a atingir o hipotálamo, induzindo fadiga, mal-estar, irritabilidade e défices cognitivos comuns no doente com RA. [8] Em vários estudos, indivíduos foram submetidos a inalação de determinado alergénio de forma repetida. A quantidade de alergénio necessária para produzir uma resposta imediata vai diminuindo, o denominado de “priming”, resultado do influxo de células inflamatórias e mediadores que decorre na fase tardia das respostas alérgicas. Consequentemente, aquando do final da época dos pólenes, os sintomas de um indivíduo vão diminuindo a um ritmo mais baixo que a quantidade de pólen. Este aspecto é clinicamente importante também porque a exposição a um alergénio pode promover uma resposta exagerada a outros, sendo fulcral definir detalhadamente o espectro de alergénios a que um doente é susceptível. [3, 8]

A hiperreactividade nasal referida é um fenómeno importante nos doentes com RA, sendo definida como um aumento da resposta nasal a um estímulo normal, induzindo um ou vários sintomas da RA. Pode ocorrer através de: mudanças de temperatura, odores fortes, água destilada, tabaco, capsaicina, mudança de postura, ingestão de bebidas quentes e testes de provocação com histamina e metacolina. [1, 8]

4. Complicações e comorbidades da Rinite Alérgica

4.1. Asma

A RA e a asma estão relacionadas a nível epidemiológico, patológico e fisiológico, havendo uma abordagem terapêutica semelhante. [7] A frequência da sua co-existência encontra-se entre os 15 e os 38% dos doentes com RA. [7] Contudo, alguns estudos estimam que pelo menos 75% dos asmáticos apresentam sintomas nasais, variando este valor entre 6% a 85%, dependendo do estudo. [7]

Historicamente, sempre houve uma ligação clara entre os desencadeadores da asma e da RA, sendo a inflamação eosinofílica da mucosa a principal característica em ambas. [15] Foram vários os estudos que revelaram infiltração eosinofílica mesmo nos doentes com RA sem asma. [16] O conceito de “uma via aérea, uma doença”, foi introduzido dada a evidência existente de semelhanças de células inflamatórias alérgicas e mediadores inflamatórios entre as vias aéreas superiores e as inferiores. [17] Os doentes com RA, principalmente do tipo sazonal ou sensibilizados a AcPC, apresentam frequentemente hiperreactividade brônquica inespecífica. [1, 18]

Esta frequente associação motivou vários estudos que afirmam que a presença de RA e um teste cutâneo positivo são factores de risco para o desenvolvimento de asma. [15] Uma criança com RA apresenta um risco 2 a 7 vezes maior que uma criança sem RA de vir a sofrer de asma na pré-adolescência, adolescência ou vida adulta. [18]

Vários estudos declaram que o tratamento eficaz de RA reduz a incidência e a severidade da asma, o que traduz na necessidade de controlar a inflamação das vias aéreas superiores para controlar as inferiores. [1, 15, 18] É ainda importante a cessação tabágica nos

doentes com RA, uma vez que o fumo do tabaco foi definido como um importante factor de risco independente para o desenvolvimento de asma nos adultos. [19]

É recomendada a avaliação de uma possível asma em doentes com RA persistente moderada a severa. [1] O ARIA propõe ainda um algoritmo para avaliar a possibilidade de asma. (*Fig. 3*)

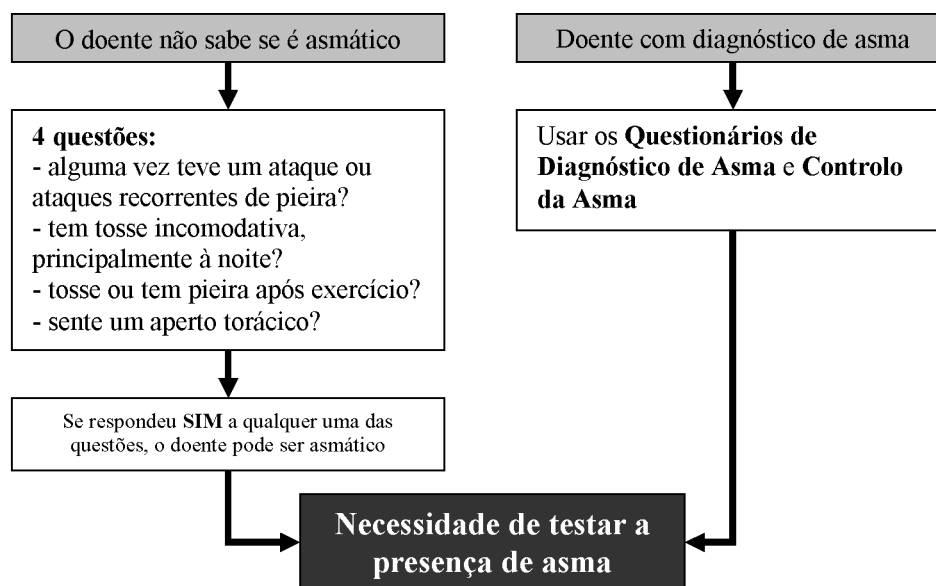


Fig. 3 – Algoritmo para avaliação da possibilidade de asma nos doentes com RA, adaptado de “Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma” [1]

4.2. Conjuntivite alérgica

A conjuntivite alérgica é uma comorbidade frequente em doentes com RA, ocorrendo maioritariamente nos alérgicos aos pólenes e raramente nos doentes sem rinite. [1, 12] Porém, a sua prevalência é de difícil determinação, uma vez que os doentes atribuem menor importância aos sintomas oculares quando comparados com os nasais. [1, 12, 20]

4.3. Sinusite

A rinosinusite alérgica é também comum, tendo havido um aumento da sua incidência (53 a 70% dos doentes com rinite têm sinusite, e 56% dos doentes com sinusite

apresentam sintomas de rinite). [12] Apesar da fisiopatologia ainda não ser bem definida, uma das causas será o facto de a alergia originar inflamação da mucosa nasal com edema e obstrução dos ósteos dos seios perinasais, o que resulta no compromisso da sua oxigenação e drenagem. Outras teorias expõem a hipótese da exposição directa da mucosa dos seios perinasais ao alergénio, o que vai despoletar uma resposta inflamatória local. [1, 12, 15, 20] Um estudo sugestivo desta hipótese baseou-se em radiografias antes e após testes de provocação nasal com alergénios em doentes com RA, em que cerca de metade dos doentes evidenciaram alterações radiológicas a nível dos seios perinasais (e edema e opacificação) e sintomas característicos de sinusite. [15]

4.4. Dermatite atópica

A dermatite atópica, dada a base atópica em que muitas das vezes a RA se encontra, é uma comorbidade que afecta expressiva percentagem dos doentes, havendo um aumento de risco de aparecimento de RA nos doentes com esta doença cutânea. [12]

4.5. Pólipos nasais

Outra comorbidade presente em significativo número de doentes com RA é a existência de pólipos nasais, que se tratam de membranas mucosas edemaciadas que prolapsam para a cavidade nasal, apresentando por norma um aspecto mole e uma cor acinzentada. Estes podem dar sintomas como cefaleias, obstrução nasal e rinorreia, hipósмия ou anósmia, predispondo para a sinusite bacteriana recorrente. [12, 15] A suspeita de associação entre RA e polipose foi suspeitada devido à presença concomitante de eosinófilos, citocinas e células inflamatórias alérgicas, para além do efeito benéfico do uso de CS em ambas. [1, 20] No entanto, a polipose não é uma manifestação de alergia, estando mais

relacionado com outras patologias do foro respiratório como a asma não-atópica e a fibrose quística do que com a RA. [1, 12, 15, 20]

4.6. Otite média serosa

A otite média serosa (inflamação não infecciosa do ouvido médio) é uma patologia relacionada com a RA, seja pelo envolvimento contíguo da inflamação alérgica ou pelo surgimento de disfunção tubar. Vários estudos sugerem ainda uma possível interação entre a inflamação alérgica da rinite e infecções virais como base patogénica da otite média aguda. [1, 12, 15, 20] É comumente associada a défice auditivo, criando um terreno propício a infecções bacterianas. Sendo mais frequente nas crianças, é de salientar que, epidemiologicamente, 40 a 50% das crianças com otite média crónica apresentam RA, havendo 21% das crianças com RA também afectadas por otite média. [15, 20]

4.7. Maloclusões dentárias

A RA também tem sido associada a maloclusões dentárias, pois a congestão nasal dos doentes leva a uma respiração bucal. Estima-se que a incidência de maloclusões é cerca de 3 vezes maior nos indivíduos que normalmente respiram pela boca, quando comparados com os que realizam por norma respiração nasal. [15]

4.8. Infecções respiratórias

A relação entre RA e infecções do trato respiratório tem igualmente sido alvo de estudo, sendo estabelecida como uma de reciprocidade. Existem teorias que afirmam que a infecções do tracto respiratório na infância podem influenciar o desenvolvimento de doenças alérgicas, sendo o contrário também aplicável, na medida em que a atopia pode ser um desencadeador de infecções do tracto respiratório superior. Uma das suposições será a

indução por parte dos alérgenos da expressão da molécula de adesão intercelular tipo 1, que corresponde ao receptor de 90% dos rinovírus humanos. [15]

Por outro lado, a rinorreia posterior dos doentes com RA flui para a faringe e laringe, resultando em irritação local e tosse, dando queixas de faringite/laringite. [1]

4.9. Outras

Malformações faciais em crianças (devido a congestão nasal severa) e epistaxis são outras complicações, mais raras, da RA. [15, 20]

A RA pode ter um efeito ‘minor’ ou bastante profundo na QdV de um indivíduo, podendo afectá-lo a nível do sono, concentração e produtividade. Este tópico será abordado em capítulo próprio.

5. Prevenção Primária da Rinite Alérgica

Embora não ainda não exista informação indiscutível e suficientemente consistente acerca da prevenção da RA, várias estratégias preventivas têm sido concebidas.

Desde o nascimento, uma das mais importantes recomendações, tanto para a prevenção da RA como para outras patologias, consiste na amamentação durante pelo menos três meses, independentemente da existência ou não de história familiar de atopia. [7] Contudo, não há evidência de benefícios a longo prazo.

Durante a gravidez ou na fase de amamentação, as mulheres, ao contrário do que era considerado antigamente, não devem optar por uma dieta com evicção de antigénios (como leite de vaca, ovo, peixe, soja e frutos secos), dada a fraca correlação entre esta e a prevenção de alergias e o possível prejuízo que tal dieta acarreta. [7, 21] Ao invés disso, uma dieta contendo anti-oxidantes como vitaminas C e E e selénio, magnésio, sódio e ácidos gordos ómega-3 pode prevenir o desenvolvimento de doenças alérgicas. [21]

As mulheres grávidas e crianças (principalmente as com factores de risco) devem evitar todo o tipo de exposição a fumo de tabaco ambiental. [7, 21]

A existência de alergénios aéreos varia consoante a situação geográfica e económica. Os AcPC são os mais evidentes em climas húmidos, enquanto que em climas frios os animais domésticos assumem maior relevo. As espécies de *Alternaria* por sua vez são mais significativas em climas secos, podendo as baratas ser os alergénios dominantes em centros urbanos. A prevenção primária é contudo amplamente focada na redução a exposição de ácaros. [21]

Durante a infância e na idade pré-escolar, são sugeridas intervenções multi-facetadas com o objectivo de reduzir uma exposição precoce a ácaros do pó da casa (através do uso de acaricidas e revestimentos próprios das camas, lavagem dos tecidos da cama e brinquedos a uma temperatura superior a 55°C, remoção de carpetes, etc). [7, 21, 22] No entanto, a eficácia destes métodos não tem vindo a ser comprovada. [21] A exposição das crianças desta idade a animais de estimação não deve ser evitada, dado que o risco de sensibilização que esta exposição acarreta é diminuto quando comparado com as desvantagens de não ter um animal doméstico. [7]

Relativamente a indivíduos expostos a agentes ocupacionais, são aconselhadas medidas preventivas a fim de reduzir ou mesmo eliminar a exposição a esses alérgenos. [7]

6. Aspectos Clínicos e Diagnóstico da Rinite Alérgica

6.1 História Clínica

Como em qualquer área da medicina, uma história clínica e um exame objectivo cuidados e detalhados são os primórdios essenciais para a obtenção de um diagnóstico correcto.

