

# Perfil clínico da rinite alérgica no idoso

*Clinical profile of elderly patients with allergic rhinitis*

Bruna Beatriz Correa Barbosa<sup>1</sup>, Cássio Caetano Macedo Mendes<sup>1</sup>, Jorge Kalil<sup>2</sup>,  
Fabio F. Morato Castro<sup>2</sup>, Clóvis Eduardo Santos Galvão<sup>2</sup>, Cynthia Mafra Fonseca de Lima<sup>1,2</sup>

## RESUMO

**Introdução:** A rinite alérgica é uma doença de grande prevalência em todo o mundo, acometendo 15 a 42% da população geral, e 3 a 12% dos idosos. Acredita-se ser uma doença subdiagnosticada nesta população, porque algumas doenças frequentes nos idosos podem confundir o diagnóstico de doenças alérgicas. **Objetivo:** Avaliar o perfil clínico dos idosos com rinite alérgica atendidos no serviço de imunologia clínica e alergia de um hospital terciário de São Paulo. Avaliar também a sensibilização a aeroalérgenos, presença de asma alérgica e outras comorbidades. **Métodos:** Foram selecionados 104 pacientes maiores de 60 anos, diagnosticados com rinite alérgica e não alérgica. Esses pacientes foram comparados quanto à presença de asma e outras doenças concomitantes, sensibilização a aeroalérgenos e uso de medicamentos. **Resultados:** Dentre os pacientes com rinite alérgica, identificamos predomínio de rinite persistente moderada, sendo a asma o principal diagnóstico associado à rinite. Dentre as demais comorbidades observadas, os idosos tinham doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), hipertensão arterial sistêmica e diabetes, mas não foram encontradas associações significativas entre a presença destas comorbidades e a rinite. Detectamos 71,9% de sensibilidade entre os idosos com rinite alérgica, e verificamos associação significativa com relação a IgE específica *in vitro* e ocorrência de sintomas. **Conclusão:** Estudos com a população idosa são necessários para melhor conhecimento da rinite nesta população, suas necessidades e possíveis ações preventivas.

**Descritores:** Rinite alérgica, idoso, asma, alérgenos.

## ABSTRACT

**Introduction:** Allergic rhinitis is a highly prevalent disease worldwide, affecting 15 to 42% of the general population and 3 to 12% of the elderly. The condition is believed to be underdiagnosed in the elderly population, because other pathologies commonly present in this population may mask the diagnosis of allergic diseases. **Objective:** To evaluate the clinical profile of elderly patients with allergic rhinitis treated at the immunology and allergy service of a tertiary hospital of São Paulo. Sensitization to aeroallergens, presence of allergic asthma, and other comorbidities were also assessed. **Methods:** We selected 104 patients older than 60 years diagnosed with allergic and nonallergic rhinitis. These patients were compared for the presence of asthma and other concomitant diseases, sensitization to aeroallergens and use of medications. **Results:** Among the patients with allergic rhinitis, we identified a predominance of moderate persistent rhinitis; asthma was the main diagnosis associated with rhinitis. Other comorbidities included chronic obstructive pulmonary disease (COPD), systemic arterial hypertension and diabetes, but no significant associations were found between these comorbidities and rhinitis. We detected 71.9% of sensitivity among the elderly with allergic rhinitis, and a significant association was found between *in vitro* assays for specific IgE and the occurrence of symptoms. **Conclusion:** Studies with the elderly are necessary to improve our understanding of the occurrence of rhinitis in this population, patient needs and possible preventive actions.

**Keywords:** Allergic rhinitis, elderly, asthma, allergens.

## Introdução

O sistema imunológico é programado para proteger o hospedeiro, entretanto, em determinadas condições, pode ser deletério e indutor de doenças. Um importante fator predisponente para o indivíduo desenvolver doenças alérgicas é a atopia, definida

como uma característica herdada de sintetizar a imunoglobulina IgE contra alérgenos comuns no ambiente. Essa produção de IgE pode ou não desencadear doenças atópicas, como a rinite alérgica, a conjuntivite alérgica e a asma alérgica<sup>1</sup>.

