



SEÇÃO XVIII ► CAPÍTULO 181

Rinites

Felipe Eduardo Broering

Leandro Ramos de Carvalho

Paulo da Veiga F. Mendes Júnior

Patrícia Carla Gandin Pereira

Aspectos-chave

- ▶ Normalmente, a rinite apresenta-se de forma benigna, mas nem sempre pode ser considerada um problema menor. Em alguns casos, pode cursar com importante prejuízo na qualidade de vida, podendo estar associada a asma, sinusite, otite média, conjuntivite e apneia obstrutiva do sono.
- ▶ A maioria das causas de rinite aguda são as infecções virais (resfriado comum), e a rinite alérgica é o tipo mais frequente de rinite crônica, com prevalência em crescimento.
- ▶ A maior parte dos sintomas da rinite pode e deve ser manejada na atenção primária. A boa adesão às medidas comportamentais, sempre que indicadas, e o uso racional da terapêutica farmacológica básica controlarão os sintomas na maioria das pessoas. ▶ **Indivíduos com rinite alérgica persistente devem ser avaliados quanto à**

possibilidade de coexistência de asma, por meio do exame clínico e, quando necessário, de teste de função pulmonar.

- ▶ Quase 80% dos pacientes com asma têm o diagnóstico associado de rinite alérgica. O controle da rinite, também auxiliará no controle da asma.

Caso clínico

Marcelo, 27 anos, funcionário de *pet shop*, procura atendimento médico queixando-se de coriza abundante e obstrução nasal. Notou que os sintomas diminuem de intensidade nas férias, embora não desapareçam. Relata que, quando precisa substituir outro funcionário no banho e na tosa, seus olhos e garganta coçam muito, com alívio somente 1 ou 2 dias depois. Informa ainda que, ao sair do banho, costuma ter crises de espirros e piora da coriza. Usa descongestionante em gotas, várias vezes ao dia, há cerca de 6 meses, e guarda frascos dessa medicação em sua mochila, em casa e no trabalho. Sente chiado no peito e falta de ar ocasionalmente, durante o jogo de futebol semanal. Lembra-se de ter feito nebulização diversas vezes no pronto-atendimento, quando criança. É adotado e não tem informações sobre sua família biológica. Tem dois gatos, que possuem trânsito livre a todos os cômodos da casa.

Teste seu conhecimento

1. Com base nas informações do paciente, qual é a hipótese diagnóstica mais provável para o caso descrito?
 - a. Rinite medicamentosa
 - b. Rinite alérgica persistente moderada a grave
 - c. Rinite vasomotora
 - d. Rinite mista (alérgica e não alérgica)

2. Que medidas podem ser tomadas como parte do tratamento, em uma primeira abordagem ao problema?
 - a. Identificação do alérgeno, por meio de testes cutâneos ou *in vitro*
 - b. Proibição da permanência dos gatos dentro da residência do paciente
 - c. Suspensão do uso de descongestionantes tópicos e introdução de corticosteroide nasal
 - d. Aconselhamento ao paciente quanto à mudança de atividade laboral
3. Quanto às opções de medicamentos disponíveis para o manejo da rinite, quais, entre as opções a seguir, são os menos indicados?
 - a. Corticosteroide intranasal associado a um anti-histamínico oral de segunda geração
 - b. Cromoglicato dissódico intranasal associado a corticosteroide sistêmico intramuscular ou oral
 - c. Antileucotrieno oral associado a anti-histamínico oral de segunda geração e corticosteroide intranasal
 - d. Anti-histamínico intranasal associado a corticosteroide intranasal
4. Constituem situações em que o encaminhamento para o otorrinolaringologista se faz necessário, EXCETO:
 - a. Desvio de septo, sem queixas obstrutivas, palidez de mucosa nasal e hipertrofia de cornetos
 - b. Rinorreia purulenta unilateral fétida em crianças
 - c. Rinorreia purulenta associada à polipose nasal
 - d. Pacientes que não apresentem resposta ao tratamento, ou que não se mostrem tolerantes às medicações propostas
5. Constituem recomendações de prevenção primária de rinite

alérgica, EXCETO:

- a. Crianças e gestantes devem evitar exposição ambiental à fumaça de cigarro, para reduzir o risco de desenvolvimento de quadros alérgicos
- b. Sugere-se aleitamento materno exclusivo ao menos pelos primeiros 3 meses, independentemente da história familiar de atopia
- c. Indivíduos expostos a agentes ocupacionais devem adotar medidas que reduzam ou eliminem a exposição a tais desencadeantes, a fim de reduzir o risco de sensibilização e de desenvolvimento subsequente de rinite e/ou asma ocupacionais
- d. Recomenda-se que gestantes ou nutrizes adotem medidas dietéticas que evitem exposição a antígenos, para prevenir o desenvolvimento de alergias em crianças

Respostas: 1D, 2C, 3B, 4A, 5D

Do que se trata

Rinite é definida como uma condição inflamatória que afeta a mucosa nasal. Os sintomas de rinite incluem obstrução nasal, hiperirritabilidade causando espirros, prurido nasal, ocular e faríngeo, além de hipersecreção (coriza hialina ou mucoide).¹ A presença de ao menos dois dos sintomas descritos, durante 1 hora diariamente, por um mínimo de 12 semanas por ano, define a rinite crônica.²

Em termos de fisiopatologia, a rinite pode ser classificada em alérgica e não alérgica, sendo esta última subdividida em diversas subcategorias, como elencado no [Quadro 181.1](#). Na rinite alérgica, a reação inflamatória decorre da produção de imunoglobulina E (IgE) em resposta ao contato com alérgenos específicos, o que desencadeará a ativação de mastócitos, com a consequente liberação de uma série de mediadores inflamatórios, como a histamina, os leucotrienos e as citocinas diversas.^{1,2}

Quadro 181.1 | Classificação das rinites⁵

▶ **Infecciosa**

- Viral
- Bacteriana
- Fúngica

▶ **Alérgica**

- Sazonal
- Perene
- Intermitente
- Persistente
- Episódica
- Local¹

▶ **Não alérgica²**

- Induzida por medicamentos
 - Vasoconstritores tópicos (rinite medicamentosa)
 - AINEs
 - Anti-hipertensivos
 - Psicotrópicos (antipsicóticos)
 - Cocaína
 - Outros fármacos
- Hormonal (gestacional, relacionada ao ciclo menstrual)
- RENA
- Rinite neurogênica (vasomotora)
 - Gustatória
 - Emocional
 - Irritantes (ar frio)
 - Senil
- Rinite atrófica
- Rinite associada a RGE

▶ **Outras**

- Idiopática
- Rinite mista⁴
- Rinite ocupacional

- Alérgica
- Não alérgica

Estima-se que o diagnóstico clínico de rinite alérgica seja mais prevalente do que outras formas de rinite, na proporção de 3:1. Na prática, esta divisão pode não ser clara, sobretudo porque uma parcela significativa dos pacientes com rinite apresentará ambas as formas da doença (rinite crônica mista).³

Estima-se que a rinite crônica afete mais de 30% da população mundial. A prevalência da rinite alérgica tem sido extensivamente documentada. **A rinite alérgica corresponde ao quinto mais prevalente problema crônico de saúde, considerando-se todas as faixas etárias, e à maior patologia crônica na população pediátrica.** Atinge três a cada 10 adultos, e quatro em cada 10 crianças nos EUA.⁴

A rinite alérgica tem um importante impacto econômico no sistema de assistência médica nos EUA. Um estudo recente relata que 66% dos adultos americanos acreditam que seus sintomas nasais alérgicos tiveram algum tipo de impacto sobre sua vida diária. Os custos médicos diretos e indiretos atribuídos à rinite alérgica podem ser substanciais, em parte devido a falta de tratamento, tratamento ineficaz, baixa adesão à medicação e comorbidades associadas (p. ex., sinusites crônicas, conjuntivite alérgica, disfunção tubária, cefaleia nasossinusal, apneia do sono, polipose nasal e asma).⁴

É estimado que os custos médicos diretos para tratar a rinite alérgica, incluindo prescrições medicamentosas e consultas médicas, variem entre 2 e 5 bilhões de dólares ao ano. Os custos indiretos, devido à perda de produtividade no trabalho e estudo, cancelamento de atividades de lazer e comprometimento geral da qualidade de vida, variam entre 5,5 e 9,7 bilhões de dólares ao ano, superando até mesmo os custos atribuídos à asma.¹

Quando pensar

A hipótese de rinite alérgica deve ser aventada na presença de seus principais sintomas, ou seja: espirros, rinorreia clara, prurido em nariz, olhos e palato, sensação de gotejamento pós-nasal, manobras de limpeza frequente da garganta e congestão nasal. Relatos de sensação de se estar permanentemente resfriado devem ser valorizados. Em crianças, fadiga e cansaço frequente podem estar presentes. Não há predileção de gênero na rinite alérgica e, uma vez que 80% dos pacientes desenvolvem sintomas antes dos 20 anos de idade, os pacientes podem experimentar muitos anos de sintomas antes de serem apropriadamente diagnosticados e tratados. Estudos na Europa e nos EUA demonstram que a rinite alérgica permanece sem diagnóstico em mais de um terço dos pacientes adultos acometidos.^{4,5}

Na rinite alérgica, normalmente, o início dos sintomas atópicos ocorre na infância, com possível história familiar associada, e frequentemente há relatos de vários tratamentos, em sua maioria sem muita continuidade.

