

Simpósio sobre Rinites

Rinites

Rhinitis

INTRODUÇÃO

A prevalência das rinites tem aumentado significativamente em várias regiões do mundo (1, 2). Nos Estados Unidos, estima-se que 10 a 30% da população adulta sofra de rinite alérgica (3). No Canadá, a estimativa é de 10 a 20% (4); e no Brasil, gira ao redor de 30% (5). Diversas causas têm sido apontadas como causadoras do crescente número de casos de rinite, destacando-se, entre elas, as alterações ambientais proporcionadas pela vida moderna nos grandes centros urbanos (6).

Além de prejudicar a capacidade de se respirar pelo nariz e de sentir o cheiro (olfato), os sintomas relacionados as rinites variam desde de uma simples irritação nasal local, passando por um maior número de infecções das vias aéreas superiores e por alterações do sono, do desenvolvimento crânio-facial, do aprendizado e da linguagem, até significativas perdas relacionadas a faltas ao trabalho e a escola (4).

Pacientes com sintomas relacionados às rinites consultam diversos profissionais da área médica como alergistas, otorrinolaringologistas, pediatras, clínicos, entre outros. Portanto, este é um tema de interesse de vários segmentos da comunidade médica. Entender, por exemplo, que nem todo o paciente com sintomas de rinite tem alergia é um primeiro passo importante. Esta revisão é, portanto, muito relevante, no sentido de revisar aspectos importantes para o diagnóstico e orientações terapêuticas das formas mais comuns da doença.

DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO

Para que se entenda o diagnóstico das rinites é essencial, no primeiro momento, definir e classificar as diferentes formas da doença. O termo rinite implica em que exista inflamação da mucosa de revestimento nasal. Contudo, do ponto de vista prático, fica muitas vezes difícil demonstrar esta inflamação local. Assim sendo, a definição e o diagnóstico das várias formas de rinite é, na maioria das vezes, clínico, baseado na história e no exame físico do paciente. Vários sistemas de classificação têm sido propostos, contudo nenhum é aceito universalmente (1, 3, 4, 5).

Define-se as rinites como sendo uma inflamação da mucosa de revestimento nasal, com a presença de congestão nasal e/ou rinorréia e/ou espirros e/ou prurido nasal. A classificação segue na grande maioria das vezes o agente etiológico:

1. Alérgica: Sazonal ou Perene.
2. Infecciosa:
 - Aguda: viral ou bacteriana.
 - Crônica: específica ou inespecífica.
3. Outras ou não-alérgicas:
 - Rinite eosinofílica não-alérgica (RENA).
 - Idiopática (antigamente denominada vasomotora).
 - Hormonal.
 - Induzida por droga.
 - Induzida por irritantes.
 - Alimentar.
 - Emocional.
 - Atrófica.
 - Por desuso.

As rinites infecciosas, apesar de serem não-alérgicas, são classificadas em

RENATO ROITHMANN – Professor Adjunto de Otorrinolaringologia da Universidade Luterana do Brasil.

Associate Scientific Staff, Department of Otolaryngology, Mount Sinai Hospital, Toronto, Canadá.

✉ Endereço para correspondência:

Dr. Renato Roithmann

Rua Mostardeiro, 157/604

Porto Alegre – RS

Fone (51)3222-0058

✉ roithman@orion.ufrgs.br

um grupo separado, pois representam um grande número, senão a maioria dos casos. É importante salientar que o diferencial da rinite alérgica de todas as outras formas de rinite é ser mediada por IgE.

Outras classificações englobam também um outro grupo de patologias de extrema importância no diagnóstico diferencial que são as alterações nasais estruturais (4). Estas freqüentemente estão presentes concomitantemente as rinites e, muitas vezes, dificultam o diagnóstico preciso e o tratamento apropriado dos pacientes. Desde já, enfatizamos que para o apropriado diagnóstico diferencial das rinites, todos os pacientes com sintomas nasais crônicos ou de difícil resolução devem ser examinados por especialista e por meio de rinoscopia, no sentido de detectar possíveis problemas como os abaixo listados:

Diagnóstico Diferencial das Rinites:

1. Variações anatômicas estruturais:
 - Desvio de septo.
 - Hipertrofia óssea das conchas nasais.
 - Hipertrofia de adenóide.
 - Variações anatômicas do complexo óstio-meatal.
 - Corpos estranhos nasais.
 - Atresia de coanas.
2. Pólipos nasais.
3. Rinorréia cérebro-espinal (fístula líquórica).
4. Tumores nasossinusais.
5. Doenças granulomatosas nasossinusais (Wegener, Sarcoidose, Tuberculose, Hanseníase, outras).

