



# RINITE ALÉRGICA: ABORDAGEM INICIAL.

**João Ferreira de Mello Júnior**, Pós-Graduando e Médico Assistente da Disciplina de Clínica Otorrinolaringológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

**Fábio F. Morato Castro**, Médico Assistente da Disciplina de Imunologia do Serviço de Imunologia da do Hospital Das Clínicas da Faculdade de Medicina Da Universidade de São Paulo. Doutor em Imunologia pela Universidade de Heidelberg - Alemanha.

Endereço para correspondência: João Ferreira de Mello Júnior, Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar 255, 6º andar sala 6002. CEP-05403 - São Paulo - S.P. - Brasil.

## INTRODUÇÃO

Não se conhece qual a real incidência de rinite alérgica. Na literatura, os trabalhos mostram variação de 10 a 25% da população como portadora desta patologia<sup>1,2</sup>. De qualquer forma, seu impacto na sociedade assume grande vulto<sup>3,4</sup>. Dentre outras complicações, ela pode estar relacionada a distúrbios do sono<sup>5</sup>, tendo importância no rendimento profissional dos pacientes. Na criança, pode resultar em alterações do desenvolvimento crânio-facial<sup>6</sup>, ou otite média secretora<sup>4,7</sup> e, com isto, comprometer o aproveitamento escolar e/ou o desenvolvimento da linguagem. O conhecimento dos mecanismos fisiopatológicos envolvidos na rinite alérgica e seu diagnóstico correto são fundamentais para o adequado tratamento.

O objetivo deste artigo é facilitar a avaliação do quadro clínico da rinite alérgica e mostrar qual nosso enfoque terapêutico inicial para esses pacientes.

## MATERIAL E MÉTODOS

A obtenção de medidas objetivas da função nasal requer o uso de aparelhagem específica e seus parâmetros são variáveis<sup>8,9</sup>. Com o objetivo de facilitar a avaliação dos pacientes portadores de rinite alérgica, adotamos parâmetros subjetivos, como a intensidade dos sintomas e sinais clínicos. Com base neste aspecto, na disciplina de Clínica Otorrinolaringológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, e no ambulatório de rinite da Disciplina de Imunologia do Serviço de Imunologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, adotamos uma tabela, idealizada por Meltzer<sup>8</sup>, na qual, através de escala de pontos para os sinais e sintomas, classificamos a intensidade da rinite alérgica.

Nesta tabela, daremos pontos de 0 a 3, conforme determinado sinal ou sintoma esteja ausente ou presente na sua maior intensidade, respectivamente (Tabelas 1 e 2). Analisamos os sintomas como intensidade da coriza, da congestão nasal, sensação de prurido, número de espirros e presença de secreção retro-nasal. Os sinais referem-se à coloração e volume dos cornetos, intensidade da rinorréia e aspecto da orofaringe (inflamação faríngea). Nesta última, procuramos pela presença de hiperemia, grânulos e secreção.

Além desta análise, solicitamos alguns exames laboratoriais, como hemograma completo, citológico nasal, teste cutâneo de hipersensibilidade imediata (Prick Test) para antígenos inalatórios, Rx de seios da face e protoparasitológico de fezes. Caso seja necessário, outros exames são realizados, como Rx de cavum e fibroscopia nasal, por exemplo.

Através de história clínica completa e destes escores, classificamos os doentes em quatro grupos, conforme sua soma de pontos. Grupo I até 6, grupo II de 7 a 12, grupo III de 13 a 18 e grupo IV de 19 a 24. Em nosso serviço, cada um destes grupos receberá terapêutica diferente como tratamento inicial.

Os pacientes do grupo I são orientados a realizar adequada higiene ambiental e receberão anti-histamínicos associados ou não a descongestionantes (de acordo com o grau de obstrução nasal e possíveis contra-indicações) para serem usados por período de 15 dias. Os do grupo II, além da mesma terapêutica do grupo I, utilizarão o cromoglicato dissódico como medicação preventiva. Os do grupo III são orientados como os do grupo anterior, porém utilizarão corticosteróides intra-nasais nas doses recomendadas (diproionato de beclometasona ou budesonide ou propionato de fluticasone), ao invés de estabilizadores de membrana. Finalmente, os pacientes do grupo IV recebem a mesma orientação que os do grupo III e

**Tabela 1**

Escores de sintomas de pacientes portadores de rinite alérgica (adaptada de Eli O. Meltzer).

