



**Jornada
Paranaense
Integrada**

Alergia, Pneumologia e
Dermatologia Pediátrica



TRATAMENTO DA RINITE: ATUALIZAÇÃO

DRA. ADRIANA VIDAL SCHMIDT

DEFINIÇÃO:

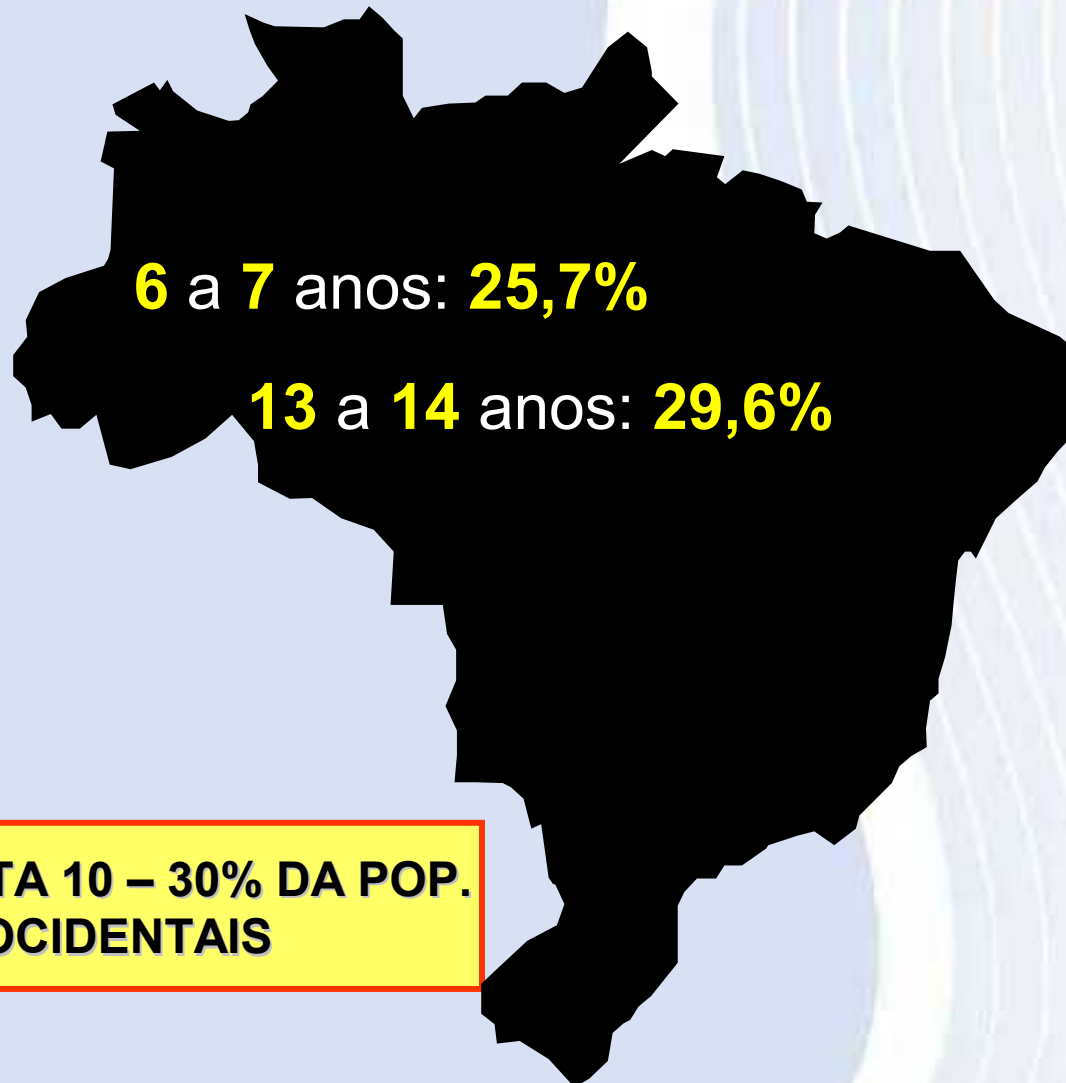
INFLAMAÇÃO DA MUCOSA DE REVESTIMENTO NASAL, CARACTERIZADA PELA PRESENÇA DE UM OU MAIS DOS SEGUINTE FATORES:

- **CONGESTÃO NASAL**
- **RINORRÉIA**
- **ESPIRROS**
- **PRURIDO**



ESTES SINTOMAS OCORREM DURANTE 2 OU MAIS DIAS CONSECUTIVOS POR MAIS DE 1 HORA NA MAIORIA DOS DIAS.