A rinite não alérgica geralmente se apresenta na vida adulta, com sintomas relacionados a mudanças de temperatura e umidade ou na presença de ar condicionado, como também a exposição de cheiros fortes (produtos químicos, cigarros, perfumes), e relação com a ingestão de determinados alimentos.⁴

O painel de discussão Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA),¹ em colaboração com a Organização Mundial da Saúde (OMS), propõe classificar a rinite alérgica em quatro categorias, combinando componentes da sua duração e da sua intensidade: intermitente leve, persistente leve, intermitente moderada a grave e persistente moderada a grave (Quadro 181.2).

Quadro 181.2 | Classificação da rinite alérgica

► Quanto à duração

- Intermitente
 - Sintomas presentes < 4 dias/semana ou < 4 semanas
- Persistente

– Sintomas presentes ≥ 4 dias/semana ou ≥ 4 semanas

► **Quanto à intensidade**

- Leve – Nenhum dos seguintes itens está presente:
 - Distúrbio do sono
 - Prejuízo de atividades diárias, lazer ou esportes
 - Prejuízo de atividades na escola ou no trabalho
 - Sintomas insuportáveis
- Moderada a grave – Um ou mais dos seguintes itens está presente:
 - Distúrbio do sono
 - Prejuízo de atividades diárias, lazer ou esportes
 - Prejuízo de atividades na escola ou no trabalho
 - Sintomas insuportáveis

O que fazer

Anamnese

É importante que exista uma abordagem ampla da pessoa com rinite, explorando-se, além da própria doença, a experiência da doença, incluindo avaliação da qualidade de vida e enfatizando-se os aspectos pessoais, profissionais e familiares envolvidos. Devem-se avaliar padrão de apresentação, cronicidade, sazonalidade, fatores desencadeantes, presença ou ausência de sintomas relacionados, assim como de sinais de alerta vermelho (ver seção “Quando referenciar”).

É necessário lembrar-se de que a rinite alérgica não tratada pode levar à astenia, à irritabilidade, a roncos e a alterações do padrão de sono, à diminuição da concentração, à anorexia, à ansiedade e à depressão.¹

O diagnóstico é basicamente clínico, com associação de vários dos seguintes sintomas: espirros em salva, coriza clara abundante, obstrução nasal e intenso prurido nasal. Em crianças, o hábito de coçar o nariz com a palma da mão de baixo para cima (saudação alérgica) pode produzir uma linha de expressão horizontal no dorso nasal, facilmente identificável, que é sugestiva, embora não patognomônica, de rinite alérgica. Epistaxe recorrente, pela fricção frequente, pode estar presente. Como sintomas oculares, lacrimejamento, hiperemia conjuntival, prurido,

por vezes intenso, e até fotofobia e dor podem fazer parte do quadro clínico. Prurido no conduto auditivo, no palato e na faringe é frequente. A obstrução nasal pode ser intermitente ou persistente, uni ou bilateral, alternando com o ciclo nasal, sendo geralmente mais severa durante a noite. A congestão nasal pode interferir com a aeração dos seios paranasais e da tuba auditiva, provocando, por vezes, dor facial, cefaleia, sensação de orelha tampada, otalgia e diminuição da acuidade auditiva.^{4,5,6} O [Quadro 181.3](#) sumariza condições cujos sintomas poderiam se assemelhar ao quadro clínico observado na rinite alérgica.

Uma investigação clínica adequada deve incluir a época de início do quadro, a duração, a intensidade, a frequência dos sintomas, os fatores desencadeantes e/ou agravantes da rinite. Esses dados fornecem elementos importantes para a categorização do tipo e da severidade da patologia, guiando, assim, o plano terapêutico (ver [Quadro 181.2](#)). Um breve questionário com quatro perguntas simples, acerca da possibilidade de coexistência de asma, deve ser aplicado a todas as pessoas que se apresentem com rinite persistente e/ou moderada a grave ([Quadro 181.4](#)). É estimado que 19 a 38% dos pacientes com rinite alérgica tenham asma, e uma proporção bem maior (85-95%) dos pacientes com asma tenham rinite alérgica concomitante. Essa associação deve ser sempre aventada, uma vez que a rinite não tratada é um importante fator de perpetuação e agravamento da asma.^{7,8}

Quadro 181.4 | Avaliação da possibilidade de asma

Fazer quatro perguntas simples: se o indivíduo responder SIM a qualquer uma das perguntas, a investigação para asma se faz necessária.

1. Já teve um ou mais ataques de sibilância?
2. Tem tosse incomodativa, especialmente à noite?
3. Tosse ou sibila depois de exercícios?
4. Tem sensação de aperto no peito?

Quadro 181.3 | Condições que mimetizam as rinites⁵

▶ Anormalidades anatômicas/estruturais

- Desvio do septo nasal
- Insuficiência da válvula nasal
- Atresia coanal
- Estenose de narina ou do orifício piriforme
- Hipertrofia da concha nasal inferior ou média
- Perfuração do septo nasal
- Anomalias craniofaciais
- Traumas (fraturas e sinéquias)
- Síndrome do nariz vazio

▶ Hipertrofia de adenoides

▶ Rinossinusites

▶ Pólipos nasais

▶ Discinesia ciliar

▶ Defeitos primários do muco

- Fibrose cística

▶ Doenças sistêmicas autoimunes

- LES
- AR
- Síndrome de Sjögren
- Policondrite recidivante

▶ Doenças granulomatosas

- Sarcoidose
- Granulomatose de Wegener

▶ Fístulas do LCS

▶ Outras

- Tumores nasais ou do SNC
- Corpo estranho

Devem ser pesquisados ainda os medicamentos previamente prescritos, a frequência de uso, a resposta clínica obtida e os efeitos adversos. Condições patológicas relacionadas à atopia podem estar presentes, devendo ser identificadas, como asma, conjuntivite alérgica, eczema atópico, sinusites e otites de repetição. O histórico familiar deve incluir a pesquisa de doenças atópicas. Os hábitos de vida (tabagismo, hobbies, atividades esportivas e de lazer), condições ambientais domiciliares, regionais e de trabalho devem ser igualmente investigados.⁵

Exame físico

Na primeira consulta, o exame físico deve ser mais completo, contemplando os sistemas potencialmente afetados por alergias, com ênfase na via aérea superior (Quadro 181.5). Características faciais típicas estão presentes em grande número de pacientes com rinite alérgica, como olheiras, linhas duplas de Dennie Morgan e prega nasal horizontal (saudação alérgica). O exame da cavidade nasal é essencial e fornece informações importantes. O exame de rinoscopia anterior deve ser realizado em todos os pacientes com queixas nasais.¹ Na rinoscopia anterior, é importante avaliar a coloração da mucosa nasal, o edema da mucosa e dos cornetos inferiores, a presença de secreções, de lesões crostosas ou ulcerativas e hipervascularização na área anterior do septo nasal, à procura de sinais de sangramento recente e presença de tumorações ou de desvio de septo nasal. Nos casos de rinite alérgica, em geral, a mucosa nasal é pálida, edemaciada e com abundante secreção aquosa clara. A mucosa está geralmente avermelhada na presença de infecções ou do uso abusivo de vasoconstritores tópicos ou irritantes (cocaína). A formação de crostas pode sugerir rinite atrófica ou doença sistêmica.⁴

