

1. INTRODUÇÃO

A rinite alérgica (RA) é uma doença inflamatória que resulta de uma desordem iniciada pela mucosa nasal como resposta imune à inalação de alérgenos em indivíduos sensíveis¹. A inflamação da mucosa nasal é provocada por exposição a agentes alérgenos interiores e/ou exteriores (Exs. ácaros, insetos, pelos de animais, fungos, pólen). Quando inalados induzem uma resposta imunológica específica mediada pela imunoglobulina E (Ig E)². É uma doença respiratória crónica, comum em todas as idades com predomínio na infância e adolescência³, que afeta²: qualidade de vida; produtividade; desempenho na aprendizagem escolar; e, potencia outras comorbidades (asma, sinusite e otite média crónica).

2. OBJETIVOS

Descrever a patofisiologia, os sintomas, o diagnóstico e a abordagem terapêutica à RA.

3. MATERIAL E MÉTODOS

Realizou-se um levantamento bibliográfico nas bases de dados SciELO, RCAAP e Pubmed. Foram consultados, fundamentalmente, artigos de revisão, publicados desde 2010. Utilizaram-se com maior frequência os descritores, de forma isolada ou associados, *allergic rhinitis, epidemiology, pathophysiology, symptoms, therapeutic and diagnostic*.

4. RESULTADOS

4.1. Causas

As mudanças no estilo de vida das pessoas (alimentação, consumo de produtos industrializados, ricos em conservantes e outros produtos químicos; redução do contacto de crianças com microrganismos, devido às melhores condições de higiene e vacinação) propiciariam mudanças nas características imunológicas dos indivíduos, predispondo-os, por exemplo, a doenças de etiologia alérgica⁴.

4.2. Classificação

Quanto à frequência dos sintomas, a RA pode ser intermitente ou persistente⁵. Quanto à gravidade, a RA pode ser leve, moderada ou grave⁵ (Tabela 1).

4.3. Epidemiologia

A RA sazonal regista maior prevalência em crianças e adolescentes, enquanto que a RA perene é mais prevalente em adultos. Entre as crianças, os indivíduos do género masculino registam as prevalências mais elevadas. Nos adultos é igual a prevalência por géneros³.

Tabela 1 - Classificação da RA tendo em conta os sintomas e a gravidade

INTERMITENTE	PERSISTENTE
Sintomas com duração < 4 dias/semana e/ou < 1 dia/mês e/ou estão presentes < 30 dias	Sintomas durante > 4 dias/semana e/ou estão presentes > 30 dias
LEVE	MODERADA/GRAVE
Sintomas sem qualquer impacto na qualidade de vida	Sintomas com algum impacto na qualidade de vida

4.4. Sintomas

Os sintomas poderão incluir, rinorreia, congestão nasal, obstrução nasal recorrente ou persistente, prurido nasal e espirros, olheiras escuras ou acinzentadas abaixo dos olhos, lacrimejamento, dilatação dos vasos sanguíneos da conjuntiva e sensibilidade à luz⁶.

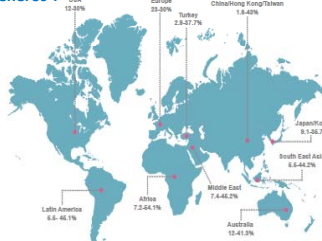


Figura 1 – Epidemiologia da RA
 Fonte: (3)

4.5. Patofisiologia

Nos indivíduos predispostos a exposição a substâncias pode originar a formação e mobilização de anticorpos que dirigidos contra um alérgeno, provocam a libertação de determinados mediadores (Exs. histaminas, prostaglandinas,...), os quais se ligam a estruturas tecidulares provocando os sintomas característicos. A histamina provoca rinorreia, comichão, espirros e obstrução nasal. Cerca de 4 a 8 horas após a exposição inicial ao alérgeno, pode ocorrer uma reação de fase tardia que se pensa dever-se às citocinas libertadas, primeiramente, por células mastocitárias. Com a repetida exposição ao alérgeno vai persistir um estado de inflamação crónica que é essencialmente uma reação de fase tardia contínua^{7,8}.