PREVALÊNCIA DE RINITE EM ESCOLARES BRASILEIROS ESTUDO ISAAC, 2007



**A RINITE AFETA 10 – 30% DA POP.
DOS PAÍSES OCIDENTAIS**

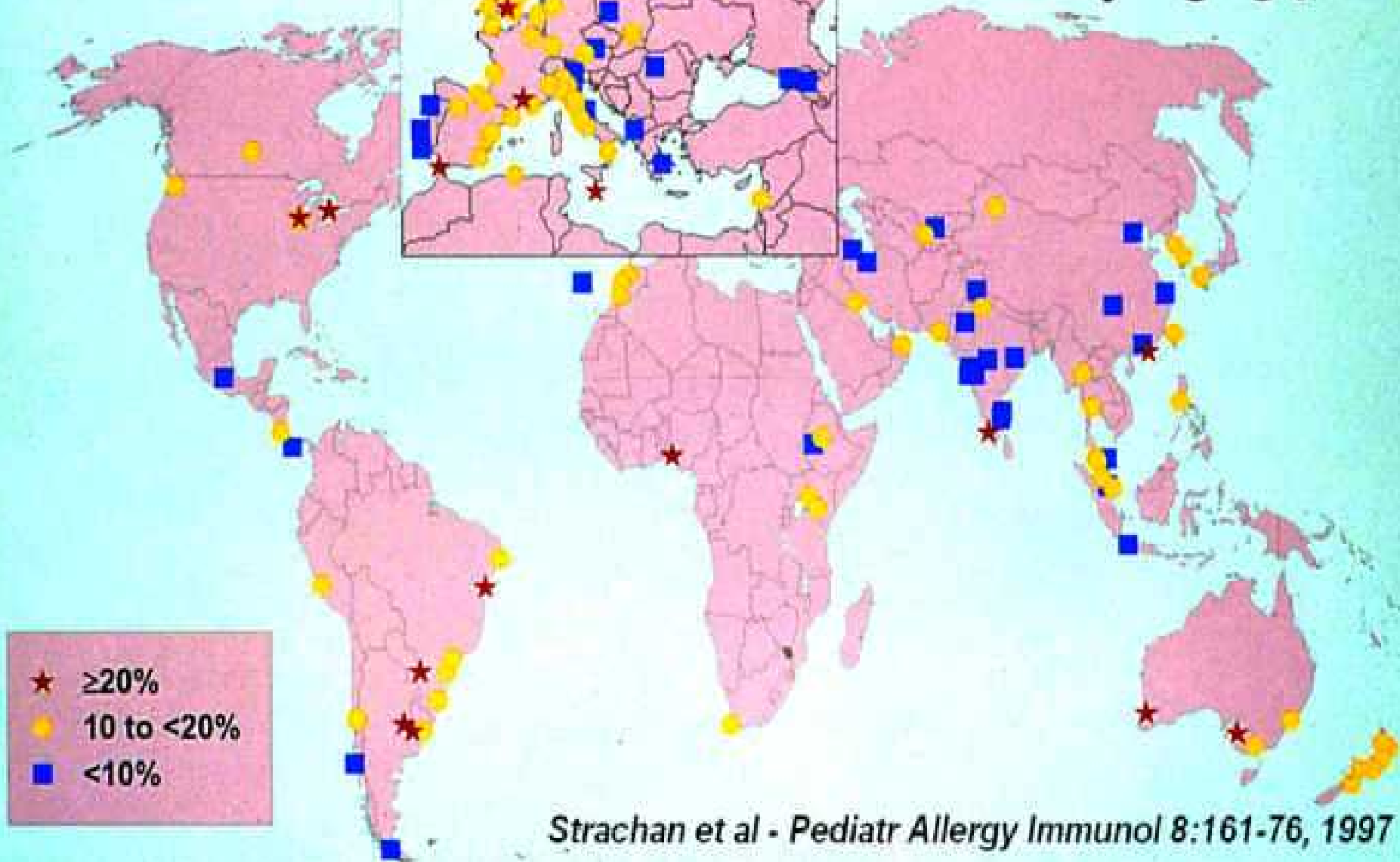
Solé et al



ISAAC

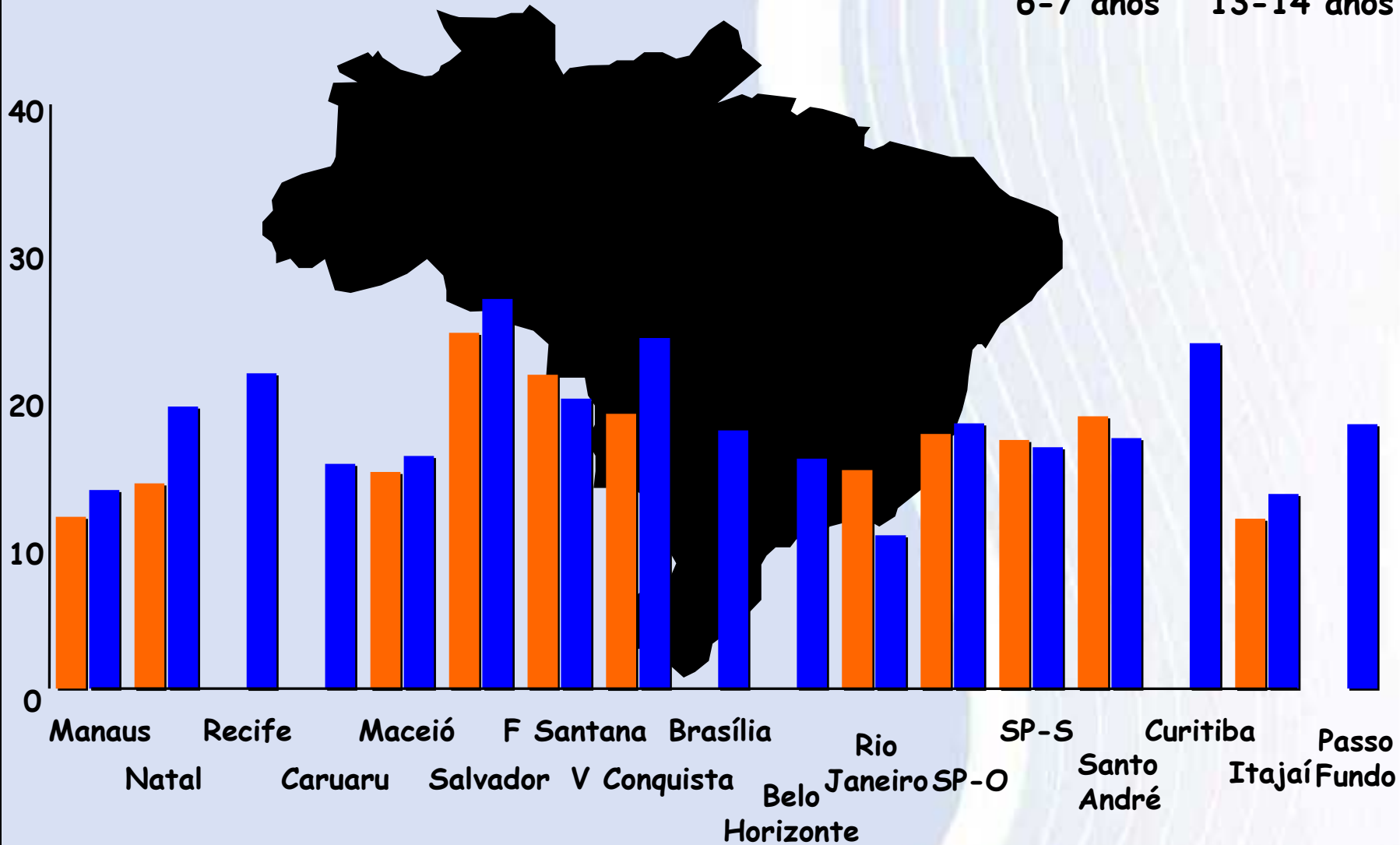
Phase One

Rhinoconjunctivitis symptoms in last 12 mths,
13-14 yr age grp



PRREVALÊNCIA DE SINTOMAS NASAI NO ÚLTIMO ANO ISAAC FASE III - BRASIL

6-7 anos 13-14 anos





ARIA

ALLERGIC RHINITIS AND ITS
IMPACT ON ASTHMA™

ARIA

Rinite Alérgica e seu Impacto na Asma

Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008*

J. Bousquet¹, N. Khaltaev², A. A. Cruz³, J. Denburg⁴, W. J. Fokkens⁵, A. Togias⁶, T. Zuberbier⁷,
C. E. Baena-Cagnani⁸, G. W. Canonica⁹, C. van Weel¹⁰, I. Agache¹¹, N. Ait-Khaled¹², C. Bacher¹³,
M. S. Blaiss¹⁴, S. Bonini¹⁵, L.-P. Boulet¹⁶, P.-J. Bousquet¹⁷, P. Camargos¹⁸, K.-H. Carlsen¹⁹, Y. Chen²⁰,
A. Custovic²¹, R. Dahl²², P. Demoly²³, H. Douagui²⁴, S. R. Durham²⁵, R. Gerth van Wijk²⁶, O. Kalayci²⁷,
M. A. Kaliner²⁸, Y.-Y. Kim²⁹, M. L. Kowalski³⁰, P. Kuna³¹, L. T. T. Le³², C. Lemiere³³, J. Li³⁴, R. F. Lockey³⁵,
S. Mavale-Manuel³⁶, E. O. Meltzer³⁷, Y. Mohammad³⁸, J. Mullol³⁹, R. Naclerio⁴⁰, R. E. O'Hehir⁴¹, K. Ohta⁴²,
S. Ouedraogo⁴³, S. Palkonen⁴⁴, N. Papadopoulos⁴⁵, G. Passalacqua⁴⁶, R. Pawankar⁴⁷, T. A. Popov⁴⁸,
K. F. Rabe⁴⁹, J. Rosado-Pinto⁵⁰, G. K. Scadding⁵¹, F. E. R. Simons⁵², E. Toskala⁵³, E. Valovirta⁵⁴, P. van
Cauwenberge⁵⁵, D.-Y. Wang⁵⁶, M. Wickman⁵⁷, B. P. Yawn⁵⁸, A. Yorgancioglu⁵⁹, O. M. Yusuf⁶⁰, H. Zar⁶¹

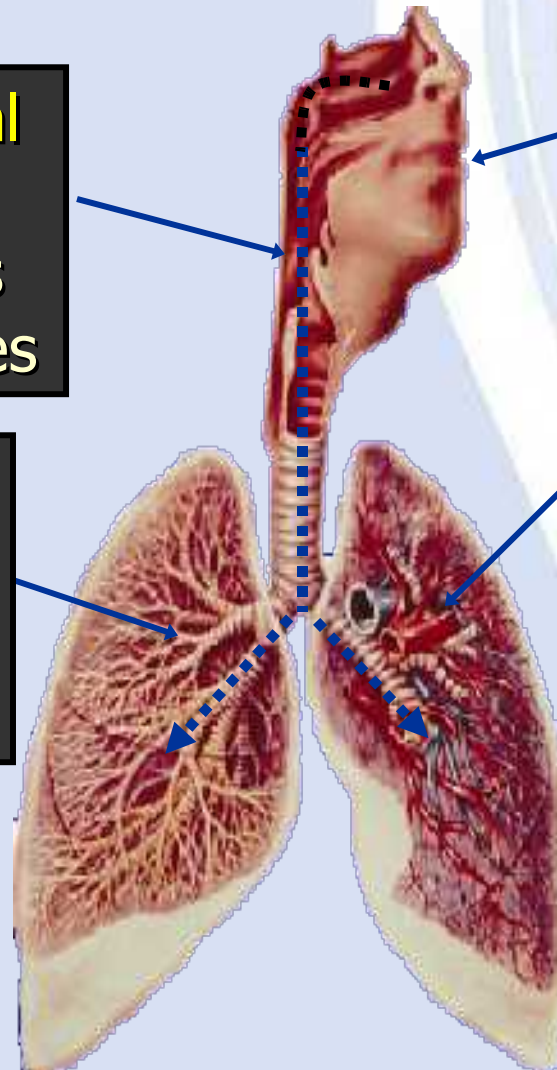
Review Group:

I. Annesi-Maesano⁶², E. D. Bateman⁶³, A. Ben Kheder⁶⁴, D. A. Boakye⁶⁵, J. Bouchard⁶⁶, P. Burney⁶⁷,
W. W. Busse⁶⁸, M. Chan-Yeung⁶⁹, N. H. Chavannes⁷⁰, A. Chuchalin⁷¹, W. K. Dolen⁷², R. Emuzyte⁷³,
L. Grouse⁷⁴, M. Humbert⁷⁵, C. Jackson⁷⁶, S. L. Johnston⁷⁷, P. K. Keith⁷⁸, J. P. Kemp⁷⁹, J.-M. Klossek⁸⁰,
D. Larenas-Linnemann⁸¹, B. Lipworth⁸², J.-L. Malo⁸³, G. D. Marshall⁸⁴, C. Naspitz⁸⁵, K. Nekam⁸⁶,
B. Niggemann⁸⁷, E. Nizankowska-Mogilnicka⁸⁸, Y. Okamoto⁸⁹, M. P. Orru⁹⁰, P. Potter⁹¹, D. Price⁹²,
S. W. Stoloff⁹³, O. Vandenplas⁹⁴, G. Viegi⁹⁵, D. Williams⁹⁶

POSSÍVEIS MECANISMOS QUE CONECTAM AS VIAS AÉREAS SUPERIORES E INFERIORES

Drenagem pós-nasal
de material
inflamatório para as
vias aéreas inferiores

Ativação de
reflexos
brônquicos
nasofaríngeos



Mudança da
respiração nasal
pela bucal


Absorção de
mediadores
provenientes do
processo
inflamatório no
nariz ou nos seios
paranasais pelas
vias aéreas
inferiores

RINITE ALÉRGICA

A FORMA MAIS COMUM DE RINITE NÃO-INFECCIOSA

ASSOCIADA A UMA RESPOSTA IMUNE MEDIADA POR IGE
CONTRA ALÉRGENOS, E É FREQUENTEMENTE ACOMPANHADA
DE SINT OCULARES.

SINUSITE

MUCOSA NASAL – CONTÍGUA COM OS SEIOS PARANASAIS, A
CONGESTÃO DO ÓSTIO  SINUSITE,
QUE NÃO EXISTE SEM A RINITE.

O TERMO RINOSSINUSITE SUBSTITUI SINUSITE.

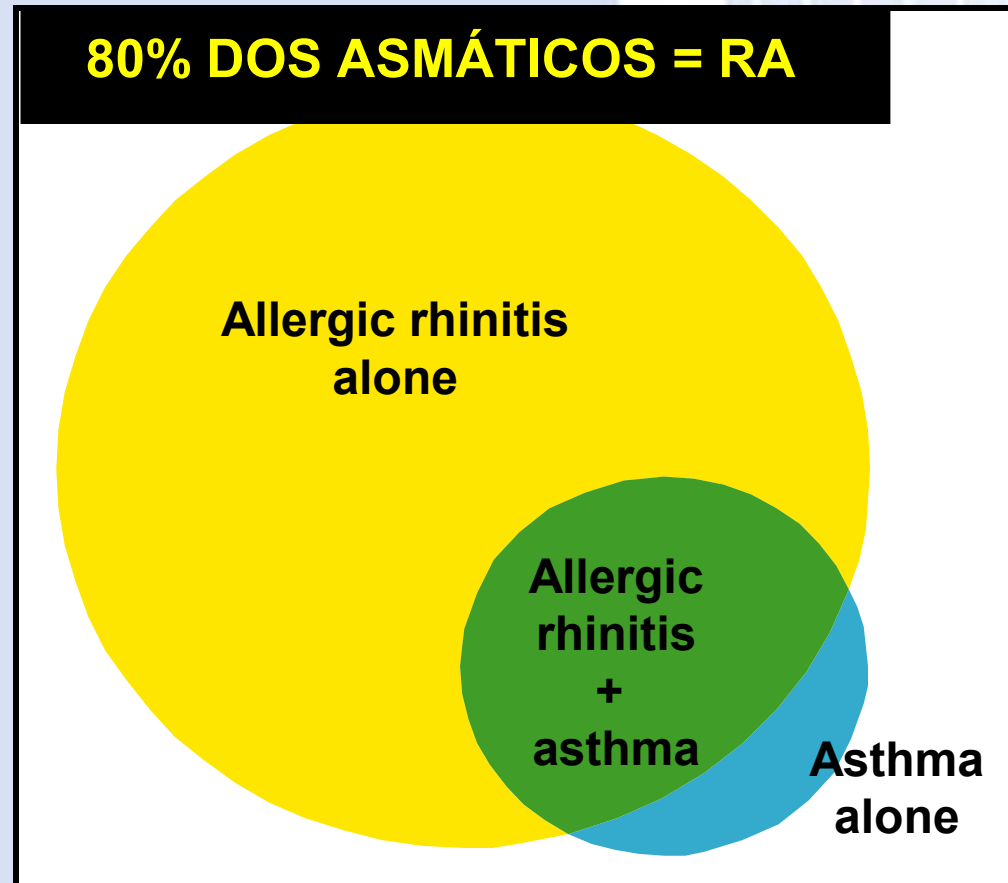
RECOMENDAÇÕES DO ARIA

1. A RINITE ALÉRGICA É A **PRINCIPAL DOENÇA RESPIRATÓRIA CRÔNICA** DEVIDO A SUA:
PREVALÊNCIA
IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA
PESO ECONÔMICO
LINKS COM A ASMA
2. **ASSOCIAÇÃO COM SINUSITE** E OUTRAS COMORBIDADES
3. RA DEVE SER CONSIDERADA UM **FATOR DE RISCO PARA ASMA**
4. NOVA CLASSIFICAÇÃO **INTERMITENTE/ PERSISTENTE**
5. GRAVIDADE CLASSIFICADA EM **LEVE OU MODERADA/GRAVE** DEP. DA GRAVIDADE DOS SINTOMAS E QUALIDADE DE VIDA
6. **TRATAMENTO ESCALONADO** DA RINITE (GRAVIDADE)