Quadro 181.5 | Exame físico do paciente com sintomas de rinite

- ▶ **Sinais vitais**, além de peso e altura
- ▶ **Estado geral**: palidez facial, fâcies alongada, respiração bucal, sinal de doença sistêmica

- ▶ **Olhos:** lacrimejamento excessivo, eritema e edema da conjuntiva bulbar e/ou palpebral, conjuntiva tarsal em pedra de calçamento, edema ou dermatite de pálpebras externas, linhas de Dennie-Morgan, **estase venosa abaixo das pálpebras inferiores (“olheiras alérgicas”)**
- ▶ **Nariz:** válvula nasal com abertura reduzida, columela alargada, colapso alar, prega transversal no dorso nasal, deformidade externa, como nariz em sela, desvio ou perfuração de septo, úlceras, perfurações, veias proeminentes ou escoriações, hipertrofia de conchas nasais, edema, palidez ou eritema, secreções (quantidade, coloração, consistência) e pólipos nasais. Deve ser notada a presença de tumores ou corpos estranhos
- ▶ **Orelhas:** transparência das membranas timpânicas, eritema, retração, perfuração, mobilidade reduzida ou aumentada à manobra de Valsalva, nível hidroaéreo
- ▶ **Orofaringe:** halitose, má oclusão dentária, palato elevado, hipertrofia tonsilar ou adenoideana. Observar associação de má oclusão e palato elevado com respiração bucal crônica, hipertrofia tonsilar, epitélio de orofaringe em pedra de calçamento, rinorreia posterior, dor na ATM ou clique de oclusão, enrugamento, camada ou ulceração na língua ou na mucosa oral
- ▶ **Pescoço:** linfadenopatia, crescimento de tireoide ou sensibilidade ▶
- Tórax:** sinais de asma, deformidade ou sensibilidade de parede torácica, anormalidades na percussão, egofonia, sibilância audível, diminuição ou anormalidades dos sons pulmonares
- ▶ **Abdome:** sensibilidade, distensão, massas, hepato ou esplenomegalia
- ▶ **Pele:** *ras hes*, ressecamento e descamação, aspecto eczematoso ou urticária (distribuição e aspecto), dermografismo
- ▶ **Outros órgãos e sistemas:** devem estar incluídos quando a história ou observação geral indicar

Deve-se procurar atentamente por **asma, otite, sinusite aguda ou crônica, pólipos nasais, conjuntivite e dermatite atópica**. Mesmo com história sugestiva, pode haver mínimos ou nenhum achado de exame físico.¹ O exame do nariz, das orelhas e da orofaringe pode ser realizado com espéculo nasal simples e iluminação adequada, um otoscópio, que, por vezes, apresenta um adaptador nasal e um abaixador de língua.

Embora o diagnóstico definitivo dependa da evidência de uma resposta IgE-mediada a um alérgeno específico, detectado por meio de teste cutâneo ou sanguíneo, na maioria dos pacientes, é sensato fazer o diagnóstico inicial e começar um tratamento com base apenas na história e no exame físico. Isso é particularmente importante naqueles pacientes cujo desempenho laboral ou escolar, bem como sua qualidade de vida estejam comprometidos pela severidade de seus sintomas. Uma boa resposta ao afastamento de alérgenos suspeitos e a uma terapia empírica apropriada reforça o diagnóstico de rinite alérgica e pode dispensar a necessidade de testes complementares (Quadro 181.6).⁴

Quadro 181.6 | Diagnóstico da rinite alérgica

- ▶ Sintomas
- ▶ História pessoal e familiar de atopia
- ▶ Exame físico

- ▶ Etiológico:
 - Teste cutâneo por punctura (*prick* ou intradérmico)
 - IgE sérica específica
 - Provocação nasal
- ▶ Citologia nasal
- ▶ Exames inespecíficos e complementares:
 - IgE total
 - Bacterioscopia
 - Rinomanometria e rinometria acústica
 - Endoscopia nasossinusal
 - Exames radiológicos
 - Biópsia nasal

- Testes de função pulmonar
- EDA
- Esofagomanometria e pHmetria de 24 horas
- Outros

Testes imunológicos específicos (cutâneos e sanguíneos). A pesquisa de IgE específico (Quadro 181.7), por meio de exame sanguíneo ou reação cutânea, deve ser solicitada aos pacientes com diagnóstico clínico de rinite alérgica que não respondem ao tratamento empírico, ou quando o diagnóstico não pode ser inequivocamente assegurado, ou mesmo quando a causa alérgica específica é necessária para uma terapia direcionada (como na imunoterapia). É importante ter em mente que a sensibilização por algum alérgeno específico, nestes testes, não é sinônimo de diagnóstico clínico. Na ausência de sintomas clínicos, um exame cutâneo ou sanguíneo positivo para um alérgeno não significa que o paciente tenha de fato alergia àquele alérgeno em particular. O exame de dosagem sérica de IgE total, assim como a de IgG ou IgM, não fornece informações úteis ao diagnóstico e ao manejo da rinite alérgica, e sua solicitação é contraindicada pelos consensos mais recentes.^{1,4,6}

Quadro 181.7 | Testes IgE-específicos

<p>Testes cutâneos (<i>prick-test</i> e teste intradérmico)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Permite a observação direta da hiper-reação do organismo ao antígeno ▶ Possibilidade de anafilaxia ▶ Considerado mais sensível do que a dosagem sérica ▶ Resultados podem 	<p>ser afetados por medicações em uso (anti-histamínicos, antidepressivos)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ O teste intradérmico é mais sensível do que o <i>prick-test</i> ▶ Contraindicado na presença de asma severa ou de difícil controle ▶ Menor custo do que os testes sanguíneos
---	---

Teste

sanguíneo (dosagem sérica) IgE específico

▶ Ausência do risco de anafilaxia

de medicação

▶ Pode ser usado mesmo em pacientes com condições dermatológicas, como dermatografismo e eczema severo

paciente com

comorbidades que contraindiquem o teste cutâneo

▶ Requer laboratório confiável (possibilidade de erros de processamento/execução)

▶ Não é afetado pelo uso ▶ Pode ser usado em

Teste de provocação nasal. De pouco uso na prática clínica diária, pode ser útil no diagnóstico de rinite ocupacional. Seu objetivo é identificar e quantificar a relevância clínica de alérgenos inaláveis e irritantes ocupacionais.

Citologia nasal. Pode fazer o diagnóstico diferencial entre as rinites eosinofílicas e não eosinofílicas, de acordo com a predominância de eosinófilos na secreção nasal (superior a 10%). Quadro clínico sugestivo, testes imunológicos específicos positivos e eosinofilia na secreção nasal confirmam o diagnóstico de rinite alérgica. A predominância de eosinófilos com ausência de reação alérgeno-específica (cutânea ou sanguínea) indica rinite eosinofílica não alérgica (RENA). Quando a citologia nasal tem predominância de neutrófilos, a suspeita recai sobre rinite infecciosa.

Investigação da permeabilidade nasal. Por meio de exames, como a rinometria acústica e a rinomanometria computadorizada, procura-se quantificar a obstrução nasal, avaliar a resposta ao teste de provocação nasal e monitorizar a resposta a tratamento clínico e/ou cirúrgico. Não é usado de rotina na prática clínica.

Endoscopia nasal. Avalia a anatomia nasal, ajudando no diagnóstico diferencial de outras patologias que possam comprometer a função nasal, como desvios septais, hipertrofia de cornetos, polipose nasal, rinosinusites e tumores da cavidade nasal e paranasal.

Exames radiológicos. Não são solicitados rotineiramente. A tomografia computadorizada de seios paranasais está indicada na investigação de possíveis complicações locais associadas à rinite, ou de patologias que entrem em seu diagnóstico diferencial (polipose nasal, rinosinusites, tumores da cavidade nasal, etc.). A ressonância magnética fornece melhores informações sobre partes moles, não sendo solicitada de rotina. A radiografia simples geralmente não tem indicação, pois apresenta um elevado número de falso-positivos e falso negativos na avaliação de complicações como sinusites,^{1,8} mas pode ser solicitada para crianças abaixo de 6 anos, para avaliação da região de *cavum* ou rinofaringe, quando estas não toleram a realização da endoscopia nasal na investigação de hipertrofia adenoideana.

