

Rinossinusite - contributo da alergia

Rhinosinusitis - allergy contribution

Hugo Guimarães • Cármen Botelho • Carla P. Moura • Manuel Ribeiro • Fernando Vales • Margarida Santos • Nuno Lunet

RESUMO

Objectivos: Avaliação das características demográficas, sintomatologia, sensibilização alérgica e tratamento, em doentes com queixa de obstrução nasal referenciados à consulta de Imunoalergologia por suspeita de rinite alérgica.

Métodos: Análise retrospectiva dos processos clínicos de doentes, entre 1 de Outubro de 2005 e 30 de Setembro de 2006.

Resultados: Foram referenciados 53 doentes, tendo história de doenças alérgicas apenas 24%. Os sintomas mais frequentes foram: obstrução nasal (88%) e rinorreia anterior (78%). Sessenta e um por cento dos doentes tinha rinite alérgica. Apenas 1% dos doentes ficou sem queixas após o tratamento médico.

Conclusões: A suspeita clínica de rinite alérgica é baseada na colheita de história clínica detalhada e no exame físico. O diagnóstico é confirmado com a realização de testes cutâneos por picada e/ou doseamento de IgE específicas. O tratamento sintomático destes doentes é difícil com a utilização conjunta da evicção alérgica e de corticoterapia nasal e/ou anti-histamínicos.

Palavras-chave: rinite alérgica, testes cutâneos prick, allergic rhinitis, skin prick tests, ARIA

ABSTRACT

Objectives: Evaluation of demographic characteristics, symptoms, allergen sensitization and treatment, in patients complaining of nasal obstruction referred to immunoallergology with suspected allergic rhinitis.

Material and Methods: Retrospective analysis of case reports of patients (1 October 2005 - 30 September 2006).

Results: 53 patients were referred, with 24% reporting history of allergic diseases. The most common symptoms were nasal obstruction (88%) and the anterior rhinorrhea (78%). Sixty one per cent of patients had allergic rhinitis. Only 1% of patients had no complaints after medical treatment. Diagnosis is confirmed with skin tests by prick and/or assay of specific IgE.

Conclusions: The clinical suspicion of allergic rhinitis is based on the collection of detailed clinical history and physical examination. Symptomatic treatment of these patients is difficult with the use of allergen avoidance and corticotherapy nasal and/or antihistamines.

INTRODUÇÃO

A rinite alérgica é uma doença crónica, definida como entidade clínica em 1929¹⁷. Afecta mais de 600 milhões de indivíduos mundialmente^{1,3,16,17} e está associada a elevados custos económicos, sociais e laborais sendo responsável por cerca de 3,4 milhões de dias de falta ao trabalho. Em estudos epidemiológicos realizados em Portugal, identificou-se que mais de 25% da população refere queixas de rinite^{20,21}, apesar de dois terços dos doentes estarem subdiagnosticados e subtratado^{14, 15, 16,19}. Esta patologia está também associada a várias co-morbilidades tais como: asma, doença dos seios perinasais, conjuntivite, otite média, tosse e perturbações do sono^{1,10,11,12}.

FISIOPATOLOGIA

Num primeiro contacto sensibilizante, o alergénio penetra por via respiratória e é processado pelas células apresentadoras de antígenos que migram até aos gânglios linfáticos. Aí favorecem a diferenciação dos linfócitos T em T helper 2 (Th2), que libertam interleucinas, as quais activam as células B promovendo a produção de IgE. As IgE específicas podem então ligar-se aos receptores de mastócitos e basófilos. A re-exposição ao alergénio gera a ligação cruzada com as IgE, levando à activação e desgranulação dessas células, com libertação de mediadores químicos pré-formados como a histamina e algumas citocinas (IL-1, IL-2, IL-3, IL-4, IL-5, IFN-, TNF) e iniciam a

