



Rinite alérgica em crianças na idade pré-escolar: mito ou realidade?

Braz J Allergy Immunol. 2015;3(3):106-7.

Prezada Editora,

O diagnóstico de rinite alérgica em crianças com idade pré-escolar, assim como de asma, deve ser atentamente avaliado pelo médico. Infecções virais induzindo rinite geralmente são autolimitadas e requerem pouca atenção médica. Na investigação, outras doenças e comorbidades podem mimetizar rinite alérgica, dificultando o seu diagnóstico¹. A presença de dois ou mais sintomas como obstrução nasal, coriza, prurido e espirros, por mais de uma hora em dois dias é suficiente para o diagnóstico².

A prevalência mundial das doenças alérgicas como asma, rinite e eczema em crianças e adolescentes, tem sido amplamente demonstrada utilizando o questionário padronizado da metodologia ISAAC (*International Study of Asthma and Allergies in Childhood*) nas fases I e III^{3,4}.

No Brasil, a prevalência de rinite em crianças com idade escolar evidenciada pelo ISAAC I variou de 16,1% em Itabira a 27,2% em Recife, e de 16,5% em Aracaju a 31,2% em São Paulo na fase III. Entre os adolescentes, a prevalência de rinite foi de 9,6% em Itabira a 27% em Salvador na fase I do ISAAC e de 11,8% em Nova Iguaçu a 30,5% em Vitória da Conquista⁵.

Em um estudo realizado em Curitiba, utilizando questionário escrito padronizado aplicado aos pais de lactentes entre 12 e 15 meses de vida, foram explorados sintomas de rinite, sua associação com sibilância e uso de medicações para tratar a rinite no primeiro ano de vida. Observou-se que a prevalência de sintomas de rinite alérgica foi de 48,3%, com início aos 6 meses de vida, sem predomínio de gênero. Houve associação de sintomas de rinite alérgica com sibilância recorrente (≥ 3 episódios). Lactentes com sintomas de rinite alérgica tiveram diagnóstico médico de rinite mais frequente do que aqueles sem sintomas (32,4%

versus 8,9%). O uso de medicações para tratamento da rinite foi maior nas crianças com sintomas nasais, e um quinto utilizou anti-histamínicos orais anti-H1 (AH) ou corticosteroides intranasais (CI), e 14,5% utilizaram ambos AH e CI, mesmo não sendo aprovado no Brasil nenhuma formulação de CI para uso abaixo de 2 anos de idade⁶.

Em um estudo transversal, multicêntrico, realizado em Portugal, aplicou-se questionário adaptado do ISAAC aos pais de crianças entre 3 e 5 anos. Com o objetivo de verificar a prevalência de rinite atual, características sociodemográficas e a classificação da rinite seguindo o ARIA (*Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma*), os autores entrevistaram 5.018 pais e a prevalência de rinite atual foi de 43,4%, sendo que 11,7% tiveram diagnóstico médico de rinite. Rinite leve intermitente esteve presente em 30%, leve persistente 3%, moderada-grave intermitente 7% e moderada-grave persistente 5%. Crianças com rinite atual tiveram mais sibilos atuais, diagnóstico médico de asma, autorrelato de alergia alimentar e história familiar de doenças alérgicas⁷.

Em uma coorte de nascimento em Singapura, com a participação de 1.237 crianças seguidas quadrimensalmente até os 18 meses foram aplicados questionários para seleção de pacientes com sintomas nasais nas últimas duas semanas e realizados telefonemas mensais para detecção de rinite recorrente (sintomas nas últimas 4 semanas). Foi coletado *swab* nasal para detecção molecular de vírus durante os episódios de rinite. Aos 18 meses foi realizado teste cutâneo por punção para alérgenos ambientais comuns e alimentos. Os autores encontraram que rinite recorrente/prolongada foi associada a história de atopia dos pais e presença de comorbidades como eczema e sibilância, mas sem sensibilização ao teste cutâneo. A frequência de detecção de vírus respiratórios nas visitas quadrimensais ou nos episódios de rinite não foi diferente entre as crianças com rinite recorrente e os controles⁸.

Em uma avaliação transversal de um serviço especializado de um hospital terciário com 1.549 crianças asmáticas entre zero e 14 anos, observou-se que 74% das crianças abaixo de 2 anos tinham rinite e 36% tinham rinite alérgica com teste cutâneo positivo para pelo menos um aeroalérgeno⁹.