RECOMENDAÇÕES DO ARIA

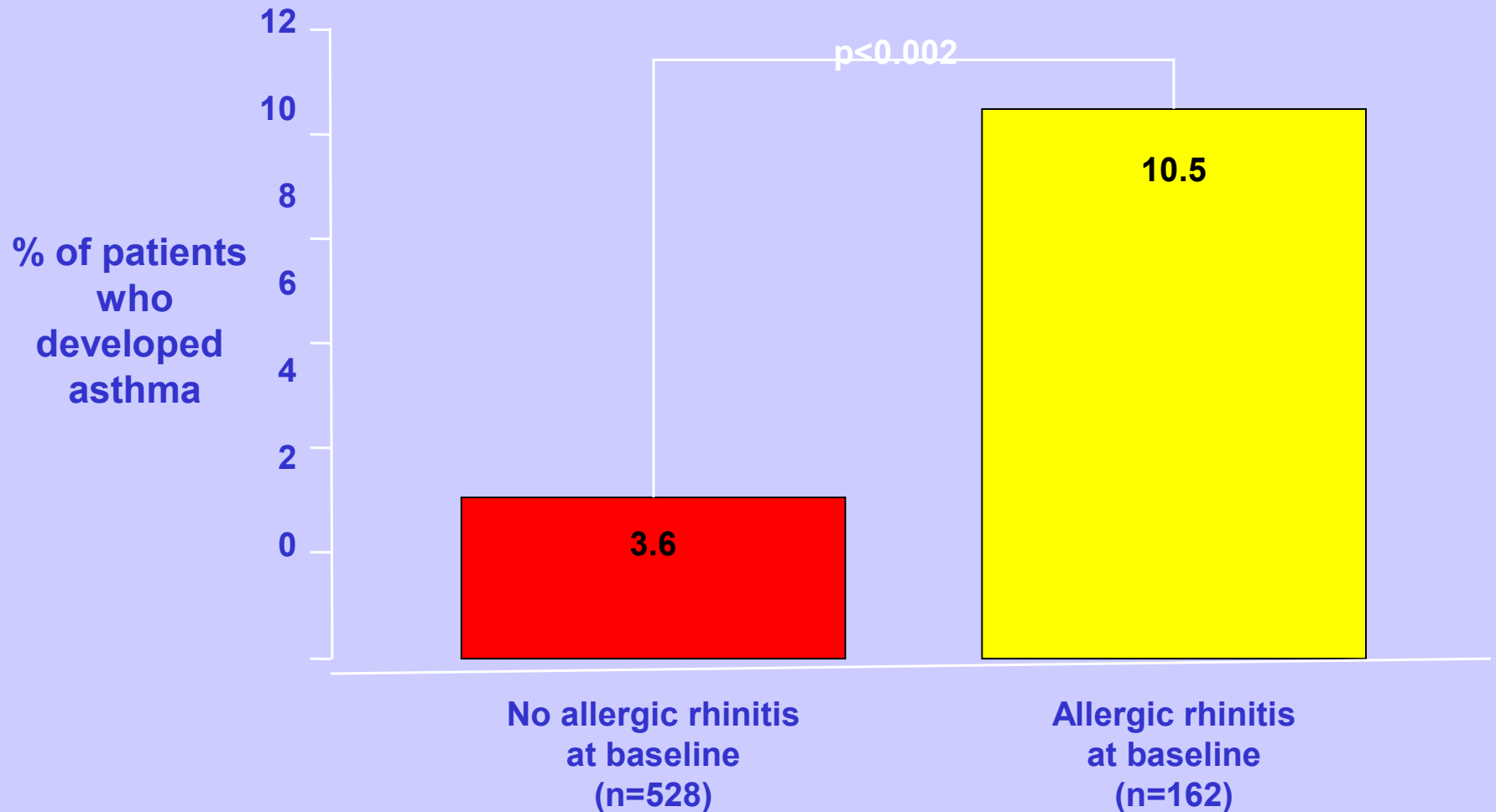
7. O TRATAMENTO COMBINA:
CONTROLE AMBIENTAL (QUANDO POSSÍVEL)
FARMACOTERAPIA
IMUNOTERAPIA
EDUCAÇÃO
8. **PACIENTES COM RINITE ALÉRGICA PERSISTENTE DEVERIAM SER AVALIADOS PARA ASMA** PELA HX, EXAME DO TÓRAX, E, QUANDO NECESSÁRIO, PROVAS DE FUNÇÃO PULMONAR PRÉ E PÓS BRONCODILATADOR
9. **PACIENTES COM ASMA DEVERIAM SER AVALIADOS PARA RINITE** (HX E EXAME FÍSICO)
10. UMA **ESTRATÉGIA COMBINADA** DEVERIA SER USADA PARA TRATAR A DOENÇA DE VAS E VAI EM TERMOS DE EFICÁCIA E SEGURANÇA

A MAIORIA DOS PACIENTES COM ASMA TEM RINITE ALÉRGICA



*Management of Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma ARIA Thorax 1991;46:895-901;
Leynaert B et al Am J Respir Crit Care Med 2000;162:1391-1396.*

RINITE: AUMENTA O RISCO DE ASMA EM 3x



23-year follow-up of college freshmen undergoing allergy testing;
data based on 738 individuals (69% male) with average age of 40 years

RINITE – CLASSIFICAÇÃO segundo o ARIA

INFECCIOSA: viral/bacteriana/outros agentes inf.

ALÉRGICA: Intermitente/persistente

OCUPACIONAL: Intermitente/persistente

INDUZIDA POR MEDICAMENTOS: AINH, inib da ECA, AC, reserpina, fentolamina, metildopa, B bloqueadores VO ou oculares, clorpromazina. (Medicamentosa: uso abusivo de vasoconstritores tópicos >10 dias, efeito rebote)

HORMONAL: hipotireoidismo, gestação

OUTRAS CAUSAS: NARES (rinite não alérgica eosinofílica), irritantes, alimentos (raro), emocional, atrófica (pós cirurgia)

IDIOPÁTICA

RINITE ALÉRGICA – SUBDIVISÃO SEGUNDO O ARIA

INTERMITENTE

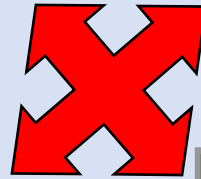
sintomas

<4 dias por semana
ou < 4 semanas

PERSISTENTE

sintomas

>4 dias por semana
e >4 semanas



LEVE

Sono normal

Atividades diárias normais
sem sintomas debilitantes

MODERADA/GRAVE

Um ou mais itens:

Distúrbio do sono

Diminuição de atividades diárias

Esporte/ lazer

Problemas escola/ trabalho

Sintomas debilitantes

RINITE - HISTÓRIA

- **HISTÓRIA CLÍNICA GERAL COMPLETA**
- **QUESTÕES ESPECÍFICAS:**
 - SINTOMAS NASAIS**
 - MEIO-AMBIENTE**
 - FATORES OCUPACIONAIS**
- **HISTÓRIA FAMILIAR**

RINITE - HISTÓRIA

- **MAIORIA: SINTOMAS INICIAM ANTES DOS 20 ANOS**
- **OBSERVAR: FREQUÊNCIA, DURAÇÃO, GRAVIDADE,
FATORES DESENCADEANTES, SAZONALIDADE
ESPIRROS
RINORRÉIA
PRURIDO NASAL
OBSTRUÇÃO
SINTOMAS ASSOCIADOS**

RINITE - SINTOMAS

☀ **CORRELACIONADOS AO BLOQUEIO DE VA:**

DORES DE GARGANTA

RESSECAMENTO DA BOCA E DA OROFARINGE

TIMBRE ANASALADO DA VOZ, RONCO, HIPOSMIA

☀ **QUALIDADE DE VIDA:**

CEFALÉIA, COMPROMET. DO SONO, FALTA DE

CONCENTRAÇÃO, **LIMITAÇÃO DA INTERAÇÃO**

SOCIAL E REDUÇÃO NO RENDIMENTO ESCOLAR

RINITE – AFECÇÕES CONCOMITANTES



Allergy 2000
NAEPP-AAAAI 2004



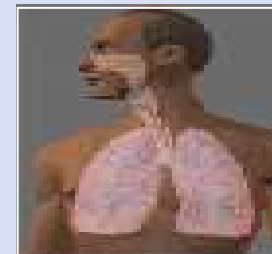
Dermatite atópica
10 - 40%



Conjuntivite alérgica
10%



Rinossinusite
30 - 80%



Asma
25% - 70%

RINITE - EXAME FÍSICO

☀ **FASCIES ATÓPICA**

SULCO NASAL TRANSVERSO

RESP BUCAL , PÁLATO OGIVÓIDE,

CONGESTÃO OCULAR, OLHEIRAS



www.adrianaschmidt.com



www.adrianaschmidt.com

RINITE - EXAME FÍSICO

☀ **EXAME MINUCIOSO DA CAVIDADE NASAL:**

ASPECTO E COLORAÇÃO DA MUCOSA E SECREÇÕES

☀ **EXAME ORL COMPLETO:**

**SECREÇÃO NO OUVIDO MÉDIO, DISFUNÇÃO DE TROMPA
DE EUSTÁQUIO
SIBILOS OU TOSSE PERSISTENTE (ASMA)**

RINITES



www.adrianaschmidt.com
RINITE AGUDA VIRAL



www.adrianaschmidt.com
RINITE ALÉRGICA



www.adrianaschmidt.com
RINITE ALÉRGICA

RINITE



www.adrianaschmidt.com

RINITE ALÉRGICA

MEATO NASAL:

CORTENTO INFERIOR

visível com espelho nasal +luz:

- Edemaciado
- palidez acinzentada
- Coriza hialino-mucosa

RINITE - TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS

- **TESTES ALÉRGICOS** (IgE E CUTÂNEOS)
- **VIDEOENDOSCOPIA** (FLEXÍVEL/ RÍGIDA)
- **ESFREGAÇO NASAL** (CITOLOGIA)
- **RADIOLOGIA**
- **OUTROS**

ARIA – ESQUEMAS TERAPÊUTICOS BASEADOS EM GUIDELINES NA RA TESTES DIAGNÓSTICOS CUTÂNEOS OU IGE ESPEFÍFICA – QUANDO?