6.1.1 Sintomas

Na RA estão definidos quatro sintomas cardinais, sendo estes a **rinorreia** (anterior e/ou posterior), o **esternuto/espirro**, a **congestão** e o **prurido nasal**, (ocorrendo por mais de uma hora na maioria dos dias) havendo outros sintomas que o doente pode apontar, descritos adiante. [3, 5, 8, 11] Estando estes quatro presentes, o diagnóstico de RA é provável, importando a pormenorização de cada um, nomeadamente no que toca à frequência (distinguir intermitente de persistente), época do ano e local de aparecimento dos sintomas. [3, 5, 11] A rinorreia, caracteristicamente aquosa, convém ser esclarecida: qualquer tipo de cor (amarelo, verde, vermelho de sangue) aponta geralmente para uma etiologia não alérgica (provavelmente infecciosa). A unilateralidade desta ou da obstrução nasal também não é típica da RA. [11]

Os doentes com RA manifestam muitas vezes sintomas oculares, nomeadamente prurido, lacrimejo, hiperémia conjuntival, fotofobia, quemose e edema periorbital, associados à exposição do alergénio. Secura da boca, dor de garganta, alterações vocais, dor e pressão sinusal, otalgia e alterações da audição são outros sintomas a ter em conta e a registar. [3, 11] As eventuais queixas de hipósmia ou anósmia dos doentes são maioritariamente devido a congestão nasal severa. [11]

Se o doente apresentar tosse, sibilos e/ou dispneia, há que valorizar estes sintomas dada a forte associação entre rinite alérgica e asma, explicitada anteriormente. [3, 5] O foco sobre sintomas como fadiga, irritabilidade, alterações no sono e alterações na produtividade, que deverão ser questionados ao doente, será dado na devida secção, posteriormente.

É relevante referir que nas crianças os sintomas poderão ser ligeiramente diferentes, devendo-se inquirir os pais se é frequente a roncopatia, halitose, tosse, coçar os olhos, fungar ou limpar a garganta. Perda de apetite, mau-estar, perturbações do sono e produtividade escolar podem ser outras manifestações da RA na idade infantil. [3]

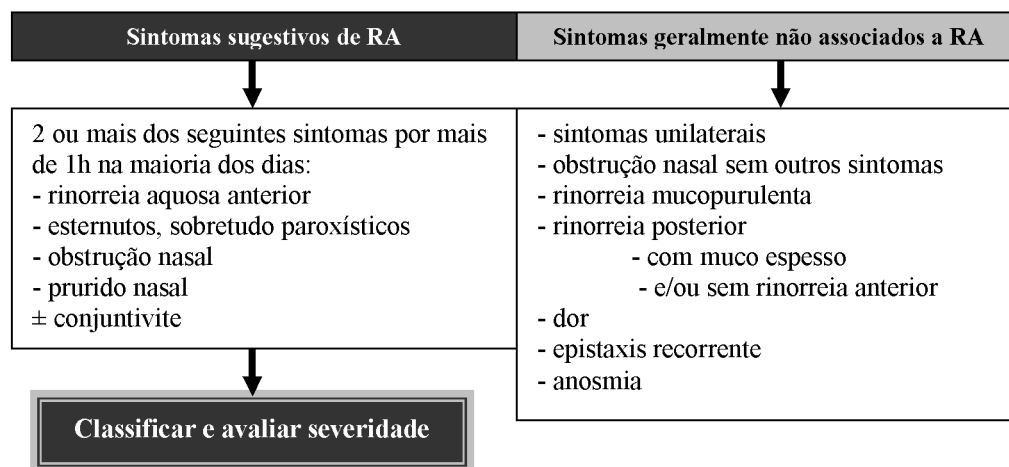


Fig. 4 – Aspectos clínicos sugestivos e não sugestivos de RA, adaptado de “Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma”[1]

6.1.2. Antecedentes Pessoais

Os antecedentes pessoais do doente devem ser registados, com foco especial para diagnósticos estabelecidos de doenças alérgicas. [3]

6.1.3. Antecedentes Familiares

O diagnóstico de RA torna-se mais provável havendo antecedentes familiares de RA, dermatite atópica, asma ou patologia sinusal crónica. Contudo, a inexistência destes antecedentes não invalida a hipótese diagnóstica de RA. [3, 5, 11]

6.1.4. História social

Deve ser obtida uma história completa a fim de explorar possíveis exposições a alérgenos, nomeadamente aspectos como condições habitacionais, animais de estimação, ar condicionado e aquecimento, ocupação profissional e escolar, exposição activa ou passiva a fumo de tabaco. [3, 11]

6.1.5. Fármacos

Uma história medicamentosa pormenorizada pode revelar o consumo de simpaticomiméticos tópicos, bloqueadores α e outros anti-hipertensores, aspirina e outros anti-inflamatórios não esteróides, fármacos estes que podem simular sintomas de rinite. [5, 11] A documentação detalhada de tratamentos anteriores (tipo, duração, eficácia) deve ser efectuada. [3, 11]

6.1.6. Avaliação da QdV

Deverá ser feita uma avaliação da QdV do doente, sendo este tópico abordado mais adiante.

6.2. Exame físico

É recomendável que este cubra todos os órgãos potencialmente atingidos por alergias, dando óbvia ênfase às vias respiratórias superiores. O examinador deverá procurar atentamente sinais de otite ou disfunção da trompa de Eustáquio, asma, dermatite atópica,

conjuntivite, sinusite e pólipos nasais. Se o doente não se encontrar numa fase aguda da doença, o exame poderá ser normal. [3, 11]

Os doentes com RA têm o hábito de passar a palma da mão, num movimento ascendente, pelo nariz, o característico “cumprimento alérgico”, que pode resultar na formação de uma prega nasal horizontal. São normalmente também visíveis olheiras (“allergic shiners”), e o doente poderá inspirar sobretudo pela boca (devido a congestão nasal). [3, 11]

A rinoscopia anterior poderá revelar uma mucosa nasal edemaciada, pálida ou hiperemiada, presença de pólipos, desvio do septo e secreções normalmente aquosas. [5, 12]

6.3 Diagnóstico Diferencial

Diagnóstico Diferencial da Rinite Alérgica [1, 3, 5, 11]	
Infecções vias aéreas superiores	A rinorreia pode ser purulenta, havendo febre, artralgia e mialgias, não durando mais de 10 dias, ao contrário da RA.
Rinite não alérgica	Causada por vários factores, como cheiros, comidas ou bebidas, poluição, fenómenos vasomotores, pólipos, sendo usualmente perene. Não se trata de um processo mediado por IgE, pelo que os testes cutâneos e de IgE específicos são negativos.
Rinite medicamentosa	Quando descongestionantes tópicos α -adrenérgicos, como a fenilefrina, são usados excessivamente.
Rinite hormonal	Caracteristicamente associada ao ciclo menstrual ou a gravidez, sendo que nesta começa por norma no 2.º mês de gestação, terminando após o parto.
Rinite induzida por fármacos	Aspirina e outros AINES, IECAs, inibidores selectivos da fosfodiesterase-5, entre outros.
Outros diagnósticos diferenciais raros	Granulomatose de Wegener, rinite atrófica, anormalias anatómicas, rinorreia de líquido cefalo-raquidiano.

Tabela n.º 2 – Diagnóstico Diferencial da RA

6.4. Exames complementares de diagnóstico

6.4.1. Teste cutâneo

Deverá ser feito rotineiramente em todos os casos, a fim de confirmar a base alérgica da rinite. [11] O número de testes cutâneos e os alérgenos seleccionados deverão ser determinados consoante a idade do paciente, história clínica, situação ocupacional e habitacional. [3, 5]

O “prick test” (também conhecido como teste epicutâneo) tem como vantagens a rapidez, facilidade de execução e o baixo custo. [3, 8, 11] Tem ainda valor educacional, uma vez que dão uma ilustração clara ao doente. [5] Consiste na introdução de um extracto de alérgeno padronizado na epiderme, sendo o teste positivo (embora não definitivo) quando o diâmetro da pápula que se forma é maior que 3 mm. [1, 5, 12] No entanto, não pode ser usado em doentes com doenças de pele, a tomar β -bloqueantes, IECAS, antidepressivos tricíclicos ou AH (sem possibilidade de pausa terapêutica), havendo ainda o risco de anafilaxia em doentes susceptíveis. [1, 8, 11] Os resultados devem ser interpretados consoante a história clínica, já que pelo menos 15% dos doentes com um prick test positivo são assintomáticos quando expostos ao alérgeno em causa. [11]

Como alternativa a um “prick test” negativo, o teste cutâneo intradérmico pode ser usado para quantificar a sensibilidade de um doente a determinado antigénio e determinar dose inicial segura para o doente iniciar imunoterapia. Apresenta as mesmas desvantagens do anterior, havendo um rácio de falsos positivos maior. [1, 8]

6.4.2. Níveis de IgE total e específica no plasma (RAST)

Quando os testes cutâneos são negativos ou apresentam, juntamente com a história clínica, resultados equívocos, este é o exame a ser realizado. [11, 12] Não apresenta risco de anafilaxia, podendo ser efectuado em doentes com as contra-indicações para os testes

cutâneos. [12] Não obstante, trata-se de um exame dispendioso e não tão sensível quanto os anteriores. [12]

6.4.4. Doseamento de eosinófilos

Estes valores encontram-se normalmente elevados na asma e na dermatite atópica, apenas raramente na RA, estando ainda aumentados em várias outras condições (doença de Hodgkin, síndrome hipereosinofílica, infestação parasitária, entre outras) pelo que não apresenta grande valor diagnóstico. [12]

6.4.4. Exames imagiológicos

Estes podem ser úteis em casos seleccionados. Destacam-se a endoscopia nasal com fibra óptica nos casos atípicos, a tomografia computadorizada e ressonância magnética, nos casos com complicações ou comorbidades como polipose nasal e sinusite crónica. [3, 12] No entanto, são exames dispendiosos, não tendo preponderância no diagnóstico de rinite alérgica. [12]

6.4.5. Outros exames

Citologia nasal	Revela frequentemente grande número de eosinófilos, o que também acontece em alguns tipos de rinite não alérgica, pelo que não é recomendado. Por outro lado, a presença de neutrófilos sugere etiologia infecciosa. [3, 5]
Provas de função respiratória	Quando se suspeita de patologia das vias aéreas inferiores (p.e. asma), devendo ser considerado em todos os casos de RA persistente. [3, 5, 11]
Rinomanometria	Permite uma estimativa da resistência nasal à pressão. para obter uma avaliação objectiva da congestão nasal, avaliar a severidade de anormalias anatómicas e auxiliar na avaliação do grau de apneia obstrutiva do sono. Requer equipamento oneroso e bastante experiência na sua interpretação, pelo que é pouco usado. [3, 5, 11]
Rinometria acústica	Medição de alterações na congestão nasal usando sinais acústicos reflectidos. Clinicamente, pode ser útil na monitorização da resposta e adesão à terapêutica,

	evitando o uso de TC e RM em algumas situações pré e pós-operatórias. É um exame de fácil realização, rápido e não-invasivo, complementando-se com a rinomanometria. [3, 11]
Teste de provocação nasal	A fim de confirmar e medir a sensibilidade a um antigénio. Não é usualmente feito, havendo apenas alguma utilidade nos casos de sensibilidade a aspirina, RA ocupacional e quando os testes de IgE específica são equívocos ou não se trata de um mecanismo mediado por IgE. [1, 3, 11, 12]
Estudo de apneia do sono	Indicado nos doentes com perturbações do sono ou factores de risco associados a estas. [3]

Tabela n.º 3 – Outros exames complementares de diagnóstico na RA.