Sintomas
<p><b>Espirros / prurido</b></p> <p>0- Ausente</p> <p>1- 1 à 4 por dia / prurido ocasional</p> <p>2- 5 à 10 por dia / prurido esporádico por mais de 30 minutos</p> <p>3- 11 ou mais / interfere com sono e / ou concentração</p>
<p><b>Coriza</b></p> <p>0- Ausente</p> <p>1- Limpeza 1 à 4 vezes ao dia</p> <p>2- Limpeza 5 à 10 vezes ao dia</p> <p>3- Limpeza constante</p>
<p><b>Obstrução nasal</b></p> <p>0- Ausente</p> <p>1- Pequena e não atrapalha</p> <p>2- Respiração bucal na maior parte do dia</p> <p>3- Não respira pelo nariz / interfere com sono, olfato ou voz</p>
<p><b>Secreção retro-nasal</b></p> <p>0- Ausente</p> <p>1- Sensação de secreção na garganta</p> <p>2- Limpeza freqüente da garganta</p> <p>3- Tosse e incomoda para falar</p>

**Tabela 2**

Escores de sinais de pacientes portadores de rinite alérgica (adaptada de Eli O. Meltzer).

Sinais
<p><b>Coloração dos cornetos</b></p> <p>0- Normal / róseo</p> <p>1- Avermelhado / rosa pálido</p> <p>2- Vermelho / pálido</p> <p>3- Inflamado / anêmico / azulado</p>
<p><b>Secreção</b></p> <p>0- Ausente</p> <p>1- A mucosa parece úmida</p> <p>2- Secreção visível em cornetos ou assoalho da fossa nasal</p> <p>3- Profusa / drenando</p>
<p><b>Edema dos cornetos</b></p> <p>0- Ausente</p> <p>1- Hipertrofia de corneto inferior ou médio com pequeno bloqueio nasal</p> <p>2- Congestão comprometendo a respiração em uma ou ambas fossas nasais</p> <p>3- Congestão impedindo a respiração em uma ou ambas fossas nasais</p>
<p><b>Inflamação faríngea</b></p> <p>0- Normal</p> <p>1- Orofaringe discretamente hiperemiada</p> <p>2- Orofaringe hiperemiada ou folículos linfóides aparentes</p> <p>3- Muco visível na parede posterior da orofaringe</p>

ainda corticosteróide sistêmico por curto período para controle rápido dos sintomas, e são encaminhados ao Serviço de Imunologia para serem submetidos a imunoterapia específica (Quadro 1). Todos os pacientes são reavaliados cerca de um mês depois. Nesta nova consulta, verificamos os exames laboratoriais solicitados e, caso seja necessário, alteramos a medicação prescrita. Poderemos tanto passar a utilizar a terapia de um grupo superior, quanto de um grupo inferior.

## DISCUSSÃO

Esta tabela se aplica apenas aos doentes portadores de rinite alérgica, desde que não existam complicações associadas como processo infeccioso, ou rinite medicamentosa, por exemplo. Nestes casos, os parâmetros utilizados perdem sua validade.

A análise dos sintomas apresentados pelo doente refere-se não ao dia da consulta, mas sim ao seus padrões na história clínica. Por outro lado, o exame físico será o do dia da consulta. Portanto, devemos ter cuidado para

não fazer comparação direta entre intensidade de sintomas e sinais clínicos.

Nossa conduta terapêutica não é estática, variando de caso para caso, conforme a resposta pregressa que os doentes apresentaram aos diferentes medicamentos. Todos os pacientes são orientados a utilizar novamente os anti-histamínicos, por período de aproximadamente uma semana, caso haja necessidade durante o intervalo entre as consultas. Outro aspecto que deve ser mencionado é que, em todos os retornos, os cuidados com a higiene ambiental são novamente assinalados. Além disto, os doentes do grupo III, conforme a resposta ao tratamento medicamentoso, são encaminhados para a imunoterapia específica.

## CONCLUSÃO

É fato que esta classificação é subjetiva, podendo variar muito, mas auxilia aqueles que estão começando na especialidade a organizar sua avaliação do paciente alérgico. De forma alguma estamos tentando ditar alguma

### Quadro 1

Orientação terapêutica inicial, segundo a intensidade do quadro clínico.

ESCORE	GRUPO	TRATAMENTO
0-6	I	Cuidados gerais + anti-histamínicos
7-12	II	Item I + cromoglicato dissódico
13-18	III	Item I + corticosteróide tópico
19-24	IV	Item III + corticosteróide sistêmico + imunoterapia específica

forma de tratamento; desejamos apenas mostrar nosso enfoque terapêutico inicial. Após um mês com esta terapêutica, o paciente é novamente avaliado e, sendo necessário, mudamos os medicamentos prescritos.