Table 24. Therapeutic schemes of guideline-guided treatment in allergic rhinitis [adapted from Ref. (1552)]

Source of guideline	International Consensus on Rhinitis	Joint Task Force on Practice Parameters for Rhinitis	EAACI consensus on allergic rhinitis	ARIA (2001)	ARIA (2007)
Type of statement	Expert panel	Expert panel	Consensus	Expert panel evidence based	Expert panel evidence-based (GRADE)
Diagnostic testing for IgE antibody (skin test or serum-specific IgE)	Indicated if symptoms persist, or COL affected or SIT considered	Indicated to confirm allergy cause and to identify allergens to avoid or for SIT	No comment	Indicated to confirm allergy cause	Indicated if symptoms persist and/or are moderate/severe, or COL affected, or SIT considered
Allergen avoidance	INDICADOS CASO SINTOMAS PERSISTENTES OU RINITE MODERADA/GRAVE				Usually not indicated as a public health measure. May be helpful in some highly-selected patients
First-generation oral H ₁ -blocker	Not recommended	Not recommended	Not recommended	Not recommended because of unfavorable efficacy/safety ratio	Not recommended because of unfavorable efficacy/safety ratio
Second-generation oral H ₁ -blocker	Mainstay treatment for mild-moderate disease and in combination with intranasal corticosteroid (INCS) for severe disease	First-line therapy and for prophylactic use, but not effective alone for nasal congestion	First-line therapy, but not effective alone for nasal congestion	First-line therapy except for moderate/severe persistent rhinitis, not effective alone for nasal congestion	First-line therapy except for moderate/severe persistent rhinitis [or added to INCS]
Topical H ₁ -blocker (intranasal or topical conjunctival)	Same as oral	Same as oral	Same as oral	Same as oral, rapidly effective	Same as oral, rapidly effective

TESTES CUTÂNEOS DE LEITURA IMEDIATA: DX DAS REAÇÕES ALÉRGICAS MEDIADAS PELA IGE



TESTES CUTÂNEOS DE LEITURA IMEDIATA (TCA):

Teste positivo (+ a +++++)



Leitura: 15 minutos após a puntura da pele

TESTES CUTÂNEOS DE LEITURA IMEDIATA:

1) COMO SOLICITO?

TABELA AMB (TESTES CUTANEO ALÉRGICOS):

TCA 1901019-2

TCA 1901020-6

TCA 1901021-4

TCA 1901022-2

TCA 1901012-5

2) ONDE É REALIZADO? NO CONSULTÓRIO DO ALERGISTA:



3) QUANDO ADIAR O TESTE ?

PACIENTE EM CRISE

PACIENTE EM USO DE ANTI-H1

www.adrianaschmidt.com

TCA: MEDICAMENTOS QUE INTERFEREM NO RESULTADO

Table 13. Drugs affecting the performance of skin tests

Treatment	Suppression		
	Degree	Duration (days)	Clinical Significance
Anti-H₁ histamines			
Cetirizine	++++	3-10	Yes
Chlorpheniramine	++	1-3	Yes
Desloratadine	++++	3-10	Yes
Ebastine	++++	3-10	Yes
Hydroxyzine	+++	1-10	Yes
Levocabastine (topical)	Possible		Yes
Levocetirizine	++++	3-10	Yes
Loratadine	++++	3-10	Yes
Megitazine	++++	3-10	Yes
Mizolastine	++++	3-10	Yes
Promethazine	++	1-3	Yes
Ketotifen	++++	>5	Yes
Anti-H₂ histamines			
Cimetidine/ranitidine	0 to +		No
Imipramines	++++	>10	Yes

Anti-histamínicos: suspender em média 4-7 dias antes do teste
 Corticóides e antileucotrienos: não interferem

RINITE - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- **RINOSSINUSITE** COM OU SEM PÓLIPOS NASAIS
- **FATORES MECÂNICOS** (desv septo, hipertr. adenóides, v. anat. do c.o.meatal, c. estranho, atr. coana)
- **TUMORES** (benlgnos/malignos)
- **GRANULOMAS** (Wegener, sarcóide, g. destrutivo l. média)
- **DISCINESIA CILIARES**
- **RINORRÉIA CEREBROESPINHAL**

ARIA - Allergy 2008: 63 (Suppl. 86): 8-160

Rakel: Conn's Current Therapy 2006, 58th ed

www.adrianaschmidt.com

VIDEOENDOSCOPIA NASAL

Corneto médio



www.adrianaschmidt.com

NORMAL



www.adrianaschmidt.com

POLIPOSE

VIDEOENDOSCOPIA NASAL adenóides



RINITE ALÉRGICA- TRATAMENTO

- EVITAR O ALÉRGENO / IRRITANTE
- **ANTI-HISTAMÍNICOS** ORAIS
- MEDICAÇÕES TÓPICAS - **CORTICOSTERÓIDES**
- IMUNOTERAPIA



Diretrizes do ARIA: Recomendações para o tratamento

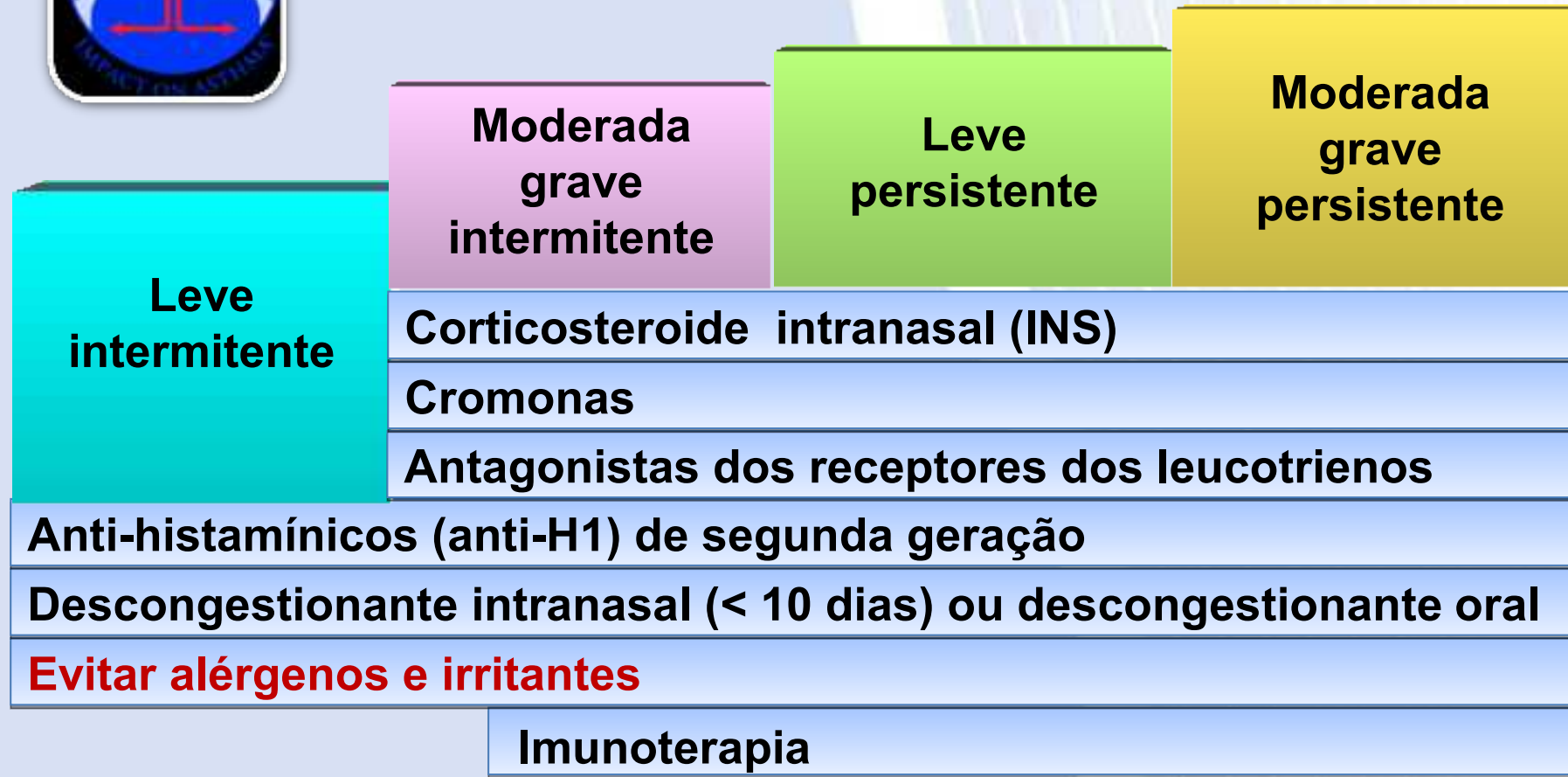


ARIA = rinite alérgica e seu impacto sobre a asma

Bousquet e col. *J Allergy Clin Immunol.* 2001;108 (5 supl.):S147



Diretrizes do ARIA: Recomendações para o tratamento



ARIA = rinite alérgica e seu impacto sobre a asma

Bousquet e col. *J Allergy Clin Immunol.* 2001;108 (5 supl.):S147

ARIA – ESQUEMAS TERAPEUTICOS BASEADOS EM GUIDELINES NA RA
CONTROLE AMBIENTAL - QUANDO?

Table 24. Therapeutic schemes of guideline-guided treatment in allergic rhinitis [adapted from Ref. (1552)]

Source of guideline	International Consensus on Rhinitis	Joint Task Force on Practice Parameters for Rhinitis	EAACI consensus on allergic rhinitis	ARIA (2001)	ARIA (2007)
Type of statement	Expert panel	Expert panel	Consensus	Expert panel evidence based	Expert panel evidence-based (GRADE)
Diagnostic testing for IgE antibody (skin test or serum-specific IgE)	Indicated if symptoms persist, or COL affected or SIT considered	Indicated to confirm allergy cause and to identify allergens to avoid or for SIT	No comment	Indicated to confirm allergy cause	Indicated if symptoms persist and/or are moderate/severe, or COL affected, or SIT considered
Allergen avoidance	Indicated for all patients	Indicated for all patients	Indicated for all patients	Indicated (evidence D)	Usually not indicated as a public health measure. May be helpful in some highly-selected patients
First-generation oral H ₁ -blocker	Not recommended because of unfavorable efficacy/safety ratio	Not recommended because of unfavorable efficacy/safety ratio	Not recommended because of unfavorable efficacy/safety ratio	Not recommended because of unfavorable efficacy/safety ratio	Not recommended because of unfavorable efficacy/safety ratio
Second-generation oral H ₁ -blocker	Mainstay treatment for mild-moderate disease and in combination with intranasal corticosteroid (INCS) for severe disease	First-line therapy and for prophylactic use, but not effective alone for nasal congestion	First-line therapy, but not effective alone for nasal congestion	First-line therapy except for moderate/severe persistent rhinitis, not effective alone for nasal congestion	First-line therapy except for moderate/severe persistent rhinitis [or added to INCS]
Topical H ₁ -blocker (intranasal or topical conjunctival)	Same as oral	Same as oral	Same as oral	Same as oral, rapidly effective	Same as oral, rapidly effective

**NÃO INDICADO COMO MEDIDA DE SAÚDE PÚBLICA
 PODE SER ÚTIL EM ALGUNS PACIENTES SELECIONADOS**





Diretrizes do ARIA: Recomendações para o tratamento



ARIA

Bousquet e col. *J Allergy Clin Immunol.* 2001;108 (5 supl.):S147

www.adrianaschmidt.com

**ARIA – ESQUEMAS TERAPEUTICOS BASEADOS EM GUIDELINES NA RA
ANTI-HISTAMÍNICOS DE SEGUNDA GERAÇÃO - QUANDO?**

Table 24. Therapeutic schemes of guideline-guided treatment in allergic rhinitis [adapted from Ref. [1552]]