HUGO GUIMARÃES

Interno Complementar de ORL do Hospital São João EPE
Docente voluntário de ORL da Faculdade de Medicina do Porto

CÁRMEN BOTELHO

Interno Complementar Imunoalergologia do Hospital São João EPE

CARLA PINTO MOURA

Assistente Hospitalar Graduada de ORL do Hospital São João EPE
Professora Auxiliar Convidada de Genética Médica da Faculdade de Medicina do Porto

MANUEL RIBEIRO

Assistente Hospitalar Graduado de ORL do Hospital São João EPE

FERNANDO VALES

Assistente Hospitalar Graduado de ORL do Hospital São João EPE
Docente voluntário de ORL da Faculdade de Medicina do Porto

MARGARIDA SANTOS

Directora do Serviço de ORL do Hospital São João EPE

NUNO LUNET

Professor Auxiliar do Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina do Porto

Autor Correspondente:

Hugo Guimarães
Serviço de Otorrinolaringologia, Hospital São João EPE
Alameda Prof. Hernâni Monteiro | 4200-319 Porto
Telf: 225 512 100 Fax: 225 025 766 E-mail: Hugo.gui@gmail.com

Trabalho apresentado sob a forma de comunicação oral no 54º Congresso Nacional da SPORL, XII Congresso Luso-Espanhol de O.R.L., 4º Congresso Luso-Brasileiro de O.R.L., Coimbra, Maio 2007

síntese de metabolitos do ácido araquidónico. As citocinas libertadas afectam os tecidos circundantes e contribuem para o recrutamento de leucócitos e eosinófilos, que por sua vez libertam mais citocinas, o que favorece a progressão, amplificação e perpetuação da reacção inflamatória.

FASES DA REACÇÃO ALÉRGICA

Na fase imediata da reacção alérgica predominam os efeitos dos mediadores pré-formados existentes nos grânulos das mastócitos e basófilos. Destes destacam-se a histamina (produz vasodilatação, secreção de muco, prurido), proteases neutras (triptase, quimases e carboxipeptidasas), proteoglicanos (como a heparina e o sulfato de condroitina), factores quimiotácticos para eosinófilos e neutrófilos.

Uma vez activados, os mastócitos e os basófilos iniciam a síntese de mediadores da inflamação derivados do ácido araquidónico: os leucotrienos, as prostaglandinas e os tromboxanos (característicos da fase tardia). Estes por sua vez contribuem para uma hiperreactividade da via respiratória, aumentam a permeabilidade vascular, vasoconstricção, migração de eosinófilos e neutrófilos.

Sabe-se que os sintomas, particularmente os longa duração, ocorrem na fase tardia da reacção alérgica, com a síntese de imunoglobulinas e consequente aumento da morbidade. Vários mediadores são responsáveis pelas diferentes reacções da fase tardia, incluindo a 5-lipoxigenase, que é responsável pela síntese de leucotrienos.

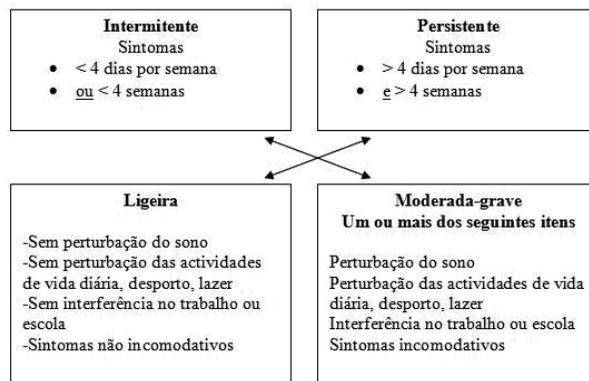
Em termos clínicos todas estas alterações imunológicas traduzem-se por prurido nasal, crises esternutatórias e rinorreia numa fase inicial e obstrução nasal^{6, 17}, hiposmia e hiperreactividade da muco-sa de toda a via respiratória numa fase mais tardia.