6.5. Avaliação da severidade e controlo da doença

Havendo já vários testes validados de medição da severidade e controlo na asma e na dermatite atópica, o mesmo ainda não se pode afirmar em relação à rinite, cujos questionários e métodos de avaliação ainda se encontram em fase de validação. [1] O uso de escalas visuais analógicas (*Fig. 5*), validadas em várias doenças, têm sido extensivamente usadas na RA para avaliar a sua gravidade e eficácia da terapêutica. [1] Como métodos objectivos de medição da severidade, destaque para o PNIF (“peak nasal inspiratory flow”), a rinomanometria, a rinometria acústica e alguns testes olfactivos. [1]

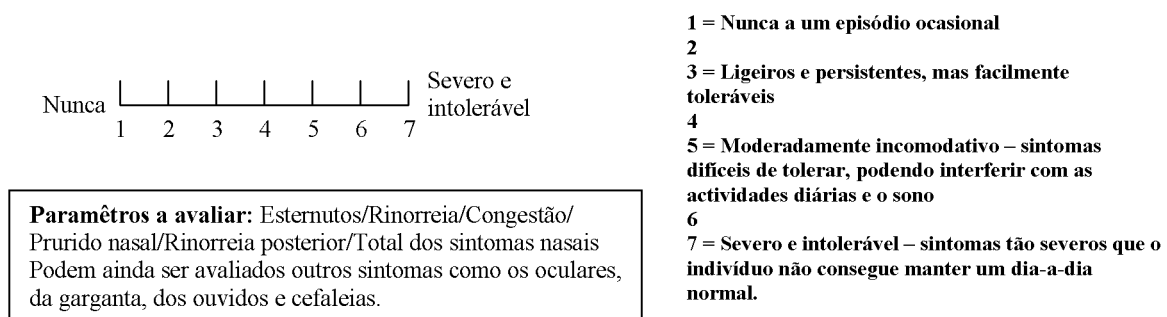


Fig. 5 – Escala visual analógica de 7 itens para avaliação da severidade dos sintomas, adaptado de “The diagnosis and management of rhinitis: An updated practice parameter”[3]

Recentemente, foi desenvolvido um questionário para avaliar o controlo da asma e da RA (CARAT) (*Fig. 6*) por mais de 100 médicos portugueses, tendo demonstrado validade e consistência num estudo de 2010. [23]

Nas últimas 4 semanas, por causa da sua asma/rinite/alergia, em média, quantas vezes teve:				
	Nunca	Até 1 ou 2 dias por semana	Mais de 2 dias por semana	Quase todos ou todos os dias
1. Nariz entupido? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Espirros? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Comichão no nariz? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Corrimento/pingo do nariz? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Falta de ar/dispneia? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Chiadeira no peito/pieira? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Aperto no peito com esforço físico? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Cansaço/dificuldade em fazer as suas actividades ou tarefas do dia-a-dia? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Acordou durante a noite por causa da sua asma/rinite/alergia? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nas últimas 4 semanas, por causa da sua asma/rinite/alergia, quantas vezes teve que:				
	Não estou a tomar medicamentos	Nunca	Menos de 7 dias	7 ou mais dias
10. Aumentar a utilização dos seus medicamentos? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* Todas as perguntas são de preenchimento obrigatório

Pontuação total: 0 Pontuações superiores a 24 indicam bom controlo da doença.

Pontuação vias aéreas superiores (item 1-4): 0 Controlado se pontuação for >8

Pontuação vias aéreas inferiores (item 5-10): 0 Controlado se pontuação for ≥16

Fig. 6 - CARAT – Teste de Controlo da Asma e Rinite Alérgica, retirado de www.caratnetwork.org [24]

7. Tratamento da Rinite Alérgica

O tratamento da RA tem sofrido uma evolução francamente positiva ao longo dos anos, sendo possível um controlo bastante satisfatório da doença em quase todos os afectados. A terapêutica baseia-se na identificação do alérgeno causador, a fim de evitar a exposição a este, e na redução dos sintomas para um nível aceitável para o doente.

Os três pilares fundamentais do tratamento da RA são a evicção dos alérgenos, juntamente com o controlo ambiental a fim de reduzir a exposição a estes, a farmacoterapia e, em casos seleccionados, a imunoterapia. [25]

7.1. Educação

O doente, quando tem maturidade suficiente, ou os seus pais, caso se trate de uma criança, devem ser informados acerca da doença, nomeadamente causas, mecanismos, sintomas e tratamentos disponíveis. As complicações e comorbidades da RA devem ser também abordadas, devendo-se ainda informar os doentes acerca do potencial impacto negativo que a rinite tem na qualidade de vida. [1, 11] As expectativas dos doentes sobre a terapêutica devem ser esclarecidas, focando na cronicidade da doença. [11]

7.2. Medidas de evicção

São tradicionalmente um dos pilares do tratamento da RA, sendo baseadas na noção de prevenção secundária. O aconselhamento de evicção dos alérgenos aos doentes torna-se uma tarefa complicada dado a diminuta evidência da sua eficácia. [11] O sucesso das medidas de controlo deve ser analisadas em termos de melhoria clínica ao invés da concentração de alérgenos. [3] Apesar da evicção ser benéfica em alergias a animais domésticos, cavalos e a alguns produtos ocupacionais, as medidas para redução da exposição a AcPC não têm mostrado os resultados esperados. [7, 11]

7.2.1. Ácaros do pó da casa – Sendo o alergénio do interior causador de RA mais comum, seria lógico assumir que uma redução na sua exposição reduziria os sintomas. Não obstante, falta evidência para confirmar ou refutar esta ideia. [11] As medidas propostas para o controlo da exposição são a filtração do ar e aspiração do pavimento com filtros próprios, diminuir a humidade, lavar a roupa com água quente, colocar coberturas nos colchões e almofadas e o uso de acaricidas. [3] Segundo o ARIA, dada a escassez de resultados positivos, as medidas de prevenção da exposição a AcPC (tanto químicas como físicas), não devem ser recomendadas aos doentes. [7]

7.2.2. Baratas – Tratando-se de uma etiologia significativa de RA em populações urbanas, é importante eliminar este alergénio, através de educação familiar (remoção de restos alimentares e boa higiene na cozinha) e uso de pesticidas. O controlo dos alergénios da barata pode demorar até 6 meses. [3]

7.2.3. Pólenes – Importantes na RA sazonal, os pólenes devem ser evitados aquando da época em que se existem em maior quantidade. Porém, a concentração de pólenes varia de acordo com diversos factores ambientais (vento, temperatura, chuva e humidade), pelo que se torna complicada a sua predição confiável. [3] A utilização de filtros nasais é um dos métodos que reduz sintomas de RA e conjuntivite alérgica durante a época dos pólenes da ambrósia e de ervas. [11]

7.2.4. Animais domésticos – Foi demonstrado o potencial para produzir sintomas dos alergénios provenientes de gatos e cães, mesmo em locais sem estes animais, devido a contaminação e transporte passivo em roupas, por exemplo. É recomendado retirar os gatos

da casa [26], no entanto são necessárias em média 20 semanas para os alérgenos do gato desaparecerem. [2, 11] Outra opção, em que 90% dos alérgenos não são disseminados, seria confinar o gato a uma divisão sem tapetes, com filtração tipo HEPA ('High-Efficiency Particulate Air'). O banho regular dos gatos poderá ter alguma eficácia. [3]

7.2.5. Fungos – Quando os doentes têm actividades em contacto com plantas como jardinagem e lavrar terra, o uso de máscaras de protecção pode reduzir a exposição aos fungos do exterior. [3] Relativamente a fungos do interior, a redução à sua exposição é recomendada visto que pode ser possivelmente benéfica, apesar de tal não estar devidamente comprovado. [7] Os métodos para esse objectivo consistem em eliminar a fonte de propagação dos fungos, designadamente em intrusões de água, superfícies frias e zonas de elevada humidade, e depois aplicar lixívia com detergente. Tal poderá ser efectivo em superfícies não porosas, sendo que as porosas devem ser removidas ou substituídas. [3]

7.2.6. Irritantes – Como referido, os doentes com RA têm hiperreactividade a várias substâncias, tais como o fumo do tabaco, compostos orgânicos derivados de microorganismos, poluentes, perfume, pós e formaldeído e a alterações de temperatura. [3, 11] Devendo evitar os irritantes, o controlo da RA vai em grande parte dos casos melhorar os sintomas de hiperreactividade nasal dos doentes. [11]

7.2.7. Alérgenos ocupacionais – A RA pode ser induzida por alérgenos existentes ou ser exacerbada por irritantes no local de trabalho. Havendo mais de 300 agentes passíveis de causar RA, é importante discernir qual o verdadeiro causador, pelo que uma história cuidada é fundamental. [11] Estando o diagnóstico estabelecido, a evicção a exposição a esse

alergénio pode reduzir os sintomas e até curar o indivíduo, sendo que quanto mais precoce a sua evicção maior a probabilidade de cura. [7, 11]

7.3 Tratamento farmacológico

A prática clínica actual requer uma individualização ponderada na escolha das opções terapêuticas farmacológicas. Há que ter em conta o tipo de RA, a idade, os sintomas predominantes e a sua severidade. Quanto aos fármacos, tem que se considerar a preferência do doente de medicação oral ou intranasal, os efeitos secundários, o custo para o doente, o tempo de acção do fármaco e o benefício potencial para outras comorbidades. [1, 3, 25] Nenhuma da medicação apresenta um efeito de longa duração quando interrompida, como tal, na doença persistente, o que obriga a um tratamento de manutenção. [1]

Fármacos disponíveis

Efeitos dos fármacos nos sintomas					
	Esternutos	Rinorreia	Obstrução nasal	Prurido nasal	Sintomas oculares
Anti-histamínicos H1					
Orais	+++	+++	0 a +	+++	++
Intranasais	++	+++	+	++	0
Intraoculares	0	0	0	0	+++
Corticosteróides	+++	+++	++	++	+
Cromonas					
Intranasais	+	+	+	+	0
Intraoculares	0	0	0	0	++
Descongestionantes					
Intranasais	0	0	++	0	0
Orais	0	0	+	0	0
Anti-colinérgicos	0	+++	0	0	0
Anti-leucotrienos	+	+	++	?	++

Tabela n.º 4 – Efeito dos diversos fármacos nos sintomas principais da RA, adaptado de “Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma”[1] e “BSACI guidelines for the management of allergic and non-allergic rhinitis” [11]

7.3.1. Anti-histamínicos H1 orais

A histamina é o principal mediador envolvido no desenvolvimento de sintomas de RA. Tal está comprovado por aumento da sua concentração nas secreções nasais nos doentes após testes de provocação nasal ou contacto com o alérgénio e por reprodução dos sintomas após provocação com histamina. [2] O principal receptor histamínico que participa nos efeitos nasais da histamina é o H1, pelo que os AH vão competir como antagonistas por estes receptores.

1.^a geração vs 2.^a geração

Os AH de 2.^a geração, como a ebastina, loratidina, cetirazina e a desloratidina, são actualmente preferidos sobre os da 1.^a geração. Estes últimos, como a difenidramina, prometazina, clorfeniramina e triprolidina, são limitados pelo seu efeito sedativo, pelos efeitos anticolinérgicos e por tempos semi-vida relativamente curtos. [2, 3]

Os AH mais recentes são recomendados pelo ARIA, muito porque não apresentam esse efeito sedativo e não têm interações com o citocromo P450, apesar de os da 1.^a geração não deixarem de ser aconselhados, dado que as diferenças de eficácia entre ambos são discutíveis. [2, 3, 7] O efeito sedativo causado pelos da 1.^a geração pode ser acompanhada de prejuízo de performance na escola, trabalho e condução, mesmo sem a sensação de sedação, estando estes associados a um número significativo de acidentes ocupacionais e de viação. [3]

Eficácia e Efeitos adversos dos Anti-Histamínicos orais	
Eficácia	Os antagonistas H1 vão reduzir principalmente o prurido, os espirros e a rinorreia, tendo menos eficácia no controlo da congestão nasal. [2, 7, 11] Vão ainda melhorar sintomas alérgicos não nasais, como da conjuntiva, palato, pele e vias aéreas inferiores [2, 11] podendo melhorar de forma significativa a qualidade de vida do doente. [11] Não existe grande diferença de eficácia entre os vários AH. [3]
Efeitos adversos	Como foi referido, a sedação é o principal efeito secundário dos AH de 1. ^a

geração. Pode ser agravada por uso de outras substâncias que sejam activas no sistema nervoso central, como o álcool e sedativos. [3] Este efeito pode **reduzir a performance** académica, laboral e da condução do indivíduo, pelo que devem ser evitados. [11]

Os efeitos anticolinérgicos referidos incluem **secura oral e ocular, obstipação, inibição da micção** e um **risco aumentado de glaucoma**, estando os idosos em maior risco para esses efeitos. [3] Alguns AH poderão causar **prolongamento do intervalo QT** e **aumentar o risco de arritmia**, quando em doses altas, estando este risco diminuído nos mais recentes. [11]

Relativamente aos de 2.^a geração, importa referir que uma sobredosagem poderá induzir alguma sedação. [3] Os efeitos no sistema nervoso central e os efeitos anticolinérgicos não diminuídos quando comparados os da 1.^a geração. Poderão ainda haver **raras reacções de hipersensibilidade, cefaleia, fadiga, náuseas, palpitações e dor abdominal**. Importa referir que a lista de **interacções** destes com outros fármacos (como o cetozonazol e macrólidos) é significativa, seja pela metabolização comum pelo citocromo P450 ou aumento dos efeitos adversos, pelo que deve ser sempre inquirida a toma de outras medicações. [1, 11]

Tabela n.º 5 – Eficácia e efeitos adversos dos AH orais.