Biópsia nasal. Indicada para investigar se uma lesão é neoplásica ou granulomatosa, ou se existe anormalidade da estrutura ciliar.¹

Conduta proposta

Parte da estratégia de tratamento deve prever consultas de reavaliação dentro de 2 a 4 semanas para todos os quadros com sintomas moderados a severos ou persistentes até que se obtenha seu controle adequado, lembrando que a ação das medicações pode levar dias a semanas para ser percebida pelo paciente. Como exemplo, o efeito pleno do corticoide nasal é obtido a partir de 3 semanas de uso contínuo. Se o controle for satisfatório, pode-se acompanhar o paciente com o uso da medicação durante a época mais crítica do aparecimento dos sintomas (p.

ex., quem é alérgico a ácaro geralmente sofre mais no outono e no

inverno; se for a pólen, na primavera).

Diante de um quadro sugestivo de rinite, procura-se classificá-la e adotar medidas não farmacológicas e farmacológicas mais adequadas para cada situação. As medidas farmacológicas dependerão da intensidade e da duração da condição apresentada.

Não havendo resposta, recomenda-se revisão diagnóstica, investigação sobre adesão e considerações acerca das opções terapêuticas. Deve-se reavaliar o indivíduo em 2 a 4 semanas; havendo melhora, o tratamento é mantido por pelo menos 30 a 60 dias. Caso não haja controle satisfatório dos sintomas, deve-se considerar referenciamento para o especialista.

Controle do ambiente

O controle do ambiente é uma medida muitas vezes negligenciada na abordagem terapêutica da rinite alérgica. Embora o controle sobre determinados alérgenos possa ser muito difícil, como no caso do pólen em estações específicas do ano, esforços concentrados para se reduzir a quantidade de alérgenos intradomiciliares são uma ferramenta de grande valor no combate aos sintomas alérgicos. No [Quadro 181.8](#), destacam-se medidas que o paciente e sua família podem tomar quanto ao controle do ambiente para reduzir sua exposição aos fatores desencadeantes/agravantes dos sintomas de rinite.⁸

Quadro 181.8 | Medidas de controle ambiental no tratamento da rinite alérgica

- ▶ O quarto de dormir deve ser preferentemente bem ventilado e ensolarado
- ▶ Evite travesseiro e colchão de palha ou pena. Prefira os de espuma, fibra ou látex, sempre que possível, envoltos em material plástico (vinil) ou em capas impermeáveis aos ácaros. Recomenda-se limpar o estrado da cama duas vezes por mês
- ▶ Evite tapetes, carpetes, cortinas e almofadões. Dê preferência a pisos
- ▶ Evite animais de pelo e pena, especialmente no quarto e na cama do paciente. De preferência, animais de estimação para crianças alérgicas são peixes e tartarugas
- ▶ Evite inseticidas e produtos de limpeza com forte odor, mas o extermínio de baratas e roedores pode ser necessário
- ▶ Mantenha alimentos fechados e

acondicionados e não armazene lixo dentro de casa laváveis (cerâmica, vinil e madeira) e cortinas tipo persianas ou de material que possa ser limpo com pano úmido

- ▶ Camas e berços não devem ser justapostos à parede
- ▶ Evite bichos de pelúcia, estantes de livros, revistas, caixas de papelão ou qualquer outro local onde possam ser formadas colônias de ácaros no quarto de dormir
- ▶ Combata o mofo e a umidade, principalmente no quarto de dormir, reduzindo-a a $< 50\%$. Verifique periodicamente as áreas úmidas de sua casa, como banheiro (cortinas plásticas do chuveiro, embaixo das pias, etc.). A solução de ácido fênico entre 3 e 5% ou solução diluída de água sanitária podem ser aplicadas nos locais mofados, até sua resolução definitiva
- ▶ Evite o uso de vassouras, espanadores e aspiradores de pó comuns. Passe pano úmido diariamente na casa ou use

aspiradores de pó com filtros especiais 2 vezes na semana. Afaste o alérgico do ambiente enquanto se faz a limpeza

Tratamento farmacológico

- ▶ Dê preferência a pastas e sabões em pó para limpeza de banheiro e cozinha. Evite talcos, perfumes, desodorantes, sobretudo na forma de *sprays*
- ▶ Não fume nem permita que se fume dentro da casa e do automóvel ▶ Roupas de cama e cobertores devem ser lavados e secados ao sol ou ar quente antes do uso
- ▶ Evite banhos extremamente quentes. A temperatura ideal da água é a temperatura corporal
- ▶ Dê preferência à vida ao ar livre. Esportes podem e devem ser praticados, evitando-se dias com alta exposição aos pólenes ou poluentes em determinadas áreas geográficas

Os fármacos mais recomendados são os corticosteroides tópicos, os anti-histamínicos, tópicos ou orais, e as eventuais combinações terapêuticas, dependendo da sintomatologia e da severidade do quadro. Entre as outras medicações usadas no controle da rinite alérgica estão os antagonistas da síntese de leucotrienos (montelucaste, disponível no Brasil), descongestionantes tópicos e orais, cromonas e corticoides orais (Quadro 181.9). O efeito das medicações sobre os sintomas da rinite estão sumarizados na Tabela 181.1. As principais opções de medicamentos no tratamento da rinite estão dispostas no Quadro 181.10, junto com algumas considerações terapêuticas.

Quadro 181.9 | Medicamentos utilizados no tratamento da rinite alérgica

- ▶ Anti-histamínicos (tópicos e orais)
- ▶ Descongestionantes (tópicos e orais)
- ▶ Corticosteroides (tópicos e orais)
- ▶ Antileucotrienos
- ▶ Outros:
 - Cromoglicato dissódico
 - Brometo de ipratrópio

Tabela 181.1 | Efeitos das medicações mais utilizadas nos sintomas de rinite alérgica

Anti-histamínicos
H1

▶ Oral ++ ++ + +++ ++ ▶ Intranasal ++ ++ + ++ 0 ▶ Colírio 0 0 0 0 +++

Corticosteroides

▶ Intranasal +++ +++ +++ ++ ++ ▶ Colírio 0 0 0 0 ++++

Cromoglicato
dissódico

▶ Intranasal + + + + 0

Descongestionantes

▶ Intranasal 0 0 ++++ 0 0 ▶ Oral 0 0 + 0 0 Antileucotrienos 0 + ++ 0

++

As [Tabelas 181.2](#) a [181.5](#) apresentam as medicações disponíveis atualmente no Brasil para tratamento da rinite, junto com suas formas de apresentação e posologia usuais.

Quadro 181.10 | Principais opções de medicamentos para rinite, com considerações terapêuticas

Anti-histamínicos O uso contínuo é mais eficaz para RAS e RAP; seu início de ação relativamente rápido os

torna apropriados para uso como resgate em rinite alérgica episódica

Menos eficaz para congestão nasal quando comparado a outros sintomas

Outras opções, em geral, são melhores escolhas para rinite alérgica mais severa

Menos eficaz para rinite alérgica do que corticosteroide intranasal, com eficácia similar a corticosteroide intranasal para sintomas oculares associados

Por ser geralmente ineficaz para rinite não alérgica, outras escolhas são normalmente melhores para rinite mista

Geralmente, dá-se preferência aos anti-histamínicos de segunda geração devido aos efeitos colaterais dos medicamentos de primeira geração: sonolência (em geral, subjetivamente não percebida), prejuízo no desempenho e efeitos anticolinérgicos (B)

Medicamentos de segunda geração, sem efeitos sedativos em doses recomendadas: loratadina, desloratadina, fexofenadina, ebastina (A)

Antileucotrienos Montelukaste é eficaz para RAS e RAP (A) Não há diferença significativa na eficácia entre

antileucotrieno e anti-histamínico oral (loratadina como fármaco comparado)

Aprovado para asma e rinite, podendo ser considerado em indivíduos com as duas condições

Pacientes com asma, sobretudo a induzida por exercício e a exacerbada por AAS, podem-se beneficiar do uso desta medicação¹

Efeitos colaterais mínimos

Corticosteroides Um curso de pequena duração (5-7 dias) pode estar bem indicado para sintomas nasais muito severos (D)

Dá-se preferência aos corticosteroides orais em detrimento das injeções intramusculares, sejam únicas ou recorrentes

Descongestionantes Pseudoefedrina e fenilefrina reduzem a congestão nasal (A)

