

RINITE CRÓNICA NA CRIANÇA - E QUANDO NÃO SE IDENTIFICA ALERGIA?

Inês de Freitas Falcão dos Reis

Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

inesreis@hotmail.com

Rua Júlio Dinis 745 2º, 4050-326, Porto

Índice

Resumo.....	2
Abstract	3
Introdução.....	4
Materiais e Métodos	6
Diferenças clínicas entre rinite alérgica e não alérgica	7
Tipos de rinite crónica não alérgica (RCNA).....	12
A. Rinite medicamentosa.....	16
B. Rinite crónica não alérgica induzida por refluxo faríngeo-laríngeo (RFL)	19
C. Síndrome de rinite não alérgica com eosinofilia.....	23
D. Rinite Hormonal.....	25
E. RCNA associada a alterações anatómicas	27
F. Rinite como manifestação de doenças sistémicas.....	28
G. Rinite Atrófica	30
H. Rinite Vasomotora/Idiopática	32
Progressão para Rinite Alérgica	35
Conclusão	37
Agradecimentos.....	39
Bibliografia.....	40

Resumo

A rinite é uma doença com uma elevada prevalência na população, caracterizada por sintomas de estertores, prurido nasal, rinorreia ou congestão nasal. Quando crónica, pode ser dividida em dois grupos, alérgica ou não alérgica. A rinite crónica não alérgica (menos prevalente do que a alérgica) caracteriza-se pela existência dos sintomas e ausência de atopia. Inclui vários subtipos, em função das diferentes etiologias. No entanto, muitas crianças apresentam sintomas de rinite crónica com testes alérgicos negativos.

O objectivo deste trabalho consiste em fazer uma revisão bibliográfica dos vários subtipos de rinite crónica não alérgica em idade pediátrica. Para isso foram pesquisados artigos na base de dados MedLine/PubMed, preferencialmente em língua inglesa e publicados desde 2000.

Esta revisão concluiu que, perante uma criança com sintomas de rinite crónica sem atopia, devem ser considerados e pesquisados os seguintes subtipos de rinite: medicamentosa, induzida por refluxo faríngeo-laríngeo, síndrome de rinite não alérgica com eosinofilia, hormonal, associada a alterações anatómicas, como manifestação de doenças sistémicas, atrófica e vasomotora/idiopática. Deve ser ainda considerada a possibilidade de evolução para rinite alérgica, com o desenvolvimento de atopia.

Palavras-Chave

Rinite crónica; Rinite crónica não-alérgica; Crianças.

Abstract

Rhinitis is a disease with a high prevalence amongst the population, and it is characterized by symptoms of sneezing, itchy nose, runny nose or nasal congestion. When chronic, it can be divided into two groups: allergic or non-allergic.

Non-allergic chronic rhinitis (less prevalent than allergic chronic rhinitis) is characterized by the existence of symptoms and absence of atopy. It includes several subtypes, depending on the different etiologies. However many children with chronic rhinitis symptoms often have negative allergic tests.

The aim of this work is to carry out a literature review of several subtypes of non-allergic chronic rhinitis in children. The research was conducted in MedLine / PubMed database for articles mostly in english and published after 2000.

This study concluded that different subtypes of rhinitis should be considered and analysed for the treatment of a child with chronic rhinitis symptoms without atopy. These subtypes are: rhinitis medicamentosa, laryngopharyngeal reflux induced rhinitis, nonallergic rhinitis with eosinophilia syndrome, hormonal rhinitis, rhinitis associated with anatomical changes, rhinitis as a manifestation of systemic disease, atrophic rhinitis and vasomotor /idiopathic rhinitis. It must be still considered the possibility of evolution to allergic rhinitis, with the development of atopy.

Key-Words

Chronic rhinitis; Non-allergic chronic rhinitis; Children.

Introdução

Embora o termo “rinite” signifique inflamação da mucosa nasal, esta não está presente em todas as formas de rinite, pelo que clinicamente “rinite” define-se como a presença de pelo menos um dos seguintes sintomas: esternutos, prurido nasal, rinorreia ou congestão nasal. ¹

Cerca de 20% da população terá algum sintoma de rinite. ² Num estudo realizado em Portugal, em pessoas com idades entre os 16 e os 95 anos, a prevalência de rinite foi de 26,1%, no entanto apenas 9,4% das pessoas incluídas no estudo apresentava o diagnóstico prévio de rinite. ³

A rinite tem um impacto marcado na qualidade de vida e na produtividade dos doentes, o que se traduz por elevados custos económicos. ⁴ Existem também evidências epidemiológicas de uma associação entre a rinite e a asma, independentemente do estado de atopia. ³

A rinite crónica define-se pelo padrão de apresentação dos sintomas, que podem ocorrer de forma intermitente, sazonal ou persistente. ^{3 5}

A rinite alérgica é a forma mais prevalente de rinite crónica e consiste numa inflamação da mucosa nasal mediada por IgE após exposição a um alérgeno. O seu diagnóstico definitivo baseia-se num teste alérgico cutâneo ou no doseamento de IgE específico no soro. ² Tem uma prevalência de cerca de 15% da população ocidental (podendo ter uma prevalência superior em idades pediátricas) e em doentes com rinite crónica, cerca de 75% seja alérgica

No entanto, tem sido sugerido mais recentemente que uma grande percentagem destes doentes tenha também um componente de rinite não alérgica, sendo portanto um tipo de rinite mista. ⁶

Quando os testes diagnósticos de rinite alérgica são negativos, o caso define-se como rinite crónica não alérgica (RCNA). Esta forma de rinite afecta cerca de 25% dos doentes com rinite crónica.⁷ Apesar disso, a RCNA é muito menos conhecida, não estando completamente compreendida a sua etiologia e fisiopatologia, nem a sua prevalência na população, principalmente em idades pediátricas.⁸

Muitas vezes é utilizado o termo “rinossinusite”, de um modo indistinto de rinite. No entanto estes termos devem ser utilizados separadamente, como rinite ou sinusite já que representam duas doenças diferentes, em dois órgãos distintos e que requerem tratamentos específicos.⁹ Assim, este trabalho incidirá apenas sobre a rinite.

Quando uma criança tem sintomas de rinite crónica, habitualmente o primeiro passo, depois de uma história clínica detalhada, é a realização de testes alérgicos, ou, algumas vezes, o tratamento imediato para a rinite alérgica. No entanto, em alguns casos, embora o quadro clínico sugira uma forma de rinite crónica, os testes alérgicos são negativos e o tratamento realizado não melhora os sintomas. Os clínicos confrontam-se então com a questão “Quais as causas de rinite, quando os testes alérgicos são negativos?”.

O objectivo deste trabalho é fazer uma revisão bibliográfica sobre alguns subtipos de rinite crónica não alérgica que poderão ser causa de sintomas em doentes com idades pediátricas (até aos 18 anos).

Materiais e Métodos

Para a realização desta revisão bibliográfica foram consultados artigos científicos publicados e referenciados na MedLine/ PubMed.

Foi realizada uma pesquisa inicial com as seguintes palavras-chave: “rhinitis”, “non-allergic chronic rhinitis”, “types of rhinitis”. Posteriormente, a partir da consulta de alguns artigos, outros foram incluídos.

Foram preferidos artigos em língua inglesa ou portuguesa, publicados desde 2000. No entanto, quando relevantes para o assunto em discussão, foram incluídos alguns anteriores a essa data.

Diferenças clínicas entre rinite alérgica e não alérgica

Embora o diagnóstico de rinite alérgica ou não alérgica seja essencialmente feito com recurso a testes cutâneos ou sanguíneos, vários estudos incidem sobre as diferenças e semelhanças na apresentação clínica.