Os anti-histamínicos actuam diminuindo as reacções da fase imediata, particularmente os sintomas induzidos pela histamina. Alguns anti-histamínicos de 2ª geração também são activos na fase tardia, e podem reduzir a actividade da 5-lipoxigenase, expressão de ICAM-1 ou actividade da IL-4. No entanto estes anti-histamínicos mais recentes não são apenas antagonistas dos receptores H1 mas também fármacos anti-alérgicos com actividade em várias partes da reacção da fase tardia².

CLASSIFICAÇÃO

Em 1999 a Organização Mundial de Saúde reuniu um painel de peritos para o estudo da rinite alérgica e a sua associação com a asma. As *guidelines* resultantes – *Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma* (documento ARIA), revistas em 2008¹⁸, reúnem uma série de conclusões resultantes de vários estudos acerca do tema e proporcionam aos clínicos várias recomendações terapêuticas baseadas na evidência. Neste documento a rinite alérgica é definida clinicamente como uma alteração sintomática do nariz induzida por uma inflamação IgE mediada após exposição

FIGURA 1
Classificação da rinite



alérgica. Os sintomas incluem: rinorreia, obstrução nasal, crises esternutatórias e prurido nasal⁶.

Esta nova classificação põe de parte os termos rinite perene e sazonal e classifica a rinite de acordo com os seus sintomas e a sua duração, bem como parâmetros relacionados com a qualidade de vida do doente (figura 1). O diagnóstico da rinite alérgica baseia-se na história clínica e em testes de diagnóstico tais como os testes de sensibilidade cutânea (*testes prick*) e/ou determinação de IgE específica para determinado alérgeno no soro do doente.

Após a determinação da gravidade e duração da rinite alérgica o documento ARIA propõe uma abordagem terapêutica por degraus (figura 2)^{1,5,9}.

MATERIAL E MÉTODOS:

Avaliaram-se as características demográficas, sintomatologia, sensibilização alérgica, tratamento efectuado e resposta ao mesmo, em doentes com queixas de obstrução nasal, seguidos na Consulta de Otorrinolaringologia (ORL) e referenciados para a Consulta de Imunoalergologia (IA) por suspeita de rinite alérgica.

Análise retrospectiva dos processos clínicos dos doentes, entre 1 de Outubro de 2005 e 30 de Setembro de 2006. Para a análise estatística foi utilizado o programa *Stat* versão 9.0.

RESULTADOS:

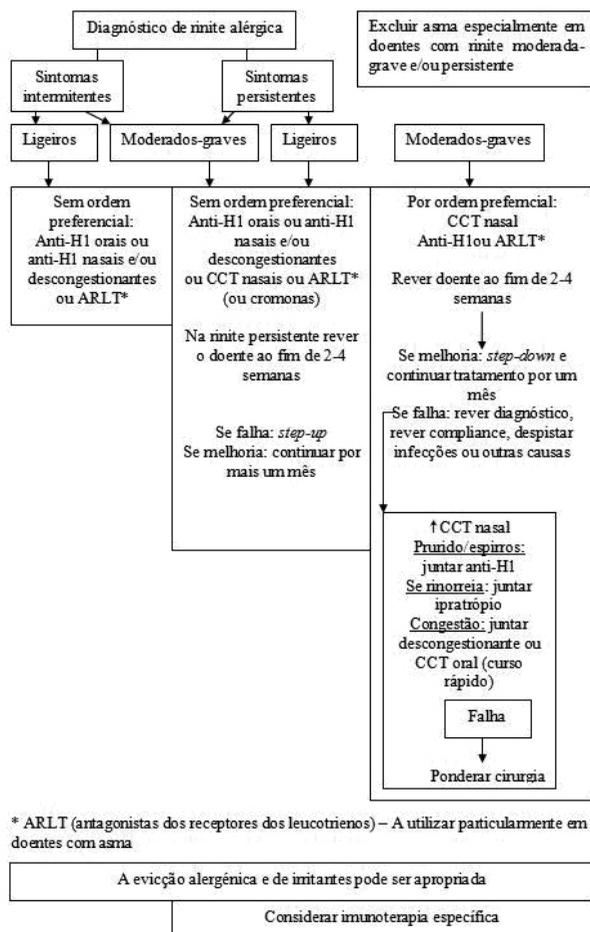
Foram referenciados à consulta de IA 53 doentes por suspeita de Rinite Alérgica, mas apenas obtivemos informação clínica suficiente de 41 casos.

