

recomendações

Atualização de Condutas em Pediatria

Departamentos Científicos SPSP
Gestão 2019-2022

89

Setembro
2019



**Departamento de
Alergia e Imunologia**

Rinite alérgica:
complicações e
comorbidades

**Grupo de Trabalho
Álcool e Gravidez**

Diagnóstico
da SAF:
atualizando as
orientações

**Departamento de
Oftalmologia**

Teste do reflexo
vermelho
ampliado



Diretoria de Publicações
Sociedade de Pediatria de São Paulo

www.spsp.org.br

Rinite alérgica: complicações e comorbidades

Congestão nasal, espirros, prurido nasal e coriza aquosa são os quatro sintomas principais da rinite alérgica (RA), consequentes a uma reação de hipersensibilidade mediada pela IgE.

A ocorrência desses sintomas pode ser sazonal ou perene. Pode ser desencadeada e/ou agravada pela exposição aos aeroalérgenos (ácaros da poeira, fungos, baratas, restos de insetos, alimentos e, também, fâneros, saliva e urina de animais). Também podem atuar como agravantes dos sintomas, as variações repentinas de clima, inalações de ar frio e/ou seco, bem como irritantes inespecíficos (fumaças – especialmente de tabaco, odores fortes e poluentes atmosféricos, por exemplo).¹

A prevalência da RA vem aumentando nas últimas décadas, acometendo aproximadamente 12,8-18% da população pediátrica no Brasil e com maior concentração na população adolescente.¹ Embora não seja causa de óbito, direta ou indiretamente, interfere na qualidade de vida de seus portadores que, muitas vezes, a consideram um incômodo, mas sem grande importância. Porém, é uma manifestação orgão específica de doença alérgica sistêmica e, por isso, coexiste com outras doenças e manifestações adjacentes que têm como base comum a alergia, a relação anatômica com o nariz ou que decorrem da RA.²⁻⁴ O Quadro 1 mostra, resumidamente, a divisão e classificação das principais morbidades relacionadas à RA.

Complicações decorrentes das multimorbidades

Comorbidades são doenças adicionais, ocorrendo concomitantemente a uma doença primária, o que não é o caso da RA. Ela apenas é uma manifestação da alergia e, por isso, em estudos recentes, houve uma mudança do emprego do termo morbidade para o de multimorbidades, significando que pode tratar-se de uma ou mais doenças adicionais.³ As possíveis complicações decorrentes dessas multimorbidades,^{1,2,4}

Autores:

Joaquina Maria Correa Bueno,
Tim Markus Muller, Vera Esteves
Vagnozzi Rullo

DEPARTAMENTO DE ALERGIA E IMUNOLOGIA

Gestão 2019-2022

Presidente:

Marcos Tadeu Nolasco da Silva

Vice-presidente:

Pérsio Roxo Junior

Secretário:

Vera Esteves Vagnozzi Rullo

Expediente

Diretoria da Sociedade de Pediatria de São Paulo
Triênio 2019 – 2022

Diretoria Executiva

Presidente:

Sulim Abramovici

1º Vice-Presidente:

Renata Dejtiar Waksman

2º Vice-Presidente:

Claudio Barsanti

Secretário Geral:

Maria Fernanda B. de Almeida

1º Secretário:

Ana Cristina Ribeiro Zollner

2º Secretário:

Lilian dos Santos R. Sadeck

1º Tesoureiro:

Mário Roberto Hirschheimer

2º Tesoureiro:

Paulo Tadeu Falanghe

Diretoria de Publicações

Diretora:

Cléa Rodrigues Leone

Editora Chefe da Revista

Paulista de Pediatria:

Ruth Guinsburg

Editora Associada da Revista

Paulista de Pediatria:

Sonia Regina Testa S. Ramos

Membros e Editores

Executivos da Revista

Paulista de Pediatria:

Antonio Carlos Pastorino

Antonio de Azevedo Barros Fº

Celso Moura Rebello

Cléa Rodrigues Leone

Fabio Carmona

Lilian dos Santos R. Sadeck

Luís Eduardo Procopio Calliari

Marina C. de Moraes Barros

Mário Cícero Falcão

Tamara Beres L. Goldberg

Tulio Konstantyner

Coordenadora editorial:

Paloma Ferraz

Assistente editorial:

Rafael Franco



Produção editorial:

Luce Editora e Artes Ltda.

Editora:

Lucia Fontes

Revisão:

Paloma Ferraz

Imagem de capa:

© Selvam Raghupathy
Dreamstime.com

tornam de suma importância sua identificação durante a consulta do paciente, destacando-se as seguintes:

→ **Oftalmológicas (conjuntivite)** – com histórico de olhos vermelhos, lacrimejamento, prurido ocular e fotofobia.^{1,2}

→ **Vias aéreas superiores (rinosinusites, alterações orofaciais, hiperplasia adenoideana)** – com relatos de “resfriados de repetição ou que não curam”, mas não infecciosos. Produção acentuada de muco, causando acúmulo de secreção com descarga pós-nasal, traduzida pelo costume de pigarrear. Obstrução nasal de graus variáveis, uni ou bilateral, que geralmente piora à noite (ao se deitar), induzindo à respiração oral (RO). Da hipoventilação resultante dessa obstrução, são comuns as queixas de cefaleia e outros sintomas, tais como: fadiga, astenia, irritabilidade, prejuízo do sono e das atividades cotidianas.

