



Rinite em pré-escolares

Rhinitis in preschool children

Fausto Yoshio Matsumoto¹, Maria Candida Varanda Rizzo², Fabio Chigres Kuschmir³,
Giovanni Marcelo Siqueira di-Gesu⁴, João Ferreira Mello-Jr.⁵, Maria Leticia Freitas Silva Chavarria⁶,
Priscila Megumi Takejima⁷

RESUMO

A rinite no pré-escolar configura um grande desafio diagnóstico e terapêutico, tanto para pediatras, como para especialistas. Os poucos dados existentes nesta faixa etária, além da sobreposição dos sintomas também comuns às doenças respiratórias virais, tornam o diagnóstico de rinite extremamente raro e/ou frequentemente ignorado. A melhor compreensão e identificação da rinite nos pré-escolares pode ajudar a melhorar a qualidade de vida destes pacientes, através da instituição do diagnóstico e tratamento corretos. Além disso, o diagnóstico mais precoce, possivelmente possibilitará caracterizar melhor a história natural da rinite, comorbidades, fatores de risco e o acompanhamento do desenvolvimento dos diferentes fenótipos da rinite ao longo da vida.

Descritores: Rinite, pré-escolar, classificação.

ABSTRACT

Rhinitis in preschool children is a major diagnostic and therapeutic challenge for both pediatricians and specialists. The diagnosis of rhinitis is extremely rare and/or often ignored in this specific age group, due to the few data available and the overlapping of symptoms common to viral respiratory diseases. A better understanding and identification of rhinitis in preschool children could improve the quality of life of these patients by making diagnosis more accurate and delivering appropriate treatment. In addition, an earlier diagnosis may help better understand the natural history of rhinitis, comorbidities, risk factors and follow-up of different phenotypes throughout life.

Keywords: Rhinitis, preschool child, classification.

Introdução

A rinite é uma das doenças crônicas mais prevalentes no mundo, com grande impacto na qualidade de vida dos doentes, nas diferentes faixas etárias¹⁻³. Poucos dados estão disponíveis na faixa pré-escolar, onde o diagnóstico de rinite é difícil de ser realizado,

sendo frequentemente subdiagnosticado e/ou ignorado por pediatras e especialistas. Os sintomas de quadros respiratórios infecciosos repetitivos, muito comuns nos pré-escolares, muitas vezes dificultam e confundem o diagnóstico da rinite².

1. Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina (EPM-UNIFESP), Disciplina de Alergia, Imunologia Clínica e Reumatologia, Departamento de Pediatria - São Paulo, SP, Brasil.
2. Universidade Cidade de São Paulo - UNICID, Departamento de Pediatria - São Paulo, SP, Brasil.
3. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Departamento de Pediatria - Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
4. Santa Casa de Porto Alegre / Hospital da Criança Santo Antônio, Serviço de Alergia e Imunologia Clínica - Porto Alegre, RS, Brasil.
5. Hospital das Clínicas da FMUSP, Departamento de Otorrinolaringologia - São Paulo, SP, Brasil.
6. Universidade Federal de Goiás (IPTSP-UFG), Serviço de Alergia - Goiânia, GO, Brasil.
7. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - FMUSP, Serviço de Imunologia Clínica e Alergia - São Paulo, SP, Brasil.

Submetido em: 06/03/2018, aceito em: 19/04/2018.

Arq Asma Alerg Imunol. 2018;2(2):225-8.

Epidemiologia

Há poucos trabalhos publicados que definem a prevalência da rinite na faixa etária pré-escolar. Dados obtidos em estudos populacionais variam entre 4%⁴ a 43,4%^{2,3,5}. No Brasil, o único estudo realizado até o momento, apresentou uma prevalência de 48,3% em crianças entre 12 e 15 meses de idade⁶. Importante ressaltar que, quando levado em conta apenas o diagnóstico dado pelo médico, estas taxas caem para 11,7%³ a 30%⁷ dos pacientes que referem sintomas de rinite.

Fatores de risco

Os fatores de risco não estão totalmente esclarecidos, mas atualmente acredita-se que as doenças alérgicas estejam associadas tanto com componentes ambientais como genéticos, já sendo possível identificar alguns genes responsáveis pelo aumento na incidência de sensibilizações e alergias na infância^{5,8}. No futuro, a identificação dos genes responsáveis pelo desencadeamento das doenças alérgicas poderá ser uma ferramenta útil para o diagnóstico precoce das alergias⁸.

Dentre os fatores de risco identificados no desenvolvimento de rinite alérgica abaixo dos 5 anos, podemos citar: presença de outras doenças alérgicas, antecedentes familiares de atopia (principalmente pais e irmãos), gênero masculino, presença de sensibilização a aeroalérgenos através dos testes *in vivo* ou *in vitro*, região de moradia (urbana vs rural) e baixa ingestão de peixe (principalmente ômega-3) durante a gestação e no primeiro ano de vida⁷.

