

ARIA: atualizações

ARIA: update

Charles K Naspitz¹, Álvaro A Cruz²

Resumo

Desde a publicação do Relatório do Simpósio ARIA (Rinite Alérgica e seu Impacto na Asma) em 1999, grande número de artigos têm sido publicados no tema. Esta revisão comenta as afirmações antigas e as mais recentes da ARIA. Novas evidências trazem mais respaldo a afirmações anteriores, tais como: 1) a rinite alérgica é um dos fatores de risco para asma; 2) pacientes com rinite devem ser avaliados para asma; 3) a maioria dos pacientes com asma tem rinite e devem ser avaliados neste sentido; 4) uma estratégia combinada deve ser usada para tratar toda a via aérea; 5) em países de renda média a baixa, uma estratégia diferente pode ser necessária, na dependência dos recursos disponíveis. Publicações recentes revelam que a rinite alérgica é um problema global, e afeta uma proporção da população que pode ser acima de 30%. Muitos estudos têm demonstrado um crescimento paralelo da asma e da rinite, mas em regiões de prevalência mais alta há uma estabilização. A prevalência da rinite e da asma em comunidades rurais ou em países de renda média a baixa, em geral, é mais baixa do que em comunidades urbanas com estilo de vida ocidentalizado. Asma, atopia e rinite compartilham de fatores de risco comuns. Por outro lado, numerosos relatos recentes têm apontado fatores associados à redução do risco de atopia, asma e rinite, confirmando ainda não de modo definitivo, observações preliminares que indicam proteção associada à exposição a infecções ou a contacto próximo com animais. O risco aumentado de asma não é restrito a indivíduos com rinite alérgica; tem sido encontrado também entre pacientes com rinite não alérgica. O tratamento da rinite com corticosteróides tópicos intra-nasais pode reduzir a morbidade por asma. Anti-histamínicos e antagonistas de receptores de leucotrienos, quando usados para o tratamento da rinite, contribuem para o controle ou prevenção da asma. A imunoterapia específica da rinite pode reduzir o risco de asma e melhorar o controle desta doença. Para obter vantagem da compreensão do novo paradigma da via aérea única na prática clínica, há a necessidade de racionalizar decisões sobre o diagnóstico e tratamento para otimizar as relações risco/benefício e custo/efetividade do tratamento.

Rev. bras. alerg. imunopatol. 2008; 31(3):98-101 asma, rinite, alergia, atopia, revisão.

Abstract

Since the Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) Workshop Report of 1999, a large number of articles have been published on the subject. This review comments on the old and new ARIA statements. New evidence provide further support to previous ARIA statements, such as: 1) allergic rhinitis is one of the risk factors for asthma; 2) patients with persistent rhinitis should be evaluated for asthma; 3) most patients with asthma have rhinitis and should be properly evaluated; 4) a combined strategy should be used to treat the entire airways; 5) in middle to low income countries, a different strategy may be needed depending on available resources. Recent reports show allergic rhinitis is a global problem, affecting a proportion of the population that can be above 30%. Many studies have demonstrated parallel increasing prevalence of asthma and rhinitis, but in regions of highest prevalence it may be reaching a plateau. The prevalence of rhinitis and asthma in rural communities or low to middle-income countries, in general, is lower than that in developed westernized urban communities. Asthma, allergic rhinitis and atopy usually share common risk factors. On the other hand, various recent reports have identified factors associated with a reduced risk of atopy, asthma and allergic rhinitis, confirming previous findings of protection related to exposure to infections or close contacts with animals. The increased risk of asthma is not restricted only to individuals with allergic rhinitis: it has been found to be elevated among sufferers from non-allergic rhinitis likewise. Treatment of rhinitis with intranasal glucocorticosteroids may reduce morbidity due to asthma. Anti-histamines and leukotriene receptor antagonists, when used for the treatment of allergic rhinitis, contribute to asthma control or prevention. Specific immunotherapy of rhinitis may reduce the risk of asthma and improve asthma control. In order to take advantage of the new paradigm of unified airways in clinical practice, there is a need to rationalize decisions on diagnosis and treatment so as to optimize risk/benefit and cost/effectiveness ratios.

Rev. bras. alerg. imunopatol. 2008; 31(3):98-101 asthma, rhinitis, allergy, atopy, review.