Quarenta quatro por cento dos doentes eram do sexo masculino e 56% do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 5 e os 76 anos, com uma mediana de 23 anos.

Em 10% dos doentes havia história familiar de alergias e 24% tinham história auto-reportada de doenças alérgicas. Dez por cento tinham asma, 2% conjuntivite alérgica, 5% alergias alimentares, 10% alergia a fármacos (Tabela 1). Apenas um doente apresentava história de exposição ocupacional/profissional significativa (cabeleireira).

FIGURA 2

Algoritmo para o tratamento da rinite alérgica



Todos os doentes apresentavam queixas de obstrução nasal⁶. Trinta e quatro por cento referem obstrução nasal intermitente, 56% sintomas persistentes e em 10% não foi possível classificar o tipo de obstrução por informação clínica insuficiente nos registos clínicos.

Para além da obstrução nasal, os sintomas mais frequentes foram: a rinorreia anterior(76%); as crises esternutatórias (56%); o prurido nasal(39%); e a roncopatia(27%). (Tabela 2).

A idade mais precoce de início dos sintomas foi aos 3 anos de idade e o doente com início de sintomas mais tardio foi aos 41 anos.

A duração dos sintomas foi variável de doente para doente, registando-se uma mediana de 6 anos de duração.

Ao exame objectivo é de salientar que 54% dos doentes apresentavam hipertrofia dos cornetos inferiores e 46% desvio do septo nasal. Apenas 2% dos doentes apresentavam congestão ocular, 12% rinorreia anterior ou posterior, 10% congestão nasal, 10% polipose nasal e 5% voz nasalada (Tabela 3).

Todos os doentes realizaram testes cutâneos por picada (TCP) para aeroalergénios comuns. Sessenta e um por cento dos doentes apresentaram TCP positivos. Destes 36% eram

TABELA 1

Prevalência de antecedentes pessoais e familiares de doença alérgica

	Frequência	%
HISTÓRIA FAMILIAR DE ALERGIAS		
Não	25	61,0
Sim	4	9,8
SQE	12	29,3
HISTÓRIA PESSOAL DE ALERGIAS		
Não	29	70,7
Sim	10	24,4
SQE	2	4,9
Asma		
Não	35	85,4
Sim	4	9,8
SQE	2	4,9
Conjuntivite		
Não	38	92,7
Sim	1	2,4
SQE	2	4,9
Alergias Alimentares		
Não	36	87,8
Sim	2	4,9
SQE	3	7,3
Alergia Fármacos		
Não	34	82,9
Sim	4	9,8
SQE	3	7,3
Alergia VHT		
Não	38	92,7
Sim	0	0
SQE	3	7,3
Dermatite atópica		
Não	38	92,7
Sim	0	0
SQE	3	7,3
Urticária		
Não	37	90,2
Sim	0	0
SQE	4	9,8