RINITE ALÉRGICA

Doença nasal de caráter inflamatório iniciada por uma hipersensibilidade **mediada por IgE** a substâncias estranhas (alérgenos). Os alérgenos que mais comumente estão envolvidos na gênese da reação alérgica são: ácaros da poeira doméstica, fungos, pólen, animais domésticos (cão e gato) e restos de insetos (baratas).

A história clínica é o mais importante para o diagnóstico. Obstrução nasal, rinorréia aquosa, espirros em salva e prurido nasal, nos olhos e no palato, são os sintomas do quadro clínico clássico. O clínico assistente deve considerar o diagnóstico diante a um paciente, adulto ou criança, que manifesta estar sempre "gripado".

Outros sintomas como alterações do olfato e paladar, cefaléia ou otalgia podem aparecer pelo comprometimento secundário da congestão nasal nas estruturas de vizinhança (teto do nariz, óstio dos seios paranasais, tuba auditiva, etc...). A respiração oral predominante pode gerar sensação de secura e irritação na garganta. Além disso, alguns pacientes manifestam cansaço, irritabilidade, diminuição de concentração, entre outros sintomas gerais.

As manifestações clínicas da rinite alérgica podem ser perenes (ocorrer durante todo o ano) ou sazonais

(em determinados períodos do ano). Outras duas formas de rinite alérgica também são descritas: circunstancial (sintomas esporádicos quando em presença dos alérgenos) e ocupacional (sintomas presentes nos dias de trabalho, melhorando em fins de semana e feriados).

O exame físico fornece informações também valiosas, como a presença de facies e tiques alérgicos (coloração azulada em baixo dos olhos, prega transversa sobre o nariz em função da saudação do alérgico, outros tiques faciais, etc...). A rinoscopia é considerada essencial, pois é o exame que define a anatomia dos órgãos de choque, no caso a cavidade nasal e suas relações com os seios paranasais. O exame torna-se ainda mais importante nos casos resistentes aos tratamentos clínicos empregados, no sentido de afastar outras causas de sintomas nasais que podem confundir o médico assistente (vide diagnóstico diferencial das rinites). Na rinite alérgica, a mucosa nasal encontra-se frequentemente edemaciada, pálida com quantidade variável de secreção aquosa (Figura 1). Enfatiza-se que pacientes com sintomas nasais persistentes ou recorrentes e resistentes a tratamento clínico ou com sintomas unilaterais devem obrigatoriamente ser submetidos a um exame nasal completo, incluindo endoscopia nasal.

Existem dois exames específicos para a identificação de sensibilidade a alérgenos que podem ser úteis no diagnóstico da rinite alérgica: o teste cutâneo e a determinação de IgE específica.

O teste cutâneo de hipersensibilidade imediata a aeroalérgenos por meio de punctura (*prick test*) é um exame muito útil e o mais utilizado para confirmar o diagnóstico da reação alérgica mediada por IgE a partir da suspeita clínica. Este teste deve ser executado com antígenos padronizados, escolhidos de acordo com a região do país e sob a supervisão direta de médico devidamente capacitado. Os antígenos mais comumente testados são: ácaros da poeira doméstica (*D. Pteronyssinus*, *B. Tropicalis*), baratas (*Blatella germanica* e *Periplaneta americana*), fungos (*Aspergillus*, *Penicillium*, *Candida*, *Cladosporium*, etc.), epitélio de cão e gato, pólen de gramíneas e de árvores. É importante salientar que o teste não é 100% sensível, podendo ocorrer falso-negativo (crianças abaixo de 2 anos, idosos, uso de medicamentos anti-histamínicos, etc.).

O RAST (teste radioalergoabsorvente) pode também ser solicitado para detectar, *in vitro*, a presença de anticorpos anti-IgE específicos. Apesar de serem tão eficazes quanto o teste cutâneo em termos de sensibilidade e especificidade, são mais dispendiosos, requerem punção venosa, laboratório especializado e maior tempo para o resultado.

Outros indicadores indiretos de atopia podem ajudar no diagnóstico, como a preponderância de eosinófilos na citologia nasal ou a eosinofilia no sangue periférico e a dosagem elevada de IgE sérica (7). Cabe salientar que a sensibilidade e a especificidade destes exames é menor do que a dos testes específicos brevemente relatados nos parágrafos anteriores.

A Figura 2 mostra o roteiro para o diagnóstico das rinites proposto pelo Consenso Brasileiro sobre Rinites (5).



Figura 1 – Rinoscopia anterior clássica de rinite alérgica: observar rinorréia aquosa e palidez da mucosa nasal.