Diagnóstico

Como já citado anteriormente, a grande frequência de infecções respiratórias do trato superior muitas vezes confunde o diagnóstico da rinite, porém sintomas que persistam por mais de 2 semanas, presença de prurido nasal e pacientes com outras doenças alérgicas ou antecedente familiar de dermatite atópica, asma e/ou conjuntivite alérgica, devem alertar o médico sobre a investigação de outras possibilidades diagnósticas².

Os testes de sensibilização (*in vivo* ou *in vitro*) aos aeroalérgenos podem ser realizados nesta faixa etária, porém os resultados devem sempre ser correlacionados com os sintomas de cada paciente. Os testes *in vitro*, na faixa pré-escolar, possuem baixa

sensibilidade (entre 22 e 47%)⁹ e, portanto, devem ser interpretados com extrema cautela. Nos pacientes com rinite alérgica, a pesquisa de sensibilização aos alérgenos alimentares não devem ser realizados de rotina, uma vez que dificilmente desencadeiam reações exclusivamente respiratórias, exceto naqueles que apresentem reações alérgicas agudas graves (anafilaxia) a algum alérgeno alimentar específico.

A IgE total, que apresenta grande variedade de valores nas diferentes populações e faixas etárias, também não está correlacionada com gravidade ou com maior probabilidade de rinite alérgica.

É importante ressaltar que a rinite, assim como em outras faixas etárias, também pode ser desencadeada por fatores não alérgicos, como a exposição a poluentes, à fumaça de cigarro, a medicamentos, a emoções e a outros desencadeantes químicos e físicos^{10,11}.

Diagnósticos diferenciais

- Rinite infecciosa (principalmente viral);
- Corpo estranho;
- Alterações anatômicas (atresia de coanas, tumores benignos);
- Alterações hormonais;
- Uso de medicamentos;
- Fibrose cística (podendo estar associado com a presença de pólipos nasais);
- Discinesia mucociliar;
- Hipertrofia de adenoide;
- Doença do refluxo gastroesofágico.

Tratamento

O tratamento da rinite é semelhante aos de outras faixas etárias, e baseia-se principalmente no alívio dos sintomas e, quando possível, evitar o contato com as substâncias desencadeantes.

O uso de anti-histamínicos de segunda geração são seguros e devem ser preferencialmente utilizados, devido à sonolência e a possíveis interferências no desenvolvimento cognitivo associados aos anti-histamínicos de primeira geração¹².

Os corticoides nasais mais modernos e com menor biodisponibilidade sistêmica (mometasona, fluticasona e triancinolona) devem ser priorizados, por não apresentar efeitos colaterais a longo prazo, como a diminuição de velocidade de crescimento, observada

com os corticoides nasais com alta biodisponibilidade (> 30%). O uso de corticoides orais deve ser evitado devido aos seus graves efeitos colaterais².

Os anti-histamínicos nasais e as associações tópicas de corticoide e anti-histamínico não são liberados para utilização em pré-escolares.

Os antagonistas de receptores de leucotrienos podem ser usados como alternativa terapêutica, porém não devem ser prescritos como primeira escolha¹³.

Os cromoglicatos de uso nasal também podem ser usados, porém sua posologia dificulta a aderência ao tratamento, e sua eficácia é menor quando comparada ao uso de anti-histamínicos orais e corticoides nasais.

A lavagem nasal com soro fisiológico deve ser utilizada em conjunto com o corticoide nasal e estimulada nas crianças com rinite e secreção. Além de ser uma prática barata e bem tolerada, facilita a remoção de secreção nasal, com conseqüente alívio dos sintomas da rinite¹³.

Imunoterapia

A instituição de imunoterapia específica em crianças acima dos 3 anos ainda é controversa, porém pode ser indicada em casos selecionados após avaliação da gravidade da doença, relação risco/benefício e da possibilidade de conseguir estabelecer relação direta entre os resultados obtidos nos testes de sensibilização e sintomatologia apresentada por cada paciente¹⁴. A imunoterapia subcutânea apresenta risco aumentado de reações sistêmicas, especialmente nos pré-escolares, pois há maior dificuldade da criança em relatar possíveis reações adversas^{13,15}. Por outro lado, há trabalhos publicados recentemente utilizando imunoterapia sublingual com ácaros^{16,17}, que demonstram maior segurança nesta faixa etária, além de diminuição de sintomas de rinite e uso de medicamentos. Apesar destes resultados, seu uso deve ser definido caso a caso e sempre em conjunto com a família^{15,18}.

A escolha do alérgeno a ser utilizado deve ser baseada nos resultados positivos de exames de sensibilização e sua correlação com os sintomas apresentados pelo paciente, dando preferência ao uso de apenas um alérgeno ou para misturas de alérgenos homólogos e de famílias biológicas semelhantes. A mistura de alérgenos de diferentes famílias não são recomendáveis¹⁵. Antes do início do tratamento, deve-se enfatizar ao paciente da necessidade da aderência

ao mesmo e da longevidade do esquema, alcançando de 3 a 5 anos de duração.