Num estudo retrospectivo foram incluídas crianças com idade igual ou inferior a 14 anos, com o objectivo de perceber quais as características clínicas que diferenciam a rinite não alérgica da alérgica.¹⁰ Foram analisados os processos clínicos de 302 crianças com sintomas de rinite crónica (rinorreia, congestão nasal, prurido nasal ou esternutos) que recorreram à “Pediatric Allergy Clinic, Siriraj Hospital”, em Bangucoque, Tailândia entre Janeiro e Dezembro de 2006. Todas as crianças foram submetidas a testes alérgicos cutâneos para vários alérgenos e separadas em dois grupos consoante a positividade para algum dos alérgenos. A idade, o género, a presença ou ausência dos sintomas e a gravidade da rinite foram também questionados. Das 302 crianças estudadas, 222 foram incluídas no grupo da rinite alérgica, e 80 no grupo da rinite não alérgica. Foram comparados os sintomas, duração, gravidade, idade de início e as patologias associadas.

Segundo este estudo o início dos sintomas ocorre mais cedo nos doentes com rinite não alérgica (aos 3 anos) do que nos doentes com rinite alérgica (aos 5 anos), e a duração dos sintomas é superior nos doentes com rinite alérgica. Há uma predominância do género masculino em ambos os grupos, não havendo diferenças na proporção entre os dois sexos.

Quanto aos sintomas (ver tabela 1), rinorreia e congestão nasal foram dominantes em ambos os grupos. No entanto, prurido nasal, esternutos e sintomas oculares foram significativamente mais frequentes no grupo de doentes com rinite alérgica, enquanto o grupo em que houve maior frequência de ressonar, foi o dos doentes com rinite não alérgica.

Tabela 1 – Sintomas nos doentes com rinite alérgica e não alérgica

Sintomas	Rinite alérgica (n=222)	Rinite não alérgica (n=80)	p
Rinorreia	205 (92,3%)	70 (87,5%)	0,193
Congestão nasal	170 (76,5%)	63 (78,7%)	0,691
Prurido nasal	130 (58,5%)	24 (30,0%)	<0,01
Esternutos	155 (69,8%)	33 (41,2%)	<0,01
Sintomas oculares	85 (38,2%)	17 (21,2%)	<0,01
Ressonar	48 (21,6%)	37 (46,2%)	<0,01

Fonte: adaptada de referência 10

Quanto à gravidade dos sintomas não se verificaram diferenças significativas entre os dois grupos.

Os esternutos foram o indicador mais importante de rinite alérgica, seguindo-se o prurido nasal. Contrariamente, o ressonar, relaciona-se mais com rinite não alérgica.

A coexistência de outras doenças como asma ou eczema, não acentuou diferenças significativas entre os dois grupos, sendo de realçar que cerca de metade dos doentes de ambos os grupos apresentava uma história de asma. A história de alergia alimentar foi mais frequente nos doentes com rinite alérgica, enquanto a presença de sintomas de sinusite foi superior nos doentes com rinite não alérgica.

É importante referir que as crianças incluídas neste estudo foram seleccionadas numa Clínica de Alergologia Pediátrica pelo que tal facto poderá ter tido alguma influência sobre os resultados obtidos quanto à prevalência de sensibilização alérgica.

Num outro estudo, realizado entre Agosto de 2006 e Maio de 2009 foram incluídos 151 doentes, com idades entre 1 e 20 anos, referenciados para avaliação de rinite crónica na Clínica de Alergologia de um Hospital Pediátrico em Ohio, EUA. ¹¹ Foram recolhidos dados sobre os sintomas de rinoconjuntivite, diagnóstico de eczema ou asma, história familiar de

alergias, exposição passiva ao fumo do tabaco. Todos os doentes foram submetidos a testes alérgicos cutâneos, sendo incluídos no grupo da rinite crónica alérgica aqueles que apresentaram resultado positivo para pelo menos um alérgénio, e no grupo da rinite não alérgica os que tiveram o teste cutâneo negativo para todos os alérgénios.

Dos 151 doentes estudados, 70 (46%) foram incluídos no grupo da rinite alérgica e 81 (54%) no da não alérgica.

Os doentes com rinite alérgica incluídos neste estudo eram mais jovens do que os doentes sem alergia. Quanto aos sintomas, a única diferença estatisticamente significativa foi nos sintomas de conjuntivite (prurido, olhos vermelhos e/ou edemaciados, lacrimejo), presentes com maior frequência nos doentes com alergia. No entanto, embora sem significado estatístico, a presença de asma e de história familiar de doenças alérgicas foi superior nos doentes com rinite alérgica. (Tabela 2)

Tabela 2 – Diferenças entre rinite alérgica e não alérgica

Sintomas	Rinite alérgica	Rinite não alérgica	P
Conjuntivite (%)	52	26	0,01
Prurido nasal (%)	7,1	6,1	1
Eczema (%)	20	25	0,5
Asma (%)	43	30	0,09
História Familiar (%)	61	49	0,09
Exposição tabágica (%)	40	33	0,4

Fonte: adaptada de referência11

Foi também avaliada a intensidade dos sintomas de ambos os grupos, não havendo diferenças significativas nos resultados.

Os resultados deste estudo reforçam a ideia da dificuldade do diagnóstico baseado na clínica, pois apenas os sintomas de conjuntivite pareceram um bom indicador de etiologia alérgica.

Por outro lado, pelo facto de bastar a presença de reacção cutânea positiva a um alergénio para ser incluído no grupo da rinite alérgica, em alguns destes doentes a classificação de rinite mista seria provavelmente mais correcta, por considerar a existência de sensibilização ao alergénio mas também uma componente não alérgica que explicasse os sintomas permanentes.¹¹

Num outro estudo, realizado na Dinamarca e publicado em 2007, foram incluídos 1186 adolescentes e adultos com sintomas sugestivos de asma ou alergia ou que tomavam medicação para alguma dessas doenças.¹²

Todos foram avaliados por um médico que identificou os doentes com rinite com base na presença de episódios significativos de rinorreia, congestão nasal e/ou episódios de esternutos não relacionados com constipações. Foram também registadas as queixas de prurido nasal ou ocular. Aos participantes diagnosticados com rinite (n=659), foi realizado um teste de sensibilidade cutânea, e a rinite alérgica considerada naqueles com um teste positivo (n=506). A prevalência da rinite alérgica foi de 77% do total de doentes com rinite e a não alérgica de 23%.

Quanto à persistência dos sintomas, 67% dos doentes com rinite não alérgica e 48% com rinite alérgica apresentavam sintomas persistentes por mais de quatro semanas. Em relação à gravidade dos sintomas, não houve diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

O número de mulheres diagnosticadas com rinite não alérgica foi o dobro do número de homens.

A coexistência de asma e alergia alimentar foi superior no grupo dos doentes com rinite alérgica. Cefaleias e sinusite recorrentes foram superiores no grupo dos doentes com rinite não alérgica. Esternutos e prurido nasal foram mais frequentes nos doentes com rinite alérgica, não havendo diferenças estatisticamente significativas entre os grupos quanto à presença de congestão nasal, rinorreia e redução do olfacto.

Estes três estudos mostram que embora as diferenças entre os grupos não sejam significativas para a maioria dos sintomas, esternutos e prurido nasal são mais frequentes nos doentes com rinite alérgica.

Em relação às patologias coexistentes, a asma e a alergia alimentar são mais frequente nos doentes com rinite alérgica e a sinusite nos doentes com rinite não alérgica.

Embora os testes de alergia sejam essenciais, uma história clínica rigorosa e uma avaliação cuidadosa dos sintomas, podem fornecer uma ajuda importante no diagnóstico de qual o tipo de rinite, o que é essencial, pois tem implicação no acompanhamento e no tratamento da doença.

Tipos de rinite crónica não alérgica (RCNA)

A Rinite Crónica Não Alérgica (RCNA) tem várias causas conhecidas e outras cujo mecanismo fisiopatológico permanece desconhecido.

