

recomendações

Atualização de Condutas em Pediatria

nº **75**

Departamentos Científicos SPSP - gestão 2013-2016
Junho 2016



Departamento de Otorrinolaringologia

**Prevenção e
tratamento da
rinite alérgica**

Departamento de Infectologia

Influenza



Sociedade de Pediatria de São Paulo

Diretoria de Publicações

R. Maria Figueiredo, 595, 10º andar
04002-003 São Paulo, SP
(11) 3284-9809

Prevenção e tratamento da rinite alérgica

A rinite alérgica (RA) é uma das doenças obstrutivas crônicas nasais mais frequentes, tanto na criança quanto no adolescente. Estudos de prevalência conduzidos no Brasil estimam que ela esteja presente em cerca de 20% das crianças entre 6-7 anos de idade¹. Embora não seja considerada uma doença fatal e apresente uma grande variação na sua apresentação clínica, tanto na duração quanto na gravidade dos sintomas, tem demonstrado impactar significativamente a qualidade de vida dos pacientes. Por esta razão, ao longo dos anos, vários *guidelines* têm tentado estabelecer diretrizes para sua profilaxia e tratamento^{2,3}.

Tanto as medidas preventivas quanto o tratamento da RA são baseados na sua fisiopatologia, na tentativa de bloquear o processo inflamatório-alérgico da mucosa nasosinusal nas suas diversas etapas de desenvolvimento. Atualmente, essas recomendações têm sido veiculadas através de consensos e *guidelines* que priorizam evidências

científicas^{2,3}. De uma forma geral, o tratamento da RA inclui o controle ambiental, terapia medicamentosa, imunoterapia alérgeno-específica e procedimentos cirúrgicos.

O tempo de duração e a forma de tratamento dependem da gravidade e duração dos sintomas. Didaticamente, as rinites são classificadas em leves intermitentes, leves persistentes, graves intermitentes e graves persistentes, e de acordo com sua classificação diversas formas de tratamento são recomendadas (Quadro 1, página 4)².

Ambiente

Embora considerada uma medida de baixa adesão do paciente, além da falta de estudos que comprovem seu real benefício, os pacientes devem ser sempre informados sobre medidas que possam diminuir sua exposição aos fatores agravantes (alérgicos ou não alérgicos), e que devem ser mantidas por mais de três meses³, recomendadas em todos os casos de RA.

Entre as medidas de controle ambiental incluem-se:

Autora:

Shirley Shizue Nagata Pignatari

DEPARTAMENTO DE OTORRINOLARINGOLOGIA

Gestão 2013-2016

Presidente:

Renata Cantisani Di Francesco

Vice-presidente:

Silvio Antonio M. Marone

Secretário:

Renata Dutra de Moricz

Membros:

Alfredo R. Dell'Aringa, Danilo Sanches, Eulalia Sakano, Jair Cortez Montovani, Luiza Hayashi Endo, Manoel de Nóbrega, Ney Penteado de Castro Junior, Shirley Pignatari, Tania Maria Sih, Wilma Terezinha Anselmo Lima.

expediente

**Diretoria da Sociedade de
Pediatría de São Paulo**
Triênio 2013 - 2016

Diretoria Executiva

Presidente:
Mário Roberto Hirschheimer
1º Vice-Presidente:
Clóvis Francisco Constantino
2º Vice-Presidente:
João Coriolano Rego Barros
Secretário Geral:
Maria Fernanda B. de Almeida
1º Secretário:
Ana Cristina Ribeiro Zöllner
2º Secretário:
Tadeu Fernando Fernandes
1º Tesoureiro:
Renata Dejtiar Waksman
2º Tesoureiro:
Lucimar Aparecida Françaço

Diretoria de Publicações

Diretora: Cléa Rodrigues Leone
Membros:
Amélia Miyashiro Nunes dos Santos, Antonio Carlos Pastorino, Antônio de Azevedo Barros Filho, Celso Moura Rebello, Lillian dos Santos Rodrigues Sadeck, Luis Eduardo Procopio Calliari, Marina Carvalho de Moraes Barros, Mário Cicero Falção, Ruth Guinsburg, Sônia Regina Testa da Silva e Tamara Beres Lederer Goldberg
Assistentes editoriais:
Paloma Ferraz e Patrícia C. Freire

Departamentos Científicos

Diretor:
Rubens Feferbaum
Membros:
Paulo Roberto Pachi, Regis Ricardo Assad, Maria Marluce dos Santos Vilela



Produção editorial:
Luce Editora e Artes Ltda.
Editora:
Lucia Fontes
Revisão:
Paloma Ferraz

→ Manutenção dos quartos sempre ventilados e ensolarados.