SQE= sem qualquer especificação / omissão no registo clínico

TABELA 2

Prevalência de Sintomas

	Frequência	%
Obstrução nasal		
Não	4	9.8
Sim	14	34.
SQE	23	56.
Congestão nasal		
Não	37	90.2
Sim	4	9.8
SQE	0	0
Rinorreia anterior		
Não	10	24.4
Sim	31	75.6
SQE	0	0
Rinorreia Posterior		
Não	36	87.8
Sim	4	9.8
SQE	1	2.4
Crises esternutatórias		
Não	18	43.9
Sim	23	56.1
SQE	0	0
Lacrimejo		
Não	33	80.5
Sim	7	17.1
SQE	1	2.4
Prurido nasal		
Não	23	56.1
Sim	16	39.0
SQE	2	4.9
Roncopatia		
Não	27	65.9
Sim	11	26.8
SQE	3	7.3

monossensibilizados (78% ácaros, 11% gramíneas, 11% ervas) e 64% polissensibilizados (25% ácaros e gramíneas; 6% ácaros, gramíneas e ervas; 6% gramíneas e ervas; 19% ácaros, gramíneas e faneras; 6,2% ácaros, gramíneas, ervas e árvores; 6,2% ácaros, gramíneas, ervas e fungos; 25% ácaros e faneras; 6,2% ácaros e fungos) (Tabela 4).

Em suma, o diagnóstico de rinite alérgica confirmou-se em 61% dos doentes, dos quais 29% apresentavam Rinite Alérgica Persistente Moderada Grave (RAPMG), 24% Rinite Alérgica Intermitente Ligeira (RAIL), 7% Rinite Alérgica Intermitente Moderada Grave (RAIMG). Nenhum doente apresentava Rinite Alérgica Persistente Ligeira (RAPL).

Em 39% dos doentes não se confirmou a suspeita de rinite

TABELA 3

Prevalência de alterações no exame objectivo

	Frequência	%
Congestão ocular		
Não	37	90.2
Sim	1	2.4
SQE	3	7.3
Rinorreia		
Não	12	29.3
Sim	5	12.2
SQE	24	58.5
Congestão nasal		
Não	10	24.4
Sim	4	9.8
SQE	27	65.8
Polipose nasal		
Não	34	82.9
Sim	4	9.8
SQE	3	7.3
Desvio do septo nasal		
Não	19	46.34
Sim	19	46.34
SQE	3	7.32
Hipertrofia dos cornetos nasais		
Não	16	39.0
Sim	22	53.7
SQE	3	7.3
Saução alérgica		
Não	12	29.3
Sim	0	0
SQE	29	70.7
Respiração bucal		
Não	13	31.7
Sim	2	4.9
SQE	26	63.4
Voz nasalada		
Não	12	29.3
Sim	2	4.9
SQE	27	65.8

SQE= sem qualquer especificação / omissão no registo clínico

alérgica.

Todos os doentes foram submetidos a tratamento médico. Trinta e sete por cento dos doentes fizeram corticóide tópico, 60% anti-histamínico e 10% vaso-constrictor nasal. Todos os doentes com rinite alérgica foram aconselhados a fazer evicção alérgica. Nenhum doente fez corticóide

oral⁹, antagonista dos leucotrienos ou inibidor da desgranulação dos mastócitos.

Dezasseis por cento (n=4) dos doentes com rinite alérgica, iniciaram imunoterapia específica (IT). Destes, setenta e cinco por cento, iniciaram IT a ácaros e 25% a gramíneas (Tabela 5).

Todos os doentes tiveram melhoria dos sintomas, mas apenas 7% dos doentes (destes nenhum foi submetido a IT) ficaram assintomáticos com tratamento médico.

Vinte e nove por cento dos doentes foram submetidos a intervenção cirúrgica.

Dos doentes com RAIL todos os doentes melhoraram da permeabilidade nasal, mas só 50% melhoraram dos restantes sintomas alérgicos.

Dos doentes com RAPMG só 40% referem melhoria da permeabilidade nasal e 80% melhoria dos sintomas alérgicos.

Todos os doentes com RNA submetidos a intervenção cirúrgica (3/12), referem melhoria da permeabilidade nasal.