Crianças com RA costumam apresentar RO por longo tempo durante a fase de crescimento facial, quando não devidamente tratadas, que resultam em anormalidades orofaciais e ortodônticas características da RO: síndrome da face alongada, com maior altura vertical do terço facial inferior, maiores alturas faciais ântero-superior e total e o arco maxi-

Quadro 1 – Divisão e classificação das morbidades adjacentes

1. Doenças que fazem parte do espectro das doenças alérgicas como, por exemplo, asma, dermatite atópica, alergia alimentar e anafilaxia.
2. Doenças relacionados pela anatomia do nariz como, por exemplo, conjuntivite, sinusite, problemas do ouvido médio, faringe e laringe.
3. Problemas de sono e efeitos secundários na concentração e comportamento.
4. Hiperplasia de cornetos nasais.

lar estreito. Nota-se desenvolvimento assimétrico dos músculos bem como dos ossos do nariz, maxila e mandíbula, além da desorganização das funções exercidas pelos lábios, bochechas e língua. Geralmente, acompanham o palato em ogiva, o assoalho nasal curto e a exagerada erupção dos molares, podendo exibir mordida aberta e cruzada, além de alterações na fala (anasalada, desarticulada), halitose, cáries, tosse crônica e infecções secundárias. A RA pode piorar o quadro obstrutivo e aumentar o trabalho inspiratório, levando a síndrome da apneia, hipopneia obstrutiva do sono (SAHOS).^{5,6}

A hiperplasia tonsilo/adenóideana, decorre da inflamação crônica nas vias aéreas, agravando o edema mucoso. Ocasionalmente roncocal, respiração ruidosa e também é causa de SAHOS em diferentes graus.

O prurido nasal, ocasionando o ato de fricção do nariz com a palma da mão, culmina com o surgimento de sulco horizontal no terço distal do nariz. Não raramente, surgem escarificações nas narinas e epistaxes decorrentes da friabilidade da mucosa nasal, dos espirros e do ato de assoar o nariz vigorosamente. Ao exame, a mucosa nasal é edematosa; hiperemiada na fase aguda e pálida na crônica, com as conchas nasais hipertróficas, explicando o agravo da obstrução e manutenção da RO. Para identificá-las, portanto, há necessidade de anamnese bem detalhada e exame físico objetivo que inclua observação da via aérea nasal – rinoscopia anterior, mediação do pico de fluxo nasal e, muitas vezes, exames de imagem, assim como avaliação profissional especializada adjuvante para procedimentos de nasolaringofibrosopia e polissonografia, dentre outros.^{1,7}

A RA tem o eosinófilo como célula central, além do envolvimento de outros mediadores (TGF- β 1), capazes de inibir a ativação dos linfócitos T e iniciar a ativação do epitélio com formação de edema. O processo inflamatório em conjunto ao remodelamento da mucosa nasal, afeta a estrutura do tecido, epitélio, glândula submucosa, espessamento da membrana basal e deposição de colágenos com infiltração eosinofílica.⁸ Isso piora a gravidade da rinosinusite crônica e prolonga a duração dos sintomas. A lavagem nasal com soro fisiológico é capaz de regular o clearance mucociliar e

secreção nasal e apresenta benefício incontestável na criança, devendo ser recomendada como terapia adjuvante.⁹

Demonstraram-se que RA se associou ao aumento da hiperplasia das células, densidade microvascular e expressão de MMP-9 na rinossinusite crônica com pólipos nasais e promoveu a expressão de colágeno, TGF β 1 e MMP-7 na rinossinusite sem pólipos nasais. Portanto, pacientes com histórico de rinossinusite crônica devem ser avaliados para alergia.⁹

→ **Deficiência auditiva e otites** – recentemente, uma metanálise mostrou que a RA é um fator de risco para otite média com efusão, especialmente em escolares e pré-escolares. O trato respiratório conecta-se com a orelha média e a mucosa desse local, assemelhando-se ao trato respiratório. Também pode apresentar resposta alérgica que envolve linfócito TH2, eosinófilos, neutrófilos, mastócitos, elevação de IL-4 e 5. A hipersensibilidade local leva à disfunção da tuba de Eustáquio, aumento da pressão na orelha média e presença de efusão mucoide no seu interior.¹⁰ Consequentemente pode existir diminuição da mobilidade da membrana timpânica, com perda auditiva. Atrasos de fala e linguagem, necessidade de volume alto na televisão, falar em alta voz, dificuldades escolares podem ocorrer, bem como manifestações de frustração e irritabilidade.