1. Faculdade de Medicina da Universidade Anhembi Morumbi, São Paulo, SP.

2. Serviço de Alergia e Imunologia Clínica do Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, SP.

Submetido em: 20/04/2017, aceito em: 05/05/2017.

Arq Asma Alerg Imunol. 2017;1(2):195-200.

As principais alergias respiratórias são a rinite alérgica e a asma alérgica. Ambas são manifestações clínicas de um processo inflamatório das vias aéreas e, do ponto de vista da saúde pública, são doenças de grande prevalência e alto impacto econômico e escolar pela morbidade e absenteísmo<sup>2</sup>.

A rinite alérgica se caracteriza por intenso processo inflamatório da mucosa nasal, e é bastante prevalente em todo mundo. Estima-se que esta doença acometa de 15 a 42% da população mundial<sup>3</sup>. Apesar do verdadeiro impacto da rinite alérgica ainda permanecer subestimado na população geral, as alterações das funções nasais causadas por esta doença podem predispor a infecções como sinusite e otite média, a formação de pólipos nasais, a exacerbação dos sintomas de asma, além de promover distúrbios do sono e alterações importantes na arcada dentária, deglutição e fala devido à respiração oral crônica<sup>3,4</sup>.

Como outras alergias, a rinite alérgica é causada pela interação de fatores genéticos e exposição a fatores ambientais. Inicia-se em qualquer idade, porém é mais frequente em crianças e adolescentes com antecedentes familiares de alergia. Clinicamente, pode se manifestar com diferentes intensidades, variando desde um quadro semelhante ao de um resfriado, até uma rinosinusite crônica. Este intenso processo inflamatório da mucosa nasal se traduz clinicamente por prurido nasal, espirros em salva, obstrução e coriza nasais. Pode, ainda, ocorrer lacrimejamento, prurido ocular, prurido no conduto auditivo, no palato e na faringe<sup>4</sup>.

Atualmente vigora o conceito de *vias aéreas unidas*, isso significa que um paciente que se sensibilizou a determinado alérgeno e entra em contato com este agente através das vias aéreas pode desenvolver sintomas em qualquer parte do sistema respiratório. Por exemplo, sintomas pulmonares podem ocorrer quando o paciente estiver em crise de rinite alérgica desencadeada pelo contato com alérgenos como ácaros da poeira doméstica ou polens. Estima-se que 60 a 78% dos asmáticos sejam portadores de rinite alérgica, e cerca de 19 a 38% dos pacientes portadores de rinite alérgica podem ter asma<sup>5,6</sup>.

As doenças alérgicas como a rinite alérgica, foram consideradas durante muitos anos doenças típicas da infância. No entanto, apesar de serem frequentemente consideradas doenças inflamatórias crônicas de crianças e adultos jovens, as alergias respiratórias podem afetar pessoas de todas as idades. Estima-se que entre 3-12% e 4-13% dos indivíduos com

idade acima de 65 anos têm rinite alérgica e asma, respectivamente. No entanto, estes dados podem ser subestimados, pois muitos pacientes mais velhos têm outras doenças que podem simular esses distúrbios alérgicos e, conseqüentemente, o diagnóstico de asma e rinite alérgica pode ser negligenciado em pacientes idosos<sup>7,8</sup>.

Tem sido observada uma prevalência cada vez mais alta de alergias respiratórias entre pessoas idosas. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o idoso como qualquer pessoa acima de sessenta anos de idade, embora nem sempre este limite acompanhe as mudanças do envelhecimento, devido às mudanças do estado de saúde. Atualmente, esta população cresce proporcionalmente mais rapidamente do que qualquer outro grupo<sup>9,10</sup>. Segundo estimativas do IBGE, O Brasil possui a oitava maior população mundial de idosos. Trata-se de uma população específica e com alterações peculiares em seus sistemas imunológicos, principalmente na função e número dos linfócitos B e T<sup>11</sup>, ao mesmo tempo em que desenvolve progressivamente alterações estruturais no sistema respiratório, como diminuição no calibre da árvore bronquiolar e na capacidade de higiene das vias aéreas<sup>10-12</sup>.