Os AH orais têm um início de acção em média entre os 15 e os 60 minutos após a sua toma, mantendo o seu efeito por 12 a 24 horas. São bastante eficazes em uso contínuo tanto na RA sazonal como perene, embora a sua toma apenas quando necessário também é apropriado dado o rápido início de acção. [3, 25] É menos eficaz quando a congestão nasal é o principal sintoma, [3, 25] embora haja alguma evidência que a desloratidina possa melhorar esse sintoma. [27] Não devem ser usados com o objectivo de prevenir asma em crianças, dado que o potencial iatrogénico da medicação é mais importante que uma eventual diminuição desse risco. [7] O facto de ser apenas uma toma única diária torna-se um factor a favor deste fármaco.

7.3.2. Anti-histamínicos intranasais

Os AH nasais (azelastina e levocabastina) são fortes antagonistas dos receptores H1.

Eficácia e Efeitos adversos dos Anti-Histamínicos intranasais	
Eficácia	São tão ou mesmo mais eficazes que os anti-histamínicos orais de 2. ^a geração no tratamento de RA sazonal. [2, 3, 11, 25] Apresentam um efeito clinicamente significativo na congestão nasal, embora este seja menor quando comparado com CS intranasais. [3, 11, 25] Havendo também o mesmo princípio activo em forma de colírio, a azelastine é eficaz tanto no tratamento tópico da rinite como da conjuntivite alérgica, consoante a preparação. [2] Contudo, o efeito dos AH intranasais é apenas local, não se estendendo a outros órgãos, como acontece com os orais. [2, 11] Requerem ainda duas inalações diárias para manter o seu efeito. [2]
Efeitos adversos	Estas preparações têm geralmente um sabor amargo , podendo ainda ocorrer sonolência (rara) e irritação no local da aplicação. [3, 11, 25]

Tabela n.º 6 – Eficácia e efeitos adversos dos AH intranasais.

A sua rapidez de acção é significativamente maior à dos orais (menos de 15 minutos), sendo portanto apropriados para um uso quando necessário na RA episódica. [2, 25] São recomendados em doentes com sintomas nasais, isolados em RA moderada ou associados a CS intranasais em RA não controlada apenas com esteróides. [11] Contudo, a maioria dos doentes prefere a forma oral dos AH. [7]

7.3.3. Corticosteróides intranasais

Introduzidos em 1973 com a beclometasona, os CS intranasais actuam por supressão da inflamação em vários pontos da cascata inflamatória, inibindo a libertação de citocinas e quimiocinas. [2, 11] Vão ainda diminuir a acção das células apresentadores de antígenos, linfócitos T, eosinófilos e mastócitos (neste com menor efeito) na mucosa nasal. [2] Vários novos corticosteróides tópicos têm sido desenvolvidos desde então (budesonido, uticasona, propionato, furoato mometasona, entre outros). Estes compostos são administrados através de nebulizadores, normalmente uma vez por dia. [2]

Eficácia e Efeitos adversos dos Corticosteróides intranasais	
Eficácia	<p>Corresponde a monoterapia mais eficaz na RA, sendo de grande utilidade em todos os sintomas desta patologia, tanto perene como sazonal, incluindo congestão nasal. [2, 3, 7, 25] Vários estudos clínicos afirmam a eficiência desta terapêutica [2], havendo algumas meta-análises que mostram que estes fármacos são superiores aos AH. [28] A eficácia na RA sazonal foi superior à dos anti-histamínicos orais num estudo que comparou propionato de fluticasona com loratidina. [11]</p> <p>Os efeitos sobre sintomas oculares da RA são semelhantes aos dos anti-histamínicos [25], mas a nível nasal os CS são superiores a qualquer outro fármaco. [2, 7] Um estudo randomizado de 2010 aponta ainda que o furoato de mometasona reduz significativamente os sintomas oculares na RA sazonal ($p < .05$). [26] É ligeiramente mais eficiente quando combinado com um AH de 2.^a geração. [25] A resposta clínica entre os vários CS disponíveis não tem grandes diferenças. [29]</p>
Efeitos adversos	<p>Os CS intranasais não apresentam, quando administrados nas doses recomendadas, efeitos adversos sistémicos significativos. [3] Todas as preparações apresentam um perfil de reacções adversas semelhante. [29] Irritação nasal e da garganta, hemorragia, formação de crostas, secura e perfuração do septo nasal são efeitos secundários raros, relacionados com má técnica de administração, afectando menos de 10% dos indivíduos. [2, 3, 11, 25] A sua absorção sistémica varia consoante o princípio activo – negligenciável para mometosa e fluticasona, alta para betametasona e dexametasona, e modesta para os restantes. [11] A supressão do eixo hipotálamo-hipófise pode ocorrer quando múltiplas zonas corporais são tratadas com corticóides tópicos, embora tal não esteja devidamente comprovado. Nas crianças é aconselhável a monitorização do crescimento das crianças, embora a sua supressão, que depende de uma série de factores, não tenha sido confirmada quando as doses são as recomendadas. [3, 11, 25]</p> <p>O efeito prejudicial na pressão intraocular, na formação de cataratas e na densidade óssea não foi demonstrado, ainda que os doentes em risco devem ser vigiados. [3, 11] O cloreto de benzalcónio, usado como preservante em quase todos os CS tópicos, pode irritar a mucosa nasal, mas ao contrário do que se pensava não afecta o ‘clearance’ mucociliar. [11]</p>

Tabela n.º 7 – Eficácia e efeitos adversos dos CS intranasais.

O início de acção é menos rápido que o dos AH, ocorrendo em média dentro de 3 a 12h após a inalação, pelo que o benefício terapêutico possa surgir apenas um ou dias depois, sendo o efeito máximo às duas semanas. [3, 11, 25] Corresponde a tratamento de primeira linha para sintomas persistentes moderados a graves, tanto na RA sazonal como perene, e para

casos de falência terapêutica de AH. [7, 11] Pode ser usado na RA episódica, sendo eficiente em uso quando necessário na RA sazonal. [3, 11] Ainda na RA sazonal, o tratamento com este tipo de corticóides deve ser iniciado duas semanas antes da época dos alérgenos. [2, 11]

7.3.4. Corticosteróides sistémicos

Os CS sistémicos raramente são indicados no controlo da rinite, sendo vistos como um último recurso. [2, 11] Foram feitos poucos estudos sobre o seu uso, nomeadamente em termos de doses, forma de administração e relação dose-resposta. [2] Podem ser administrados oralmente ou por injeção intramuscular, sendo que esta última tem uma relação risco-benefício muito pobre, pelo que não deve ser considerada. [2, 7, 11]

Devem ser somente usados como último recurso, quando combinações de outros fármacos foram ineficientes. [7] Outras exceções enquadram-se em casos de obstrução nasal severa. [11] Devem ser evitados em crianças, grávidas e doentes com outras contra-indicações (glaucoma, diabetes mellitus, osteoporose avançada, hipertensão severa, infeções crónicas, entre outras). [2, 7] Quando usados, deve-se optar pela forma oral e apenas prolongar-se por 5 a 10 dias. [3] É aconselhada a toma pela manhã, com comida, 0,5mg/kg, e sempre associado a um CS nasal. [11]

7.3.5. Cromolina sódica

Este inibidor da desgranulação dos mastócitos é um fármaco intranasal, que tem que por norma ser administrado 3 ou 4 vezes ao dia. [1, 3, 11]

Eficácia e Efeitos adversos da Cromolina sódica	
Eficácia	São menos eficazes que os CS nasais , não havendo dados suficientes para comparar como AH ou antagonistas do leucotrienos. [3, 25] O seu efeito mais marcado é na congestão nasal. [3]

Efeitos adversos	São fármacos bastante seguros e tolerados , apresentando efeitos secundários mínimos e portanto negligenciáveis. [2] Entre estes estão a irritação local, alterações gustativas ocasionais, cefaleias e muito raramente broncoespasmo. [11]
-------------------------	--

Tabela n.º 8 – Eficácia e efeitos adversos da cromolina sódica.

É normalmente indicada no tratamento de manutenção. O seu início de acção dá-se aos 4 a 7 dias de terapêutica, mas o benefício máximo acontece apenas após várias semanas da sua toma. [25] A cromolina sódica pode ser usada no tratamento de rinite episódica, sendo que a sua administração antes da exposição ao alérgeno protege o indivíduo nas 4 a 8 horas seguintes. [3, 25] A necessidade de administração 4x ao dia pode reduzir a adesão à terapêutica e consequentemente a eficácia. [7] Pode ser utilizado na grávida com segurança. [11]

7.3.6. Antagonistas dos receptores dos leucotrienos

Existem dois tipos de anti-leucotrienos, os receptores dos antagonistas (exemplo clássico, o montelucaste) e os inibidores da sua síntese (como o zileuton), não disponíveis em Portugal. [11] A resposta dos doentes a este fármaco não é previsível dada a grande variabilidade interindividual. A sua forma de administração é oral, uma vez por dia.

Eficácia e Efeitos adversos dos Anti-leucotrienos	
Eficácia	Os antagonistas dos receptores dos leucotrienos têm uma eficácia semelhante quando comparados com AH orais (sendo a loratadina por norma usada para comparação). [3, 11, 25] Todavia, a resposta é menos consistente . A associação destes dois fármacos não melhora a eficácia do tratamento, sendo mesmo assim menos eficaz que os CS tópicos. [3, 11]
Efeitos adversos	São fármacos geralmente bem tolerados . [11, 25] Os efeitos secundários mais comuns são a cefaleia, sintomas gastrointestinais e exantemas . Casos raros de síndrome de Churg-Strauss podem estar relacionados, sendo aconselhada redução das doses de CS sistémicos nos doentes com asma. [11]

Tabela n.º 9 – Eficácia e efeitos adversos dos antagonistas dos receptores dos leucotrienos.

O montelucaste pode ser usado na RA sazonal nos adultos e nas crianças e nas crianças em idade pré-escolar com RA perene. É útil em doentes com RA e asma concomitante, devendo ser considerado nesses casos. [3, 11, 25] O seu alto custo pode ser impeditivo para alguns doentes. O ARIA sugere a não utilização de antagonistas dos receptores dos leucotrienos em adultos com RA perene, precisamente pelo elevado custo e eficácia menor neste tipo. Tal, juntamente com uma eficácia igual ou menor à dos AH, faz com que o montelucaste seja a maioria das vezes preterido para estes. [7]

7.3.7. Anticolinérgicos intranasais

A estimulação parassimpática causa secreção aquosa, mediada pela acetilcolina, e vasodilatação dos vasos que nutrem as glândulas nasais seromucosas. Os receptores muscarínicos dessas glândulas podem ser bloqueado por anticolinérgicos. Dentro dos anticolinérgicos, o brometo de ipratróprio é o mais usado na RA. [2] Encontra-se disponível sob a forma de aerossol, necessitando de ser aplicado 3 vezes ao dia, de preferência de manhã. [2, 11]

Eficácia e Efeitos adversos dos Anticolinérgicos intranasais	
Eficácia	É particularmente eficaz na redução da rinorreia, não havendo grandes alterações nos outros sintomas. [11, 25] Um estudo comprovou esta eficácia a longo prazo na RA perene. [30] Este efeito pode ser potenciado através do uso concomitante de brometo de ipratróprio e um corticosteróide intranasal ou um anti-histamínico. [3] Não apresenta nenhum efeito sobre as funções nasais fisiológicas como o olfacto e a 'clearance' mucociliar. [3]
Efeitos adversos	São mínimos e pouco frequentes, dada a aplicação tópica. Sendo a secura nasal o mais frequente, pode ainda ocorrer irritação nasal e epistaxis e mais raramente retenção urinária e glaucoma, que só acontecem devido a sobredosagem. [2, 11, 25]

Tabela n.º 10 – Eficácia e efeitos adversos dos anticolinérgicos intranasais.