Em conclusão, há evidências que rinite alérgica em pré-escolares é frequente, e novos estudos são necessários para o reconhecimento das doenças alérgicas e suas comorbidades em idade precoce, contribuindo para um melhor diagnóstico e tratamento adequado.

Herberto José Chong Neto, MD, PhD
Nelson Augusto Rosário, MD, PhD

Serviço de Alergia e Imunologia Pediátrica,
Departamento de Pediatria, Universidade Federal do Paraná
E-mail: h.chong@uol.com.br

Não foram declarados conflitos de interesse associados à publicação desta carta.

REFERÊNCIAS

1. Rotiroti G, Roberts G, Scadding GK. Rhinitis in children: Common clinical presentations and differential diagnoses. *Pediatr Allergy Immunol.* 2015;26:103-10.
2. Greiner AN, Hellings PW, Rotiroti G, Scadding GK. Allergic rhinitis. *Lancet.* 2011;378:2112-22.
3. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee. Worldwide variations in the prevalence of asthma symptoms: the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). *Eur Respir J.* 1998;12:315-35.
4. Asher MI, Montefort S, Björkstén B, Lai CK, Strachan DP, Weiland SK, et al. Worldwide time trends in the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and eczema in childhood: ISAAC Phases One and Three repeat multicountry cross-sectional surveys. *Lancet.* 2006;368:733-43.
5. Chong Neto HJ, Rosário NA, Solé D, Latin American ISAAC Group. Asthma and Rhinitis in South America: How Different They are from Other Parts of the World. *Allergy Asthma Immunol Res.* 2012;4:62-7.
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;69:545-7.
7. Moraes-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;68:1278-88.
8. Hardjojo A, Goh A, Shek LPC, Van Bever HPS, Teoh OH, Soh JY, et al. Rhinitis in the first 18 months of life: exploring the role of respiratory viruses. *Pediatr Allergy Immunol.* 2015;26:25-33.
9. Chong Neto HJ, Rosario NA, Westphal GC, Riedi CA, Santos HLBS. Rhinitis is also common in infants with asthma. *Iran J Allergy Asthma Immunol.* 2010;9:21-5.

Dessensibilização com aspirina na doença coronariana

Braz J Allergy Immunol. 2015;3(3):107-8.

Prezada Editora,

As reações de hipersensibilidade medicamentosa requerem cuidadosa avaliação diagnóstica e conduta individualizada¹. Os parâmetros de conduta na alergia medicamentosa, incluindo a dessensibilização com a aspirina, foram delineados em consensos². A Scripps Clinic, La Jolla - Califórnia, tem protocolos de dessensibilização estabelecidos, que foram utilizados em mais de 1.500 pacientes com doença respiratória exacerbada por aspirina. Estes protocolos são eficazes e seguros, uma vez que ocorreram sintomas sistêmicos em apenas 0,002% dos casos, que responderam bem à administração intramuscular de epinefrina, não necessitando de hospitalização³. As experiências multicêntricas compartilham a necessidade de oferecer dessensibilização medicamentosa na vigência de hipersensibilidade a fármacos imprescindíveis⁴. Em pacientes que necessitam cardioproteção preventiva com aspirina, após a dessensibilização bem sucedida, a dose diária de 81 mg é preconizada⁵. Descreveremos um caso bem sucedido de dessensibilização com aspirina em um cardiopata, que necessitava deste fármaco para prevenção antitrombótica, como agente antiagregante plaquetário em combinação com o clopidogrel. Trata-se de um paciente do sexo masculino, caucasiano, 86 anos de idade, portador de doença cardíaca arterioesclerótica difusa, e com 93% de obstrução em coronária descendente anterior esquerda. Tinha, portanto, risco de morte súbita, e assim não era candidato à cirurgia revascularizadora de *bypass*, necessitando, então, de *stents* coronarianos. Apresentava também asma e rinite desde a infância, porém sem história de sinusites. Demonstrava hipersensibilidade à aspirina, a anti-inflamatórios não-esteroidais e a dipirona, com reações caracterizadas por angioedema periorbital bilateral, e não relatava exacerbação da asma ou da rinite com aspirina. No exame clínico, a rinoscopia anterior revelou polipose nasal bilateral, e havia também sibilos bilaterais na ausculta pulmonar. A espirometria mostrou obstrução de 29% no VEF₁ em relação ao valor predito, sem resposta após bronco-dilatador. Combinou-se a dessensibilização hospitalar com aspirina, após 2 semanas da seguinte prescrição: fexofenadina 180 mg/dia, ciclesonida 2 sprays de