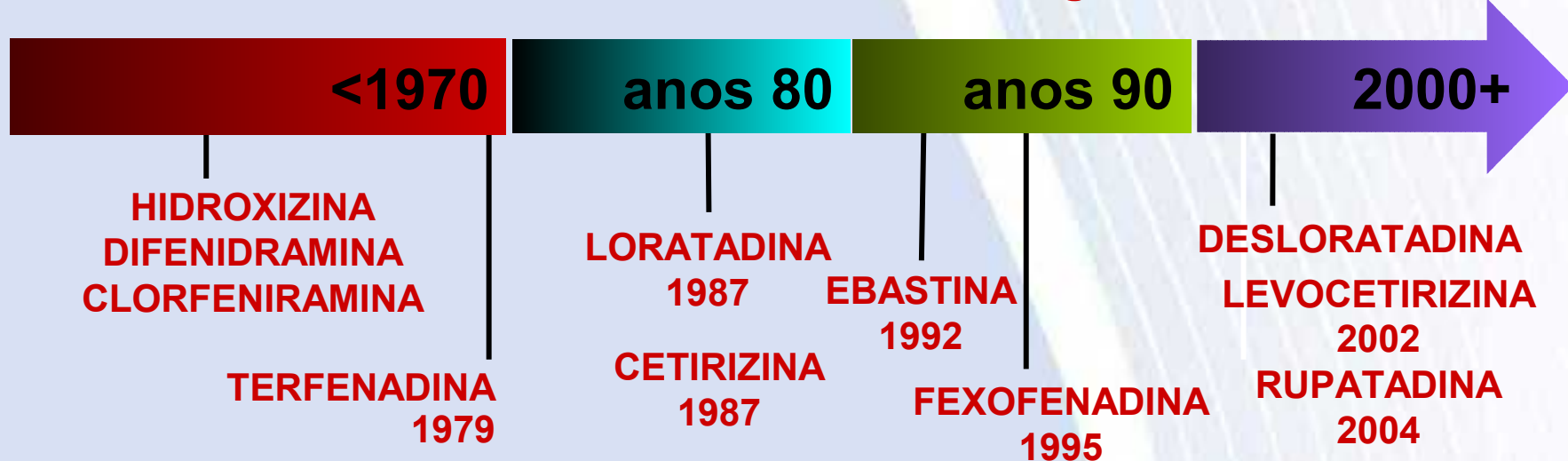
Source of guideline	International Consensus on Rhinitis	Joint Task Force on Practice Parameters for Rhinitis	EAACI consensus on allergic rhinitis	ARIA (2001)	ARIA (2007)
Type of statement	Expert panel	Expert panel	Consensus	Expert panel evidence based	Expert panel evidence-based (GRADE)
Diagnostic testing for IgE antibody (skin test or serum-specific IgE)	Indicated if symptoms persist, or CDL affected or SIT considered	Indicated to confirm allergy cause and to identify allergens to avoid	No comment	Indicated to confirm allergy cause	Indicated if symptoms persist and/or are moderate/severe, or CDL considered as a measure. In some highly selected patients
Aller	PRIMEIRA OPÇÃO NO TRATAMENTO DA RINITE LEVE INTERMITENTE OU EM ASSOCIAÇÃO AOS CTC TÓPICOS NA RINITE MODERADA/GRAVE PRIMEIRA GERAÇÃO: NÃO RECOMENDADOS (SEDAÇÃO)				
First-generation oral H ₁ -blocker	Not recommended	Not recommended	Not recommended	Not recommended because of unfavorable efficacy/safety ratio	Not recommended because of unfavorable efficacy/safety ratio
Second-generation oral H ₁ -blocker	Mainstay treatment for mild-moderate disease and in combination with intranasal corticosteroid (INCS) for severe disease	First-line therapy and for prophylactic use, but not effective alone for nasal congestion	First-line therapy, but not effective alone for nasal congestion	First-line therapy except for moderate/severe persistent rhinitis, not effective alone for nasal congestion	First-line therapy except for moderate/severe persistent rhinitis (or added to INCS)
Topical H ₁ -blocker (intranasal or topical conjunctival)	Same as oral	Same as oral	Same as oral	Same as oral, rapidly effective	Same as oral, rapidly effective

ANTI-HISTAMÍNICOS - HISTÓRICO

Primeira geração

Segunda geração

Agentes mais recentes



Pasteur Institute, Paris na década de 1930

Primeiro antihistamínico utilizado em humanos patentado na França em 1941 por Rhone Poulenc Company

ANTI-HISTAMÍNICOS SEGUNDA GERAÇÃO

- Loratadina (Claritin^R)
 - Cetirizina (Zyrtec^R)
 - Fexofenadina (Allegra^R)
 - Desloratadina (Desalex^R)
 - Levocetirizina (Zyxem^R)
- Outros (Brasil):
- Ebastina (Ebastel^R)
 - Epinastina (Taler^R)
 - Rupatadina (Rupafin^R)

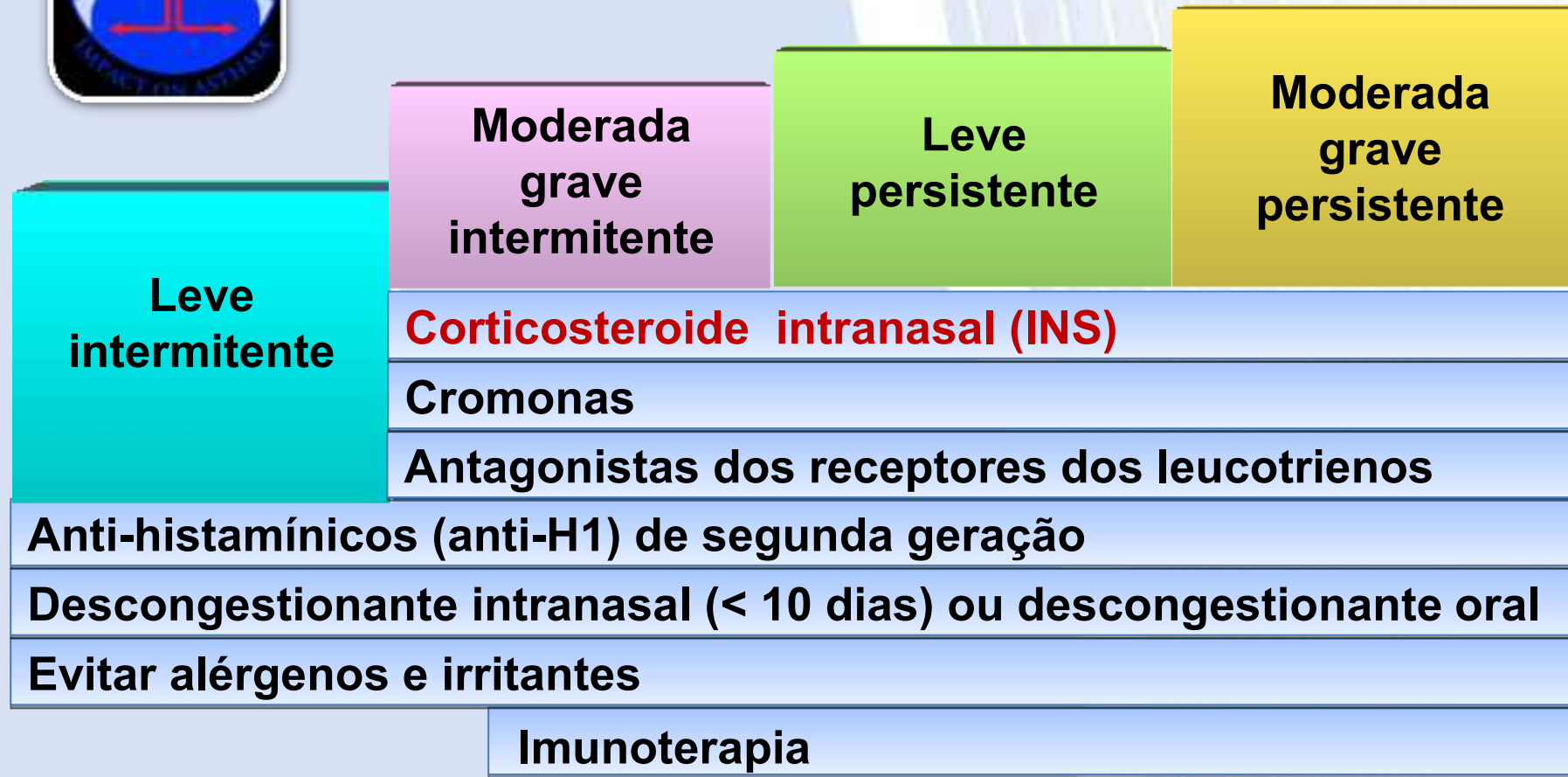


ANTI-HISTAMÍNICOS SEGUNDA GERAÇÃO

Anti-H1 no Brasil	Idade mínima /Cat. FDA (gestação)
Loratadina	> 2 a (FDA cat B, 0,03% excr. leite)
Cetirizina	> 6m (FDA cat C, 3% excr leite)
Fexofenadina	> 6 meses (FDA cat C)
Desloratadina	> 6 meses (FDA cat C)
Levocetirizina	> 6 anos (FDA cat C)
Ebastina	> 2 anos
Epinastina	> 6 anos
Rupatadina	> 12 anos



Diretrizes do ARIA: Recomendações para o tratamento



ARIA = rinite alérgica e seu impacto sobre a asma

Bousquet e col. *J Allergy Clin Immunol.* 2001;108 (5 supl.):S147

CONSENSOS - CORTICÓIDES TÓPICOS NASAIS:

Table 24. Therapeutic schemes of guideline-guided treatment in allergic rhinitis [adapted from Ref. (1552)]

Source of guideline	International Consensus on Rhinitis	Joint Task Force on Practice Parameters for Rhinitis	EAAACI consensus on allergic rhinitis	ARIA (2001)	ARIA (2007)
Type of statement	Expert panel	Expert panel	Consensus	Expert panel evidence based	Expert panel evidence-based (GRADE)
<u>CNS</u>	Primary agents for moderate/severe diseases and for nasal obstruction, but relief is less rapid than H_1 -blockers	Especially for moderate/severe disease	<u>First-line treatment</u> for moderate/severe or persistent disease, despite slow onset of action (12 h), effective for nasal congestion, particularly in perennial rhinitis	<u>First-line treatment</u> for moderate/severe disease, particularly in persistent rhinitis, despite slow onset of action (12 h), effective for nasal congestion	<u>First-line treatment</u> for moderate/severe disease, in particular in persistent rhinitis, despite slow onset of action (12 h), effective for nasal congestion

**PRIMEIRA OPÇÃO NO TRATAMENTO
DA RINITE MODERADA \ GRAVE \ PERSISTENTE**

CORTICÓIDE TÓPICO NASAL:

- **TRATAMENTO FARMACOLÓGICO MAIS EFETIVO DA RA**
- RA INTERMITENTE MODERADA E GRAVE
- RA PERSISTENTE LEVE, MODERADA E GRAVE
- POTENTE AÇÃO ANTIINFLAMATÓRIA LOCAL
- USO REGULAR – MANUTENÇÃO A LONGO PRAZO
- EFETIVO EM TODOS OS SINTOMAS - OBSTRUÇÃO
- MÍNIMOS EFEITOS LOCAIS (irritação local, sangramento),
- SEGUROS (efeitos sistêmicos?)