→ Dar preferência aos travesseiros de espuma, fibra ou látex, envoltos em capas impermeáveis aos ácaros.

→ Evitar tapetes, carpetes e cortinas. Preferir pisos e cortinas laváveis.

→ Evitar nichos potenciais de colonização de ácaros (bichos de pelúcia, estantes etc).

→ Manter a umidade ambiental <50%. Solução de ácido fênico 3-5% ou solução diluída em água sanitária pode ser aplicada nos locais com mofo.

→ Evitar animais de pelo e pena.

→ Evitar banhos muito quentes.

→ Dar preferência a atividades ao ar livre.

Terapia medicamentosa

Os medicamentos recomendados para o tratamento e profilaxia da RA apresentam segurança para uso na população pediátrica mesmo quando utilizados por períodos longos, desde que a dose e a idade mínima para prescrição sejam respeitadas. Em geral os efeitos esperados cessam poucas horas ou dias após a interrupção do uso e os colaterais, como taquifilaxia, são muito infrequentes^{2,4}.

Anti-histamínicos

Os anti-histamínicos são as principais substâncias utilizadas no tratamento dos sintomas da primeira fase da reação alérgica. Agem bem no prurido nasal, nos espirros em salva, coriza, mas são menos atuantes na obstrução

Quadro 1 - Classificação da rinite alérgica

Intermitente

Sintomas
< 4 dias por semana
ou < ou igual 4 semanas

Persistente

Sintomas
> 4 dias por semana
e > ou igual 4 semanas

Leve

Sono normal
Atividades normais (esporte, lazer, escolar, trabalho)
Sintomas não incomodam

Moderada-grave

1 ou mais itens
Atividades comprometidas
Sintomas incomodam

Adaptado de: Bousquet J, Khaltaev N, Cruz AA, Denburg J, Fokkens WJ, Togias Q, et al. Allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with the World Health Organization, GA(2)LEN and AllerGen). Allergy 2008;63(suppl 86):8-160.

nasal. São recomendados em todas as formas de RA. Nas crianças menores e lactentes alguns anti-histamínicos têm sido mais indicados e incluem dexclorfeniramina, clemastina e hidroxizina, cetirizine, desloratadina e fexofenadine³. Os anti-histamínicos disponíveis e doses terapêuticas encontram-se nas Tabelas 1 e 2 (páginas 6 e 7).

Anti-histamínicos e descongestionantes orais

Existem várias associações entre anti-histamínicos e descongestionantes orais (fenilefrina e pseudoefedrina), entretanto poucos têm indicação em crianças pequenas. Entre eles, incluem-se a Azatadina/Pseudoefedrina xarope (>6 anos); Bronfeniramina/Fenilefrina xarope e gotas (>2 anos); Bronfeniramina/Pseudoefedrina xarope (>6 meses), Triprolidina/Pseudoefedrina xarope (>2 anos); Loratadina/Pseudoefedrina xarope (>30Kg de peso). Também são indicados em todos os casos, sempre por períodos curtos de tempo. É sempre importante lembrar dos potenciais efeitos colaterais dos descongestionantes, tais como irritabilidade e insônia.

Corticosteroides intranasais

Atualmente os corticoides tópicos nasais são a classe de medicamentos mais eficaz no controle da RA, sendo considerados os medicamentos de primeira linha nos casos de obstrução nasal³. São eficazes também contra os outros sintomas nasais (rinorreia, prurido nasal, espirros), além dos oculares. O efeito ocorre de 7 a 8 horas após a primeira aplicação, sendo no máximo após duas semanas de uso diário. São drogas bem toleradas, cujos efeitos colaterais são pouco frequentes. Têm indicação em todos os casos, exceto nas rinites leves intermitentes². As suas principais desvantagens são a sensação de “gosto ruim”, que pode interferir na adesão ao tratamento; formação de crostas nasais e epistaxe, potencialmente minimizável com orientações na aplicação do spray^{5,6}. A Tabela 3 lista os corticoides intranasais disponíveis, dosagem e faixa etária.