Não existe, actualmente, um consenso quanto aos tipos de RCNA. A sua classificação é etiológica, baseando-se nos factores desencadeantes. No entanto, grupos de investigação diferentes descrevem causas distintas, havendo tipos de rinite crónica que todos os grupos reconhecem e outros que não alcançam consenso.

Segundo Scarupa & Kaliner, a rinite com testes alérgicos negativos pode classificar-se da seguinte forma: ⁷

- Atrófica
- Gustativa
- Induzida por fármacos
- Induzida por hormonas
- Infecciosa
- Ocupacional
- Senil
- Síndrome de rinite não alérgica com eosinofilia
- Vasomotora ou idiopática

Segundo Greiner & Meltzer, a RCNA é dividida em subtipos consoante a etiologia, encontrando-se a seguinte classificação: ⁶

- Atrófica
- Induzida por fármacos

- Induzida por hormonas
- Induzida por refluxo
- Rinopatia não-alérgica (Rinite vasomotora/ rinite idiopática)
- Síndrome de rinite não alérgica com eosinofilia

Wilson, Spector e Orlandi propõe a seguinte classificação: ²

- Atrófica
- Emocional
- Gustativa
- Idiopática ou vasomotora
- Induzida pelo exercício
- Induzida por irritantes ou químicos
- Infecciosa
- Medicamentosa
- Relacionada com doenças sistémicas
- Relacionada com hormonas
- Síndrome de rinite não alérgica com eosinofilia

A classificação, proposta por Sin & Togias, divide a rinite não alérgica em: ¹³

- Associada a alterações anatómicas
- Associada a doenças sistémicas (vasculites, doenças granulomatosas)
- Atrófica
- Gustativa (comidas picantes)
- Idiopática (ou vasomotora)

- Induzida pelo ar frio
- Induzida por estrogénios
- Induzida por fármacos (agonistas α adrenérgicos, vasodilatadores)
- Síndrome de rinite não alérgica com eosinofilia

Analisando as diferentes classificações, é possível perceber a ausência de consenso quanto aos subtipos de rinite. É também importante referir que estas classificações de RCNA são feitas para a população geral e não para a população pediátrica.

Esta revisão incidirá sobre os subtipos de rinite acima mencionados que se caracterizem por serem crónicos e possam estar presentes em idades pediátricas. No subtipo de rinite vasomotora ou idiopática foram incluídas a rinite gustatória, a induzida por irritantes, químicos ou pelo frio.

Assim, com base nesses critérios, os subtipos de rinite que serão desenvolvidos mais detalhadamente serão as rinites: (Ver tabela 3)

- A. Medicamentosa
- B. Induzida por refluxo faríngeo-laríngeo
- C. Síndrome de rinite não alérgica com eosinofilia
- D. Hormonal
- E. Associada a alterações anatómicas
- F. Como manifestação de doenças sistémicas
- G. Atrófica
- H. Vasomotora/idiopática

Tabela 3 – Diferntes classificações de rinite crônica não alérgica

Scarupa MD, Kaliner MA. 2009 ⁷	Greiner AN, Eltzer 2011 ⁶	Wilson KF, Spector ME, 2011 ²	Sin B, Togias A. 2011 ¹³
			Alterações anatômicas
		Relacionada com doenças sistêmicas	Associada a doenças sistêmicas (vasculites, doenças granulomatosas)
Atrófica	Atrófica	Atrófica	Atrófica
		Emocional	
Gustativa		Gustativa	Gustativa (comidas picantes)
Induzida por fármacos	Induzida por fármacos	Medicamentosa	Induzida por fármacos
Induzida por hormonas	Induzida por hormonas	Relacionada com hormonas	Induzida por estrogénios
Vasomotora ou idiopática	Rinopatia não-alérgica (Rinite vasomotora/ rinite idiopática)	Idiopática ou vasomotora	Idiopática (ou vasomotora)
	Induzida por refluxo		
		Induzida pelo exercício	
		Induzida por irritantes ou químicos	
			Induzida pelo ar frio
Infecciosa		Infecciosa	
Ocupacional			
Senil			
Síndrome de rinite não alérgica com eosinofilia	Síndrome de rinite não alérgica com eosinofilia	Síndrome de rinite não alérgica com eosinofilia	Síndrome de rinite não alérgica com eosinofilia

Fonte: Adaptada de referências 2,6,7,13

A. Rinite medicamentosa

A rinite medicamentosa define-se como uma forma de rinite não alérgica induzida ou agravada pela utilização excessiva de descongestionantes nasais.¹⁴

Existe controvérsia na literatura quanto ao aparecimento de uma congestão “*rebound*”, definida como agravamento da sensação de congestão nasal com o uso repetido do descongestionante, ou após a interrupção do tratamento. No entanto, este efeito só foi demonstrado em estudos realizados em pessoas saudáveis. Assim, é possível que este efeito rebound não corresponda a mais do que os efeitos do tipo de rinite para o qual se realizou o tratamento.¹⁵

Outros fármacos podem provocar sintomas de rinite: anti-hipertensores, inibidores da 5-fosfodiesterase, antagonistas β -adrenérgicos, neurolépticos, contraceptivos orais. Por terem um mecanismo fisiopatológico diferente, estes fármacos não são incluídos nas causas de rinite medicamentosa.¹⁴

Fisiopatologia

Embora não seja totalmente conhecida a fisiopatologia da rinite medicamentosa, várias teorias têm sido propostas.

Uma delas é que com o uso prolongado dos descongestionantes nasais ocorra hipóxia tecidual e *feedback* negativo, levando a uma diminuição da resposta dos receptores adrenérgicos α_2 .¹⁶ Através desse mecanismo, há a diminuição da produção endógena de norepinefrina e, conseqüentemente, uma incapacidade do sistema nervoso simpático manter a vasoconstrição.¹⁷

Com a utilização crónica dos descongestionantes nasais ocorre taquifilaxia ao nível dos receptores vasculares α_2 , havendo diminuição da eficácia e da duração de acção dos

fármacos. Conseqüentemente há necessidade de aumentar a frequência das administrações para conseguir o efeito descongestionante pretendido.¹⁸

Uma outra hipótese propõe que com estimulação dos receptores α_2 e a conseqüente vasoconstrição das arteríolas da submucosa, haja isquemia da mucosa nasal e desenvolvimento de edema intersticial.¹⁵

Tem também sido referido que a utilização de cloreto de benzalcônio (um composto de amônia quaternário utilizado para evitar contaminação bacteriana nos *sprays* nasais), quando presente em medicamentos para uso nasal possa também levar ao aparecimento de rinite medicamentosa.

No entanto, alguns estudos realizados em indivíduos saudáveis a quem foi administrado descongestionantes nasais, não evidenciaram diferenças significativas nos sintomas ou na mucosa nasal após a utilização do descongestionante nasal.¹⁹

Assim, embora vários investigadores defendam a possibilidade de desenvolvimento de rinite medicamentosa após a utilização de descongestionantes nasais, não há consenso na literatura.¹⁹

Apresentação clínica

Clinicamente, a rinite medicamentosa caracteriza-se essencialmente por congestão nasal que surge após a utilização de descongestionantes nasais.

Não existe consenso quanto à necessidade de duração da utilização dos descongestionantes nasais para que surja a rinite medicamentosa, variando desde três dias a oito semanas.¹⁴

Na nasoscopia a mucosa poderá aparecer com uma cor vermelha, áreas de hemorragia punctiforme e pouco muco ou com aspecto edemaciado e corrimento mucoso profuso. Com o

uso prolongado de descongestionantes nasais, a mucosa poderá adquirir um aspecto pálido, edemaciado ou atrófico com crostas.¹⁴

Tem uma frequência igual em ambos os géneros e é mais comum em adultos jovens e de meia-idade.