Para avaliação complementar são úteis a otoscopia pneumática, os testes de Weber e Rinne (condução direta e indireta de sons), audiometria, timpanoscopia para observação da membrana timpânica e do ouvido médio, assim como o teste de sussurrar para triagem de otite média com efusão.

→ **Vias aéreas inferiores (asma)** – geralmente, pacientes com RA apresentam hiperresponsividade brônquica que é um fator de risco para o desenvolvimento de asma. Há evidências de que os mesmos desencadeantes levam à inflamação desde as vias aéreas superiores até os brônquios, o que contribui para a teoria da doença única da via aérea.¹¹ Daí, a elevada associação entre as duas doenças, de aproximadamente 60-80%. A presença da RA pode agravar a asma e levá-la a uma maior dificuldade no seu controle. Estudos prévios mostraram que asmáticos com RA apresentam um

número de visitas ao pronto-socorro significativamente maior, comparado aos asmáticos sem RA. Por outro lado, nota-se que a utilização de corticosteroides intranasais se correlacionam à melhora clínica da asma.¹² Então, o histórico de tosse (inclusive crônica), chiado, dispneia e broncoespasmo induzido por exercícios, hiperexpansão torácica e sibilância deve ser cuidadosamente pesquisado. Assim como anormalidades na análise do pico de fluxo expiratório e/ou prova de função pulmonar.^{1,2,6,13,14}

→ **Síndrome da alergia pólen-alimento** – deve ser considerada quando há relato de prurido oral associado à ingestão de alimentos *in natura* (não cozidos ou congelados) como, por exemplo, pêssago, maçãs, batata, castanhas, etc.; devido à reação cruzada entre pólen e alimentos.

Teste cutâneo por punctura (*prick*), raramente necessários na avaliação desses casos, mas, se indicados – por restar dúvida na história clínica –, devem ser feitos com alimentos frescos (*prick to prick*) e somente com o alimento sob suspeita, pois podem ocorrer reações falso positivas e sem relevância clínica.^{1,2,4}

Conclusão

A abordagem da RA com suas multimorbidades e complicações tem que estar associada a uma investigação clínica rigorosa, lúcida, armada e interdisciplinar criteriosa.

Acesse edições anteriores de **Recomendações!**

Arquivos desde 2007



www.spsp.org.br//recomendacoes

Referências:

- SOLÉ, D. et al. IV Consenso Brasileiro Sobre Rinites 2017. Available from: <http://www.aborlccf.org.br/secas.asp?s=3>.
- ROBERTS, G. et al. Paediatric rhinitis: position paper of the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. *Allergy*. v. 68, n. 9, p. 1102-16, 2013.
- CINGI, C. et al. Multi-morbidities of allergic rhinitis in adults: European Academy of Allergy and Clinical Immunology Task Force Report. *Clin Transl Allergy*. v. 7, p. 17, 2017.
- ROTIROTI, G. et al. Rhinitis in children: common clinical presentations and differential diagnoses. *Pediatr Allergy Immunol*. v. 26, p. 103-10, 2015.
- STENNER, M. et al. Diseases of the nose and paranasal sinuses in childhood. *Laryngorhinotologie*. v. 93, p. S24-48, 2014.
- PASTORINO, A.C. et al. Rinite e respirador oral. In: RUILO, V.E.V. et al. **Série Atualizações Pediátricas SPS - Atualização em alergia e imunologia pediátrica: da evidência à prática**. 2ª ed. Editora Atheneu: p. 63-9, 2016.
- WONGKAMHAENG, K. et al. Dental caries, cariogenic microorganisms and salivary properties of allergic rhinitis children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. v. 78, n. 5, p. 860-5, 2014.
- XIANG, R. et al. Different effects of allergic rhinitis on nasal mucosa remodeling in chronic rhinosinusitis with and without nasal polyps. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. v. 276, n. 1, p. 1-5, 2018.
- YANG, Y.C. et al. Transforming growth factor-beta1 in inflammatory airway disease: a key for understanding inflammation and remodeling. *Allergy*. v. 67, n. 10, p. 1193-202, 2012.
- CHENG, X. et al. Allergic rhinitis and allergy are risk factors for otitis media with effusion: a meta-analysis. *Allergol Immunopathol (Madr)*. v. 45, n. 1, p. 25-32, 2017.
- BOUSQUET, J. et al. Allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA): achievements in 10 years and future needs. *J Allergy Clin Immunol*. v. 130, n. 5, 1049-62, 2012.
- LOHIA, S. et al. Impact of intranasal corticosteroids on asthma outcomes in allergic rhinitis: a meta-analysis. *Allergy*. v. 68, n. 5, p. 569e79, 2013.
- MASTRORILLI, C. et al. Asthma and allergic rhinitis in childhood: what's new. *Pediatr Allergy Immunol*. v. 27, n. 8, p. 795-803, 2016.
- GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA. Global strategy for asthma management and prevention, 2018. Available from: www.ginasthma.org.