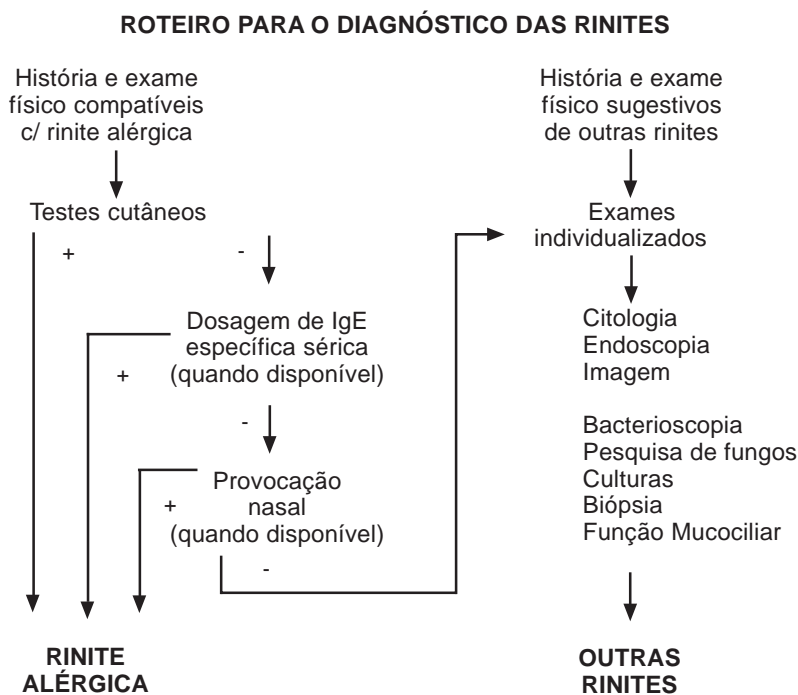


Figura 2 – Diagnóstico das Rinites
(Consenso Brasileiro sobre Rinites – Campos do Jordão 1999).

Outros testes de interesse:

Imagem – Apesar de não ser necessário imagem para o diagnóstico de rinite alérgica, a tomografia computadorizada vem sendo cada vez mais utilizada para a definição precisa de doença subjacente comprometendo os seios paranasais (8).

Métodos específicos de avaliação da permeabilidade nasal – a rinomanometria computadorizada e, mais recentemente, a rinometria acústica (ecografia nasal) permitem quantificar objetivamente o sintoma de obstrução nasal e monitorizar a resposta aos tratamentos empregados (9).

RINITE INFECCIOSA

As rinites infecciosas agudas formam o grupo mais comum entre todos os tipos de rinites. São classificadas de acordo com a etiologia em virais ou bacterianas. As formas crônicas são bem menos frequentes e são classificadas em específicas: leishmaniose, hanseníase, rinosporidiose, etc... ou inespecíficas: síndrome da discinesia

ciliar ou Kartagener, síndrome de Young, fibrose cística, entre outras.

As rinites virais agudas são diferenciadas em resfriado comum, causado mais frequentemente por um rinovírus ou gripe, provocada por um vírus do tipo influenza A, B ou C ou suas variantes. A transmissão ocorre pelo contato pessoal (perdigotos), sendo os sintomas muito semelhantes nos dois casos: obstrução nasal e rinorréia de variável intensidade, consistência e coloração. Usualmente, o corrimento nasal é claro e seroso nos primeiros dias, podendo passar a muco-purulento por contaminação bacteriana inespecífica. Espirros são comuns, assim como cefaléia e dor de garganta. Febre e prostração são mais comuns nos casos de gripe. Nestes casos, observa-se também com mais frequência a ocorrência de infecções associadas de vias aéreas superior e inferior (otites, sinusites, bronquites, etc...). O quadro costuma ceder em cerca de 7-10 dias a não ser que ocorra infecção bacteriana secundária. Trata-se com medicação analgésica e antitérmica, higiene nasal

com solução salina, hidratação e repouso. O uso de descongestionante nasal tópico em casos mais severos pode ser permitido desde que por tempo bem limitado (3-5 dias).

RINITE IDIOPÁTICA (“VASOMOTORA”)

É uma rinite não-alérgica e não-infecciosa, na qual ocorrem reações de hipersensibilidade nasal em presença de agentes inespecíficos, como por exemplo: cheiros fortes, cigarro, alterações de umidade e temperatura, etc... Os sintomas predominantes são obstrução nasal e/ou rinorréia. Não se sabe precisamente qual sua etiologia, motivo pelo qual passou a ser chamada de idiopática. O diagnóstico é, portanto, de exclusão.