Antileucotrienos

Esta classe de medicamentos compete com os leucotrienos pelos receptores, impedindo a reação inflamatória desencadeada por este mediador (com va-

Referências bibliográficas

1. Solé D, Camelo-Nunes IC, Wandalsen GF, Rosário Filho NA, Naspitz CK; Brazilian ISAAC's Group. Prevalence of rhinitis among Brazilian Schoolchildren: ISAAC phase 3 results. *Rhinology*. 2007;45(2):122-8.
2. Bousquet J, Khaltaev N, Cruz AA, Denburg J, Fokkens WJ, Togias O, et al. Allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with the World Health Organization, GA(2)LEN and AllerGen). *Allergy* 2008;63(suppl 88):8-160.
3. Sole D, Sakano E, editors. III Consenso Brasileiro sobre Rinites - 2012. Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial, Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia. *Braz J Otor*. 2012;75(6):1-50.
4. Kaliner MA. Physician prescribing practices: the role of patient preference in the selection of nasal steroids. *Allergy Asthma Proc*. 2001;22(6 Suppl 1):S17-22.

sodilatação, broncoconstrição, produção de muco pelas glândulas seromucosas e quimiotaxia de neutrófilos), sendo mais uma opção de tratamento para crianças acima de seis meses de idade com rinite intermitente ou persistente⁷. Alguns estudos evidenciam benefício maior em pacientes portadores de RA associada à asma (menor necessidade de uso de b-agonistas), além de melhor controle clínico de pacientes com alergia a aspirina e polipose nasal⁸. São indicados para todos os tipos de rinite alérgica, exceto para a leve intermitente.

Cromoglicato dissódico

Seu mecanismo de ação é estabilizar a membrana dos mastócitos, diminuindo sua chance de degranulação e de liberação de histamina. São medicações seguras para utilização em crianças, bem toleradas, disponíveis em preparações nasais e oculares, mas de efeito limitado quando comparadas a outras classes de drogas. São recomendados para profilaxia de todos os tipos de rinite, exceto para a leve intermitente. Sua posologia (4x/dia) pode dificultar a adesão ao tratamento⁷.

Tabela 1 - Anti-histamínicos H1 clássicos³

Nome	Apresentação	Crianças	> 12 anos
Cetotifeno	Xarope: 0,2mg/mL Solução oral: 1mg/mL Comprimidos: 1mg	6 meses a 3 anos: 0,05mg/kg 2x/dia >3 anos: 5mL 2x/dia	1 cápsula 12/12hs
Clemastina	Xarope: 0,05mg/mL Comprimidos: 1mg	<1 ano: 2,5 a 5mL 12/12hs 3 a 6 anos: 5mL 12/12hs; 6 a 12 anos: 7,5mL 12/12hs	20mL 12/12hs ou 1 cp 12/12hs
Dexclorfeniramina	Xarope: 2mg/5mL Comprimidos: 2mg Drágeas: 6mg	2 a 6 anos: 1,25mL 8/8hs 6 a 12 anos: 2,5mL 8/8hs	5mL ou 1 cp 8/8hs (máx 12mg/dia)
Hidroxizina	Xarope (2mg/mL) Comprimidos: 10 e 25mg	Até 6 anos: 50mg/dia >6 anos: até 100mg/dia	Até 150mg/dia
Prometazina	Xarope: 5mg/5mL Comprimidos: 25mg	1mg/Kg/dia em 2 ou 3 tomadas/dia	20 a 60mg/dia

Fonte: Sole D, Sakano E, editors. III Consenso Brasileiro sobre Rinites - 2012. Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial, Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia. *Braz J Otor*. 2012;75(6):1-50.

Imunoterapia

A imunoterapia é uma tentativa de modificar a resposta imunológica do indivíduo a partir da exposição do mesmo a doses crescentes do antígeno causador da alergia. As principais indicações para imunoterapia incluem: quadro clínico induzido por exposição ao alérgeno-específico; quadro clínico de-

sencadeado por exposição a um ou poucos alérgenos; pacientes com sintomas de RA associados aos de vias aéreas inferiores durante a exposição antigênica; pacientes em uso de anti-H1 e doses moderadas de corticosteroides tópicos com controle pobre dos sintomas e pacientes que não desejam usar medicação ou cujos efeitos indesejáveis