São apropriados para uso na RA episódica, dada a rapidez de acção (15 a 30 minutos). [25] Os doentes com RA perene poderão beneficiar desta terapia [7], não havendo dados sobre o efeito na RA sazonal. [2] No entanto, como a maioria dos doentes tem mais sintomas para além da rinorreia, os anticolinérgicos são preteridos no tratamento da RA. [2]

7.3.8. Descongestionantes

Os descongestionantes são fármacos que alteram a regulação simpática dos vasos sanguíneos. Têm a sua acção nos receptores adrenérgicos, causando vasoconstrição. [2]

Dentro dos disponíveis para uso clínico, incluem-se os agonistas α 1-adrenérgicos (p.e. fenilefrina), agonistas α 2-adrenérgicos (p.e. oximetazolina, xilometazolina), libertadores de noradrenalina (p.e. efedrina, pseudoefedrina) e inibidores da recaptção de noradrenalina (p.e. antidepressivos tricíclicos, fenilpropanolamina). [2]

7.3.8.1. Descongestionantes orais

A pseudoefedrina é o principal descongestionante oral. No entanto, é também o principal ingrediente no fabrico de metanfetaminas, pelo foram aplicadas várias restrições na sua venda e tem sido promovida a sua substituição por fenilefrina nos medicamentos não sujeitos a receita médica. Não obstante, esta é bastante metabolizada no intestino, sendo menos eficaz. [3]

Eficácia e Efeitos adversos dos Descongestionantes orais	
Eficácia	Têm algum poder na redução de congestão nasal. [11, 25] Não causam efeito ‘rebound’ após a sua suspensão, mas são menos eficazes que as preparações intranasais. [11] O seu efeito apresenta uma duração de 30 minutos a 6 horas, podendo prolongar-se nas preparações de libertação lenta. [11]
Efeitos adversos	Podem causar hipertensão, insónia, perda de apetite irritabilidade e palpitações. Podem ainda interagir com anti-depressivos. [11, 25] Devem ser usados com precaução

	em doentes com doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, doenças psiquiátricas, hipertiroidismo, glaucoma de ângulo fechado e obstrução do colo vesical. [3]
--	--

Tabela n.º 11 – Eficácia e efeitos adversos dos descongestionantes orais.

Não são geralmente recomendados, dadas a diminuta eficácia e a existência de importantes efeitos secundários. [7, 11] A combinação deste fármaco com um AH não apresenta benefícios que a tornem recomendável. [3, 7, 11] Não devem administrados a crianças com menos de 6 anos pois há o risco de psicose, ataxia e mesmo morte. [3] É ainda contra-indicado na grávida. [2]

7.3.8.2. Descongestionantes intranasais

A efedrina (agonista α_1) e a xilometazoline (agonista α_2) estão disponíveis em spray ou gotas nasais. [3]

Eficácia e Efeitos adversos dos Descongestionantes intranasais	
Eficácia	A eficácia dos descongestionantes nasais ainda não foi devidamente estudada. Um estudo mostrou no entanto que a xilometazoline apresenta uma eficácia superior à dos CS intranasais na descongestão nasal. [3] Porém, não têm efeito na resposta nasal aos alérgenos. [3]
Efeitos adversos	O seu uso regular pode levar ao desenvolvimento de rinite medicamentosa. Este pode surgir após alguns dias de uso. [3] É possível o desenvolvimento de irritação nasal, secura nasal e da garganta. [3, 11, 25]

Tabela n.º 12 – Eficácia e efeitos adversos dos descongestionantes intranasais.

Quando o principal sintoma é a congestão nasal, sugere-se a sua utilização por períodos curto de tempo nos adultos (até 5 dias), para evitar o efeito ‘rebound’. [7, 11] Deve-se optar por co-administração de outros fármacos. [7] Pode ser usado na terapêutica da congestão nasal na RA episódica. [11, 25] Não é recomendado nas crianças em idade pré-escolar. [7]

7.3.9. Irrigações nasais com soro salino

Esta técnica é bastante usada na Europa, pelo baixo custo e mínimos efeitos adversos. [11] As soluções salinas, isotónicas ou hipertónicas actuam por mecanismos que ainda não se encontram bem estabelecidas: podem aumentar a actividade ciliar, remover antigénios, biofilmes ou mediadores inflamatórios ou ter um efeito de protecção da mucosa nasal. [3] O método de administração, o volume, a concentração e a frequência da aplicação ainda não foram definidas. [3]

Eficácia e Efeitos adversos das irrigações nasais com soro salino	
Eficácia	Apesar de ser menos eficiente que os CS intranasais e não ser melhor que outros agentes na RA, as soluções salinas têm um benefício modesto na redução dos sintomas dos doentes com RA. [3]
Efeitos adversos	O uso de soro tópico manifesta efeitos secundários mínimos, como a irritação local. [3] A carga sódica do soro deve ser considerada em doentes hipertensivos. [11]

Tabela n.º 13 – Eficácia e efeitos adversos das irrigações nasais com soro salino.

É uma terapêutica com boa aceitação por parte dos doentes, dado o seu baixo custo e a sua segurança. [3, 11] Pode ser útil como terapia adicional na RA. [11] É eficaz em crianças e adultos com RA sazonal como co-terapia. [11]

7.3.10. Combinações de fármacos

Combinações de fármacos	
AH oral + descongestionante oral	Aumenta apenas ligeiramente a eficácia no alívio da congestão nasal [25, 31] contudo não é recomendado . [3, 7, 11]
AH oral + montelucaste	Pode ser mais eficaz que a terapia individual com um dos dois, embora menos eficaz que os CS intranasais . [7, 25, 32]
AH oral + CS intranasal	Havendo poucos dados, apresenta uma eficácia duvidosa , mas pode ser considerada. [7, 25]
Anti-colinérgico intranasal + CS intranasal	Mais eficaz no tratamento da rinorreia que o tratamento individual [7, 25]
AH intranasal + CS intranasal	Os poucos estudos existentes indicam algum benefício [7, 25]
Montelucaste + CS intranasal	Existem poucos dados sobre esta combinação . [25] No

	entanto, um estudo que analisou a adição do montelucaste a propionato de fluticasona na RA perene aponta que a eficácia desta combinação não é maior que com placebo. [33]
--	--

Tabela n.º 14 – Combinações de fármacos no tratamento da RA.

7.4. Anti-imunoglobulina E

Este tratamento é apenas permitido em doentes com mais de 12 anos e com asma alérgica grave. É bastante plausível que RA associada melhore também em doentes que respondem a este tratamento. Num estudo em doentes com RA sazonal e perene, a administração de Omalizumab mostrou potencial para melhorar os sintomas nasais e oculares. [3] Ainda assim, não se revelou superioridade em relação aos tratamentos já aprovados para a RA. Tudo isto, associado ao elevado custo, torna esta terapêutica não recomendada para doentes com RA sem asma concomitante. [3, 11]

7.5. Cirurgia

Na RA, a cirurgia está somente indicada numa minoria de casos, nos quais há um problema estrutural ou condições comórbidas como pólipos nasais e hipertrofia adenoidal. Pode ser realizada septoplastia, adenoidectomia, polipectomia, entre outros procedimentos. [1, 3, 11]

7.6. Imunoterapia específica

A IT consiste na administração subcutânea repetida de um extracto de determinado alergénio, com o objectivo de reduzir sintomas e necessidade de medicação nas exposições subsequentes. [11] Tem sido usada empiricamente desde 1911. Contudo, só a partir de 1970 é que os seus mecanismos foram elucidados e a sua eficácia documentada. [2]

Pode ser altamente eficaz, sendo o único tratamento actual que permite modificar a história natural da RA, havendo a possibilidade de remissão da doença a longo prazo. [11] Permite também prevenir o risco de novas sensibilizações a alérgicas e reduzir o risco de desenvolvimento de asma nos doentes. A qualidade das vacinas com o alérgénio é de grande importância, devendo somente ser usados extractos purificados e estandardizados. [11] A IT envolve uma fase de acumulação, em que se vão aumentando as doses de alérgénio, e uma fase de manutenção, em que se atinge a dose máxima de alérgénio, sendo este administrado com um intervalo de 1 a 2 meses. [2] O benefício terapêutico é notado nesta última fase. [3]

7.6.1. Imunoterapia subcutânea

Eficácia e Efeitos adversos da imunoterapia subcutânea	
Eficácia	Vários são os estudos que comprovam a eficiência desta terapia, estando bem documentado o sucesso em doentes alérgicos a ambrósia, pólen da erva, ácaros do pó da casa e gatos. [2, 7] Foi demonstrado que a dose de manutenção por injeção é de 5 a 20 µg ostenta melhor eficácia clínica. [1, 11] A IT deve ser considerada o mais cedo possível, a fim de obter benefício máximo. [2] O espaço de tempo que a IT leva até mostra eficácia a longo prazo é em média 3 anos. [1, 34]
Efeitos adversos	É bastante comum o local da injeção ficar doloroso e edemaciado . [11] Poderão ocorrer, em particular nos doentes asmáticos, reações sistémicas como a urticária, angioedema, asma e anafilaxia . [1, 11] Este risco é baixo, sendo a sua percentagem de 5% quando são usados extractos de alta potência na fase de acumulação. [2] Como tal, é necessário que todo o processo seja feito sob supervisão de um médico com experiência e com acesso imediato a adrenalina e outras medidas de ressuscitação. [11] Após as injeções, os doentes devem ser observados por um mínimo de 30 minutos. [11]

Tabela n.º 15 – Eficácia e efeitos adversos da imunoterapia subcutânea.

É recomendada nos indivíduos em que a evicção alérgica não é exequível ou indesejável e/ou que não responderam a outros tratamentos. [11] Há ainda que analisar reações adversas a outras terapêuticas, o desejo do doente em evitar farmacoterapia de longa

duração e a presença de condições comórbidas (a asma grave é uma contra-indicação, assim como doenças cardiovasculares instáveis). [1, 3] Deve haver uma confirmação de se tratar de uma doença mediada por IgE e estabelecidos os alérgenos em causa. [1] Em cada caso deve ser considerado o rácio benefício/risco, tendo em conta que o espectro da alergia se deve cingir a um ou dois alérgenos. [2] Os principais beneficiadores desta terapia são os alérgicos a picadas de insectos, a animais, a ácaros do pó da casa e ao pólen, cujos sintomas não respondem devidamente às terapias habituais. [11]

O facto de a IT não ser mais dispendiosa que a farmacoterapia (ao longo do previsível curso de tratamento), é também um factor favorável. [3] Não há um limite específico de idade. [3]

O ARIA sugere que a IT subcutânea seja administrada a adultos com RA sazonal e perene devido a ácaros e a crianças com o objectivo de prevenir o desenvolvimento de asma. [7]

7.6.2. Imunoterapia sublingual

Assentando nos mesmos pressupostos da IT subcutânea, esta terapia relativamente recente tem-se mostrado como segura e eficaz.

Eficácia e Efeitos adversos da imunoterapia sublingual	
Eficácia	Múltiplos estudos controlados provaram a eficácia da IT sublingual, melhorando os sintomas em RA causado por AcPC, <i>Parietaria</i> e pólen da erva. [2] Um outro estudo comprovou a semelhança de eficácia entre este tipo de IT e a subcutânea. [2, 11]
Efeitos adversos	São poucos os descritos, estando entre eles o prurido oral (cerca de 35% dos indivíduos [1]) e efeitos gastrointestinais. [2] Urticária e asma foram observadas em ensaios clínicos, sempre auto-limitadas. [1] Não foram reportadas reacções anafiláticas. [11]

Tabela n.º 16 – Eficácia e efeitos adversos da imunoterapia sublingual.