Diagnóstico

O diagnóstico deste tipo de rinite crónica baseia-se essencialmente na história clínica, devendo sempre investigar-se a utilização de descongestionantes nasais ou outros fármacos em doentes com queixas de congestão nasal.

Abordagem Terapêutica

Quando diagnosticada uma rinite em doentes com uso prolongado de descongestionantes nasais, a primeira atitude deverá ser a suspensão do descongestionante nasal (quando ainda decorre a sua utilização). No entanto é sugerido na literatura que a interrupção abrupta do descongestionante nasal pode provocar um efeito *rebound*, com tumefacção e congestão.¹⁴ Quando necessário, devem ser propostas alternativas para diminuir a congestão nasal como solução salina hipertónica ou corticosteróides tópicos.¹⁵

Os descongestionantes nasais estão apenas recomendados para pessoas com mais de 15 anos, no entanto é importante que na investigação da etiologia da rinite crónica não alérgica, se questione o doente sobre a utilização de descongestionantes nasais.¹⁵

Como medida preventiva geral é fundamental investigar qual a etiologia e o tipo de qualquer rinite e fazer um tratamento inicial dirigido para esse tipo de rinite, evitando assim a necessidade da utilização dos descongestionantes nasais como terapia meramente sintomática

B. Rinite crónica não alérgica induzida por refluxo faríngeo-laríngeo (RFL)

O refluxo faríngeo-laríngeo consiste na passagem de conteúdo gástrico para a faringe e laringe. Embora o refluxo possa ser fisiológico, quando se torna patológico leva a alterações inflamatórias. Tem sido proposta uma relação entre a Doença do Refluxo Gastro-Esofágico (RGE) e doenças do aparelho respiratório como tosse crónica ou asma.²⁰

Diferenças entre RFL e RGE

O RGE é uma patologia associada à disfunção do esfíncter esofágico inferior, ao contrário do RFL que se associa à disfunção do esfíncter esofágico superior.²⁰

De entre as várias diferenças entre as duas patologias, a mais importante é a clínica. Menos de 40% dos doentes com RFL apresentam pirose, apenas 25% tem esofagite e predominam os sintomas na faringe e na laringe.²¹

Outra diferença é a posição em que predominam os sintomas, sendo que em muitos doentes com RFL este se manifesta principalmente em ortostatismo, durante o dia, e o RGE se agrava principalmente com o decúbito, durante a noite.²¹

Fisiopatologia

Os episódios de refluxo levam a micro-aspiração de conteúdo gástrico para a faringe, laringe e árvore traqueobrônquica.

Ao contrário do esófago, a laringe não tem os mecanismos protectores, o que faz com que seja muito mais sensível aos efeitos da pepsina activa sobre a sua mucosa. Apenas 3 episódios de refluxo por semana, com pH inferior a 5, são suficientes para causar lesão

significativa na mucosa faríngea, como disfunção ciliar e estase de muco na parede posterior.

20

Em condições normais, a existência da isoenzima anidrase carbónica III (que participa na produção de bicarbonato) protege os tecidos, mas tem sido proposto que a deficiência desta enzima possa estar na origem do RFL.²²

Para avaliar a influência da anidrase carbónica III no RFL foram analisadas biópsias da laringe de 9 doentes com RFL (diagnosticada com pHMetria) e em 12 pessoas saudáveis (grupo controlo). Foi detectada pepsina na laringe de 8 dos 9 doentes com RFL e em nenhum dos indivíduos do grupo de controlo. A anidrase carbónica III não foi detectada na laringe dos indivíduos com RFL mas estava presente em todas as amostras dos indivíduos do grupo controlo.²³ Com os resultados deste estudo é muito provável que o refluxo cause exposição a pepsina e esta leve a depleção da enzima anidrase carbónica, o que predispõe a mucosa da faringe e da laringe a danos inflamatórios na mucosa.

Foram monitorizados os valores de pH durante 24 horas em 31 crianças (um grupo de 13 crianças com DRGE e rinite ou rinofaringite crónica e um grupo controlo de 18 crianças sem patologia das vias aéreas superiores, com ou sem DRGE). No primeiro grupo, a queda dos valores de pH foi mais acentuada, e foi também superior a duração dos períodos com pH inferior a 6. Este estudo sugere uma relação entre o refluxo e os sintomas de rinite ou rinofaringite.²⁴

Noutro trabalho foram incluídas 22 crianças (15 meses aos 5 anos) com congestão nasal persistente e rinorreia crónica de etiologia desconhecida. Para avaliar a influência do refluxo nos sintomas, foram analisados os valores de pH. 16 Crianças mostraram valores

consistentes com a existência de RFL. Foi instituída terapêutica anti-refluxo e estas crianças mostraram melhoria clínica significativa.²⁵

Um outro estudo analisou a concentração de enzimas gástricas no líquido do ouvido médio de crianças com otite média com derrame (n=54, com idades compreendidas entre os 2 e os 8 anos), e comparou-a com o plasma. Encontraram concentrações de pepsina e pepsinogénio 1000 vezes superiores ao plasma, com o valor de albumina semelhante ao plasmático. Os investigadores concluíram, por isso, que o RFL pode contribuir para a otite média crónica.²⁶

Clínica

Nas crianças, o principal sintoma do RFL é a tosse, sendo também comum episódios recorrentes de disfonia (rouquidão). A maioria dos doentes tem história de rinite crónica, sinusite ou patologia do ouvido médio refractárias a terapêuticas agressivas. Asma e pneumonias recorrentes poderão também ocorrer nos doentes com RFL.²⁷

Ao exame objectivo poderá ser observado edema da parede posterior da faringe, da região infraglótica, das cordas vocais e da parede posterior da laringe. Poderá também estar presente eritema da faringe, hipertrofia da comissura posterior, muco espesso na laringe e granulomas.²⁰

Diagnóstico

O *gold-standard* para o diagnóstico de RFL é a monitorização do pH do esófago e da faringe durante 24 horas (considerando-se um resultado positivo uma queda temporária acentuada do valor de pH na faringe associada ao episódio de refluxo esofágico). No entanto, uma história clínica adequada, com sintomas sugestivos e um exame objectivo que mostre as

alterações esperadas da mucosa da laringe, poderão ser muitas vezes suficientes para o diagnóstico.²¹

Para avaliar a presença e a gravidade do RFL foi criado o RSI (Reflux Symptom Index). Neste questionário, que consiste em 9 perguntas que abordam os principais sintomas da doença, as respostas variam entre 0 (sem problema) e 5 (problema grave). Considera-se que um resultado superior a 13 possa prever a existência de RFL com uma confiança de 95%.²⁸

Abordagem Terapêutica

O tratamento do RFL consiste em alterações do estilo de vida e tratamento farmacológico.¹⁴

São fundamentais as alterações na dieta como evitar comidas ácidas, bebidas gaseificadas, cafeína, chocolate. Evitar comer antes de deitar e permanecer em ortostatismo após as refeições.

Quanto ao tratamento farmacológico, o tratamento de primeira escolha para o RFL são os Inibidores da Bomba de Prótons (IBPs), tendo sido considerados mais eficazes do que os antagonistas dos receptores H₂.

Quando os sintomas são persistentes, e refractários à terapêutica, deve ser feito o exame objectivo da laringe de forma periódica e regular e, nalguns casos, ponderar intervenção cirúrgica, como fundoaplicatura.