RINITE NÃO-ALÉRGICA EOSINOFÍLICA (RENA)

Caracterizada por sintomas nasais tipo alérgicos perenes e eosinofilia nasal, porém sem evidência de mediação por IgE (teste cutâneo negativo e níveis de IgE normais). A etiologia é desconhecida, ocorrendo em indivíduos acima dos 20-30 anos. É comum o aparecimento de pólipos nasais nestes pacientes, podendo representar um estágio inicial de intolerância ao ácido acetilsalicílico.

RINITE INDUZIDA POR DROGRAS

Resulta do uso continuado de drogas sistêmicas como: reserpina, guanidina, fentolamina, metildopa, inibidores da ECA, prazosin e beta-bloqueadores. Outras: clorpromazina, cocaína, aspirina e outros anti-inflamatórios não-esteróides, contraceptivos orais, betabloqueadores oftálmicos de uso tópico, etc...

Quando a rinite é induzida pelo uso crônico de gota nasal descongestionante, chamamos de **rinite medicamentosa**.

RINITE POR IRRITANTES (OCUPACIONAL)

Os sintomas de rinite surgem relacionados a inalação de vários produtos químicos e gases, contato com animais de laboratório, látex, madeira, partículas de óleo diesel, fumaça de cigarro, entre outros. Quando ocorre exclusivamente no ambiente de trabalho é chamada de **rinite ocupacional** e pode estar associada a asma ocupacional.

RINITE HORMONAL

Forma de rinite comum durante a gestação, menstruação, puberdade e também no hipotireoidismo e acromegalia. O uso de contraceptivos orais provoca esta tipo de rinite em algumas pacientes (também classificada como rinite induzida por drogas).

RINITE ATRÓFICA

Classifica-se em primária (etiologia desconhecida) e secundária (iatrogênica). Na rinite atrófica primária (ozena), a mucosa e osso subjacente das conchas nasais atrofiam-se em graus variáveis. A cavidade nasal é ampla, porém, obstrução nasal e hiposmia são frequentes, assim como a mucosa nasal é ressecada com formação de crostas e cheiro ruim.

A rinite atrófica secundária é, na maioria das vezes, iatrogênica, como por exemplo: pós-cirurgia radical das conchas nasais. Pode ocorrer também pós-radioterapia nos tumores nasais e dos seios paranasais. Os sinais e sintomas são semelhantes aos da atrófica primária.

RINITE EMOCIONAL

Os sintomas de rinite podem aparecer em indivíduos susceptíveis, desencadeados por situações de estresse importante e/ou somatização. O mecanismo provável é por estimulação autonômica parassimpática.

RINITE ALIMENTAR

Os sintomas aparecem em reação à ingestão de certos alimentos ou seus corantes e preservativos. Usualmente, provoca comprometimento concomitante de outros sistemas do organismo (ex.: pele).

Chama-se de rinite gustatória aquela associada a ingestão de alimentos muito quentes ou muito temperados (ex: capsaicina presente na pimenta). O diagnóstico nas rinites alimentares é de difícil confirmação. Podem ser necessários testes *in vitro* (RAST) e cutâneos, dietas de exclusão e reintrodução até se comprovar o fator causal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. International consensus report on the diagnosis and management of rhinitis. International rhinitis management working group. *Allergy* 19:1-34, 1994.
2. BARBEE R, KALTENBORN W, LEBO-WITZ W et al. Longitudinal changes in allergic skin test reactivity in a community population sample. *J Allergy Clin Immunol* 79:16-24, 1987.
3. Diagnosis and treatment of rhinitis: complete guidelines of the joint task force on practice parameters in allergy, asthma and immunology. *Ann Allergy Asthma Immunol* 81:478-518, 1998.
4. Assessing and treating rhinitis: a practical guide for canadian physicians. *Can Med Assoc J* 151 (suppl):1-23, 1994.
5. Consenso brasileiro sobre rinites. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia* 66 (3) (supl 10):1-34, 2000.
6. BRODER I, HIGGINS MW, MATTHEWS KP et al. Epidemiology of asthma and allergic rhinitis in a total community. *J Allergy Clin Immunol* 53:127-38, 1974.
7. SPALDING SM, WALD V, BERND LAG. IgE sérica total em atópicos e não-atópicos na cidade de Porto Alegre. *Rev Assoc Méd Bras* 46(2), 2000.
8. ROITHMANN R, NOYEK A, KASSEL E et al. CT imaging in the diagnosis and treatment of sinus disease: a partnership between the radiologist and the otolaryngologist. *The Journal of Otolaryngology* 22:253-60, 1993.
9. ROITHMANN R, COLE P, CHAPNIK J et al. Acoustic rhinometry in the evaluation of nasal obstruction. *Laryngoscope* 105:275-81, 1995.