1. Professor Titular do Departamento de Pediatria UNIFESP-EPM e Coordenador do Grupo de Estudos de Rinite da ASBAI
2. Professor Adjunto da Escola de Medicina da Universidade Federal da Bahia

Artigo submetido em 02.10.2007, aceito em 15.01.2008

Introdução

Rinite alérgica (RA) é uma doença sintomática do nariz, induzida após exposição a alérgeno(s), causada pela inflamação das membranas mucosas que revestem as narinas, mediada por IgE.

A RA é um problema global, afetando pacientes de todos os países, grupos étnicos, sexo e idade, que interfere negativamente na vida social, no sono, no desempenho escolar e no trabalho. RA e asma, estão relacionadas a processos inflamatórios sistêmicos e com frequência, co-existem no mesmo indivíduo.

Em 1999, o grupo de trabalho sobre ARIA (*Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma*), em colaboração com a Organização Mundial de Saúde produziu o seu primeiro relatório, cuja intenção era fornecer a todos os profissionais envolvidos no manejo da RA, uma base de evidências para facilitar o estudo local de informações relevantes para o diagnóstico e o tratamento da RA.

Neste primeiro documento ARIA, foram feitas as seguintes recomendações:

1- RA é uma importante doença respiratória crônica devido à sua:

- prevalência
- impacto na qualidade de vida
- impacto no trabalho/escola e produtividade
- impacto econômico
- ligações com asma

2- Além disso, a RA é associada à sinusite e outras comorbidades, como conjuntivite

3- RA deve ser considerada como um fator de risco para asma juntamente com outros fatores de risco.

4- Uma nova subdivisão de classificação da RA foi proposta:

- Intermitente (RI)
- Persistente (RP)

5- A gravidade da RA foi classificada em leve e moderada/grave, dependendo da intensidade dos sintomas e o impacto na qualidade de vida.

6- Dependendo da sub divisão da gravidade da RA, um tratamento escalonado foi proposto.

7- O tratamento da RA deve combinar:

- evitar alérgenos (quando possível)
- farmacoterapia
- imunoterapia
- educação

8- Pacientes com RA persistente devem ser investigados para a presença de asma concomitante, por meio de história, exame físico, e se possível, avaliação do fluxo aéreo pulmonar, antes e após broncodilatador.

9- Pacientes com asma devem ser avaliados para a presença de RA.

10- Uma estratégia combinada deve ser utilizada da melhor maneira para tratar as doenças das vias aéreas superiores e inferiores, para otimizar a eficácia e segurança.

Com o passar do tempo, surgiu a necessidade de uma atualização do primeiro relatório ARIA, pois vários trabalhos foram publicados nos últimos sete a oito anos, ampliando nosso conhecimento sobre RA. As recomendações ARIA devem ser validadas em termos de classificação e manejo, novos sistemas baseados em evidências foram propostos em relação a custos, segurança e eficácia dos tratamentos.

Ademais, alguns pontos não foram abordados no documento ARIA inicial:

- Papel da medicina alternativa e complementar
- As inter-relações entre vias aéreas superiores e inferiores não foram suficientemente avaliadas em países em desenvolvimento.
- rinite e esporte em atletas
- rinite e suas ligações com asma, em crianças pré-escolares.

Uma atualização das publicações da ARIA teve início em 2004.

Classificação das rinites:

- infeciosas (viral, bacteriana, outros agentes)
- alérgica (intermitente, persistente)
- ocupacional (intermitente, persistente)
- induzida por drogas (aspirina, outros medicamentos)
- hormonal

outras causas (NARES, irritantes, alimentos, emocional, atrófica)

Diagnóstico diferencial da RA:

- Rinossinusite com ou sem pólipos nasais
- Fatores mecânicos
 - Desvio de septo
 - Conchas hipertróficas
 - Hipertrofia da adenóide
 - Variações anatómicas do complexo ósteo-meatal
 - Corpos estranhos
 - Atresia coanal
- Tumores (benignos, malignos)
- Granulomas
 - Granulomatose de Wegener
 - Sarcoidose
 - Infeciosa
 - Maligna (granuloma destrutivo do septo)
- Defeitos ciliares
- Rinorréia cérebro espinhal

Às recomendações anteriores do ARIA, foi adicionado: “muitos desencadeantes não alérgicos induzem sintomas nasais que mimetizam RA. Estes incluem drogas (aspirina e agentes antiinflamatórios não esteróides), agentes ocupacionais, alimentos, fatores físicos, químicos, emocionais e infecções virais”.