Podem ser considerados para uso de curta duração (3-5 dias) em doentes selecionados, contraindicados em várias condições, associados a muitos efeitos colaterais: insônia, palpitações, hipertensão e risco de rinite medicamentosa (C)

Anti-histamínicos Eficazes para RAS e RAP, porém menos eficazes do que corticosteroide intranasal (A)

Seu início de ação relativamente rápido os torna apropriados para uso como resgate em rinite alérgica episódica

Eficácia para rinite alérgica igual ou superior a anti-histamínicos orais de segunda geração com efeitos clinicamente significativos na congestão nasal (A)

Menos eficazes do que corticosteroide intranasal para sintomas nasais

Escolha apropriada para rinite mista, pois é aprovado também para rinite vasomotora

Efeitos colaterais com azelastina intranasal: gosto amargo, sonolência (A)

Corticosteroides A monoterapia mais eficaz para rinite alérgica (A)

Eficaz para todos os sintomas de RAS e RAP, incluindo a congestão nasal (A)

Passível de uso como medicamento de resgate para RAS (utilizado em > 50% dos dias) (B)

Pode-se considerar para rinite alérgica episódica

Início de ação normalmente mais lento do que anti-histamínico oral ou intranasal, em geral ocorre em 12 horas, em alguns indivíduos, pode iniciar em 3-4 horas

Eficácia similar à de anti-histamínicos para sintomas oculares associados da rinite alérgica
Escolha apropriada para rinite mista, pois são também eficazes para algumas rinites não alérgicas (A)

Sem efeitos colaterais sistêmicos significativos (A)

Não foi demonstrada supressão no crescimento em crianças com RAP quando utilizado nas doses recomendadas

Efeitos colaterais locais mínimos (nível de evidência moderado), podendo ocorrer sangramento e irritação, raramente perfuração de septo

Cromoglicato dissódico Para tratamento de manutenção e prevenção da rinite alérgica, com início de ação entre 4-7 dias, benefício total podendo levar semanas (A)

Para rinite episódica, a administração logo antes da exposição alergênica protege por 4-8 horas contra a resposta ao alérgeno

Menos eficaz do que corticosteroides intranasais; dados insuficientes para comparação com antileucotrienos e anti histamínicos (A)

Efeitos colaterais mínimos (A)

Descongestionantes Para uso de curta duração, pode-se utilizar como terapia de resgate na congestão nasal, mas é inapropriado para uso diário devido ao risco de rinite medicamentosa

Pode auxiliar na administração de outros medicamentos quando houver edema

significativo de mucosa nasal

Anti-histamínico oral + anti-histamínico intranasal	corticosteroide intranasal
Anti-histamínico oral + antileucotrieno	Anti-histamínico intranasal + corticosteroide intranasal
Anti-histamínico oral + descongestionante oral	Antileucotrieno oral +
Anti-histamínico oral	corticosteroide intranasal
Pode ser considerado, embora faltem estudos controlados que demonstrem benefício adicional	Podem ser considerados, embora estudos que os suportem sejam limitados
Pode ser mais eficaz do que monoterapia apenas com anti-histamínico ou com antileucotrieno	Podem ser considerados, embora estudos que os suportem sejam limitados
Menos eficaz do que corticosteroide intranasal Alternativa para indivíduos que não responderam, ou não aderiram, ao tratamento com corticosteroide intranasal	Dados insuficientes quanto ao intervalo ótimo de administração entre os dois jatos Pode haver benefício adicional utilizado para rinite mista
Mais eficaz no alívio de congestão nasal do que anti-histamínico isolado +	Alívio adicional subjetivo em estudos limitados; dados insuficientes

Medicamentos orais

Anti-histamínicos Geralmente ineficazes para rinite não alérgica

Descongestionantes Pseudoefedrina reduz a congestão nasal (A)

Medicamentos intranasais

Anti-histamínicos Eficaz para rinite vasomotora (A)

Corticosteroide Eficaz para algumas formas de rinite não alérgica, incluindo rinite vasomotora e RENA (A)

Terapia combinada Dados insuficientes para fornecer recomendações em rinite não alérgica

Tabela 181.2 | **Anti-histamínicos H1 de primeira geração**

Cetotifeno Xarope: 0,2 mg/mL		mg/5 mL
Solução oral: 1 mg/mL	Dexclorfeniramina Xarope: 2 mg/5 mL	Comprimidos: 25 mg
Comprimidos: 1 mg	Comprimidos: 2 mg	6 meses-3 anos: 0,05 mg/kg, 12/12 h
	Drágeas: 6 mg	> 3 anos: 5 mL, 2x/dia
Clemastina Xarope: 0,05 mg/mL	Hidroxizina Xarope: 2 mg/mL	< 1 ano: 2,5-5 mL, 12/12 h
Comprimidos: 1 mg	Comprimidos: 10 e 25 mg	3-6 anos: 5 mL, 12/12 h
	Prometazina Xarope: 5	6-12 anos: 7,5 mL, 12/12

h	(máximo 12 mg/dia)
2-6 anos: 1,25 mL, 8/8 h	
6-12 anos: 2,5 mL, 8/8 h	
	Até 150 mg/dia
< 6 anos: até 50 mg/dia	20 mL a cada 12 h ou 1
> 6 anos: até 100 mg/dia	cp. a cada 12 h
1 mg/kg/dia, 2-3x/dia 1 cp. a cada 12 h	20-60 mg/dia
	5 mL ou 1 cp., 8/8 h

Na [Figura 181.1](#) é apresentado o fluxograma acerca do manejo da rinite alérgica.

Imunoterapia específica

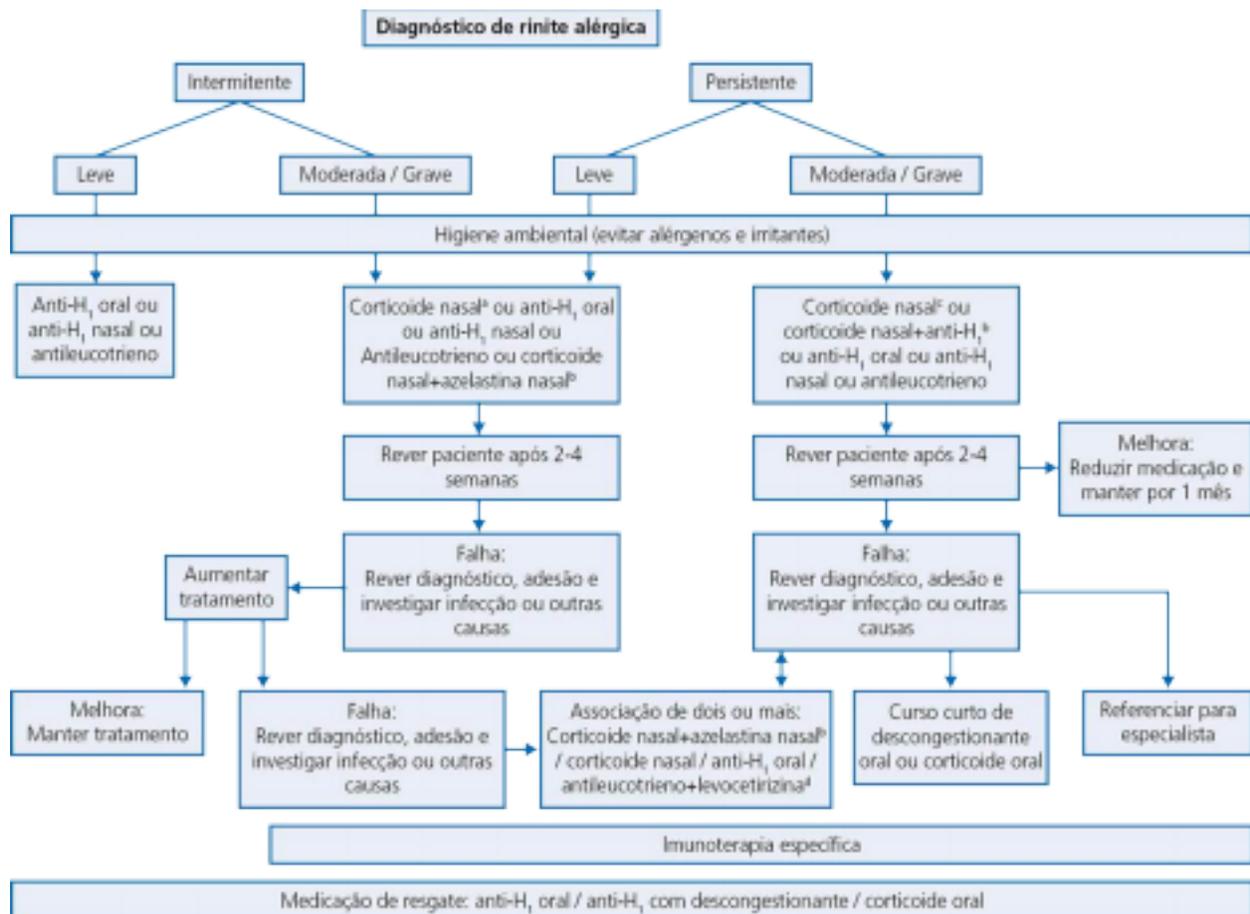
A imunoterapia⁶(IT) específica com alérgeno foi introduzida na prática médica para o tratamento de rinite alérgica e é recomendada em diretrizes nacionais e internacionais como única terapêutica específica para as rinites alérgicas, com potencial curativo. A IT é “[...] a prática de administrar quantidades gradualmente maiores de um extrato alergênico em indivíduo alérgico para melhorar os sintomas associados à exposição subsequente ao mesmo alérgeno”.⁶ A IT é um procedimento efetivo no tratamento de pacientes com doenças alérgicas mediadas por IgE para alérgenos definidos. É recomendada para pacientes com alergia respiratória mediada por anticorpos IgE, cujos sintomas respondem inadequadamente à terapêutica recomendada por diretrizes clínicas.⁶