Outra parte essencial do tratamento é monitoramento dos sintomas dos pacientes após introdução da medicação. Esta prática é imprescindível para que sejam feitos ajustes de medicação, permitindo aperfeiçoar e personalizar o tratamento ao longo do tempo. Existem vários questionários publicados na literatura, cada um com suas características próprias, não existindo uma ferramenta melhor ou superior, sendo que a escolha deve ser feita àquela que se adequa melhor ao médico e às características de cada paciente¹³.

Conclusão

Apesar de difícil, o diagnóstico correto da rinite alérgica nos pré-escolares é essencial para que seja possível instituir o melhor tratamento a longo prazo, proporcionando melhor qualidade de vida neste período de desenvolvimento crucial na infância.

O tratamento, em linhas gerais, não difere do proposto para adultos e crianças mais velhas, porém possui suas peculiaridades, sendo importante ficar atento à posologia e características de cada medicamento antes da prescrição.

Referências

1. Strachan D, Sibbald B, Weiland S, Ait-Khaled N, Anabwani G, Anderson HR, et al. Worldwide variations in prevalence of symptoms of allergic rhinoconjunctivitis in children: the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). *Pediatr Allergy Immunol*. 1997;8(4):161-76.
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. Morais-Almeida M, Santos N, Pereira AM, Branco-Ferreira M, Nunes C, Bousquet J, et al. Prevalence and classification of rhinitis in preschool children in Portugal: a nationwide study. *Allergy*. 2013;68(10):1278-88.
4. Blackwell DL, Tonthat L. Summary health statistics for U.S. children: National Health Interview Survey, 1999. *Vital Health Stat* 10. 2003(210):1-50.
5. Cho YM, Ryu SH, Choi MS, Tinyami ET, Seo S, Choung JT, et al. Asthma and allergic diseases in preschool children in Korea: findings from the pilot study of the Korean Surveillance System for Childhood Asthma. *J Asthma*. 2014;51(4):373-9.
6. Chong Neto HJ, Rosario CS, Rosario BA, Chong FH, Grasselli EA, Silva FC, et al. Allergic rhinitis in preschool children from Southern Brazil. *Allergy*. 2014;69(4):545-7.
7. Alm B, Goksor E, Thengilsdottir H, Pettersson R, Mollborg P, Norvenius G, et al. Early protective and risk factors for allergic rhinitis at age 4(1/2) yr. *Pediatr Allergy Immunol*. 2011;22(4):398-404.

8. Arabkhazaeli A, Ahmadizar F, Leusink M, Arets HGM, Raaijmakers JAM, Uiterwaal C, et al. The association between a genetic risk score for allergy and the risk of developing allergies in childhood-Results of the WHISTLER cohort. *Pediatr Allergy Immunol*. 2018;29(1):72-7.
9. Lilja G, Oman H, Johansson SG. Development of atopic disease during childhood and its prediction by Phadiatop Paediatric. *Clin Exp Allergy*. 1996;26(9):1073-9.
10. Chung HY, Hsieh CJ, Tseng CC, Yiin LM. Association between the First Occurrence of Allergic Rhinitis in Preschool Children and Air Pollution in Taiwan. *Int J Environ Res Public Health*. 2016;13(3).
11. Bertelsen RJ, Carlsen KC, Carlsen KH. Rhinitis in children: comorbidities and phenotypes. *Pediatr Allergy Immunol*. 2010;21(4 Pt 1):612-22.
12. Milgrom H, Kittner B, Lanier R, Hampel FC. Safety and tolerability of fexofenadine for the treatment of allergic rhinitis in children 2 to 5 years old. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2007;99(4):358-63.
13. Sakano E, Sarinho ES, Cruz AA, Pastorino AC, Tamashiro E, Kuschnir F, et al. IV Brazilian Consensus on Rhinitis - an update on allergic rhinitis. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2018;84:3-14.
14. Cox L, Nelson H, Lockey R, Calabria C, Chacko T, Finegold I, et al. Allergen immunotherapy: a practice parameter third update. *J Allergy Clin Immunol*. 2011;127(1 Suppl):S1-55.
15. Roberts G, Pfaar O, Akdis CA, Ansotegui IJ, Durham SR, Gerth van Wijk R, et al. EAACI Guidelines on Allergen Immunotherapy: Allergic rhinoconjunctivitis. *Allergy*. 2018 Apr;73(4):765-98.
16. Tang LX, Yang XJ, Wang PP, Ge WT, Zhang J, GuoYL, et al. Efficacy and safety of sublingual immunotherapy with *Dermatophagoides farinae* drops in pre-school and school-age children with allergic rhinitis. *Allergol Immunopathol (Madr)*. 2018;46(2):107-11.
17. Feng B, Wu J, Chen B, Xiang H, Chen R, Li B, et al. Efficacy and safety of sublingual immunotherapy for allergic rhinitis in pediatric patients: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Rhinol Allergy*. 2017;31(1):27-35.
18. Canonica GW, Bousquet J, Casale T, Lockey RF, Baena-Cagnani CE, Pawankar R, et al. Sub-lingual immunotherapy: world allergy organization position paper 2009. *World Allergy Organ J*. 2009;2(11):233-81.

Não foram declarados conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Correspondência:
Fausto Yoshio Matsumoto
E-mail: faustoym@gmail.com