4.6. Diagnóstico

Uma história completa e exame físico são os pilares do estabelecimento do diagnóstico da RA. Contudo, o exame clínico e os testes de diagnóstico mostrando sensibilização a alérgenos inalantes são fundamentais.

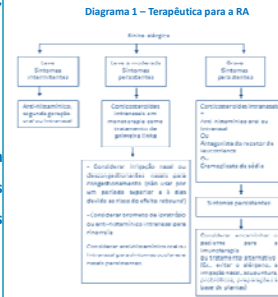
7. BIBLIOGRAFIA

1. Hellings, P. What is allergic rhinitis. In Akdis, C., Hellings, P., Agache, J. (Eds). (2015). Global Atlas of Allergic Rhinitis and Chronic Rhinosinusitis. European Academy of Allergy and Clinical Immunology, 2015; 2. Sur, D. & Scandale, S. Treatment of Allergic Rhinitis. *American Family Physician*, 2010, 81 (12): 1441-1446; 3. Tong, M. & Lin, J. *Epidemiology of allergic rhinitis throughout the world*. In Akdis, C., Hellings, P., Agache, J. (Eds). (2015). Global Atlas of Allergic Rhinitis and Chronic Rhinosinusitis. European Academy of Allergy and Clinical Immunology, 2015; 4. Tamay, Z.; Akçay, A.; Ergin, A. & Güler, N. Prevalence of allergic rhinitis and risk factors in 6- to 7-year old children in Istanbul, Turkey. *Turk J Pediatr*, 56 (01): 31-40, 2014; 5. ARIA. *Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2010 revision*. Geneva: World Health Organization (WHO), 2010 Dec 23. 153 p. [742 references]; 6. Roberts G, Katsipantzi M, Borrero L, Custovic A, Halkers S, & Hellings P, Papadopoulos N, Rotstein G, Scadding G, Timmermans F, & Valovirta E (2013). Paediatric rhinitis: position paper of the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. *Allergy* 68 (2013) 1102-1116; 7. Pawankar, R.; Sachiko, M.; Chika, O. & Satoko, K. Overview on the pathomechanisms of allergic rhinitis. *Asia Pac Allergy* 2011;11:157-167; 8. Posa, S.; Leick, L.; Prado, C.; Martins, M. & Tibério, I.; Eosinophilic inflammation in allergic asthma. *Front. Pharmacol.*, 17 April 2013 <http://dx.doi.org/10.3389/fphar.2013.00046>; 9. Min, Y. The Pathophysiology, Diagnosis and Treatment of Allergic Rhinitis. *Allergy Asthma Immunol Res.* 2010 April 2(2):65-76; 10. Seidman, M.; Gurgel, R.; Liu, S.; Schwartz, S.; Baroody, F.; Bonner, J.; Dawson, D.; Dylewicz, M.; Hackell, J.; Han, J.; Izbman, S.; Krouse, M.; Malekzadeh, S.; Mills, J.; Omole, F.; Reddy, W.; Wallace, D.; Walsh, S.; Warren, B.; Wilson, M. & Nwacheta, L. Clinical practice guideline: Allergic rhinitis. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2015 Feb;152(1 Suppl):S1-43. doi: 10.1177/0145599214561600; 11. Aboody, O. & Eghanam, K. Sublingual immunotherapy in allergic rhinitis: efficacy, safety, adherence and guidelines. *Clin Exp Otorhinolaryngol*, 2014 Dec;14(24):9. doi: 10.3342/ceo.2014.7.4.241. Epub 2014 Nov 14; 12. Resumo das Características do Medicamento (s/d). Documento consultado em abril de 2016. Disponível em http://www.ema.europa.eu/docs/pt_PT/document_library/EPAR_Product_Information/human/000606/W0500057298.pdf; 13. Chen, Y.; Jin, X.; Yu, M.; Fang, Y. & Huang, L. Acupuncture moderate to severe allergic rhinitis: A non-randomized controlled trial. *Chin J Integr Med*. 2016 Mar 21. [Epub ahead of print]; 14. Yang, G.; Liu, Z. & Yang, P. Treatment of allergic rhinitis with probiotics: an alternative approach. *N Am J Med Sci*. 2013 Aug; 5(8):465-8. doi: 10.4103/1947-2714.117299.