Utilizou-se o Teste estatístico de Fisher $p=0,136$ para permeabilidade nasal; $p=0,524$ para sintomatologia alérgica.

DISCUSSÃO:

No nosso estudo a avaliação da obstrução nasal foi baseada na avaliação subjectiva dos sintomas dos doentes, usando uma escala visual categorizada (Respiro muito bem, Respiro razoavelmente, respiro mal, respiro muito mal³. Não foi possível realizar rinodebitomanometria de fluxo aos doentes para avaliação objectiva da permeabilidade nasal⁷.

Ao contrário do que seria de esperar, não se veio a verificar uma maior prevalência de alérgicos sazonais nas formas intermitentes de rinite alérgica e de alérgicos perenes nas formas persistentes.

Vinte e quatro por cento dos doentes tinham outras patologias alérgicas associadas, nomeadamente Asma, conjuntivite, alergias alimentares, alergias a fármacos, alergias a VHT, dermatite atópica e urticária.

Dos doentes com suspeita de rinite alérgica, apenas 61% tinham testes cutâneos positivos, o que reforça a importância de uma história clínica detalhada.

Não estava disponível informação acerca da eosinofilia no sangue periférico, pelo que não foi considerado este parâmetro de avaliação⁸.

Um terço dos doentes com RAPMG apresentavam sintomas diários com repercussão nas suas actividades do dia-a-dia. Destes doentes 80% melhoraram dos sintomas alérgicos com o tratamento médico instituído.

Os nossos resultados estão de acordo com o estudo realizado por A. Rozsasi, *et al*, demonstrando que os doentes com rinite alérgica têm melhoria sintomática após realização de imunoterapia específica⁴.

Dos 12 doentes submetidos a intervenção cirúrgica, 5 apresentavam RAPMG.

TABELA 4

Frequência de aeroalergénios de acordo com o tipo de Rinite alérgica

	RAIL	RAPMG	RAIMG
Ácaros	9	11	2
Gramíneas	6	6	0
Ervas	2	2	1
Árvores	0	1	0
Fungos	1	0	1
Cão	3	1	0
Gato	2	2	0

TABELA 5

Frequência de Tratamentos Médicos de acordo com o tipo de Rinite.

TRATAMENTO MÉDICO	RAIL	RAPMG	RAIMG	RNA
Evicção alérgica	10	12	3	0
Corticoesteróides tópicos	10	12	3	13
Corticoesteróides oral	0	0	0	0
Anti-histamínicos sistémicos	9	9	1	5
Lavagem nasal	10	12	3	16
Vasoconstrictor nasal	0	1	1	2
Antagonista dos leucotrienos	0	0	0	0
Inibidores desgranulação dos mastócitos	0	0	0	0
IT- Imunoterapia específica	3	1	0	0

CONCLUSÕES:

A suspeita clínica de rinite alérgica é baseada na colheita de uma história clínica detalhada e no exame físico. O diagnóstico é confirmado com testes cutâneos por picada para aeroalergénios comuns

Sessenta vírgula nove por cento dos doentes tinham rinite alérgica, sendo os ácaros o alérgico mais frequente.

A obstrução nasal é o sintoma mais prevalente, no entanto, as queixas alérgicas são subvalorizadas pelos doentes. Um estudo realizado por *Didier et al*, revelou que 19% de 230 doentes com sintomas de rinite alérgica nunca consultaram o seu médico pelo seu problema nasal¹³.