O diagnóstico da rinite alérgica nos idosos é dificultado pela alta incidência de rinites não alérgicas nesta população, como a rinite vasomotora<sup>13,14</sup>. Além do diagnóstico clínico, existem algumas particularidades em relação ao diagnóstico etiológico das alergias respiratórias na população idosa. Um estudo realizado na cidade de São Paulo demonstrou uma diminuição da positividade no teste cutâneo de leitura imediata para aeroalérgenos (utilizado para pesquisa de IgE específica *in vivo*) nos idosos em relação à população geral<sup>15</sup>. O diagnóstico precoce e correto implica em condutas adequadas e promoção de qualidade de vida. Desta maneira, é importante o estudo das características clínicas e etiológicas da rinite alérgica na população idosa, a fim de ampliar os conhecimentos e promover uma abordagem mais efetiva em termos de diagnóstico, tratamentos específicos e medidas preventivas.

## Objetivos

Determinar o perfil clínico e laboratorial da rinite alérgica nos idosos atendidos no Serviço de Imunologia Clínica e Alergia de um Hospital terciário na cidade de São Paulo, avaliando a presença de asma alérgica e comorbidades, e a sensibilização a aeroalérgenos.

## Métodos

Esta pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa da Instituição envolvida, segundo a resolução CNS 196/96 do Conselho Nacional de Saúde de 10/10/96. Os pacientes foram informados da natureza da pesquisa e depois de devidamente esclarecidos, aqueles que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Através do *software* Prontmed, foram analisados os prontuários de 848 pacientes entre 6 e 91 anos de idade, cadastrados no Ambulatório especializado de hospital terciário em São Paulo, levantando dados sobre idade, sexo, diagnóstico, diagnósticos associados e tratamento.

Foram selecionados 104 indivíduos do ambulatório de alergia e imunologia do ambulatório da HCFMUSP, maiores de 60 anos, diagnosticados com rinite alérgica ou rinite não alérgica. Critérios de exclusão: pacientes com menos de 60 anos ou que não apresentam sintomas de rinite.

A presença de rinite alérgica foi investigada através de perguntas baseadas nos critérios da iniciativa ARIA (*Allergic Rhinitis and its Impacts on Asthma*)<sup>7</sup>. O diagnóstico de rinite alérgica também foi realizado segundo a história clínica, exame físico e sensibilização a aeroalérgenos. A rinite foi classificada em intermitente ou persistente, leve, moderada ou grave de acordo com os critérios da iniciativa ARIA<sup>7</sup>.

A presença de asma alérgica, a história familiar de atopia e o uso de medicamentos foram avaliados através de dados presentes no prontuário de cada paciente. Foram ainda avaliados os exames radiológicos e laboratoriais que foram realizados durante o seguimento clínico.

## Estudo estatístico

Os dados foram analisados em programa estatístico STATA versão 13 (StataCorp, Texas, USA). Variáveis numéricas foram descritas em média e desvio padrão e, as comparações entre grupos foram realizadas por meio do Teste de Mann Whitney devido à distribuição assimétrica dos dados. As variáveis categóricas foram expressas em tabelas e descritas em frequências absoluta e relativa. Para verificar associações estatísticas, utilizamos o Teste Exato de Fisher. Valores de p menor ou igual a 0,05 foram considerados significativos.

## Resultados

Foram avaliados 104 pacientes com história de rinite. Destes, 89 tinham rinite alérgica (grupo 1), e 15 tinham rinite não alérgica (grupo 2), as características das amostras estão expressas na Tabela 1. Os idosos com rinite alérgica corresponderam a 12% dos atendimentos entre os pacientes de 6 a 91 anos deste serviço especializado. Observamos homogeneidade das amostras entre os grupos quanto ao gênero e idade, apesar da predominância do sexo feminino. A amostra de indivíduos com rinite alérgica teve associação significativa para asma e histórico familiar de atopia.

Dentre as comorbidades observadas, 3 (3,4%) no grupo 1 tinham DPOC, 40 (44,9%) hipertensão arterial sistêmica (HAS), e 21 (23,6%) diabetes. No grupo 2, três (20%) indivíduos relataram comorbidades, dois (66,7%) tinham HAS, e 1 (33,3%) tinha diabetes. Não foram encontradas associações significativas entre a presença de comorbidades e os grupos avaliados.