Por exemplo, os testes específicos de IgE (pele ou sangue) são considerados o *Gold Standard* em doentes que não respondem ao tratamento empírico, quando o diagnóstico é incerto ou quando a identificação do alérgeno é necessário para o sucesso da terapêutica^{2,9,10}.

4.7. Terapêutica Farmacológica

No que diz respeito à terapêutica farmacológica, na RA leve com sintomas intermitentes, os anti-histamínicos orais são mais eficazes na prevenção do que na reversão da resposta histamínica, apresentando os da 2ª geração em relação aos de 1ª um melhor perfil. Por outro lado, em comparação com os anti-histamínicos orais (Exs. desloratadina; levocetirizina; fexofenadina e loratadina), os intranasais (Exs. azelastina e olopatadina), oferecem a vantagem de proporcionar uma maior concentração de medicamento numa área alvo específica, resultando menos efeitos adversos Na RA leve a moderada com sintomas persistentes, a terapêutica com corticosteróides nasais (Ex. fluticasona), em monoterapia, é considerado o tratamento de primeira linha. Por fim, a terapia de combinação (Ex. fluticasona e azelastina) é considerada a melhor opção para doentes com RA grave com sintomas persistentes (Diagrama 1).



A imunoterapia deve ser considerada para pacientes com RA persistente moderada ou grave que não respondem aos tratamentos habituais. A imunoterapia direcionada é o único tratamento que altera o curso natural da RA impedindo exacerbação^{2,11}. A tecnologia de ADN recombinante tem também desempenhado um papel importante na imunoterapia, permitindo o desenvolvimento de vacinas para alérgenos s específicos. (Ex. omalizumab).

4.8. Terapêutica Farmacológica

Acupuntura

A acupuntura liberta neuroquímicos, como beta-endorfinas, encefalinas, e serotonina que, por sua vez, medeiam a inflamação das vias envolvidas na RA^{2,13}. Com base em ensaios clínicos aleatórios envolvendo adultos e crianças, os resultados obtidos não permitem apoiar ou refutar a sua utilização no tratamento da RA^{2,13}.

Probióticos

Com base nos dados limitados até à data, os probióticos não podem ser considerados uma terapia alternativa útil para a RA. Resultados de vários estudos (doze ensaios clínicos aleatórios e um estudo direcionado para o tratamento pré-natal) não foram conclusivos².

Outras

Os doentes devem evitar a exposição ao fumo de cigarro, animais de estimação e alérgenos a que têm uma sensibilidade conhecida². A irrigação nasal é benéfica no tratamento da rinorreia crónica e pode ser usada sozinha ou como adjuvante terapêutico². Embora as alergias aos ácaros sejam comuns, estudos desenvolvidos não encontraram qualquer benefício no uso de impermeáveis de colchões, almofadas e travesseiros à prova de ácaros². Outros exemplos de intervenções propostas sem eficácia comprovada incluem o aleitamento materno como forma de retardar a exposição a alimentos sólidos na infância e a utilização de sistemas de filtragem de ar².

5. CONCLUSÃO

Não existe ainda cura para a RA. Uma vez diagnosticada deve-se, de acordo com a frequência e a gravidade dos sintomas, identificar a gravidade da doença bem como as suas complicações. As intervenções terapêuticas incluem controlo dos sintomas da RA, a necessidade de uma terapêutica farmacológica e medidas de qualidade de vida.