C. Síndrome de rinite não alérgica com eosinofilia

Define-se como uma síndrome com sintomas semelhantes aos da rinite alérgica, em que há ausência de atopia demonstrada por testes de sensibilidade alérgica e a citologia da mucosa nasal apresenta eosinofilia (mais de 20% de eosinófilos).²⁹

Esta síndrome foi descrita pela primeira vez em 1981 por Jacobs et al. que estudaram 52 doentes com os seguintes sintomas: esternutos paroxísticos, rinorreia aquosa profusa e prurido da mucosa da nasofaringe, com um padrão persistente “*on-again/off-again*”. Ao exame da mucosa nasal apresentavam eosinofilia, não associada a doença alérgica, como demonstrado pelos testes de sensibilidade cutânea e os doseamentos de IgE nas secreções nasais negativos.³⁰

A prevalência desta síndrome é desconhecida, sendo os doentes tipicamente de meia-idade. No entanto, em relação à prevalência em crianças considera-se que esta síndrome seja extremamente raro, representando menos de 2% das causas de eosinofilia nasal.¹

Uma variante desta síndrome é a rinite não alérgica com eosinofilia sanguínea.

Fisiopatologia

A fisiopatologia desta doença não é ainda completamente compreendida. Uma das dúvidas persistentes é se corresponde a um subtipo de rinite não alérgica ou se corresponde a uma rinite alérgica em que não foram identificados os alérgenos.⁵

Tem sido também proposto que esta síndrome represente um estágio inicial de polipose nasal e sensibilidade à aspirina.¹ Representa um factor de risco para polipose nasal, sensibilidade à aspirina e apneia do sono.²⁹

Os danos na mucosa nasal poderão ser em parte causados pela presença de eosinófilos. Os seus grânulos podem libertar substâncias tóxicas como proteína básica major e proteína

catiónica eosinofílica que danificam o epitélio e prolongam a *clearance* mucociliar.³¹

Um estudo analisou 56 doentes com rinite não alérgica, de entre os quais 12 apresentavam eosinofilia na mucosa nasal, sendo avaliado o tempo de *clearance* mucociliar. 15 dos 56 doentes revelaram atraso na *clearance*, 7 dos quais pertencentes ao grupo com eosinofilia na mucosa nasal. A relação entre a presença de eosinofilia e o atraso na *clearance* mucociliar foi estatisticamente significativa, podendo ser uma justificação para o desenvolvimento desta síndrome.³²

Clínica

Os doentes com esta síndrome têm uma apresentação semelhante aos doentes que sofrem de rinite alérgica.² Os sintomas são habitualmente persistentes, e consistem principalmente em congestão nasal, crises esternutatórias, rinorreia aquosa profusa e prurido nasal.³³ No entanto, a presença de anósmia é frequente, o que não acontece na rinite alérgica.²⁹

Diagnóstico

A hipótese de síndrome de rinite não alérgica com eosinofilia pode surgir após uma história clínica e exame físico sugestivos, num doente com testes de alergia negativos. Para confirmar o diagnóstico é necessário realizar uma citologia da mucosa nasal que deverá revelar eosinofilia superior a 20%.^{2,29}

Tratamento

A resposta aos corticóides tópicos é boa, esta forma tendo melhor prognóstico que outros subtipos de RCNA.³⁰

D. Rinite Hormonal

As causas hormonais de rinite incluem: gravidez, contraceptivos orais, ciclo menstrual, hipotireoidismo, acromegalia. No entanto, de entre estes factores, a rinite da gravidez foi a única cuja existência foi comprovada por vários estudos e é a que ocorre com mais frequência.

Rinite da Gravidez

A rinite da gravidez define-se como a presença de sintomas de rinite durante pelo menos 6 semanas de gravidez, sem doença respiratória concomitante sem história de alergia e sem a presença de outra causa de rinite, e que desaparecem espontaneamente nas primeiras duas semanas pós-parto.³⁴ As queixas podem começar em qualquer altura da gravidez, sendo particularmente notórias durante o terceiro trimestre, com uma incidência entre 20 a 30% das grávidas.³⁵

Alguns sintomas de rinite, particularmente a congestão nasal, são frequentes durante a gravidez, no entanto, na maior parte dos casos esses sintomas já podiam existir antes da gravidez. Permanece controversia quanto ao facto de a rinite da gravidez ser devido a um agravamento de rinite pré-existente (de outra etiologia), ou se acontece de novo durante a gestação.¹⁸

Embora a fisiopatologia desta doença não seja ainda totalmente conhecida, tem sido sugerido que é influenciada pelo PGF (factor de crescimento da placenta). Alguns co-factores representam um risco acrescido para o desenvolvimento de rinite durante a gravidez, como tabagismo e sensibilização a ácaros do pó.³⁴

A vasodilatação e a expansão do volume sanguíneo que são alterações fisiológicas na gravidez, bem como o relaxamento do músculo liso induzido pela progesterona, poderão estar também implicadas no desenvolvimento da rinite durante a gestação ao causarem congestão da mucosa nasal.¹⁸

Os sintomas de rinite poderão condicionar diminuição da qualidade de vida e, excepcionalmente, ao perturbar a respiração da mãe, afectar o feto. Assim, o tratamento sintomático dever ser efectuado quando necessário.³⁶

Medidas não farmacológicas como elevar a cabeceira da cama e praticar algum exercício físico poderão traduzir-se numa melhoria significativa da respiração.³⁶

Quanto às medidas farmacológicas, os descongestionantes nasais promovem algum alívio temporário. Em relação aos corticosteróides, a sua administração por via sistémica deve ser evitada e a administração tópica nasal poderá ser eficaz nas grávidas, como para outros tipos de rinite. A lavagem do nariz com solução salina pode aliviar a congestão nasal, mas é apenas mais uma forma de tratamento sintomático, não havendo nenhuma terapia específica para esta forma de rinite.³⁶

E. RCNA associada a alterações anatómicas

Algumas alterações anatómicas das estruturas nasais podem causar sintomas de rinite, como congestão/ obstrução nasal, que aliviam pouco com terapêutica descongestionante.

As causas mais comuns são desvio do septo, conchas nasais aumentadas, válvulas nasais disfuncionais e, em crianças, hipertrofia das adenóides.

Muitas vezes, além das alterações anatómicas, os doentes têm também rinite de outra etiologia, que causa agravamento dos sintomas. Na escolha do tratamento deverá ser considerada a correção da causa anatómica mas também feita abordagem em relação à rinite associada de outra etiologia.³¹

Há ainda patologias raras que causam sintomas típicos de rinite como obstrução e congestão nasal. São exemplos tumores e neoplasias como cordomas, neurofibromas, angiofibromas, papilomas invertidos, carcinoma de células escamosas, sarcoma, encefalocelos ou meningocelos.

F. Rinite como manifestação de doenças sistémicas

Frequentemente os doentes com rinite crónica não respondem ao tratamento médico ou cirúrgico padrão. Em algumas dessas situações a rinite será uma manifestação de uma doença sistémica.³⁷ Exemplos dessas doenças são as doenças granulomatosas, doenças auto-imunes, fibrose quística, tuberculose, discinesia ciliar.²

Na Granulomatose de Wegener há envolvimento sinonasal em 75% e do nariz em 30% dos casos. Habitualmente o envolvimento nasal manifesta-se por congestão progressiva, rinorreia, epistáxis ligeiras e recorrentes, dor no dorso do nariz, crostas. Menos frequentemente pode ocorrer hipósmia ou anósmia.³⁸

A sarcoidose pode-se manifestar por sintomas nasais inespecíficos como, congestão nasal, corrimento nasal posterior, crostas, congestão nasal, epistaxis, sinusite crónica e cefaleias. À rinoscopia a mucosa tem habitualmente um aspecto eritematoso, edemaciado, friável e hipertrofiado. No septo ou nas conchas nasais inferiores podem surgir nódulos amarelados, que correspondem a infiltrações granulomatosas da submucosa.³⁸

As doenças auto-imunes incluem Lúpus Eritematoso Sistémico, Penfigo, Síndrome de Sjogren que podem, a nível da mucosa nasal, causar ulceração, secura, crostas ou infecções recorrentes.