É uma hipótese viável para adultos alérgicos a pólenes e a AcPC, e em crianças com alergia a pólenes. [7] Doentes com reacções sistémicas durante a IT subcutânea e doentes com fraca adesão ou recusa de injeções são também candidatos a IT sublingual. [7]

7.6.3. Imunoterapia intranasal

Também com comprovada eficácia, a administração intranasal de IT é outra terapêutica a ter em consideração. O seu efeito é marcadamente positivo na RA sazonal, havendo poucos estudos relativamente a RA perene. A sua administração pode ser precedida de cromolinas sódicas. [2] É sugerida pelo ARIA para adultos e crianças com alergia a pólenes. [7]

7.7. Outros tratamentos

Homeopatia, acupunctura, extracto de “Butterbur” (*Petasites hybridus*) e outras plantas medicinais, fototerapia e outras técnicas físicas são terapêuticas que têm vindo a ser propostas, mas, seja por efeitos adversos graves ou por falta de resultados promissores não são recomendadas na RA. [7]

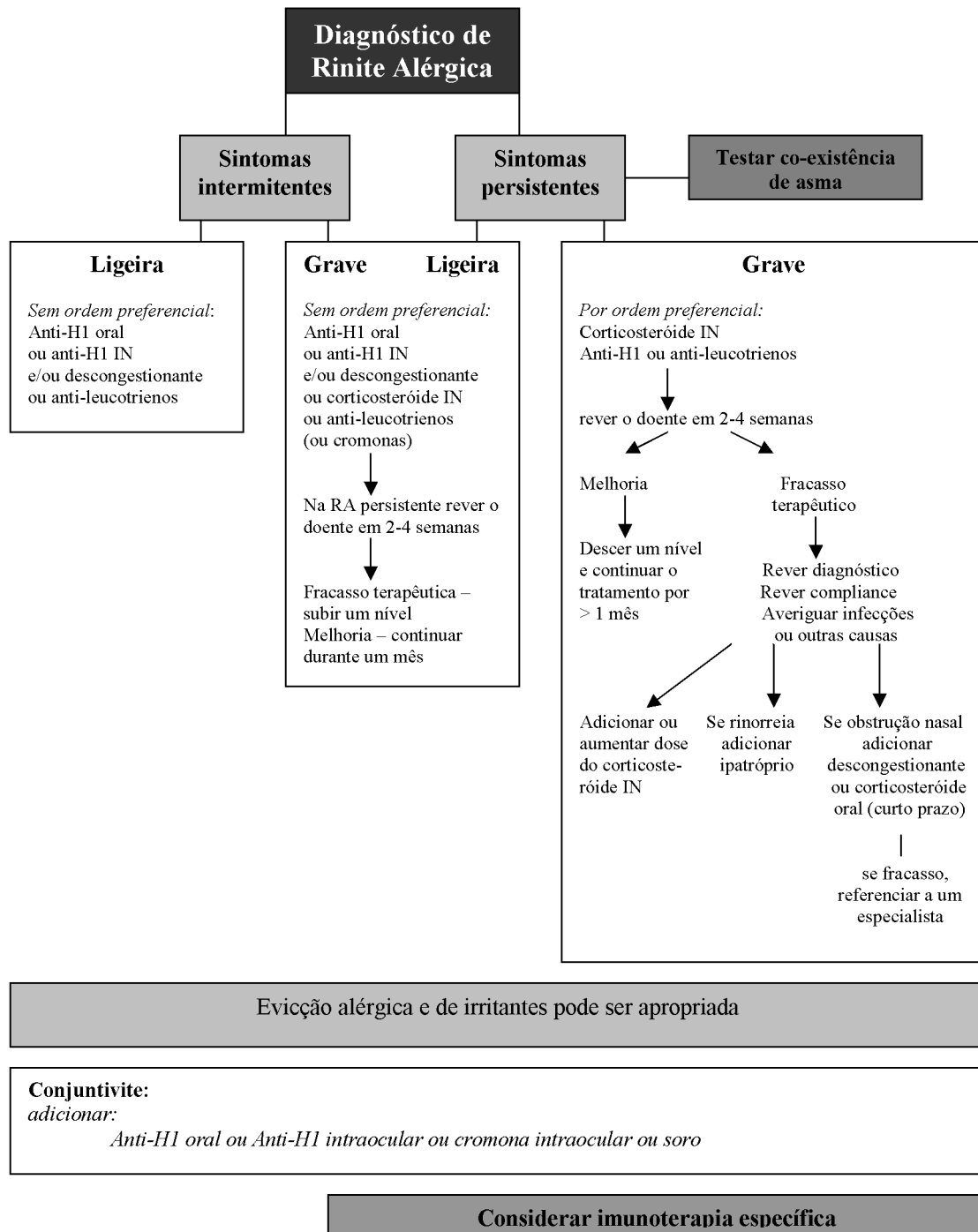


Fig. 7 - Esquema resumo das recomendações para o tratamento da RA, adaptado de “Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma” [1]

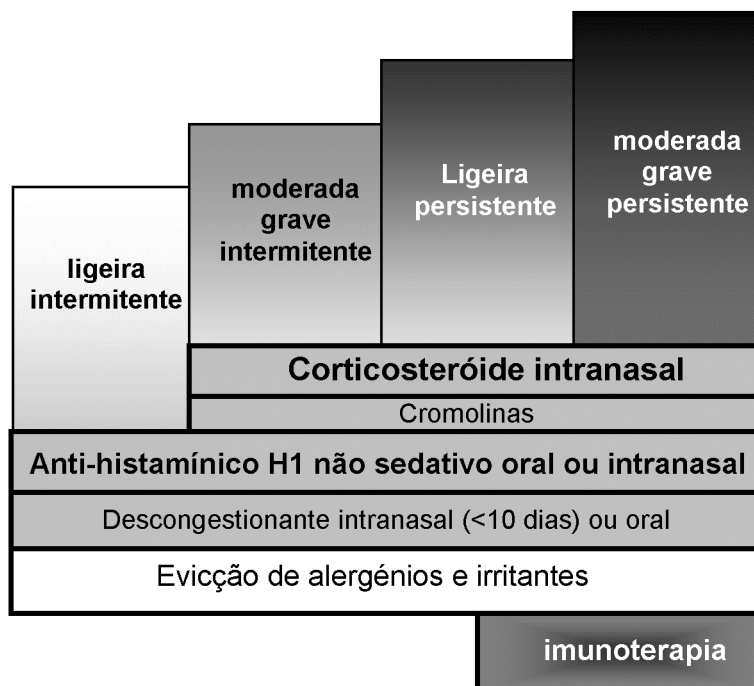


Fig. 8 - Esquema resumo simplificado das recomendações para o tratamento da RA, adaptado de “Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma” [1]

7.8. Condições especiais

7.8.1. Gravidez

Aquando da prescrição de medicamentos a uma doente grávida, devem-se considerar as classificações de medicamentos e risco na gravidez. Os danos potenciais para malformações congénitas devido a medicação acontecem sobretudo durante a fase de organogénese, que ocorre no primeiro trimestre. [3]

A maioria dos medicamentos atravessa a placenta, devendo somente ser prescritos quando o benefício ultrapassar o risco para o feto. [11]

Tratamento da Rinite Alérgica e Gravidez

Anti-histamínicos H1 – seguros na gravidez, mas foram reportados casos de malformações aquando da combinação de fexofenadina com acetaminofeno e salicilatos. [3]

Descongestionantes intranasais – não foram estudados na gravidez, pelo que não devem ser prescritos. [3]
Cromolinas sódicas – categoria B, pelo que não manifestam risco fetal. [3, 11]
Montelucaste – categoria B, podendo ser considerado que a resposta pré-gravidez for satisfatória. [3]
Corticosteróides intranasais – têm um perfil de segurança e eficácia que permite a sua administração na gravidez. Os princípios activos deste grupo mais estudados e logo mais recomendados são a beclometasona, o budesonido (categoria B) e o propionato de fluticasona. [3, 11] Se for um tratamento de manutenção, não há necessidade de alterar o tipo de corticosteróide se a doente estiver controlada. Se se iniciar um tratamento durante a gravidez, o budesonido, dada o extensa informação sobre a sua segurança, é o recomendado. Qualquer um destes fármacos deve ser administrado na dose eficaz mais baixa. [3]
Imunoterapia – pode ser continuada durante a gravidez se estiver a ser eficaz e não causar reacções adversas significativas. [3] No entanto, a dose não deve ser aumentada, devendo no entanto ser ajustada. O início da imunoterapia durante a gravidez não é aconselhado. [3]

Tabela n.º 17 – Tratamento na RA e Gravidez.

7.8.2. Doentes idosos

As alterações fisiológicas (como a hiperactividade colinérgica), modificações anatómicas e as frequentes múltiplas medicações características do idoso influenciam a RA e o seu tratamento. [1, 3] Os CS intranasais podem ser usados com segurança no tratamento de RA no idoso, pois não causam alterações clínicas ou histológicas na mucosa nasal. [1, 3]

7.8.3. Atletas

Desportistas com RA podem ver a sua performance afectada por devido à rinorreia e à congestão nasal. Atletas de resistência experienciam muitas vezes uma congestão nasal ‘rebound’, após a vasoconstrição inicial que ocorre com o exercício. [3] Os fármacos prescritos não se podem encontrar na lista proibida do Comité Antidopagem e não devem afectar a performance do atleta. [3] Os descongestionantes tópicos e os CS intranasais são permitidos, assim como alguns AH. [1, 3]

7.8.4. Crianças

O tratamento da RA na criança não difere muito do adulto. Deve ser seleccionado no contexto das necessidades da criança, sendo importante ajustar as doses e ter em conta não só o efeito terapêutico mas também o profilático de algumas terapêuticas. É essencial que os pais tenham informação suficiente sobre as alternativas de tratamento. [2, 11]

Abaixo dos dois anos de idade, a aplicação de soro é recomendada. As crianças abaixo dos quatro anos podem ser administrados AH (de 2.^a geração) como tratamento de primeira linha (têm uma boa adesão devido a toma única diária, devendo ser administrados continuamente) e cromolina sódica (apesar desta ter uma fraca adesão devido às várias tomas necessárias). [2, 11] Os CS intranasais podem ser usados em idades maiores que 5 anos, mas sempre tendo em atenção os potenciais efeitos adversos já referidos (dar predilecção aos esteróides de baixa biodisponibilidade sistémica). [2] Deve-se sempre usar a menor dose eficaz possível e assegurar que a criança aprende uma correcta administração. [11] O montelucaste pode ser importante em doentes com asma concomitante. [11]

7.9. Condições comórbidas

7.9.1. Asma

O tratamento com CS reduz e previne a hiperreactividade brônquica inespecífica experienciada principalmente pelos doentes sensibilizados aos AcPC e com RA sazonal, melhorando os testes de função pulmonar. [3]

Como já foi apontado, a IT pode reduzir o risco de desenvolvimento de asma em crianças e possivelmente em adultos com RA.

Quando ambas as doenças co-existem, não devem ser usados AH orais (nem isolados nem em combinação com descongestionantes orais) para o tratamento da asma, já que não são eficazes nesta e têm efeitos secundários relevantes. Todavia, podem ser usados para tratar a

RA. [7] Podendo ser usados nestes doentes, os CS intranasais também não devem ser usados com o intuito de tratar a asma. [7] A forma inalada é preferível como tratamento único da asma sobre os antagonistas dos receptores dos leucotrienos, a menos que não seja possível ou não se deseje. [7] A imunoterapia subcutânea é uma alternativa que deve ser considerada em doentes com asma e RA concomitante, tal como a imunoterapia sublingual. [7] O uso de anticorpos monoclonais anti-IgE pode ser considerado nos doentes com asma e RA com um componente claramente mediado por IgE. [7]

8. Impacto da Rinite Alérgica na Qualidade de vida

O tratamento da RA foi durante muitos anos concentrado apenas na melhoria sintomática do doente. Desde os anos 90, tem havido uma tendência a avaliar também a qualidade de vida deste e agir em conformidade. [35]

A expressão “qualidade de vida” tem vários significados, que podem envolver aspectos como saúde, felicidade ou segurança financeira. [1, 36] Há evidência suficiente que a RA afecta a QdV de forma significativa de um indivíduo, embora tal não esteja bem quantificado.

Os sintomas, que por si só são fonte de grande incómodo, implicam problemas práticos como ter sempre lenços disponíveis, ter que se assoar frequentemente, usar óculos de sol e ter sede de forma frequente. [36] Para além disso, o doente depara-se com outros aspectos negativos, uma que, como já foi referido, a RA tem impacto no sono, na produtividade laboral e escolar, nas relações sociais e familiares, aspectos financeiros, entre outros. [1, 35, 36]

8.1. Avaliação da QdV

A avaliação da QdV é efectuada através de múltiplos métodos, sendo os questionários, que podem ser genéricos (como o “Short-Form 36-Item Health Status Questionnaire” ou SF-36) ou específicos (como o “Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire” ou RQLQ e o “Allergy-Specific Work Productivity and Impairment questionnaire” ou WPAI-AS e outros a nível pediátrico) e as escalas visuais analógicas os mais usados. Enquanto que os questionários genéricos são aplicados a todos os indivíduos, independentemente da patologia de que padecem, os específicos avaliam um grupo particular de doentes. [3, 35, 36] A medição objectiva da severidade da doença já foi abordada em ponto anterior.