Os sintomas de RA incluem rinorréia, obstrução nasal, prurido nasal e espirros, que são reversíveis espontaneamente ou com tratamento, secreção pós-nasal ocorre com abundante rinorréia anterior na RA ou sem esta, na rinossinusite crônica, entretanto, obstrução nasal como sintoma único, raramente é associado com alergia. Pacientes com rinite não alérgica podem apresentar sintomas semelhantes.

Anteriormente, a RA era subdividida, com base no tempo de exposição, em sazonal (RAS), perene (RAP) e ocupacional (RO). RAP é mais freqüentemente causada por alérgenos intradomiciliares como ácaros, fungos, baratas e secreções animais. A RAS é relacionada a uma variedade de alérgenos extra domiciliares, como polens e fungos, entretanto, esta classificação não é totalmente satisfatória pois:

- em certas áreas polens e fungos são alérgenos perenes
- sintomas de RAP não estão presentes o ano inteiro.
- a maioria dos pacientes é sensibilizada a vários alérgenos e, portanto, expostos durante todo o ano.
- em muitos pacientes, sintomas perenes estão freqüentemente presentes e os pacientes apresentam exacerbações sazonais quando expostos a polens ou fungos.
- alterações climáticas modificam o tempo e a duração da estação polínica, o que torna difíceis as previsões.
- pacientes alérgicos viajam e podem estar expostos a alérgenos sensibilizantes em diferentes épocas do ano.
- alguns pacientes alérgicos a polens são também alérgicos a fungos e assim fica difícil definir a estação polínica
- devido ao efeito “priming” sobre a mucosa nasal, induzida por baixos níveis de alérgenos polínicos e pela inflamação mínima persistente no nariz de pacientes com rinite sem sintomas, os sintomas não ocorrem necessariamente durante a estação polínica.
- irritantes não específicos como poluição do ar podem agravar sintomas em pacientes sintomáticos e induzir sintomas em pacientes assintomáticos com inflamação nasal.

Por estes argumentos, uma grande alteração na classificação da RA foi proposta pelo documento ARIA com a introdução dos termos rinite alérgica intermitente (IAR) e rinite alérgica persistente (PER). Estes termos não são sinônimos de sazonal e perene. No documento original ARIA, o número de dias consecutivos para classificar pacientes com PER era mais de quatro por semana. Entretanto, parece

que pacientes com PER habitualmente sofrem todos os dias.

Pode-se classificar também a rinite de acordo com a sua gravidade, em:

Rinite leve, quando nenhum dos itens abaixo está presente:

- Distúrbios do sono
- Prejuízo das atividades diárias, de lazer ou esporte
- Prejuízo na escola ou no trabalho
- Sintomas presentes, mas que pouco incomodam

Rinite moderada/grave, quando um ou mais dos seguintes itens estão presentes:

- Distúrbios do sono
- Prejuízo nas atividades diárias, de lazer ou esportes
- Prejuízo no rendimento na escola ou no trabalho
- Sintomas desconfortáveis.

Tratamento da rinite e asma utilizando uma abordagem única:

- Anti-histamínicos H1, por via oral, não são recomendados para o tratamento da asma.
- Glucocorticosteróides intranasais são inconstantes e na melhor das hipóteses, moderadamente eficazes para controlar a asma persistente.
- Glucocorticosteróides intranasais podem ser eficazes na redução de hospitalizações e exacerbações de pacientes com asma e rinite associadas.
- O papel dos glucocorticosteróides inalatórios (via brônquica) é desconhecido na rinite.
- Montelukaste é eficaz no tratamento da RA e asma em pacientes com mais de seis anos de idade.
- Imunoterapia subcutânea é recomendada para RA e asma em adultos, mas pode apresentar efeitos colaterais, especialmente na asma.
- Anticorpo monoclonal anti-IgE é eficaz e seguro em RA e asma.

Rinite em crianças

RA é a doença alérgica crônica mais prevalente em crianças. Existem muitas causas diferentes para rinite em crianças, e aproximadamente 50% são induzidas por alérgeno(s). RA e rinite não alérgica, são dificilmente distinguíveis com base em sintomas.

Diagnóstico em crianças pré-escolares:

RA e asma são difíceis de diagnosticar neste período etário e os sintomas são confundidos com os de rinite infecciosa, entretanto, sintomas que persistem mais de duas semanas devem levar à investigação de outra causa, que não a infecção.