Na tuberculose com atingimento da mucosa nasal, a nasofaringe é frequentemente a zona comprometida, com rinorreia e congestão nasal.³⁸

Na discinesia ciliar primária, os sintomas nasais ocorrem em consequência da incapacidade de haver *clearence* do muco.

Nos doentes com Fibrose Quística, praticamente todos os doentes manifestam sintomas de rinite e sinusite. Pelo mesmo mecanismo fisiopatológico que afecta os pulmões, também os seios nasais e a mucosa podem sofrer alterações, com espessamento do muco,

alterações na *clearence* mucociliar e colonização bacteriana.³⁹ Os sintomas que surgem com maior frequência são corrimento purulento e congestão nasal, mas os doentes podem também apresentar queixas de cefaleias, anósmia ou hipósmia. À rinoscopia, há habitualmente congestão nasal por corrimento mucoso e purulento, e podem-se detectar pólipos.⁴⁰

Outras doenças como Policodrite Recidivante, Síndrome de Churg-Straus, e imunodeficiências primárias, poderão estar associadas à presença de rinite crónica.

A sífilis também se pode apresentar como rinite crónica, mesmo em idades pediátricas.³⁸ O nariz não é habitualmente comprometido nos casos de sífilis primária, mas a sífilis secundária pode-se manifestar como rinite, com corrimento nasal abundante. A sífilis terciária pode em alguns casos causar perfuração e deformação do septo nasal, mas o envolvimento da nasofaringe é raro. No caso de sífilis congénita, a principal manifestação é o corrimento nasal que ocorre 2 semanas antes da erupção cutânea, e pode também haver perfuração e deformação do septo.³⁸

Em suma, perante uma criança com rinite crónica não alérgica refractária ao tratamento habitual, é importante manter presente a ideia de que a rinite pode ser uma manifestação de uma doença sistémica subjacente, o que terá implicação no acompanhamento e no tratamento desses doentes.

G. Rinite Atrófica

A rinite atrófica é uma doença caracterizada por atrofia progressiva da mucosa e da cartilagem nasal.

Afecta principalmente adultos jovens e de meia-idade, ocorrendo raramente antes da puberdade. A sua prevalência diminuiu drasticamente durante o último século, provavelmente devido à utilização de antibióticos no tratamento de infecções nasais, sendo ainda uma patologia comum em países tropicais.⁴¹

Etiologia

Embora a etiologia permaneça desconhecida, a rinite atrófica primária pode estar associada a diversos factores como hereditariedade, infecções, distúrbios do desenvolvimento, deficiências nutricionais, deficiência de fosfolípidos, distúrbios do sistema nervoso autónomo, algumas patologias endócrinas, auto-imunes e alérgicas.⁴¹

Quanto às causas secundárias, estas incluem procedimentos cirúrgicos, traumatismos extensos, radiação, uso prolongado de cocaína, infecções, doenças granulomatosas.

Clínica

Frequentemente a queixa principal destes doentes é a congestão nasal. A sobre infecção bacteriana provoca o odor fétido característico. Outras queixas incluem cefaleias, crostas, muco nasal viscoso e purulento com odor fétido. Alguns doentes referem secura do nariz e da faringe. É habitual terem anósmia, embora alguns tenham cacósmia

À nasoscopia é possível observar cavidades nasais amplas, crostas de vários tamanhos de cor amarelo esverdeada ou pretas, sangramento e úlceras quando se removem as crostas, a

mucosa nasal tem um aspecto sem brilho, e poderá haver ausência de sensibilidade da mucosa nasal.

Diagnóstico

O diagnóstico de rinite atrófica baseia-se na apresentação clínica e no exame objectivo, o entanto, nos casos de rinite atrófica secundária podem estar presentes sinais ou sintomas da doença primária subjacente. A avaliação destes doentes baseia-se essencialmente em exames que permitam excluir (ou diagnosticar) as causas secundárias de rinite atrófica.

Complicações

As complicações da rinite atrófica incluem perfuração do septo nasal e deformidade do nariz, rinosinusite secundária, disseminação local e sistémica da infecção, faringite e laringite atróficas, dacriocistite crónica e miíase nasal.

Tratamento

O tratamento destes doentes é essencialmente conservador, e consiste em irrigação nasal, administração de lubrificante na mucosa nasal, vasodilatadores, antibioterapia. Quando necessário, pode ser ponderada a realização de cirurgia.⁴¹

H. Rinite Vasomotora/Idiopática

A forma mais frequente de rinite não alérgica é a rinite vasomotora (ou idiopática), caracterizada pela existência de sintomas nasais, esporádicos ou persistentes, em resposta a um estímulo não mediado por IgE nem pela libertação de histamina. É a forma de RCNA mais frequente, no entanto, surge principalmente entre os 30 e os 60 anos de idade.⁷

Segundo Cipriandi, a rinite peréne não alérgica (frequentemente chamada rinite vasomotora) é uma condição crónica não mediada por IgE, caracterizada por sintomas semelhantes aos da rinite alérgica mas que persistem por mais de 9 meses por ano.⁴²

Existe uma grande variedade nos estímulos considerados como desencadeantes da rinite vasomotora. Segundo Scarupa e Kaliner os estímulos são odores fortes, ar frio, variações na temperatura, humidade, pressão atmosférica, emoções fortes, ingestão de bebidas alcoólicas, alterações hormonais.⁷ Também comidas picantes e irritantes nasais são reconhecidos como estímulos desencadeantes deste subtipo de rinite.⁴²

A etiologia da rinite vasomotora permanece desconhecida, não estando associada a IgE, infecção, lesões estruturais, doenças sistémicas, abuso de drogas ou eosinofilia.

Fisiopatologia

Os mecanismos fisiopatológicos da rinite vasomotora ainda não estão totalmente esclarecidos, havendo vários estudos defendendo diversas causas.

Existe uma hiper-reactividade nasal não específica, em resposta aos estímulos mencionados anteriormente.³¹

Uma das hipóteses propostas é que haja uma desregulação no predomínio do tónus simpático sobre o parassimpático, que em condições normais permite manter o fluxo aéreo

nas cavidades nasais e pouca produção de muco. Assim, alguns estímulos poderão aumentar o tónus parassimpático ou diminuir o tónus simpático, causando um desequilíbrio na estimulação, que pode ser responsável pelos sintomas de rinite.⁴³

Uma outra hipótese proposta é que este subtipo de rinite esteja associado a estimulação anormal das fibras C, fibras nervosas não especializadas originadas no etmóide, que, entre outras funções, libertam substância P e proteína relacionada com o gene da calcitonina, que aumentam a permeabilidade vascular e a produção de muco. No caso da rinite vasomotora, poderá haver um aumento da actividade das fibras C em respostas a estímulos fisiológicos, causando rinorreia e congestão nasal.⁴³

Tem também sido proposto que as células inflamatórias podem desempenhar um papel importante na fisiopatologia da rinite vasomotora. No entanto, quando comparada a mucosa de indivíduos com rinite não alérgica com a de indivíduos saudáveis, não houve diferenças significativas quanto à presença de células inflamatórias na mucosa nasal.⁴⁴

Clínica

Os sintomas na rinite vasomotora variam entre um padrão obstrutivo/congestivo e uma padrão secretor/com rinorreia. Habitualmente os sintomas oculares são mínimos e não há esternutos nem prurido (nasal ou no palato).³¹ No entanto, a sua apresentação clínica é semelhante à de vários outros subtipos de RCNA.