### BIBLIOGRAFIA

- 1- Walden, SM - Experimentally induced nasal allergic responses. *J Allergy Clin Immunol*, 81:940-9, 1988.
- 2- Settipane, GA - Rhinitis. Introduction. In: Settipane, GA - *Rhinitis*, Rhode Island, OceanSide Publications, Inc., 1991. 1-11.

- 3- Flemons, WW - Quality of life consequences of sleep-disordered breathing. *J Allergy Clin Immunol*, 99: 5750-6, 1997.
- 4- Spector, SL - Overview of comorbid associations of allergic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol*, 99: 5773-80, 1997.
- 5- Young, T - Nasal obstruction as a risk factor for sleep-disordered breathing. *J Allergy Clin Immunol*, 99: 5757-62, 1997.
- 6- Shapiro, PA - Effects of nasal obstruction on facial development. *J Allergy Clin Immunol*, 81: 967-71, 1988.
- 7- Fireman, P - Otitis media and eustachian tube dysfunction: Connection to allergic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol*, 99: 5787-97, 1997.
- 8- Meltzer, EO - Evaluating rhinitis: Clinical, rhinomanometric, and cytologic assessments. *J Allergy Clin Immunol*, 82: 900-8, 1988.
- 9- Cole, P - Nasal Patency and its Assessments. In: Settipane, GA - *Rhinitis*, Rhode Island, OceanSide Publications, Inc., 1991. 313-17.

## PÓS-GRADUAÇÃO NA FMUSP - DOUTORADO EM OTORRINOLARINGOLOGIA

A Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo oferece Curso de Pós Graduação - Doutorado em Otorrinolaringologia aberto para colegas de todo o Brasil.

Para maiores informações sobre pré-requisitos, época de matrícula e como funciona o curso ligue para (011) 280-0299 com a Sras. Terezinha, Márcia ou Bárbara e peça para ser enviado um exemplar do "**MANUAL DA PÓS GRADUAÇÃO**" o manual também está totalmente disponível em nossa "home-page" (<http://www.hcnet.usp.br/otorrino>) via internet clicando no item "**PÓS GRADUAÇÃO - STRICTO SENSU**", onde toda a sistemática está explicada.

### NORMAS PARA RECEBIMENTO DE COLABORAÇÕES

Os "arquivos de Otorrinolaringologia" aceita colaborações de colegas otorrinolaringologistas e fonoaudiólogos. As colaborações podem ser em forma de artigos originais, apresentação de casos, condutas, técnicas cirúrgicas, assuntos de interesse atual, etc.

As normas para envio são:

- 1) Duas cópias datilografadas em espaço duplo, papel sulfite branco com margens laterais, ou preferencialmente em 1 cópia datilografada e disquete com arquivo do programa WORD.
- 2) Na primeira página deve conter:
  - a) o título da colaboração em português e inglês,
  - b) o nome dos autores com títulos pessoais
  - c) nome e endereço do autor principal
  - d) local (instituição) onde o trabalho foi realizado
  - e) outros dados (fonte de suporte, apresentação em congresso etc)
- 3) Da terceira página em diante, o texto com as referências bibliográficas.
- 4) Para as referências bibliográficas, deverá ser usada a sistemática abaixo:

#### Periódicos

Sobrenome do Autor, iniciais - Título do Artigo. Nome do Periódico, volume: página inicial - página final, ano.

#### Teses:

Sobrenome do Autor, iniciais - Título da Tese, Cidade, ano, página. (Tese de Mestrado ou Doutorado - Nome da Faculdade).

#### Livros:

Sobrenome do Autor, iniciais - Nome do Livro, Cidade, Editora, ano. Página inicial - página final.

#### Capítulos de Livro:

Sobrenome do Autor do Capítulo, iniciais - Nome do Capítulo. In: Sobrenome do Autor do Livro, iniciais - Nome do Livro, Cidade Editora, ano. Página inicial - página final. (observar a potenciação).

6) Ilustrações - Fotos em papel brilhante, preto e branco, de 9x12 cm. Legendas datilografadas separadamente. Duas cópias de cada foto. Serão aceitos desenhos. Ilustrações coloridas poderão ser publicadas a critério editorial.

Enviar as colaborações para: Fundação Otorrinolaringologia - Rua Pedroso Alvarenga, 1255 cj. 22 - São Paulo - SP - 04531-012.