Tabela 181.3 | **Anti-histamínicos H1 de segunda geração**

	mg	10 mg/dia 5 mg/dia
Cetirizina Gotas: 10 mg/mL Solução oral: 1 mg/mL	2-6 anos: 2,5 mg, 12/12 h	
Comprimidos: 10 mg	6-12 anos: 5 mg, 12/12 h	
Desloratadina Solução oral: 0,5 mg/mL	6 m-2 anos: 2 mL, 1x/dia	10 mg/dia 10-20 mg/dia
Comprimidos: 5 mg	2-6 anos: 2,5 mL, 1x/dia 6-11 anos: 5 mL, 1x/dia	
Ebastina Xarope: 1 mg/mL	2-6 anos: 2,5 mL, 1x/dia	Fexofenadina
Comprimidos: 10 mg	6-12 anos: 5 mL, 1x/dia	Comprimidos: 30, 60, 120 e 180 mg
Epinastina		6-11 anos: 30-60 mg/dia 60 mg, 12/12 h, ou 120 mg/dia
Comprimidos: 10 ou 20		> 6 anos: 5 mg/dia 5 mg/dia
Levocetirizina Comprimidos: 5 mg	Comprimidos: 10 mg	10 mg/dia 10 mg/dia
Loratadina Solução oral: 5 mg/mL		
Comprimidos: 10 mg	> 2 anos < 30 kg: 5 mg/dia	
Rupatadina	> 30 kg: 10 mg/dia	

Tabela 181.4 | **Anti-histamínicos H1 de uso tópico (intranasal e ocular)**

Azelastina (intranasal)	Spray nasal: 1 mg/mL > 6 anos:	1 jato em cada narina, 12/12 h	1 jato em cada narina, 12/12 h
	> 3 anos:		1 gota em cada olho, 12/12 h ou 6/6 h
Cetotifeno (ocular) Colírio: 0,25 e 0,5 mg/mL	1 gota em cada olho, 12/12 h (máximo 6 semanas)		(máximo 6 semanas)
Epinastina (ocular) Colírio:	0,5 mg/mL	1 gota em cada olho, 12/12 h	
Olopatadina (ocular) Colírio:	1 mg/mL e 2 mg/mL > 3 anos:	1 gota em cada olho, 12/12 h 1 gota em cada	olho, 12/12 h 1 gota em cada olho, 1x/dia
		1 gota em cada olho, 1x/dia	



▲ **Figura 181.1**

Fluxograma para o tratamento da rinite alérgica.

Anti-H1, anti-histamínico H1

^a Sem ordem de preferência.

^b Acima de 6 anos.

^c Em ordem de preferência.

^d Acima de 18 anos.

Fonte: IV Brazilian Consensus on Rhinitis: 2017 update.

- A indicação de IT deve estar fundamentada em alguns aspectos principais:
- Comprovação da sensibilização alérgica mediada por IgE.
 - Relevância da alergia no desencadeamento de sintomas do

paciente. • Disponibilidade do extrato alergênico padronizado para o tratamento.

A IT pode ser administrada por via intravenosa (IV), subcutânea (SC) ou sublingual (SL). Na primeira, as pesquisas informam maior eficácia, mas com maior chance de reação alérgica. Então, há orientação para que as aplicações sejam feitas próximas de um médico e com aparelhos de suporte de reanimação. Cada vez mais em uso, a via SL é mais segura, de maior comodidade para o paciente, que pode fazê-la em casa e levar o frasco em ambiente refrigerado para qualquer lugar.

A escolha para indicar a IT em pacientes com rinites alérgicas vai desde o não controle dos sintomas com os medicamentos e a higiene ambiental, coexistência de asma, alergia ocular com sintomas nasais intensos e persistentes, até não conseguir evitar os antígenos que desencadeiam a rinite alérgica.

A IT é o único tratamento atualmente que altera a resposta imunológica e com efeitos que persistem anos após sua descontinuação. Pacientes monossensibilizados têm maior probabilidade de demonstrar os efeitos da IT com alérgenos. Não há limite maior ou menor de idade para IT com alérgenos. A IT por via SL pode ser um tratamento seguro e eficaz para todas as idades, apesar de a eficácia em crianças menores de 5 anos de idade não estar muito bem documentada.

Cabe ressaltar que as preparações para IT específica com alérgenos, para uso SC ou SL, devem ser individualizadas quanto à composição e à concentração e só podem ser disponibilizadas por prescrição médica. Portanto, não são passíveis de comercialização em farmácias e drogarias. Para orientar a aplicação de IT, o médico deve ter capacitação específica. A aplicação de IT com alérgenos por qualquer via é acompanhada de riscos.

A IT está contraindicada em pacientes com doença coronariana ou em uso de betabloqueadores e nos casos de alterações do sistema imunológico, tais como imunodeficiências e doenças autoimunes. A IT pode ser indicada em crianças pré-escolares e nos idosos, não devendo ser iniciada durante a gravidez. Todavia, mulheres em uso de IT que venham a engravidar podem continuar o tratamento.

Tratamento das rinites não alérgicas

É muito comum o paciente ter a rinite mista, ou seja, a rinite alérgica e a não alérgica. Destas, as mais incidentes são as vasomotoras provocadas por mudança de temperatura. Por isso, recomenda-se evitar a exposição ao ar condicionado, como também à câmara fria/caldeira. É mais difícil para indivíduos que vivem em cidades com muita oscilação térmica. Sendo assim, o ideal é manter o uso do corticoide nasal pelo tempo que ocorrerem estas alternâncias de temperatura.

A rinite medicamentosa, sobretudo por uso de vasoconstritores ou descongestionantes nasais, é uma situação que provoca vício físico, devido ao seu efeito-rebote, como também psicológico, pois a pessoa fica ansiosa se não estiver próxima destes remédios, se por acaso ocorrer uma obstrução nasal. O ideal é alertar do seu perigo, que pode ter comprometimento cardíaco (taquicardias, aumento da pressão arterial e infarto do miocárdio). Além de orientar para que não sejam mais usados, deve-se contar com outros medicamentos (corticoides nasais, soros fisiológicos nasais e descongestionantes orais e antialérgicos).

Há também a rinite ocupacional, ou seja, quando o ambiente do trabalho pode provocar um quadro de rinite no trabalhador, que geralmente não tem os sintomas quando não está no trabalho (férias, finais de semana), ou pode também ocorrer uma piora dos sintomas para quem já tem o diagnóstico. Pode ser alérgica e não alérgica, e os tratamentos são os mesmos, além de reforçar a pesquisa do agente causador, tentar evitar a exposição do que ocasiona ou agrava os sintomas e evitar que a doença progrida principalmente para uma asma ocupacional.