Este estudo comprovou que o controle sintomático destes doentes é difícil com a utilização conjunta do evicção do alérgico e de corticoterapia nasal e/ou anti-histamínicos. O tratamento cirúrgico, quando indicado, pode melhorar a qualidade de vida destes doentes

Referências bibliográficas:

1. Bousquet J, Van Cauwenberge P, Khaltaev N, ARIA Workshop Group. Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma. *J Allergy Clin Immunol*. 2001 Nov; 108(Supl 5):S147-334.
2. Horak F. Clinical advantages of dual activity in allergic rhinitis. *Allergy*. 2000; 55(Supl 64):34-9.
3. Annesi-Maesano I, Didier A, Klossek M., Chanal I. et al. The score for allergic rhinitis (SFAR): a simple and valid assessment method in population studies. *Allergy*. 2002 Feb;57(2):107-14.
4. Rozsasi A, Leiacker R, Keck T. Nasal conditioning in perennial allergic rhinitis after nasal allergen challenge. *Clin Exp Allergy*. 2004 Jul;34(7):1099-104.
5. Price D, Zhangw Q, Kocevarw V, Yinw D, et al. Effect of a concomitant diagnosis of allergic rhinitis on asthma-related health care use by adults. *Clin Exp Allergy*. 2005 Mar;35(3):282-7.
6. Plaut M, Valentine MD. Allergic rhinitis. *N Engl J Med*. 2005 Nov 3;353(18):1934-44.
7. Kern EB. Committee report on standardization of rhinomanometry. *Rhinology*. 1981 Dec;19(4):231-6.
8. Ciprandi G, Cirillo I, Vizzaccaro A, Milanese M, et al. Nasal obstruction in patients with seasonal allergic rhinitis: relationships between allergic inflammation and nasal airflow. *Int Arch Allergy Immunol*. 2004 May;134(1):34-40. Epub 2004 Mar 25.
9. Camargos P, Ibiapina C, Lasmar L, Cruz AA. Obtaining concomitant control of allergic rhinitis and asthma with a nasally inhaled corticosteroid. *Allergy*. 2007 Mar;62(3):310-6.
10. Juniper EF. Measuring health-related quality of life in rhinitis. *J Allergy Clin Immunol*. 1997 Feb;99(2):S742-9.
11. Crystal-Peters J, Crown WH, Goetzel RZ, Schutt DC. The cost of productivity losses associated with allergic rhinitis. *Am J Manag Care*. 2000 Mar;6(3):373-8.
12. Spector SL. Overview of comorbid associations of allergic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol*. 1997 Feb;99(2):S773-80.
13. Didier A, Chanal I, Klossek JM, Mathieu J. La rhinite allergique: le point de vue du patient. *Rev. fr. Allergol*. 1999 Mar; 39:171-185.
14. Kuprys I, Elgalal A, Korzycka-Zaborowska B, Gorski P, et al. Underdiagnosis of allergic diseases in the general population of Lodz province. *Allergy*. 2002 July; 57: Suppl.73, 185.
15. Sibbald B, Rink E. Labelling of rhinitis and hayfever by doctors. *Thorax*. 1991 May;46(5):378-81.
16. Bauchau V, Durham SR. Prevalence and rate of diagnosis of allergic rhinitis in Europe *Eur Respir J* 2004 Nov;24(5):758-64.
17. Hansel F. Clinical and histopathologic studies of the nose and sinuses in allergy. *J Allergy* 1929 Nov;1:43-70.
18. Bousquet J, Khaltaev N, Cruz A, Denburg J, et al. ARIA Update; *Allergy*. 2008 Apr. 63(Supl 86):7
19. Morais-Almeida M, Nunes C, Gaspar A, Falcão H, et al. Rinite em Idade Pré-escolar: prevalência e caracterização, estudo ARPA KIDS; *Rev Port Imunoalergologia*. 2007 Set. 15:387-410.
20. Nunes C, Ladeira S, Rosado JE. Definição, epidemiologia e classificação. In Rosado-Pinto JE, Morais-Almeida M. (Eds). *A criança Asmática no Mundo da Alergia*. Edições Médicas LDA; 2003:35-55.
21. Todo-Bom A, Loureiro C, Morais-Almeida M, Nunes C et al. Epidemiology of rhinitis in Portugal; evaluation of the intermittent and persistent types. *Allergy*. 2007 Sept;62:1038-43.