CORTICÓIDE TÓPICO NASAL:

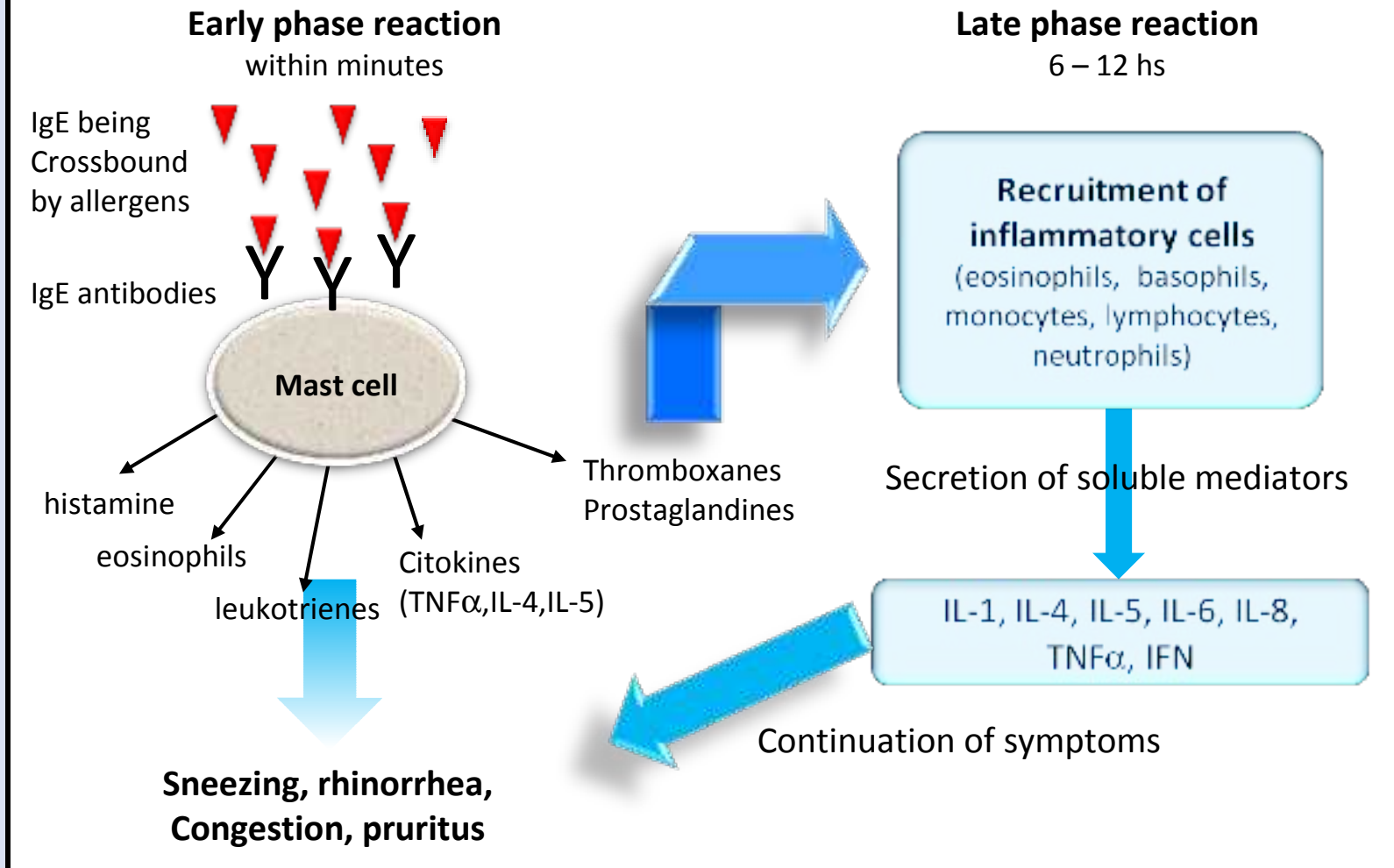
	Espirros	Coriza	Obstrução	Prurido nasal	Sintomas oculares
Anti-H1 oral	++	++	+	+++	++
Anti-H1 nasal	++	++	+	++	0
Anti-H1 ocular	0	0	0	0	+++
Corticoide nasal	+++	+++	+++	++	++
Cromona nasal	+	+	+	+	0
Cromona ocular	0	0	0	0	++
Descong. nasal	0	0	+++	0	0
Antileucotrieno	0	+	++	0	++

Van Crauwenberg et al, Allergy 2000

II Consenso Sobre Rinites Rev SOc Bras Alerg Imunopatol 2006; 29(1): 29-58

www.adrianaschmidt.com

LOCAIS DE ATUAÇÃO DOS CORTICOSTERÓIDES NASAIS



CORTICOSTERÓIDES NASAIS

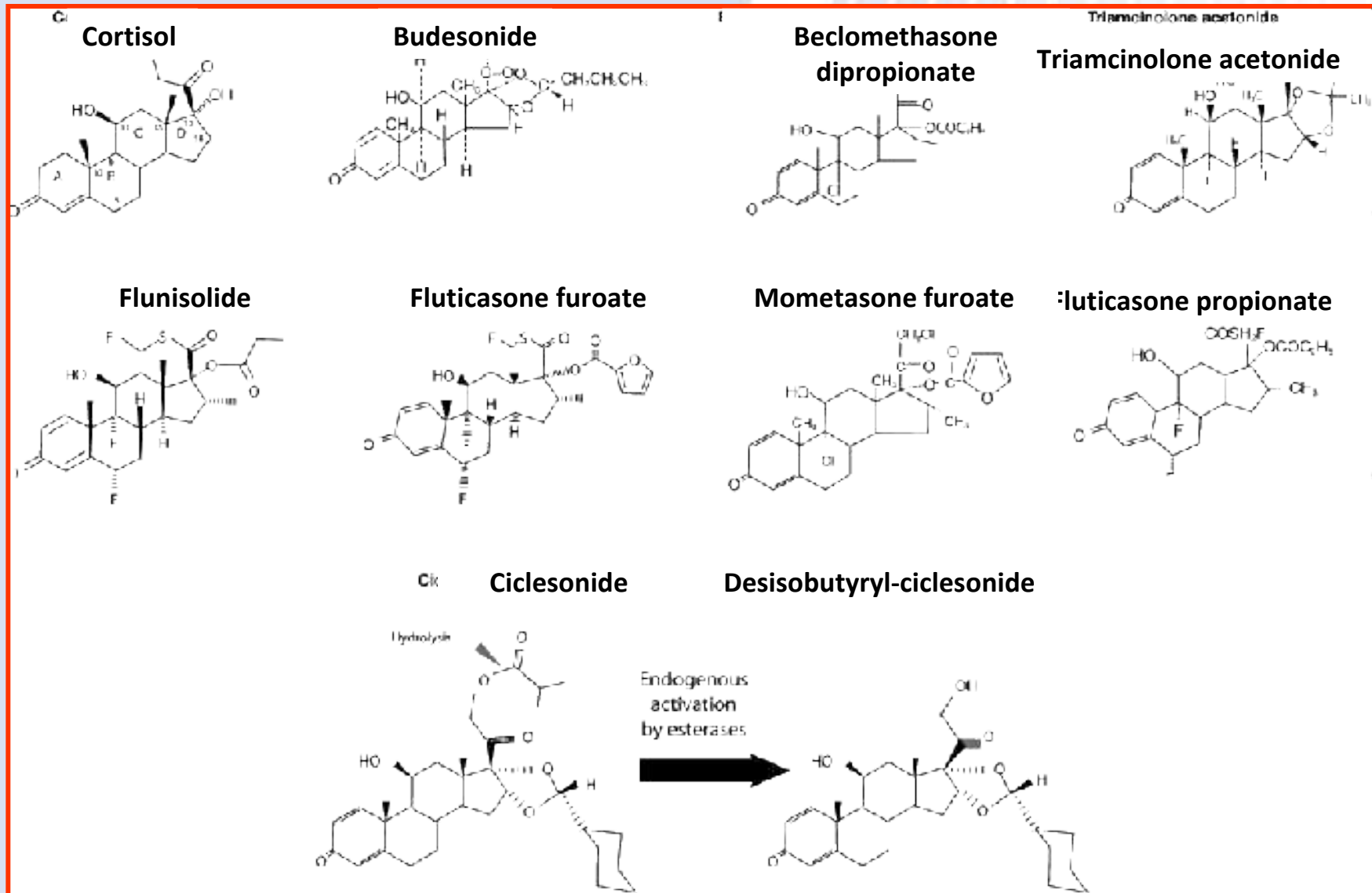
- **BUDESONIDA** (Budecort[®] 32 e 64mcg 120 doses, Busonid[®] 32, 50 e 100mcg 120 ou 200 doses/50 mcg)
- **ACETONIDO DE TRIAMCINOLONA** (Nasacort[®]) 55 mcg,120 doses
- **FUROATO DE MOMETASONA** (Nasonex[®]) 60 ou 120 doses
- **PROPIONATO DE FLUTICASONA** (Flixonase[®]) 50 mcg 120 doses
- **FUROATO DE FLUTICASONA** (Avamys[®]) 27,5mcg 120 doses
- **CICLESONIDA** (FDA 11/2007 – Omnaris[®], Brasil 2009) 50 mcg

DIPROPIONATO DE BECLOMETASONA (Clenil[®]): supressão do crescimento significativa em pre-adolescentes após 1 ano de uso

Pediatrics 2000;105:E23.

Rakel & Bope: Conn's Current Therapy 2008, 60th ed
www.adrianaschmidt.com

CORTICÓIDES TÓPICOS NASAIS – ESTRUTURA QUÍMICA



CORTICOSTERÓIDES NASAIS

Recomendações do FDA

CTC	Idade mínima	Gestação- categoria FDA
Beclometasona	6 anos	C
Budesonida	4 anos (?)	B
Triamcinolona	2 anos	C
Fluticasona propionato	4 anos	C
Mometasona furoato	2 anos	C
Fluticasona furoato	2 anos	C

NOVOS CORTICOSTERÓIDES NASAIS

MAIOR AFINIDADE PELO RECEPTOR GLICOC. = MELHOR PERFIL DE SEGURANÇA E EFICÁCIA (DEXAMETASONA = 100)

- BUDESONIDA = 855
- CICLESONIDA = 1.212
- PROPIONATO DE FLUTICASONA = 1.775
- FUROATO DE MOMETASONA = 2.244
- FUROATO DE FLUTICASONA = 2.998

CORTICÓIDE TÓPICO NASAL:



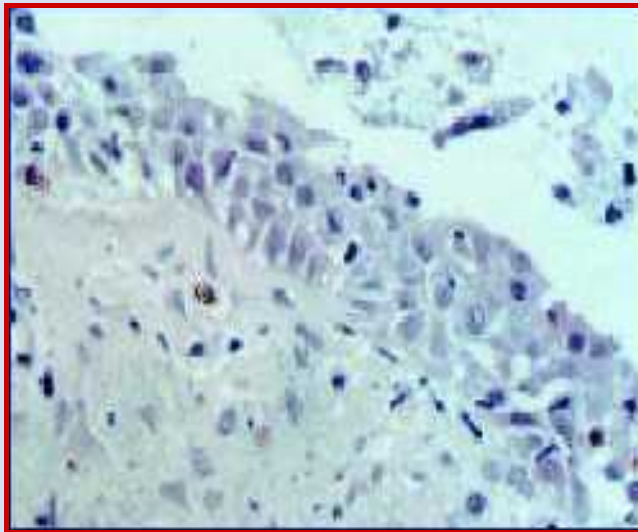
Efeitos colaterais?

Consequencias
a longo prazo?