Se um doente apresenta sintomas nasais característicos (rinorreia, congestão, corrimento nasal posterior, cefaleias, pigarro e tosse) despoletados por um ou mais irritantes ambientais, ou desencadeantes acima mencionados, com testes alérgicos negativos e sem outra causa provável de RCNA, terá provavelmente uma rinite vasomotora.⁷

Pelo facto de as alterações de temperatura e humidade serem factores desencadeantes de rinite vasomotora, e estas serem frequentes na Primavera e Outono, pode haver alguma dificuldade no diagnóstico diferencial com rinite alérgica sazonal.⁷

Diagnóstico

O diagnóstico de rinite vasomotora é de exclusão. Não há nenhum teste específico, sendo o diagnóstico feito essencialmente com base na história clínica. Implica resultados negativos nos testes alérgicos cutâneos, ausência de sintomas após exposição a alérgenos e a exclusão de outras causas de rinite.⁴²

Na citologia da mucosa nasal, não se encontram eosinófilos, plasmócitos nem mastócitos, como na rinite alérgica.² Os testes alérgicos são negativos quer para alérgenos sazonais quer persistentes.⁷

Tratamento

Quando diagnosticada rinite vasomotora, e identificado o estímulo desencadeante, este deve ser evitado sempre que possível.

A terapêutica farmacológica, poderá incluir corticosteróides tópicos, azelastina (anti-histaminico), brometo de ipatrópio (anti-colinérgico).⁷ Outros fármacos também mostraram utilidade em alguns estudos, como a capsaïcina (anti-inflamatório não esteróide).³⁰

Progressão para Rinite Alérgica

Alguns estudos têm sugerido que doentes com rinite crónica e com os testes alérgicos negativos poderão, ao longo da sua vida, evoluir para uma rinite alérgica, com agravamento ou aparecimento de novos sintomas.

Um estudo espanhol envolveu a reavaliação em 2007 de 180 doentes com o diagnóstico de RCNA entre 2000 e 2004. Todos os doentes foram submetidos a uma entrevista clínica, testes alérgicos (doseamentos de IgE e pricktest) e espirometria.⁴⁵

Aproximadamente metade dos doentes (52%) teve uma evolução desfavorável da doença. Quer na persistência (12%) quer na gravidade dos sintomas nasais (9%) ou no aparecimento de outras comorbilidades (24%). A asma, que na avaliação inicial afectava 32% dos doentes, na reavaliação, estava presente em 55%. A conjuntivite aumentou entre as duas avaliações (de 28 para 43%).

Quanto à presença de atopia à reavaliação dos doentes previamente não alérgicos, 24% apresentava pelo menos um dos testes positivos (pricktest e doseamento de IgE no soro).

Assim, deve-se ponderar a reavaliação periódica dos doentes, para perceber então se mantêm os resultados negativos dos testes alérgicos, ou se, pelo contrário, já existe atopia, uma evolução para rinite alérgica, dado que será importante no acompanhamento e na escolha da terapêutica adequada.

Um outro estudo incluiu 175 crianças com diagnóstico de rinite não alérgica entre 2005 e 2007 que foram reavaliadas em 2010 quanto aos sintomas e sua gravidade, comorbilidades, utilização de medicamentos, testes cutâneos para aeroalergénios (prick test).⁴⁶

Na reavaliação, 41% dos doentes revelou atopia nos testes cutâneos, alterando o seu diagnóstico para rinite alérgica. Estas crianças manifestavam mais, e mais graves, sintomas nasais e oculares, e maior utilização de medicamentos.

Os preditores para o desenvolvimento de atopia neste estudo foram: - sintomas nasais persistentes, prurido nasal despoletado por ácaros do pó ou animais e história familiar de atopia. Segundo este estudo, as crianças com estes factores de risco devem ser reavaliadas periodicamente de modo a diagnosticar a progressão para rinite alérgica.

Assim, estes dois estudos suportam a ideia de que o diagnóstico de RCNA não é um diagnóstico definitivo, devendo o clínico ter sempre presente a possibilidade do desenvolvimento de rinite alérgica nesses doentes. Mesmo depois do diagnóstico de RCNA a criança deve continuar a fazer avaliações periódicas, avaliando-se alterações, agravamento ou aparecimento de novos sintomas, bem como o aparecimento de atopia.

Conclusão

A rinite crónica é uma doença com uma elevada frequência na população pediátrica. A forma alérgica é a mais comum. Pode contudo haver sintomas típicos de rinite sem atopia.

Quando uma criança apresenta sintomas de rinite com testes alérgicos negativos, o passo seguinte do seu diagnóstico será pesquisar a causa desses sintomas.

Não devem ser esquecidas causas iatrogénicas e hormonais. Uma história clínica completa encaminhará o diagnóstico para algumas doenças sistémicas.

Durante o exame objectivo, em especial à nasoscopia, poderão ser encontradas características de rinite atrófica, características de doenças sistémicas, ou alterações anatómicas.

É necessário ponderar outras causas de rinite, que exigem testes específicos para o seu diagnóstico, como a rinite induzida por refluxo, ou a síndrome de rinite não alérgica com eosinofilia.

Quando outros subtipos de rinite parecem excluídos, pode evocar-se o diagnóstico de rinite vasomotora/idiopática. Embora seja de exclusão, algumas características na apresentação e nos factores desencadeantes dos sintomas poderão ser sugestivos.

No entanto, é importante ter presente que a atopia pode não se manifestar nos primeiros anos de apresentação da rinite crónica alérgica, pelo que uma avaliação periódica deve ser feita de modo a identificar o aparecimento de resultados positivos nos testes alérgicos.

Quando se fala em rinite, julga-se uma doença menor, num problema comum, que dá algum desconforto, mas que, no fundo, não nos deve preocupar muito. No entanto, para alguns doentes com rinite, as implicações que esta tem no seu dia-a-dia, o desconforto

constante e o facto de o tratamento não ser totalmente eficaz, é um factor de preocupação e de diminuição na qualidade de vida.

É importante diagnosticar o subtipo de rinite na criança, o mais precocemente possível, de modo a proporcionar um tratamento adequado e eficaz. Deste modo, evitam-se exames, não se submete a criança a tratamentos desnecessários, que não lhe trarão benefícios, não se sobrecarregam os pais com constantes “idas ao médico” com transtornos da vida familiar e profissional, e do ponto de vista do sistema de saúde, evita-se o desperdício de recursos que podem ser canalizados para satisfazer outras necessidades.

Agradecimentos

A concretização deste trabalho não teria sido possível sem a colaboração e apoio do Dr. José António Pinheiro e da Prof^a. Doutora Guiomar Oliveira.

Agradeço ao Dr. José António Pinheiro, como meu Orientador, pela constante disponibilidade, dedicação e simpatia. Como meu Assistente de Pediatria é, para mim, o exemplo de um clínico de excelência.

Agradeço à Professora Guiomar pela sua disponibilidade e porque, apesar das suas imensas responsabilidades, aceitou ser co-Orientadora desta tese.

E, como o Mestrado é o culminar de tantos anos de formação, agradeço aos meus Pais, porque sem eles este percurso não seria possível.

Bibliografia

1. Dykewicz MS, Hamilos DL. Rhinitis and sinusitis. *The Journal Of Allergy And Clinical Immunology* 2010; 125(2 Suppl 2): S103-15.
2. Wilson KF, Spector ME, Orlandi RR. Types of rhinitis. *Otolaryngologic clinics of North America* 2011; 44(3): 549-59, vii.
3. Cardoso BFGSM, Dias AAJG. Prevalência da congestão nasal em meio laboral hospitalar *Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial* 48(3): 123-30.
4. Schatz M, Zeiger RS, Chen W, Yang SJ, Corrao MA, Quinn VP. The burden of rhinitis in a managed care organization. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology* 2008; 101(3): 240-7.
5. Quillen DM, Feller DB. Diagnosing rhinitis: allergic vs. nonallergic. *American Family Physician* 2006; 73(9): 1583-90.
6. Greiner AN, Meltzer EO. Overview of the Treatment of Allergic Rhinitis and Nonallergic Rhinopathy. *Proceedings Of The American Thoracic Society* 2011; 8(1): 121-31.
7. Scarupa MD, Kaliner MA. Nonallergic Rhinitis, With a Focus on Vasomotor Rhinitis Clinical Importance, Differential Diagnosis, and Effective Treatment Recommendations *World Allergy Organization Journal* 2009: 20-5.
8. Bousquet J, Fokkens W, Burney P, et al. Important research questions in allergy and related diseases: nonallergic rhinitis: a GA2LEN paper. *Allergy* 2008; 63(7): 842-53.
9. Borish L. Maybe rhinitis, maybe sinusitis, maybe rhinitis and sinusitis, but certainly not rhinosinusitis! *The Journal of Allergy and Clinical Immunology* 2005; 116(6): 1269-71.