Situações especiais

Crianças. As crianças com rinite alérgica têm frequência elevada de infecções de vias aéreas superiores, que tendem a agravar a rinite e podem acarretar complicações.⁶ Rinites virais podem ocorrer já nas primeiras semanas de vida, tornando-se mais frequentes com o contato com outras crianças em creches, escolas e com seus irmãos.

Tabela 181.5 | **Corticosteroides de uso tópico (intranasal)**

1-2 jatos/narina, 1-
2 vezes/dia
100-400 µg/dia > 6 anos
Beclometasona 50 e 100 µg/jato

Budesonida 100-400 µg/dia > 4 anos
1-2 jatos, 1 vez/dia 100-200 µg/dia > 4
50 µg/jato
1-2 jatos/narina, 1 anos
vez/dia
Fluticasona (furoato)

Fluticasona
(propionato)
32/50/64 e 100 µg/jato
1-2 jatos/narina, 1 55-110 µg/dia > 2 anos
vez/dia

27,5 µg/jato
anti-H1) azelastina/jato 1 µg
Fluticasona 50 µg fluticasona jato, 12/12 h azelastina/dia
(associada à + 100 µg > 12 anos
azelastina 137 µg fluticasona + 174
2 vezes/dia

100-200 µg/dia > 2 anos 100-440

Mometasona 50 µg/jato 1-2
jatos/narina, 1 µg/dia > 6 anos
vez/dia

Triancinolona 55 µg/jato 1-2
jatos/narina, 1-

Na faixa etária de 2 a 6 anos, a frequência média é de seis resfriados ao ano. No entanto, infecções bacterianas secundárias podem prolongar esse tipo de rinite por várias semanas. Rinites de natureza viral com duração maior do que 7 a 10 dias sugerem fortemente rinosinusite.

Rinite desencadeada por aeroalérgenos é pouco observada até os 4 ou 5 anos de vida, sendo difícil de ser diferenciada das rinites infecciosas. Com o avançar da idade, há um progressivo aumento de sua incidência, atingindo seu pico entre o período de adolescência e adulto jovem. Segundo o estudo ISAAC, conduzido no Brasil, a prevalência média do diagnóstico de rinite foi de 19,9% para crianças de 6 a 7 anos. Em crianças que apresentem rinosinusites infecciosas, otites médias e tonsilites recorrentes, é importante a avaliação de uma causa alérgica ou de uma deficiência imunológica.

Rinite idiopática, RENA e polipose nasal são condições pouco frequentes na infância. Entretanto, a sua presença torna obrigatória a exclusão diagnóstica de fibrose cística. A intolerância ao ácido acetilssalicílico (idiossincrasia) ocorre mais comumente em adolescentes e adultos jovens.⁶

Idosos. A rinite persistente nos idosos raramente tem causa alérgica, sendo em geral provocada por mecanismos não alérgicos, como o desequilíbrio autonômico ou sequela de distúrbios nasais prévios e do uso de medicamentos.⁶ Um dos melhores exemplos de hiper-reatividade nasal nesta faixa etária é o “gotejamento nasal do idoso”, caracterizado por rinorreia aquosa clara e profusa, formando um gotejamento retronasal. Nesses casos, a instilação de brometo de ipratrópio pode ser benéfica. Rinite de causa alérgica também pode estar presente, sendo recomendável cautela na escolha terapêutica, devido à idade. Os anti-histamínicos de segunda geração são mais seguros nos idosos; já os clássicos podem causar retenção urinária e problemas de acomodação visual. Vasoconstritores, sobretudo os sistêmicos, mais frequentemente promovem efeitos colaterais cardiovasculares, do sistema nervoso central e retenção urinária. A probabilidade de ocorrer interação entre medicamentos aumenta com a idade e com a quantidade em uso. Alguns medicamentos, como inibidores da enzima conversora da angiotensina e

betabloqueadores, podem agravar a obstrução nasal.⁶

Gestantes e nutrizes. Obstrução nasal e rinorreia podem ocorrer, sobretudo no último trimestre da gestação e costumam desaparecer rapidamente após o parto.⁶ A intensidade dos sintomas se correlaciona com os níveis de estrogênio no sangue. A rinite alérgica pode potencialmente melhorar, piorar ou até mesmo ficar inalterada durante a gravidez. O tratamento deve ser cauteloso nesta fase. Anti-histamínicos de primeira geração têm sido os mais usados. Uma metanálise não documentou aumento de malformações congênitas entre gestantes tratadas com anti-histamínicos de primeira geração. A segurança dos anti-histamínicos de segunda geração em gestantes tem menor número de estudos controlados. Levantamentos em bases de dados populacionais não têm documentado associação entre esses fármacos e aumento de malformações congênitas. Estudos experimentais em animais, com cetirizina, levocetirizina e loratadina, mostraram serem esses fármacos seguros, mas, apesar disso, receberam pela Food and Drug Administration (FDA) o grau de moderada evidência. A fexofenadina e a desloratadina apresentam evidência fraca. A quantidade de anti-histamínico (fexofenadina, loratadina, desloratadina) excretada no leite materno é muito baixa e tem pouca chance de causar distúrbios nos lactentes em aleitamento

materno. Estudos têm demonstrado que os descongestionantes sistêmicos podem causar distúrbios vasculares na placenta e no feto. Solução salina e cromoglicato dissódico podem ser utilizados como terapêutica adjuvante. Nos casos mais graves, os corticosteroides de uso tópico nasal, que já demonstraram poucos efeitos adversos, devem ser considerados, dando-se preferência à budesonida (moderada evidência) por ter volume significativo de estudos durante a gestação. Estudos que avaliaram a quantidade desse fármaco excretada no leite materno mostraram concentração muito baixa e destituída de possíveis riscos de efeitos sobre o lactente. Na presença de rinite infecciosa bacteriana durante a gravidez, a amoxicilina deve ser o antibiótico de primeira escolha.⁶

Atletas. Não constitui a forma mais comum, mas é importante lembrar-se de que o exercício pode ser um fator desencadeante de doenças de natureza alérgica, como asma, urticária e anafilaxia. A rinite

desencadeada por exercício tem como principal manifestação a rinorreia, sendo esta mais intensa e com maior potencial de interferir sobre o desempenho aos exercícios, entre os indivíduos com doença alérgica de base. O exercício físico normalmente tem um potente efeito vasoconstritor, proporcionando uma interessante diminuição da resistência nasal com o aumento da frequência cardíaca, devido principalmente à liberação de norepinefrina. Em circunstâncias normais, não ocorre efeito-rebote e a vasoconstrição tem duração de cerca de 1 hora após o exercício.⁶ Ao se prescrever medicação para o controle da rinite em atletas, dois princípios devem ser considerados: a) o medicamento preconizado não pode ser proibido nas competições e b) a medicação não deve ter efeito adverso que afete o desempenho no esporte. Deve-se ter em mente que os vasoconstritores e corticosteroides, tópicos ou sistêmicos, podem causar exames positivos para *doping*. Anti-histamínicos, antileucotrienos, ipratrópio nasal, cromoglicato nasal e IT específica são permitidos. Anti-histamínicos de primeira geração têm efeito sedante e anticolinérgico, prejudicando o desempenho físico. A IT pode causar desconforto no local da injeção SC por vários dias. Levando-se em conta essas considerações, se o atleta com rinite alérgica necessitar de tratamento medicamentoso, deve-se preferir um anti-histamínico H1 de segunda geração e/ou um corticosteroide tópico. Em casos de rinite sazonal, a IT pode reduzir a necessidade ou a quantidade de medicação adicional. Ela deve ser iniciada 3 meses antes da temporada esportiva, e os pacientes deveriam ser aconselhados a evitar exercícios físicos mais intensos no dia da injeção. É importante que todas as medicações preconizadas para atletas com rinite sejam notificadas aos órgãos responsáveis pela organização das competições.⁶

Quando referenciar

- Doentes com sinais e sintomas sugestivos de complicações orbitárias, como dor ocular severa de início recente, proptose, rebaixamento agudo da visão, celulite orbitária, devem ser referenciados com urgência.
- Indivíduos com sinais de alerta vermelho (*red flags*), como dor e obstrução nasal, frequentemente unilateral, e rinorreia sanguinolenta, devem ser referenciados para serviço de cirurgia

otorrinolaringológica, podendo indicar sinal de malignidade.