**BIÓPSIA DE MUCOSA NASAL
12 MESES APÓS TRATAMENTO COM CORTICÓIDE TÓPICO
(mometasona)**

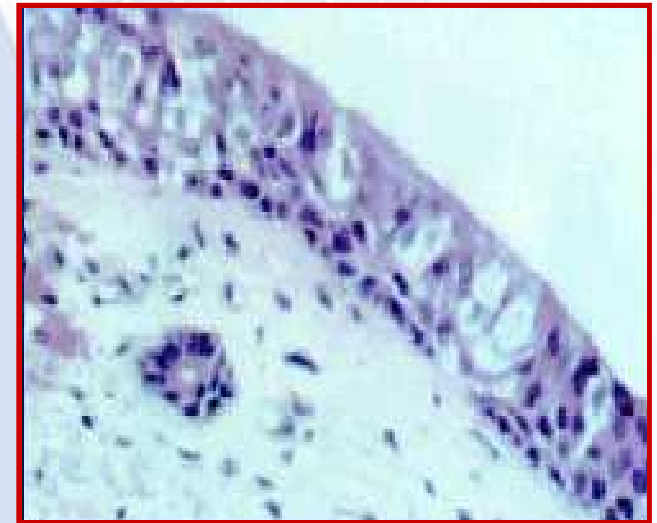
ANTES:

**Ruptura do epitélio
Infiltração de eosinófilos**



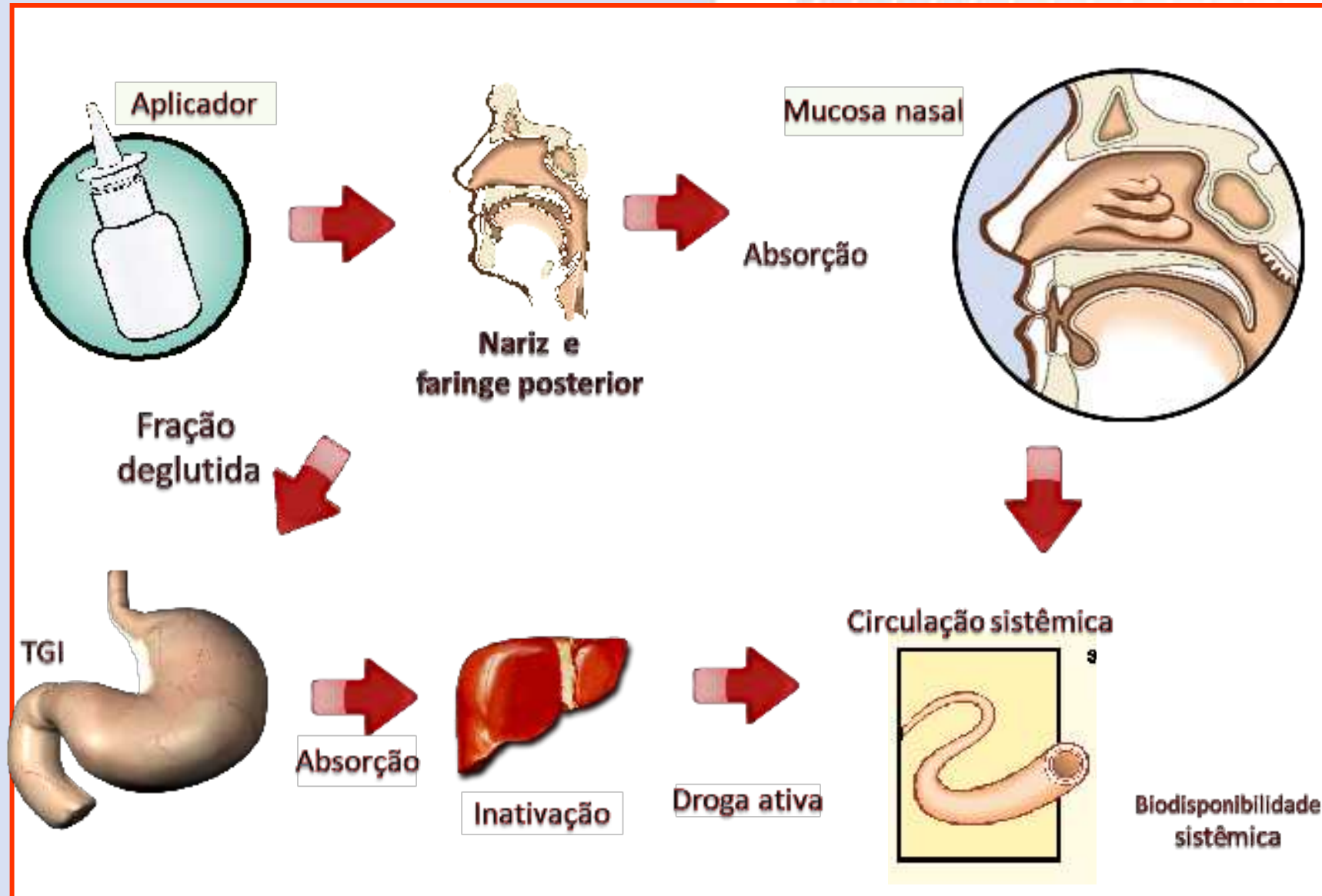
DEPOIS:

**Epitélio restituído
Red. infiltração de eosinófilos**



Nenhuma evidência de atrofia em mucosa nasal

CORTICÓIDE TÓPICO NASAL -BIODISPONIBILIDADE:

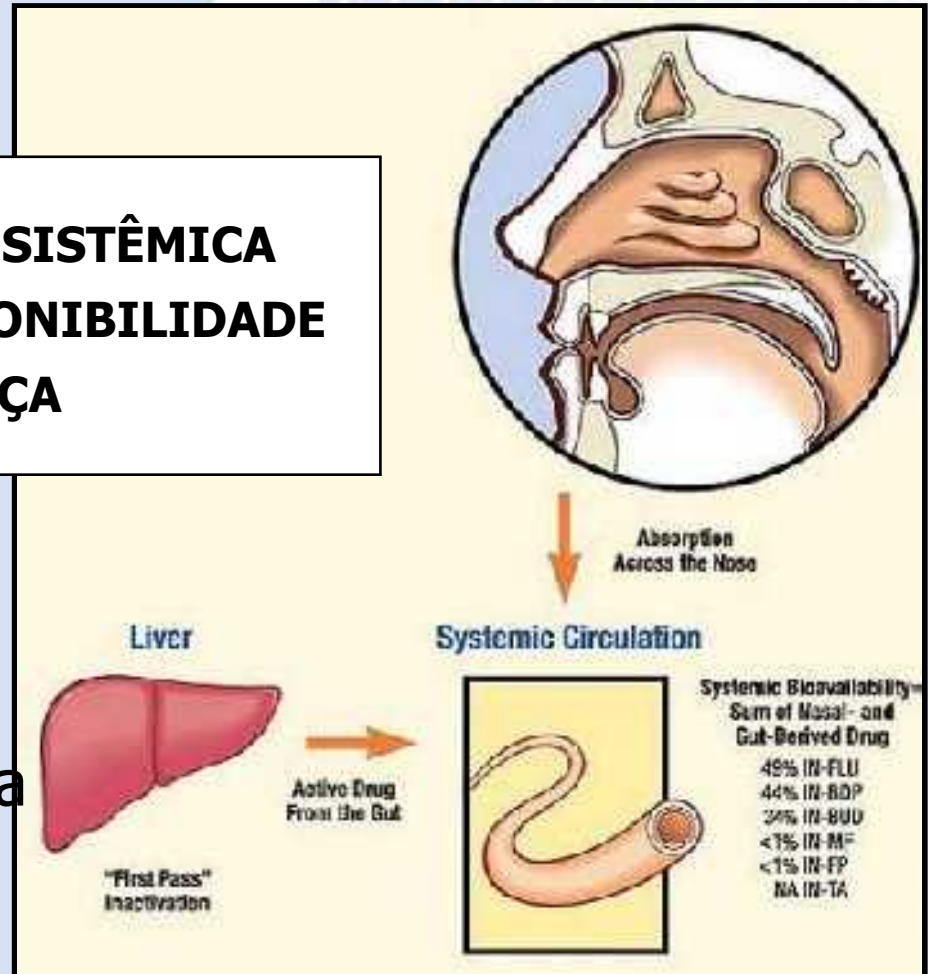


CORTICÓIDE TÓPICO NASAL -BIODISPONIBILIDADE:

**MENOR ABSORÇÃO SISTÊMICA
= MENOR BIODISPONIBILIDADE
= MAIOR SEGURANÇA**

- 44% - Beclometasona
- 10-34% - Budesonida
- <1% P. e F. Fluticasona
- <1% F. Mometasona
- < 1% Ciclesonida

Triancinolona?