10. Vichyanond P, Suratannon C, Lertbunnaphong P, Jirapongsananuruk O, Visitsunthorn N. Clinical characteristics of children with non-allergic rhinitis vs with allergic rhinitis. *Asian Pacific Journal of Allergy and Immunology* 2010; 28(4): 270-4.
11. Erwin EA, Faust RA, Platts-Mills TA, Borish L. Epidemiological analysis of chronic rhinitis in pediatric patients. *American Journal of Rhinology & Allergy* 2011; 25(5): 327-32.
12. Molgaard E, Thomsen SF, Lund T, Pedersen L, Nolte H, Backer V. Differences between allergic and nonallergic rhinitis in a large sample of adolescents and adults. *Allergy* 2007; 62(9): 1033-7.
13. Sin B, Togias A. Pathophysiology of allergic and nonallergic rhinitis. *Proc Am Thorac Soc* 2011; 8(1): 106-14.
14. Ramey JT, Bailen E, Lockey RF. Rhinitis medicamentosa. *Journal of Investigational Allergology & Clinical Immunology* 2006; 16(3): 148-55.
15. Mortuaire G, de Gabory L, Francois M, et al. Rebound congestion and rhinitis medicamentosa: Nasal decongestants in clinical practice. Critical review of the literature by a medical panel. *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases* 2013.
16. Graf PM. Rhinitis medicamentosa. *Clinical Allergy and Immunology* 2007; 19: 295-304.
17. Graf P. Rhinitis medicamentosa: a review of causes and treatment. *Treatments in Respiratory Medicine* 2005; 4(1): 21-9.
18. Settupane RA. Other Causes of Rhinitis: Mixed Rhinitis, Rhinitis Medicamentosa, Hormonal Rhinitis, Rhinitis of the Elderly, and Gustatory Rhinitis. *Immunology and Allergy Clinics of North America* 2011; 31(3): 457-67.

19. Watanabe H, Foo TH, Djazaeri B, Duncombe P, Mackay IS, Durham SR. Oxymetazoline nasal spray three times daily for four weeks in normal subjects is not associated with rebound congestion or tachyphylaxis. *Rhinology* 2003; 41(3): 167-74.
20. Berger W, Schonfeld JE. Nonallergic rhinitis in children. *Curr Allergy Asthma Rep* 2007; 7(2): 112-6.
21. Koufman JA, Aviv JE, Casiano RR, Shaw GY. Laryngopharyngeal reflux: position statement of the committee on speech, voice, and swallowing disorders of the American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery. *Otolaryngology--Head and Neck surgery* 2002; 127(1): 32-5.
22. Ford CN. Evaluation and management of laryngopharyngeal reflux. *Journal of the American Medical Association* 2005; 294(12): 1534-40.
23. Johnston N, Knight J, Dettmar PW, Lively MO, Koufman J. Pepsin and carbonic anhydrase isoenzyme III as diagnostic markers for laryngopharyngeal reflux disease. *Laryngoscope* 2004; 114(12): 2129-34.
24. Contencin P, Narcy P. Nasopharyngeal pH monitoring in infants and children with chronic rhinopharyngitis. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 1991; 22(3): 249-56.
25. Barbero GJ. Gastroesophageal reflux and upper airway disease. *Otolaryngologic Clinics of North America* 1996; 29(1): 27-38.
26. Tasker A, Dettmar PW, Panetti M, Koufman JA, Birchall JP, Pearson JP. Reflux of gastric juice and glue ear in children. *Lancet* 2002; 359(9305): 493.
27. Bach KK, McGuirt WF, Jr., Postma GN. Pediatric laryngopharyngeal reflux. *Ear, Nose, & Throat Journal* 2002; 81(9 Suppl 2): 27-31.

28. Belafsky PC, Postma GN, Koufman JA. Validity and reliability of the reflux symptom index (RSI). *Journal of Voice* 2002; 16(2): 274-7.
29. Ellis AK, Keith PK. Nonallergic rhinitis with eosinophilia syndrome. *Curr Allergy Asthma Rep* 2006; 6(3): 215-20.
30. van Rijswijk JB, Blom HM, Fokkens WJ. Idiopathic rhinitis, the ongoing quest. *Allergy* 2005; 60(12): 1471-81.
31. Settipane RA, Lieberman P. Update on nonallergic rhinitis. *Annals of allergy, asthma & immunology* 2001; 86(5): 494-507; quiz -8.
32. Davidson AE, Miller SD, Settipane RJ, Ricci AR, Klein DE, Settipane GA. Delayed nasal mucociliary clearance in patients with nonallergic rhinitis and nasal eosinophilia. *Allergy proceedings* 1992; 13(2): 81-4.
33. Wallace DV, Dykewicz MS, Bernstein DI, et al. The diagnosis and management of rhinitis: an updated practice parameter. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology* 2008; 122(2 Suppl): S1-84.
34. Ellegard EK. Clinical and pathogenetic characteristics of pregnancy rhinitis. *Clinical Reviews in Allergy & Immunology* 2004; 26(3): 149-59.
35. Kaliner MA. Nonallergic rhinopathy (formerly known as vasomotor rhinitis). *Immunol Allergy Clin North Am* 2011; 31(3): 441-55.
36. Ellegard EK. Pregnancy rhinitis. *Immunol Allergy Clin North Am* 2006; 26(1): 119-35, vii.
37. Tami TA. Granulomatous diseases and chronic rhinosinusitis. *Otolaryngologic clinics of North America* 2005; 38(6): 1267-78, x.

38. Alobid I, Guilemany JM, Mullol J. Nasal manifestations of systemic illnesses. *Curr Allergy Asthma Rep* 2004; 4(3): 208-16.
39. Gutierrez C, Ribalta G, Largo I. Retrospective analysis of chronic rhinosinusitis in patients with cystic fibrosis. *Acta otorrinolaringologica espanola* 2012; 63(4): 286-91.
40. Oomen KPQ, April MM. Sinonasal Manifestations in Cystic Fibrosis. *International Journal of Otolaryngology* 2012; 2012: 7.
41. Dutt SN, Kameswaran M. The aetiology and management of atrophic rhinitis. *The Journal of laryngology and otology* 2005; 119(11): 843-52.
42. Ciprandi G. Treatment of nonallergic perennial rhinitis. *Allergy* 2004; 59 Suppl 76: 16-22; discussion -3.
43. Garay R. Mechanisms of vasomotor rhinitis. *Allergy* 2004; 59 Suppl 76: 4-9; discussion -10.
44. van Rijswijk JB, Blom HM, KleinJan A, Mulder PG, Rijntjes E, Fokkens WJ. Inflammatory cells seem not to be involved in idiopathic rhinitis. *Rhinology* 2003; 41(1): 25-30.
45. Rondon C, Dona I, Torres MJ, Campo P, Blanca M. Evolution of patients with nonallergic rhinitis supports conversion to allergic rhinitis. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology* 2009; 123(5): 1098-102.
46. Veskitkul J, Vichyanond P, Visitsunthorn N, Jirapongsananuruk O. The development of allergic rhinitis in children previously diagnosed as nonallergic rhinitis. *American Journal of Rhinology & Allergy* 2013; 27(1): 43-7.