- Dor nasal, congestão, epistaxe, crostas e deformidade nasal secundária à perfuração de septo também devem ser referenciados, podendo ser os primeiros sinais de granulomatose de Wegener ou outras doenças granulomatosas de origem infecciosa (paracoccidiodomicose, leishmaniose, sífilis, etc.).
- Corpos estranhos e sinais e sintomas sugestivos de celulite orbitária (dor ocular severa de início recente, proptose, rebaixamento agudo da visão) devem ser referenciados com urgência.
- Rinorreia líquida transparente desencadeada imediatamente à manobra de Valsalva ou a outros esforços, associada ou não a histórico de trauma craniano ou cirurgias de seios da face e/ou internações progressivas por meningite, deve levantar a suspeita de rinoliquorreia.
- Pessoas que requeiram medicamentos em doses não habituais para determinada condição.
- Indivíduos com diagnóstico incerto, resposta insatisfatória à terapia e que necessitem de investigação adicional; teste alérgico cutâneo ou *in vitro* (identificação de IgE específica), entre outros.
- Crianças com rinite e asma com suspeita de alergia alimentar são indivíduos que apresentam risco aumentado de reações fatais a alimentos e necessidade de teste de provocação alimentar.
- Doentes com suspeita de asma ou rinite ocupacional, já que a identificação precoce de fatores desencadeantes oferece possibilidade de cura. • Indivíduos com rinite alérgica sazonal sem resposta ao tratamento ou intolerantes a tratamentos convencionais, já que podem beneficiar-se de IT. • Indivíduos que tenham tido anafilaxia com envolvimento cardíaco ou respiratório.
- Pacientes pediátricos ou com alterações cognitivas, que se apresentem com rinorreia fétida unilateral, devido à suspeita de se tratar de corpo estranho em cavidades nasais.

Prognóstico e complicações possíveis

A maior parte dos casos de rinite deve ser manejada na atenção primária. Uma boa adesão às medidas comportamentais, sempre que indicadas, e o uso racional da terapêutica farmacológica básica, corticosteroides tópicos e anti-histamínicos de segunda geração, sistêmicos ou tópicos, controlarão os sintomas na grande maioria das pessoas. Embora grande parte desses casos seja benigna, com relativa curta duração, e autolimitada, existe um número considerável de indivíduos que sofre de sintomas mais severos, por tempo mais prolongado, ou com baixa resposta ao tratamento, necessitando de intervenções proporcionais à gravidade do caso⁹ e de seguimento compartilhado com outros níveis de atenção. As complicações mais comuns, por sua vez,

constituem-se nas otites e nas sinusites, que podem cronificar, mas boa parcela ainda poderá ser manejada na atenção primária.

Atividades preventivas e de educação

Atividades educativas e de prevenção secundária, tanto as relacionadas às medidas de controle ambiental (ver [Quadro 181.8](#)), quando indicadas, quanto ao uso correto dos dispositivos inalatórios, por exemplo, podem consistir em elemento que promova maior adesão e que possibilite melhores respostas no tratamento das rinites de forma geral.

As principais recomendações de prevenção primária são citadas a seguir:¹

- Sugere-se o aleitamento materno exclusivo ao menos pelos primeiros 3 meses, independentemente da história familiar de atopia. Apesar da evidência não ser convincente como forma de prevenir alergia ou asma, deve ser incentivada, pois os benefícios ultrapassam quaisquer dificuldades de uma amamentação, excetuando-se as contraindicações absolutas ao aleitamento materno (galactosemia clássica, infecção materna pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV], etc.).
- Sugere-se que não sejam adotadas medidas dietéticas que evitem exposição a antígenos em gestantes ou nutrizes para prevenir o desenvolvimento de alergias em crianças (recomendação fraca com evidência de muito baixa qualidade). É mais válida uma adequada nutrição de mães e filhos do que o efeito incerto dessa medida.
- Recomenda-se que crianças e gestantes evitem completamente a exposição ambiental à fumaça de cigarro (tabagismo passivo) para reduzir o risco de crianças desenvolverem alergia, sibilância ou asma; constitui raro caso de forte recomendação com evidência relacionada de muito baixa qualidade.
- Sugerem-se intervenções multifacetadas para reduzir a exposição precoce de crianças (lactentes e pré-escolares) a ácaros; trata-se de recomendação fraca, com evidência de baixa qualidade. Os custos para tais medidas costumam ser altos (capas para todos os colchões e travesseiros da casa, uso rotineiro de aspiradores de pó

com filtro de alta eficiência, lavagem de camas e brinquedos a temperatura acima de 55°C, uso de produtos acaricidas domésticos, assoalho liso sem carpete, etc.) para uma redução pequena e incerta no risco de desenvolvimento de sibilância ou asma. No entanto, maior atenção deve ser dada à presença de pelo menos um dos pais e/ou um ou mais irmãos com asma ou outra condição alérgica.

- Sugere-se que não exista nenhuma medida especial contra a exposição de lactentes e pré-escolares a animais de estimação (recomendação fraca com evidência de baixa qualidade). Pode existir maior possibilidade de prejuízo psicossocial em não ter um animal de estimação do que possibilidade de redução no risco, incerto, de desenvolver asma ou alergia. Entretanto, devem ser consideradas nas situações em que outros membros da família possam ser sensibilizados.
- Recomendam-se, para indivíduos expostos a agentes ocupacionais, medidas preventivas específicas que reduzam ou eliminem a exposição a tais desencadeantes, a fim de se reduzir o risco de sensibilização e desenvolvimento subsequente de rinite ocupacional e asma ocupacional (forte recomendação, com evidência de baixa qualidade). Nesse caso específico, evitar totalmente a exposição aos alérgenos parece ser a medida de prevenção primária mais eficaz.

Papel da equipe de saúde

O trabalho em equipe é sempre positivo, e algumas atividades podem ser executadas por outros profissionais, reforçando o cuidado de saúde e auxiliando na recuperação. A boa adesão às medidas comportamentais, sempre que indicadas, e o uso racional da terapêutica farmacológica básica controlarão os sintomas na maioria das pessoas e podem ser reforçados com o trabalho dos enfermeiros e farmacêuticos. Após as consultas com o médico de família, o ensino do uso correto de espaçadores inalatórios para o tratamento da asma, por exemplo, pode ser orientado por esses profissionais. Atividades educativas e de prevenção relacionadas às medidas de controle ambiental, quando indicadas, podem ser orientadas pelos agentes de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brożek JL, Bousquet J, Agache I, Agarwal A, Bachert C, Bosnic-Anticevich S, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines – 2016 revision. *J Allergy Clin Immunol.* 2017;140(4):950-8.
2. Baraniuk JN. Pathogenesis of the allergic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol.* 1997;99(2):S763-72.
3. Khan DA. Allergic rhinitis and asthma: epidemiology and common pathophysiology. *Allergy Asthma Proc.* 2014;35(5):357-61.
4. Seidman MD, Gurgel RK, Lin SY, Schwartz SR, Baroody FM, Bonner JR, et al. Clinical Practice Guideline: Allergic Rhinitis. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2015;152(2):197-206.
5. Wallace DV, Dykewicz MS, Bernstein DI, Blessing-Moore J, Cox L, Khan DA, et al. The diagnosis and management of rhinitis: an updated practice parameter. *J Allergy Clin Immunol.* 2008;122(Suppl 2):S1-84.
6. Sakano E, Sarinho ES, Cruz AA, Patorino AC, Tamashiro E, Kuschnir F, et al. IV Brazilian Consensus on Rhinitis: 2017 update. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2017;pii: S1808-8694(17)30187-8.
7. Church DS, Church MK, Scadding GK. Allergic rhinitis: impact, diagnosis, treatment and management [Internet]. *Clinical Pharmacist*; 2016 [capturado em 26 maio 2018]. Disponível em: <http://www.pharmaceutical-journal.com/research/review-article/allergic-rhinitis-impact-diagnosis-treatment-and-management/20201509.article>.
8. Greiwe JC, Bernstein JA. Combination therapy in allergic rhinitis: what works and what does not work. *Am J Rhinol Allergy.* 2016;30(6):391-6.
9. Hellings PW, Klimek L, Cingi C, Agache I, Akdis C, Bachert C, et al. Non-allergic rhinitis: position paper of the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. *Allergy.* 2017;72(11):1657-65.