8.2. Impacto da RA na Qualidade de Vida no Adulto

Os primeiros estudos realizados sobre esta temática foram em adultos.

Um estudo francês de 1994 com 227 indivíduos, 111 doentes com RA perene moderada a severa e 116 saudáveis, em que estes realizaram um questionário genérico sobre QdV, revelou a maioria dos efeitos descritos no grupo com RA. Demonstrou-se que o prejuízo na QdV na RA é significativo ao ponto de ser detectado em questionários genéricos. Nesse estudo conclui-se ainda que este prejuízo é semelhante ao da asma, o que antes não era considerado. [1, 35]

A correlação entre a severidade dos sintomas e hiperreactividade nasal foi analisada num estudo com 48 doentes com RA perene. Neste os doentes registaram os seus sintomas diários ao longo de duas semanas, foram submetidos a testes de provocação com histamina intranasal e responderam a questionários específicos para a rinite. Estabeleceu-se que a severidade dos sintomas implica, no geral, pior QdV para o sujeito, embora, especificamente, cada sintoma afecta cada sujeito de maneira diferente, variando portanto o seu impacto na QdV. Os valores de hiperreactividade nasal obtidos estavam, globalmente, significativamente correlacionados com piores resultados nos questionários de QdV, à excepção dos parâmetros do sono e das emoções. [37]

Uma sondagem de larga escala nos Estados Unidos da América, realizada a 15 000 famílias em 1997 com o objectivo de determinar a prevalência e o impacto da RA, demonstrou os efeitos negativos na QdV que a maioria dos doentes sofre. [35]

Um estudo que analisou os efeitos de RA sazonal não tratada nestes e noutros aspectos, concluiu que somente os doentes com atopia revelaram um decréscimo significativo na velocidade de decisão, velocidade psicomotora e tempo de reacção, isto na época das respectivas alergias. [38]

Poucos estudos até ao momento analisaram especificamente o impacto na produtividade laboral e na carreira profissional.

8.3. Impacto da RA na Qualidade de Vida nas Crianças

As crianças são afectadas pelos mesmos problemas dos adultos, somando-se a estes algumas outras limitações importantes. Para além dos problemas na aprendizagem, as crianças com RA estão muitas vezes limitadas na participação em desportos em relvado e acampamentos, a brincar com animais de estimação, entre outros. Estas restrições podem levar a uma má integração da criança no seu meio escolar e social, o que muitas vezes leva a distúrbios emocionais e de ansiedade. Estes problemas muitas vezes passam despercebidos aos próprios pais. [35]

Indivíduos na infância com RA apresentam muitas vezes problemas escolares, nomeadamente ausências e performance prejudicada por fadiga, irritabilidade ou distração. [35] Alguns dos problemas são também consequência de efeitos adversos de medicação, nomeadamente por sonolência devido a anti-histamínicos ou a irritabilidade após o uso de descongestionantes. [35]

Num estudo com adolescentes de 13-14 anos com RA ou sintomas tipo da rinite, reportou problemas como perda de sono, limitação de actividades e falta de auto-estima. Os não diagnosticados apresentavam maior prejuízo na QdV, dado que não se encontravam com qualquer tipo de tratamento. [39]

As crianças podem ficar ‘rotuladas’ pelos colegas, havendo tensão social na sala de aula devido aos espirros, rinorreia e assoar constante. Atendendo que a aparência é importante na idade, podem advir efeitos negativos para os doentes com RA indevidamente tratados e com repercussão no fâcies. (como já foi referido, a prega horizontal, as olheiras e a boca

normalmente aberta pelo facto de a respiração ser sobretudo bucal). Tal pode levar a isolamento e conseqüente diminuição da auto-estima. [40]

8.3.1. Impacto das medidas de evicção

As medidas de evicção muitas vezes propostas acabam por também afectar as crianças, uma vez que podem implicar a evicção de certas actividades e ficar mais tempo em casa na época dos pólenes e fungos, o que se traduz em menos interacção social. A remoção de um animal de estimação da habitação poderá também ser um factor negativo relevante para o indivíduo. [1, 40]

8.3.2. Impacto na família da criança

Também a família de um doente com RA poderá ser afectada. Regularmente, os pais tornam-se ansiosos e demasiados protegedores, podendo sentir-se culpados e até mesmo hostis. [40]

Os irmãos dos doentes podem sentir-se negligenciados, desenvolvendo sentimentos negativos por estes. A família pode ainda sofrer com alterações do sono, fadiga, ausências do trabalho, férias perdidas e ver significativa parte dos seus recursos absorvida pela doença. [40]

8.4. Impacto da RA no Sono

Sendo um dos problemas capitais que perturbam a QdV do doente com RA, o impacto desta patologia no sono merece uma abordagem mais detalhada. Vários estudos indicam a existência de um relação entre a RA e a obstrução nasal conseqüente e respiração anormal durante o sono, roncopatia e apneia do sono. Estas alterações vão induzir uma diminuição do alerta e das funções cognitivas e aumento da fadiga e sonolência durante o dia. [1, 35, 41, 42]

A rinorreia e congestão nasal apresentam um papel importante nestas alterações, uma vez que condicionam um aumento da resistência aérea nasal, havendo obstrução das vias. [41] Para além disso, esta resistência é maior quando o indivíduo está deitado, triplicando o seu valor nos doentes alérgicos quando comparados com os não alérgicos. [41]

Quando comparados com indivíduos assintomáticos, doentes com sintomas nocturnos crónicos de rinite eram significativamente mais prováveis ressonadores ($p < .0001$) e de ter mais sonolência diurna ($p < .001$). [41] Na mesma base de comparação, os doentes com RA tinham 10 vezes mais micro-despertares durante o sono, associados a episódios de hipopneia e hiperpneia. [41]

Boris A. Stuck e tal realizaram um estudo prospectivo com 25 doentes que sofriam de RA sazonal e 25 indivíduos saudáveis, analisando a sonolência diurna e a qualidade de vida através de questionários e realizando polissonografia duas noites consecutivas antes e depois da época dos pólenes em 2002. Havendo diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, nos parâmetros analisados, concluiu-se que a RA sazonal leva a uma diminuição da QdV, dependendo da severidade da doença. Este estudo afirma no entanto que a sonolência diurna está mais relacionada com a doença em si do que o prejuízo induzido no sono. [43]

Um estudo epidemiológico francês de 2006, que contou com 591 participantes de 18 a 50 anos de idade com RA de pelo menos um ano de duração, analisou perturbações no sono e a qualidade deste através de escalas e questionários validados. Conclui-se que todas as dimensões do sono eram afectadas pela RA, em especial nos doentes com RA severa. A frequência/duração da RA não revelou qualquer efeito no sono. As consequências de um sono com pouca qualidade resultaram em fadiga diurna, prejuízo na memória, disposição e sexualidade. De salientar ainda um consumo aumentado de álcool e sedativos quando

comparado com o grupo controlo. Uma limitação do estudo assenta não consideração de co-factores como ansiedade e depressão e comorbidades e as consequências na qualidade do sono. [42]

8.5. Impacto do tratamento da RA na QdV

Actualmente existem vários fármacos à disposição do médico para o tratamento da RA. Há que ter em consideração não só os efeitos funcionais da doença mas também da terapia, tudo isto pela percepção do doente, sabendo que o mesmo nível de gravidade de um sintoma tem distinto impacto em doentes diferentes. Assim sendo, é importante focar a terapia nos piores sintomas para o doente.

Um estudo francês de 2010, abordando um novo conceito, “doença das vias áreas superiores crónica severa”, investigou a prevalência de rinite não controlada após duas semanas de tratamento (segundo a estratégia delineada no ARIA) e o seu impacto na QdV e produtividade laboral. Foram usados o RQLQ, e WPAI-AS e uma escala visual analógica (EVA) no início e após 14 dias de tratamento, em 586 doentes com RA moderada a severa. Após o tratamento, os scores dos sintomas foram reduzidos, melhorando a QdV e a produtividade. No entanto, 18,9% dos indivíduos apresentaram uma rinite não controlada após o tratamento, não havendo diferenças de idade, sexo ou hábitos significativas entre os doentes. Foi então descrito que o referido conceito, um fenótipo da RA, está presente em 10% a 20% dos doentes com RA. [44]

Globalmente, as terapêuticas actuais na RA resultam num aumento da QdV. Não obstante, há que ter em atenção que alguns dos fármacos disponíveis podem piorar a QdV devido a efeitos adversos importantes.

8.5.1. Anti-histamínicos de 1.^a geração e a QdV

Estes fármacos atravessam a barreira hemato-encefálica, produzindo a sedação já descrita. Como tal, têm sido associados a diminuição da performance laboral e escolar, aumentando o número de acidentes de viação. [35, 45]

Foi descrito que têm um impacto negativo na atenção, processamento cerebral, função visual e tempo de reacção. Como tal, existe um maior risco de acidentes de trabalho. Os AH afectam ainda a condução de modo semelhante a uma percentagem de álcool de 0.05% no sangue. [35, 43, 45]

8.5.2. Anti-histamínicos de 2.^a geração e a QdV

Não sendo sedativos, não causam prejuízo na performance laboral ou escolar, estando muitos deles indicados para crianças com idades inferiores a 12 anos.

O prejuízo na aprendizagem que a RA induz nas crianças pode ser reduzido com os anti-histamínicos não sedativos (piorando com os sedativos). [35]

O nível de prejuízo escolar foi estudado num grupo de 241 alunos com RA, em que houve uma perda de 4,7% das horas de aula e 38% de perda de performance nestas. Após duas semanas de tratamento com fexofenadina houve uma melhoria significativa nos sintomas e consequentemente na performance escolar. [35]

A levocetirizina foi alvo de estudo, no que toca ao seu papel na QdV dos doentes, num ensaio multinacional randomizado de 6 meses de duração. Os doentes sofriam de RA devido a pólen da erva ou ácaros do pó da casa, e receberam 5 mg/d deste fármaco ou placebo. O primeiro grupo revelou, através de questionários, que houve uma melhoria significativa na QdV. [46]

Um estudo randomizado duplamente cego em que a um 845 adultos com RA moderada a severa foi administrado o mesmo AH diariamente, havendo a realização de

questionários no início, no final da primeira e da segunda semanas. Os doentes tratados com o AH reportaram uma melhoria ($p \leq .006$) na QdV maior que o grupo controlo (tratados com placebo), tendo menos prejuízo no trabalho e actividades diárias em comparação como o mesmo ($p \leq .004$). [47]

A cetirizina (10mg) também foi testada num estudo semelhante, também com resultados positivos. ($p \leq .01$). [35]

8.5.3. Corticosteróides intranasais e a QdV

Como já foi abordado, os CS intranasais, para além do forte poder anti-inflamatório, têm grande eficácia na reduzem da congestão nasal. Esta está relacionada com um ‘micro-despertar’ em número aumentado, cuja perturbação no sono leva a fadiga diurna e redução nos níveis de energia. [41]

A combinação de três estudos de corticosteróides (budesonido, flunisolido e fluticasona) em doentes com RA perene demonstrou esta característica de diminuição da congestão nasal e melhoria do sono ($p < .01$) e conseqüentemente um decréscimo na sonolência diurna ($p = .01$). [48]

Um estudo realizado para testar o efeito desta medicação no sono e no alerta diurno, em 20 doentes com RA perene, conclui que o flunisolido reduz a congestão ($p < .001$) e os problemas no sono ($p < .05$), algo que não aconteceu no grupo placebo. No entanto, o efeito no alerta diurno não atingiu significância $p = 0.08$. [49]

O propionato de fluticasona aumentou a QdV (avaliada por questionários) em adultos com RA sazonal. [35]

O budesonido, num estudo em que foram usados vários questionários (específicos da RA e para perturbações do sono) em doentes com RA perene, mostrou-se significativamente eficaz na melhoria da fadiga diurna, sonolência e qualidade do sono. [50]

8.5.4. Brometo de ipratrópio e a QdV

Foi demonstrado, num estudo de 1992, que este anti-colinérgico também melhora a QdV nos doentes com RA perene em que a rinorreia é o principal sintoma. [51]

8.5.5. Antagonistas dos receptores dos leucotrienos e a QdV

Resultando numa melhoria em tanto os sintomas diários (congestão, rinorreia, prurido, esternutos) e nocturnos (despertares nocturnos, congestão nasal matinal), foi demonstrado que o montelucaste melhora a QdV do indivíduo com RA. [41] Faltam no entanto estudos que evidenciem benefício na qualidade do sono.