Com relação ao uso de medicamentos que produzem congestão nasal como evento adverso, apenas 17 indivíduos, sendo 15 no grupo 1 e 2 no grupo 2, responderam utilizar diurético hidroclorotiazida, porém não foram identificadas relações significativas.

Em ambos os grupos, a maioria relatou sintomatologia controlada, entretanto 34 (38,2%) dos indivíduos com rinite alérgica e 4 (26,7%) com rinite não alérgica apresentavam sintomas não controlados.

O teste cutâneo de leitura imediata (*prick test*) para aeroalérgenos foi positivo em 71,9% dos indivíduos do grupo 1, e em apenas 1 indivíduo do grupo 2. Com relação à determinação sérica de IgE específica, apenas 41 indivíduos realizaram o teste, destes 100% e 55% foram positivos para os grupos 1 e 2, respectivamente (Tabela 2).

O diagnóstico de rinite alérgica nos pacientes que apresentaram história clínica positiva e teste cutâneo de leitura imediata negativo foi realizado através da positividade da IgE sérica específica para aeroalérgenos.

Verificamos associação significativa com relação à presença de IgE específica para aeroalérgenos (*in vivo* e *in vitro*) e ocorrência de sintomas ( $p = 0,05$ ), porém esta relação não foi significativa para o teste cutâneo de leitura imediata ( $p = 0,210$ ).

## Discussão

A maioria dos estudos referentes a rinite abordam crianças e adultos. Desta forma, o atual estudo ve-

rificou o perfil e buscou identificar possíveis fatores associados à rinite alérgica e não alérgica em indivíduos com idade superior a 60 anos.

Alguns estudos relatam baixa proporção de rinites em idosos<sup>16,17</sup>, contudo, Busse & Kilaru<sup>18</sup>, em um estudo de revisão realizado em 2009, afirmam que estes dados são subestimados e que o diagnóstico de rinite e asma é mais difícil nesta faixa etária devido

à amplitude de diagnósticos diferenciais de outras doenças que podem produzir sintomas semelhantes. No atual estudo, verificamos 848 prontuários de indivíduos com diagnóstico de rinite alérgica e não alérgica; destes, 12% (104) atenderam aos critérios de inclusão, demonstrando uma quantidade alta de idosos que procuram atendimento para controle de sintomas de rinite.

**Tabela 1**

Características da amostra de indivíduos idosos com rinite alérgica e não alérgica (HCFMUSP, 2014)

	Rinite alérgica (n = 89)		Rinite não alérgica (n = 15)		p <sup>a</sup>
	n	%	n	%	
Idade (média ± DP)	69 ± 7,2		68 ± 6,5		0,364 <sup>b</sup>
Sexo					
Masculino	14	15,7	1	6,7	0,691
Feminino	75	84,3	14	93,3	
Histórico familiar	68	76,4	2	13,3	0,000
DPOC	3	3,4	0	0	NS
HAS	40	44,9	3	20	NS
Diabetes	21	23,6	3	20	NS
Asma	47	52,8	1	6,7	0,001
Dermatite	07	7,9	0	0	NS
Conjuntivite	10	11,2	2	13,3	NS
Rinite vasomotora	3	3,4	0	0	NS
Rinite medicamentosa	1	1,1	0	0	NS
Hidroclorotiazida	15	16,9	02	13,3	NS

<sup>a</sup> Teste Exato de Fisher, <sup>b</sup> Teste de Mann Whitney.

DP = desvio padrão, DPOC = doença pulmonar obstrutiva congestiva, HAS = hipertensão arterial sistêmica, NS = não significativo.

**Tabela 2**

Resultados do teste cutâneo de leitura imediata e pesquisa de IgE sérica em indivíduos idosos com rinite alérgica e não alérgica (HCFMUSP, 2014)

	Rinite alérgica (n = 89)		Rinite não alérgica (n = 15)		p <sup>a</sup>
	n	%	n	%	
<i>Prick test</i>					
Positivo	64	71,9	01	6,7	0,000
Negativo	25	28,1	14	93,3	
IgE (n = 41)					
Positivo	30	100	06	54,5	0,001
Negativo	0	0	05	45,5	

<sup>a</sup> Teste Exato de Fisher.