Tabela 2 - Anti-histamínicos H1 de segunda geração³

Nome	Apresentação	Crianças	> 12 anos
Cetirizina	Gotas: 10mg/mL Comprimidos: 10mg Solução oral: 1mg/mL	6 meses a 2 anos: 2,5mg 1x/dia 2 a 6 anos: 2,5mg 12/12hs 6 a 12 anos: 5mg/dose 12/12hs	10mg/dia
Desloratadina	Solução oral: 0,5mg/mL Comprimidos: 5 mg	6 meses a 2 anos: 2mL 1x/dia 2 a 6 anos: 2,5mL 1x/dia 6 a 11 anos: 5mL 1x/dia	5mg/dia
Ebastina	Xarope: 1mg/mL	2 a 6 anos: 2,5mL 1x/dia 6 a 12 anos: 5mL 1x/dia	10mg/dia
Epinastina	Xarope: 2mg/mL Comprimidos: 10mg ou 20mg	6 a 12 anos: 5 a 10mg 1x/dia	10 a 20mg/dia
Fexofenadina	Solução: 6mg/mL Comprimidos: 30, 60,120 e 180mg/mL	<6 anos: 15mg 6 a 11 anos: 30 a 60mg/dia	60mg 12/12 ou 120mg 1x/dia
Levocetirizina	Gotas: 2,5mg/10 gotas Comprimidos: 5mg	2 a 6 anos: 1,25mg (5 gotas) 2x/dia >6 anos: 5mg/dia (20 gotas ou 1cp)	5mg/dia
Loratadina	Solução oral: 5mg/mL	>2 anos <30Kg: 5mg/dia; >30Kg:10mg/dia	10mg/dia
Rupatadina	Comprimidos:10mg		10mg/dia
Bilastina	Comprimidos: 20mg		20mg/dia

Fonte: Sole D, Sakano E, editors. III Consenso Brasileiro sobre Rinites - 2012. Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial, Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia. Braz J Otor. 2012;75(6):1-50.

Referências bibliográficas

- Bhatia S, Baroody FM, deTineo M, Naclerio RM. Increased nasal airflow with budesonide compared with desloratadine during the allergy season. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2005;131(3):223-8.
- Berger WE, Nayak AS, Staudinger HW. Mometasone furoate improves congestion in patients with moderate-to-severe seasonal allergic rhinitis. Ann Pharmacother. 2006;39(12):1984-9.
- Brozek JL, Bousquet J, Baena-Cagnani C, Bonini S, Canonica GW, Casale TB, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines: 2010 Revision. J Allergy Clin Immunol. 2010;126(3):466-76.
- Wilson AM, O'Byrne PM, Parameswaran K. Leukotriene receptor antagonists for allergic rhinitis: a systematic review and meta-analysis. Am J Med. 2004;116(5):338-44.
- ARIA in the pharmacy: management of allergic rhinitis symptoms in the pharmacy. Allergic rhinitis and its impact on asthma. Allergy. 2004;59(4):373-87.
- Sakai APC, Caixeta JS, Amato FS, Chen VG, Hermann JS, Pignatari SSN. Como diagnosticar e tratar rinite alérgica. RBM 2012;69:52-8.

impedem a adesão adequada ao tratamento^{9,10}.

Soluções salinas

Soluções salinas têm sido indicadas para minimizar os sintomas em todos os tipos de RA. Os potenciais benefícios, particularmente em pacientes com quadro clínico mais exuberante, seria o de diminuir a congestão nasal e edema da mucosa, auxiliar a eliminação dos alérgenos e do muco, reduzir a concentração de mediadores inflamatórios e, consequentemente, diminuir a necessidade de outros medicamen-

tos como, por exemplo, os anti-histamínicos^{9,10}.

Cirurgia

Está indicada principalmente no tratamento da obstrução nasal, na prevenção das rinosinusites, doenças pulmonares e na melhora dos sintomas secretórios alérgicos. Incluem a redução cirúrgica das conchas nasais, septoplastia, remoção de pólipos, entre outras. Geralmente é conduzida nas crianças maiores, adolescentes e adultos que apresentam sintomas importantes e já fizeram uso de tratamento clínico sem sucesso.

Tabela 3 - Dosagem e administração dos corticosteroides tópicos nasais

Corticosteroide	Dosagem e administração	Dose	Faixa etária
Beclometasona	50 e 100mcg/jato 1-2 jatos/narina 1-2 x/dia	100-400mcg/dia	> 6 anos
Budesonida	32,64,50 e 100mcg/jato 1-2 jatos/narina 1 x/dia	64-400mcg/dia	> 6 anos
Propionato de Fluticasona	50mcg/jato 1-2 jatos/narina 1x/dia	100-200mcg/dia	> 4 anos
Mometasona	50mcg/jatos/narina 1x/dia	100-200mcg/dia	> 2 anos
Triancinolona	55mcg/jato 1-2 jatos/narina 1-2x/dia	110-440mcg/dia	> 2 anos
Furoato de Fluticasona	27,5mcg/jato 1-2 jatos/narina 1x/dia	55-110mcg/dia	> 2 anos
Ciclesonida	50mcg/jato 2 jatos/narina 1x/dia	200mcg/dia	> 6 anos

Fonte: Sole D, Sakano E, editors. III Consenso Brasileiro sobre Rinites - 2012. Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial, Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia. Braz J Otor. 2012;75(6):1-50.