8.5.6. Imunoterapia e a QdV

A IT subcutânea traduz-se em melhorias significativas na QdV dos doentes. 19 Após pelo menos um ano de IT, 60 adultos foi submetidos à realização de questionários genéricos, indicando que a partir dos 4-6 meses de tratamento já havia uma melhoria significativa na QdV. [52]

Há também evidência que a IT sublingual representa uma terapêutica válida na melhoria da QdV. [1, 53]

9. Comentário Final

Apesar da elevada prevalência da RA, esta continua a ser subdiagnosticada e subtratada. É ainda subestimada, na medida em que não se dá o devido valor à sua gravidade e consequências.

Os mecanismos que estão na base da doença encontram-se actualmente bem definidos, assim como a sua associação com outras patologias comórbidas, como a asma. Atendendo a esta ligação, recomenda-se a avaliação sobre a presença de asma nos doentes com rinite persistente, importando uma estratégia terapêutica combinada para o tratamento das doenças das vias aéreas superiores e inferiores.

Actualmente, o tratamento e controlo da RA são geralmente eficazes, existindo várias armas terapêuticas à disposição do clínico.

Os sintomas da RA podem interferir marcadamente com a qualidade de vida dos indivíduos, sendo fonte importante de absentismo laboral e escolar e de declínio de produtividade. O uso de questionários relacionados com a QdV na saúde tem sido crescente, estando demonstrado que, para além do incómodo dos sintomas da RA, esta acarreta ainda perturbações do sono, sonolência diurna e fadiga. Não obstante, um tratamento adequado permite não só o controlo dos sintomas mas também uma melhoria da QdV dos doentes. Como tal, os médicos devem ter em atenção este impacto da RA na QdV e considerar a maneira mais segura e eficaz de o minimizar.

Bibliografia Remissiva

1. Bousquet, J., et al., *Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with the World Health Organization, GA(2)LEN and AllerGen)*. Allergy, 2008. **63 Suppl 86**: p. 8-160.
2. van Cauwenberge, P., et al., *Consensus statement on the treatment of allergic rhinitis. European Academy of Allergology and Clinical Immunology*. Allergy, 2000. **55(2)**: p. 116-34.
3. Wallace, D.V., et al., *The diagnosis and management of rhinitis: an updated practice parameter*. J Allergy Clin Immunol, 2008. **122(2 Suppl)**: p. S1-84.
4. Finn, R., *John Bostock, hay fever, and the mechanism of allergy*. Lancet, 1992. **340(8833)**: p. 1453-5.
5. Warrell, D.A., T.M. Cox, and J.D. Firth, *Oxford textbook of medicine*. 2010, Oxford: Oxford University Press.
6. Flint, P.W. and C.W. Cummings, *Cummings otolaryngology : head & neck surgery*. 2010, Philadelphia, PA: Mosby Elsevier.
7. Brozek, J.L., et al., *Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines: 2010 revision*. J Allergy Clin Immunol, 2010. **126(3)**: p. 466-76.
8. Skoner, D.P., *Allergic rhinitis: definition, epidemiology, pathophysiology, detection, and diagnosis*. J Allergy Clin Immunol, 2001. **108(1 Suppl)**: p. S2-8.
9. Madeira, J.F.P.A.S., *Esse nariz que tanto incomoda: funga, espirra e dá comichão... - Um estudo de prevalência da rinite alérgica em Portugal*. Revista Portuguesa de Imunoalergologia, 2002(9, 4): p. 319.
10. Todo-Bom, A., et al., *Epidemiology of rhinitis in Portugal: evaluation of the intermittent and the persistent types*. Allergy, 2007. **62(9)**: p. 1038-43.
11. Scadding, G.K., et al., *BSACI guidelines for the management of allergic and non-allergic rhinitis*. Clin Exp Allergy, 2008. **38(1)**: p. 19-42.
12. Rodrigues, C.S., Michele de; Arrobas, Ana Maria, *Rinite alérgica e doenças associadas*. Revista Portuguesa de Pneumologia, 2009. **XV(5 Setembro-Outubro)**: p. 891-898.
13. Baraniuk, J.N., *Pathogenesis of allergic rhinitis*. J Allergy Clin Immunol, 1997. **99(2)**: p. S763-72.
14. Borish, L., *Allergic rhinitis: systemic inflammation and implications for management*. J Allergy Clin Immunol, 2003. **112(6)**: p. 1021-31.
15. Spector, S.L., *Overview of comorbid associations of allergic rhinitis*. J Allergy Clin Immunol, 1997. **99(2)**: p. S773-80.
16. Chakir, J., et al., *Lower airways remodeling in nonasthmatic subjects with allergic rhinitis*. Lab Invest, 1996. **75(5)**: p. 735-44.
17. Grossman, J., *One airway, one disease*. Chest, 1997. **111(2 Suppl)**: p. 11S-16S.
18. Burgess, J.A., et al., *Childhood allergic rhinitis predicts asthma incidence and persistence to middle age: a longitudinal study*. J Allergy Clin Immunol, 2007. **120(4)**: p. 863-9.
19. Polosa, R., et al., *Cigarette smoking is associated with a greater risk of incident asthma in allergic rhinitis*. J Allergy Clin Immunol, 2008. **121(6)**: p. 1428-34.
20. Skoner, D.P., *Complications of allergic rhinitis*. J Allergy Clin Immunol, 2000. **105(6 Pt 2)**: p. S605-9.

21. Arshad, S.H., *Primary prevention of asthma and allergy*. J Allergy Clin Immunol, 2005. **116**(1): p. 3-14; quiz 15.
22. Arshad, S.H., et al., *Prevention of allergic disease during childhood by allergen avoidance: the Isle of Wight prevention study*. J Allergy Clin Immunol, 2007. **119**(2): p. 307-13.
23. Fonseca, J.A., et al., *Validation of a questionnaire (CARAT10) to assess rhinitis and asthma in patients with asthma*. Allergy, 2010. **65**(8): p. 1042-8.
24. Fonseca JA, N.-S.L., Morais-Almeida M, Azevedo L, Sa-Sousa A, Branco-Ferreira M, Fernandes L, Bousquet J., *www.caratnetwork.org*. 2010.
25. Dykewicz, M.S., *Management of rhinitis: guidelines, evidence basis, and systematic clinical approach for what we do*. Immunol Allergy Clin North Am, 2011. **31**(3): p. 619-34.
26. Prenner, B.M., et al., *Mometasone furoate nasal spray reduces the ocular symptoms of seasonal allergic rhinitis*. J Allergy Clin Immunol, 2010. **125**(6): p. 1247-1253 e5.
27. Nayak, A.S. and E. Schenkel, *Desloratadine reduces nasal congestion in patients with intermittent allergic rhinitis*. Allergy, 2001. **56**(11): p. 1077-80.
28. Weiner, J.M., M.J. Abramson, and R.M. Puy, *Intranasal corticosteroids versus oral H1 receptor antagonists in allergic rhinitis: systematic review of randomised controlled trials*. BMJ, 1998. **317**(7173): p. 1624-9.
29. Waddell, A.N., et al., *Intranasal steroid sprays in the treatment of rhinitis: is one better than another?* J Laryngol Otol, 2003. **117**(11): p. 843-5.
30. Kaiser, H.B., et al., *Long-term treatment of perennial allergic rhinitis with ipratropium bromide nasal spray 0.06%*. J Allergy Clin Immunol, 1995. **95**(5 Pt 2): p. 1128-32.
31. Corren, J., et al., *Efficacy and safety of loratadine plus pseudoephedrine in patients with seasonal allergic rhinitis and mild asthma*. J Allergy Clin Immunol, 1997. **100**(6 Pt 1): p. 781-8.
32. Saengpanich, S., et al., *Fluticasone nasal spray and the combination of loratadine and montelukast in seasonal allergic rhinitis*. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 2003. **129**(5): p. 557-62.
33. Esteitie, R., et al., *Effect of the addition of montelukast to fluticasone propionate for the treatment of perennial allergic rhinitis*. Ann Allergy Asthma Immunol, 2010. **105**(2): p. 155-61.
34. Tabar, A.I., et al., *Three years of specific immunotherapy may be sufficient in house dust mite respiratory allergy*. J Allergy Clin Immunol, 2011. **127**(1): p. 57-63, 63 e1-3.
35. Meltzer, E.O., *Quality of life in adults and children with allergic rhinitis*. J Allergy Clin Immunol, 2001. **108**(1 Suppl): p. S45-53.
36. Juniper, E.F., *Quality of life in adults and children with asthma and rhinitis*. Allergy, 1997. **52**(10): p. 971-7.
37. de Graaf-in 't Veld, T., et al., *The relationships between nasal hyperreactivity, quality of life, and nasal symptoms in patients with perennial allergic rhinitis*. J Allergy Clin Immunol, 1996. **98**(3): p. 508-13.
38. Marshall, P.S. and E.A. Colon, *Effects of allergy season on mood and cognitive function*. Ann Allergy, 1993. **71**(3): p. 251-8.
39. Arrighi H.M., C.C.K., Redding G.J., *The prevalence and impact of allergic rhinitis among teenagers*. The Journal of Allergy and Clinical Immunology, 1996. **97**(1): p. 430.
40. Richards, W., *Preventing behavior problems in asthma and allergies*. Clin Pediatr (Phila), 1994. **33**(10): p. 617-24.

41. Craig, T.J., et al., *The correlation between allergic rhinitis and sleep disturbance*. J Allergy Clin Immunol, 2004. **114**(5 Suppl): p. S139-45.
42. Leger, D., et al., *Allergic rhinitis and its consequences on quality of sleep: An unexplored area*. Arch Intern Med, 2006. **166**(16): p. 1744-8.
43. Stuck, B.A., et al., *Changes in daytime sleepiness, quality of life, and objective sleep patterns in seasonal allergic rhinitis: a controlled clinical trial*. J Allergy Clin Immunol, 2004. **113**(4): p. 663-8.
44. Bousquet, P.J., et al., *Uncontrolled allergic rhinitis during treatment and its impact on quality of life: a cluster randomized trial*. J Allergy Clin Immunol, 2010. **126**(3): p. 666-8 e1-5.
45. Church, M.K., et al., *Risk of first-generation H(1)-antihistamines: a GA(2)LEN position paper*. Allergy, 2010. **65**(4): p. 459-66.
46. Bachert, C., et al., *Levocetirizine improves quality of life and reduces costs in long-term management of persistent allergic rhinitis*. J Allergy Clin Immunol, 2004. **114**(4): p. 838-44.
47. Meltzer, E.O., et al., *Once-daily fexofenadine HCl improves quality of life and reduces work and activity impairment in patients with seasonal allergic rhinitis*. Ann Allergy Asthma Immunol, 1999. **83**(4): p. 311-7.
48. Craig, T.J., C.D. Hanks, and L.H. Fisher, *How do topical nasal corticosteroids improve sleep and daytime somnolence in allergic rhinitis?* J Allergy Clin Immunol, 2005. **116**(6): p. 1264-6.
49. Craig, T.J., et al., *Nasal congestion secondary to allergic rhinitis as a cause of sleep disturbance and daytime fatigue and the response to topical nasal corticosteroids*. J Allergy Clin Immunol, 1998. **101**(5): p. 633-7.
50. Hughes, K., et al., *Efficacy of the topical nasal steroid budesonide on improving sleep and daytime somnolence in patients with perennial allergic rhinitis*. Allergy, 2003. **58**(5): p. 380-5.
51. Meltzer, E.O., et al., *Ipratropium bromide aqueous nasal spray for patients with perennial allergic rhinitis: a study of its effect on their symptoms, quality of life, and nasal cytology*. J Allergy Clin Immunol, 1992. **90**(2): p. 242-9.
52. Fell, W.R., R.L. Mabry, and C.S. Mabry, *Quality of life analysis of patients undergoing immunotherapy for allergic rhinitis*. Ear Nose Throat J, 1997. **76**(8): p. 528-32, 534-6.
53. Ciprandi, G., et al., *Sublingual immunotherapy in polysensitized patients: effect on quality of life*. J Investig Allergol Clin Immunol, 2010. **20**(4): p. 274-9.