No geral, obtivemos uma amostra com predominância de mulheres em ambos os grupos, corroborando achados de estudos prévios<sup>17-20</sup>, e média de idade de 70 anos.

A maioria dos indivíduos observados apresentava sintomatologia controlada, porém verificamos associação significativa entre sintomas e presença de IgE positiva. A rinite alérgica ocorre devido à interação IgE com alérgenos, em contato com a mucosa nasal em um paciente sensibilizado. Sensibilização para determinado alérgeno normalmente ocorre em famílias com histórico de alergia<sup>19</sup>. O diagnóstico é confirmado clinicamente provando sensibilidade a aeroalérgenos no teste cutâneo, e/ou detectando IgE sérica específica para aeroalérgenos positiva<sup>19</sup>. O resultado do teste cutâneo de leitura imediata em idosos, devido à redução na quantidade de vasos sanguíneos e mastócitos, além da fotolesão, pode estar suprimido<sup>16,18</sup>.

Apesar de história familiar ser um achado importante para o diagnóstico de asma e rinite na infância, alguns estudos sugerem que é um fator de risco evidente para idosos, porém outros estudos contestam e questionam seu papel<sup>18</sup>. Um achado importante do atual estudo foi a associação entre a rinite alérgica e histórico familiar de atopia entre os idosos.

Pacientes idosos com asma são internados com maior frequência e podem possuir comorbidades associadas, como diabetes, HAS, DPOC, câncer, etc. No atual estudo, identificamos relação entre asma e rinite, porém nenhuma das outras comorbidades estudadas, como HAS e diabetes, estava associada à rinite alérgica. Estudos com pacientes internados talvez tenham resultados divergentes<sup>18</sup>.

O tratamento da rinite alérgica e asma, em pacientes mais velhos é complicado pela possibilidade de outras condições, comorbidades e interações medicamentosas. Além disso, as pesquisas sobre patogênese e diretrizes para a terapia de doenças alérgicas em pacientes idosos são limitadas, dificultando o conhecimento desta população e tornando o tratamento mais difícil<sup>18</sup>. O tratamento inclui a prevenção de alérgenos, tratamento médico e imunoterapia alérgeno específica. Prevenção de alérgenos significa redução de carga de alérgenos ambientais do sistema respiratório, incluindo locais de trabalho, o que não é fácil de realizar. Adesão ao tratamento medicamentoso é necessária para controlar os sintomas, e inclui anti-histamínicos, nasal ou em comprimidos, e corticoides tópicos nasais<sup>18,19</sup>.

Lourenço e cols. (2014) verificaram por meio do questionário validado CARAT (*Control of Allergic Rhinitis and Asthma Test*) menor controle da doença em idosos, apesar de ter acesso a consultas e informação médica. Os autores relatam que podem existir diversas explicações possíveis, incluindo doença pulmonar obstrutiva crônica concomitante (DPOC), efeitos colaterais de outras medicações, e complicados regimes de medicação que podem inibir ou interferir com a aderência com todos os regimes de terapia<sup>20</sup>.

No atual estudo não identificamos relação entre medicamentos que provoquem congestão nasal com os casos de rinite. Não observamos também a influência das comorbidades associadas (DPOC, HAS e diabetes).

## Conclusão

Dentre os pacientes com rinite alérgica, identificamos predomínio de rinite persistente moderada, o que aponta para a importância do diagnóstico e tratamento precoce a fim de melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Asma é o principal diagnóstico associado à rinite. Dentre as demais comorbidades observadas, os idosos tinham DPOC, hipertensão arterial sistêmica e diabetes, mas não foram encontradas associações significativas entre a presença de comorbidades e rinite nos grupos avaliados.