A história médica é muito importante, pela presença de história familiar de atopia e a progressão da atopia na criança.

Além de espirros, prurido nasal, coriza e obstrução, crianças com rinite moderada/grave podem desenvolver respiração ruidosa, aspiração retro-faríngea e manifestações faciais de obstrução nasal ou naso-faríngea. Podem apresentar a linha nasal (prurido intenso).

Testes cutâneos podem ser feitos e interpretados a partir de alguns meses de idade. Se positivos, fornecem evidência de atopia e sensibilização a aeroalérgenos, entretanto, devem estar relacionados aos sintomas e sinais de doença alérgica.

Níveis elevados de IgE não são bons preditores de atopia, pois seus níveis variam bastante com a idade e podem ser influenciados por exposições a helmintos. Níveis elevados de IgE se correlacionam mais com dermatite atópica do que com RA.

Diagnóstico em crianças mais idosas

O diagnóstico diferencial de RA em crianças escolares inclui trauma (hematoma septal, fratura de ossos do nariz), rinorréia de líquido cérebro espinhal, glioma nasal e rinite medicamentosa, pelo uso abusivo de descongestionantes tópicos.

Tratamento farmacológico

É importante avaliar de modo adequado os efeitos colaterais do tratamento, especialmente em crianças que apresentam concomitantemente RA e asma.

Muitas medicações prescritas para crianças com RA não têm aprovação para este período etário. De particular preocupação, são os efeitos colaterais afetando o crescimento e o desenvolvimento cognitivo.

Glucocorticosteróides intra-nasais são o tratamento mais eficaz da rinite alérgica, inclusive quando acompanhada de manifestações conjuntivais, e a dose mínima para controlar os sintomas deve ser utilizada.

Glucocorticosteróides por via oral ou em preparações de depósito devem ser evitados.

Corticosteróides intranasais não parecem ter qualquer efeito relevante sobre o eixo hipotalâmico-hipófise-adrenal.

O uso de anti-histamínicos anti-H1 é importante para o tratamento da RA em crianças pré-escolares, que preferem medicação oral. Os anti-histamínicos de primeira geração devem ser evitados. Dos anti-histamínicos de segunda geração eficazes e seguros no tratamento da RA em crianças, somente foram estudados em longo prazo, a cetirizina, a levocetirizina e a loratadina.

O uso de anti-histamínicos por via intranasal tem o benefício de início rápido de ação e poucos efeitos colaterais. São úteis nas crianças cujos sintomas se limitam ao nariz ou aos olhos.

Em alguns países, o montelukaste é aprovado para o tratamento da RA em crianças. Mais estudos são necessários sobre a farmacocinética de descongestionantes orais em crianças; estas drogas podem contribuir para a hiperatividade e insônia.

Cromoglicato dissódico tem sido usado em crianças com rinoconjuntivite, mas é menos eficaz que corticosteróide intranasal ou anti-histamínicos. A adesão ao tratamento todavia é difícil, pois o cromoglicato precisa ser administrado quatro a seis vezes ao dia.

Solução salina em gotas ou spray pode ajudar a limpar o nariz e ser usada antes das refeições e antes de dormir.

Tratamento não farmacológico

É necessária a educação da família e da criança educação da família e da criança para evitar os alérgenos desencadeantes e os irritantes não específicos (fumaça de cigarro é o mais importante).

Imunoterapia subcutânea alérgeno específica não é habitualmente recomendada antes dos cinco anos de idade. Existem alguns estudos preliminares sobre imunoterapia sublingual em crianças pré-escolares. É segura e eficaz, mas outros estudos são necessários.

Referências

1. Cruz AA, Popov T, Pawankar R, Annesi-Maesano I, Fokkens W, Kemp J et al - Common characteristics of upper and lower airways in rhinitis and asthma: ARIA update, in collaboration with GA(2)LEN. *Allergy*. 2007;62 Suppl 84:1-41.
2. Bousquet J, Khaltaev N, Cruz AA, Denburg J, Fokkens WJ, Togias A 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.

3. Brozek JL, Baena-Cagnani CE, Bonini S, Canonica GW, Rasi G, van Wijk RG et al - Methodology for development of the Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma guideline 2008 update. *Allergy* 2008; 63(1): 38-46

Correspondência:
Charles K Naspitz
Rua dos Otonis 725 - Vila Mariana
Fone: 0XX-11-5579.1590