O teste cutâneo de leitura imediata foi positivo em 71,9% dos indivíduos com rinite alérgica, e em apenas 1 indivíduo do grupo com rinite não alérgica. Verificamos associação significativa com relação à IgE sérica específica e ocorrência de sintomas. Estudos com a população idosa são necessários para melhor conhecimento desta população, suas necessidades e possíveis ações preventivas.

## Referências

1. Aun WT, Pereira VAR. Fisiopatologia da atopia. In: Geller M, Scheinberg M. Diagnóstico e tratamento das doenças imunológicas. 1ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005. p. 49-55.
2. Strachan D, Sibbald B, Weiland S, et al. Worldwide variation in prevalence of symptoms of allergic rhinoconjunctivitis in children: The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). *Pediatric Allergy Immunol.* 1997;8:161-76.
3. Bernstein JM, Lee J, Conboy K, et al. Further observations on the role of IgE-mediated hypersensitivity in recurrent otitis media with effusion. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1985;93(5):611-5.
4. Asher MI, Montefort S, Björkstén B, et al. Worldwide time trends in the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinitis and allergic conjunctivitis: Three repeat multicountry cross-sectional surveys. *Lancet.* 2006;368(9537):733-43.



5. Bousquet J, Neukirch F, Bousquet PJ, et al. Severity and impairment of allergic rhinitis in patients consulting in primary care. *J Allergy Clin Immunol*. 2006;117(1):158-62.
6. Nathan RA. The burden of allergic rhinitis. *Allergy Asthma Proc*. 2007;28(1):3-9.
7. Bousquet J, vanCauwenberge P, Khaltaev N. Allergic rhinitis and its impact on asthma. *J Allergy Clin Immunol*. 2001;108(Suppl 5):147-334.
8. Global Initiative for Asthma. The National Heart, Lung and Blood Institute and The World Health Organization. Disponível em <http://www.ginasthma.com>
9. Giavina-Bianchi P, Agondi RC, Fonseca LAM. Asma: abordagem alérgica. In: Martins M, Carrilho FJ, Alves VAF, Castilho EA, Cerri GG, Wen CL, eds. *Clínica Médica*. 1ª ed. São Paulo: Manole; 2009. p. 34-43.
10. Boechat JL, França AT. Marcha atópica. *Rev bras alerg imunopatol*. 2008;31(4):139-45.
11. Pecher SA. Asma brônquica no idoso. *Revista Paraense de Medicina*. 2007;21(3).
12. WHO (2002) Active Ageing – A Policy Framework. A Contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly, Madrid, Spain, April, 2002.
13. Scarpaci S, Frasca D, Barattini P, Guidi L, Doria G. DNA damage recognition and repair capacities in human naive and memory T cells from peripheral blood of young and elderly subjects. *Mechanisms of Ageing and Development*. 2003;124(4):517-24.
14. Chan ED, Welsh CH. Geriatric respiratory medicine. *Chest*. 1998;114(6):1704-33.
15. Philippi JC, Silva RO, Andrade MEB, Vizeu MCM, Aun WT, Mello JF. Alergia respiratória em idosos do ambulatório do Serviço de Alergia e Imunologia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo. Abstracts do XXXIII Congresso de Alergia e Imunopatologia. Angra dos Reis. 2006; p. 67.
16. EAACI. Position paper: allergen standardization and skin tests. *The European Academy of Allergology and Clinical Immunology. Allergy*. 1993;48(Suppl 14):48-82.
17. Mygind N. Allergic Rhinitis. *Chem Immunol Allergy*. 2014;100:62-8.
18. Busse PJ, Kilaru K. Complexities of diagnosis and treatment of allergic respiratory disease in the elderly. *Drugs Aging*. 2009;26(1):1-22.
19. Kalogjera L. Rhinitis in adults. *Acta Med Croatica*. 2011;65(2):181-7.
20. Lourenço O, Calado, S, Sá-Souza A, Fonseca J. Evaluation of Allergic Rhinitis and Asthma in a Portuguese Community Pharmacy Setting. *JMCP*. 2014;20(5):513-22.

---

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

Correspondência:  
Bruna Beatriz Correa Barbosa  
E-mail: [brunacorrea@yahoo.com.br](mailto:brunacorrea@yahoo.com.br)