J Allergy Clin Immunol 1996; 97: 198

Otolaryngol Clin N Am 41 (2008) 347-358

www.adrianaschmidt.com

NOVOS CORTICOSTERÓIDES NASAIS

RETENÇÃO DE CORTICÓIDE
NO TECIDO RESPIRATÓRIO: MAIOR
AFINIDADE PELO RECEPTOR GC

F. FLUTICASONA = F. MOMETASONA

PROPIONATO DE FLUTICASONA

BUDESONIDA

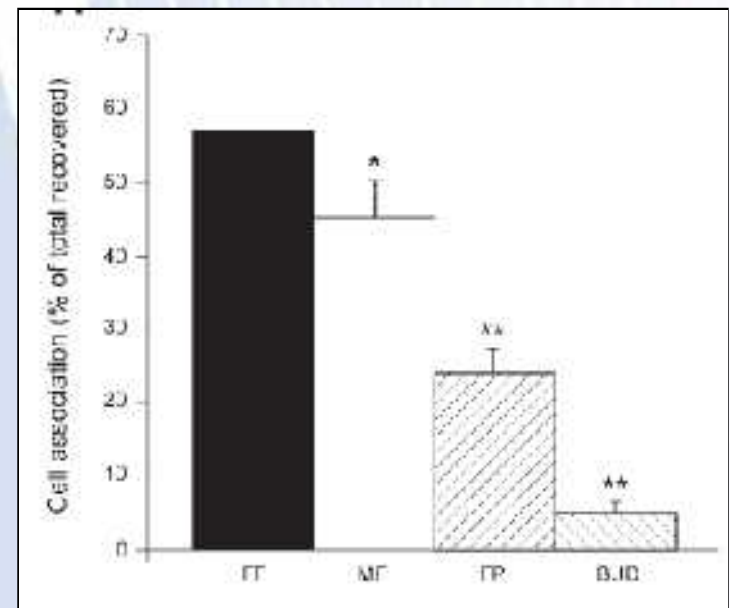
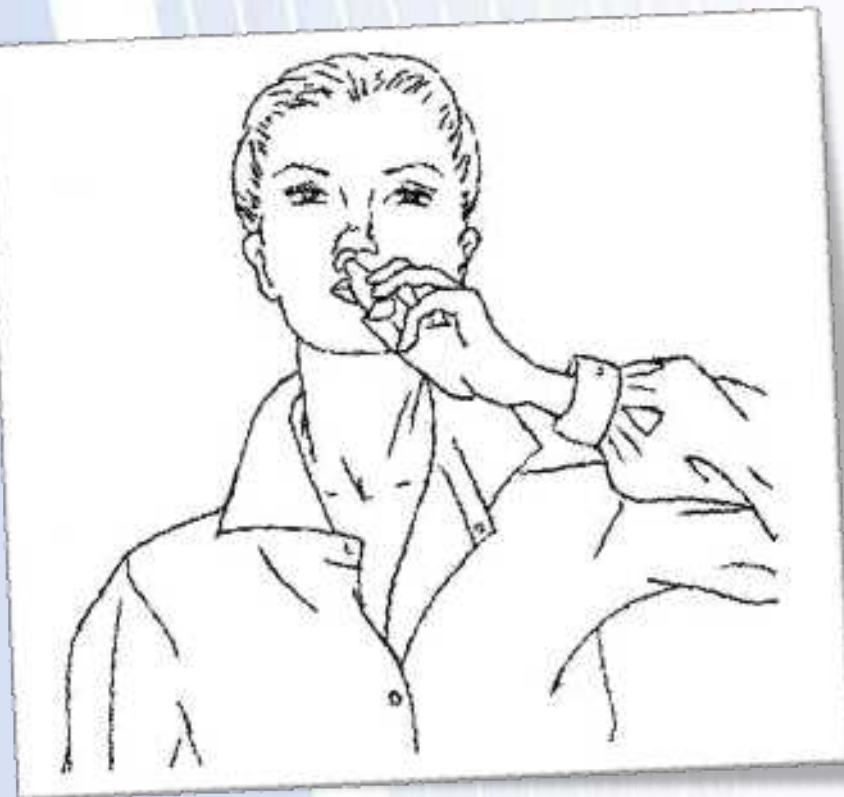
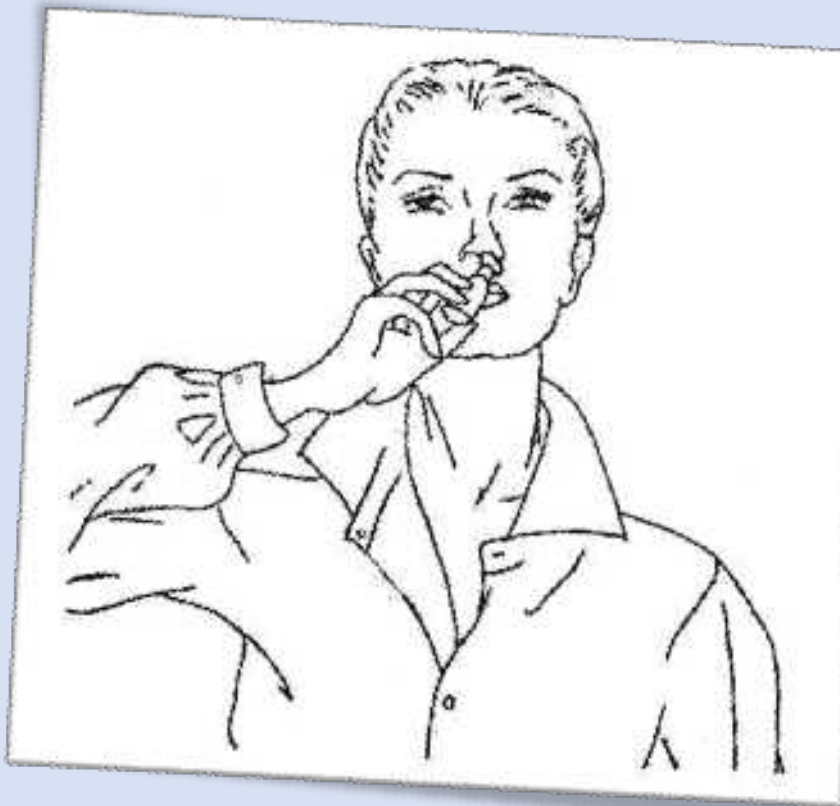


Fig. 4. A: retention of glucocorticoids in a human respiratory epithelial tissue monolayer (mean \pm SD, $n = 3$). Difference vs. FF (t -test): * $P < 0.05$ and ** $P < 0.01$. B: flux of glucocorticoids out of human respiratory epithelial tissue monolayer (mean \pm SD, $n = 3$). Difference vs. FF (t -test): * $P < 0.01$. Flux refers to the percentage of compound recovered in the basolateral medium compared with the total added to the apical medium.

NOVOS CORTICOSTERÓIDES NASAIS

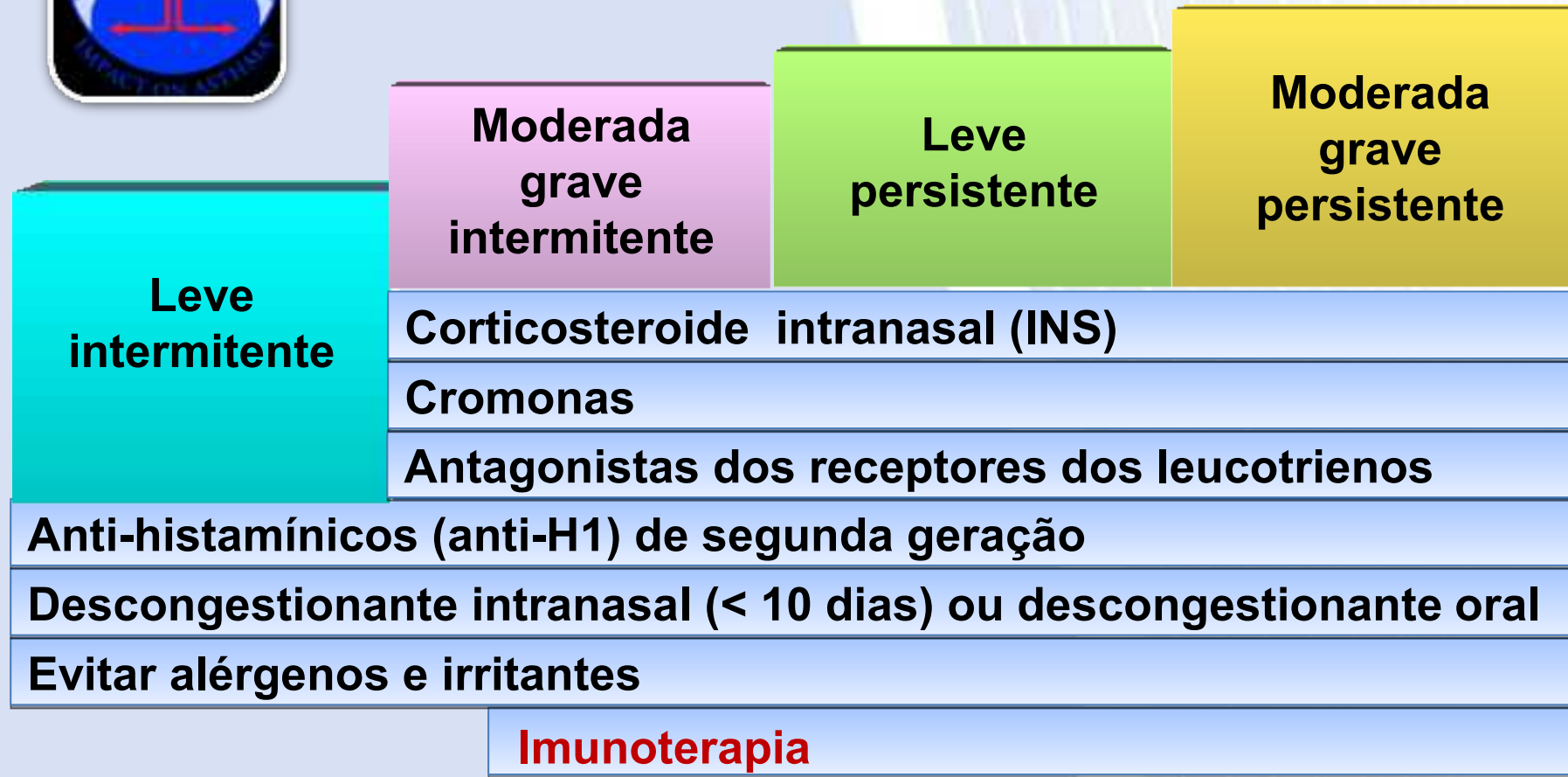
- **MAIOR POTÊNCIA**
- MAIOR ADERÊNCIA AO TECIDO NASAL
- SELETIVIDADE – MAIOR AFINIDADE PELO RECEPTOR GC
- ASSOCIAÇÃO TISSULAR PROLONGADA
- EFEITO ANTIINFLAMATÓRIO MAIOR E MAIS PROLONGADO
- EFICÁCIA EM DOSE ÚNICA DIÁRIA
- CLEARANCE SISTÊMICO RÁPIDO
- **MAIOR SEGURANÇA CLÍNICA**

CORTICOSTERÓIDES NASAIS COMO APLICAR





Diretrizes do ARIA: Recomendações para o tratamento



ARIA = rinite alérgica e seu impacto sobre a asma

Bousquet e col. *J Allergy Clin Immunol.* 2001;108 (5 supl.):S147

Consensus - **IMUNOTERAPIA:** Se farmacoterapia + controle ambiental falharem

Source of guideline	International Consensus on Rhinitis	Joint Task Force on Practice Parameters for Rhinitis	EAACI consensus on allergic rhinitis	ARIA (2001)	ARIA (2007)
Antileukotriene	No comment	No comment	No comment	One study only. Indication difficult to delineate	In rhinitis, efficacy similar to oral H ₂ -blockers. Effective on asthma and rhinitis.
Cromone (intranasal or topical conjunctival)	Safe and effective, but less effective than other medications	Safe and effective in some patients, especially if begun early in season	Safe and effective, but less effective than other medications	Safe and effective, but less effective than other medications	Safe and modestly effective, and less effective than other medications
Decongestant (oral)	Indicated in combination with oral H ₁ -antihistamines	Indicated in combination with oral H ₁ -antihistamine to reduce congestion		Indicated in combination with oral H ₁ -antihistamine to reduce congestion. Safety issues	Indicated in combination with oral H ₁ -antihistamine to reduce congestion. Safety issues
Depot corticosteroid	Not recommended	Not recommended because of side effects	Not recommended because of side effects	Not recommended because of side effects	Not recommended because of side effects and lack of evidence on efficacy
Intranasal anticholinergic	Indicated to reduce rhinorrhoea not controlled by other medications	Indicated to reduce rhinorrhoea but not effective in other symptoms	Indicated to reduce rhinorrhoea not controlled by other medications	Indicated to reduce rhinorrhoea not controlled by other medications	Indicated to reduce rhinorrhoea not controlled by other medications
Subcutaneous immunotherapy	Indicated if response to primary therapy is poor, if compliance with pharmacotherapy is low, or if complications (asthma) are present	Indicated if symptoms are severe or protracted or if other treatment fails, to prevent progression or development of complicating illnesses	Indicated if only 1 or 2 relevant allergens and pharmacotherapy and avoidance therapy are insufficient; risk of systemic effects	Indicated if only 1 or 2 relevant allergens and pharmacotherapy and avoidance therapy are insufficient; risk of systemic effects	Indicated if only 1 or 2 relevant allergens and pharmacotherapy and avoidance therapy are insufficient; risk of systemic effects

IMUNOTERAPIA

- **BENEFÍCIOS CLARAMENTE DOCUMENTADOS NAS PATOLOGIAS MEDIADAS PELA IgE**
- **PADRONIZADOS: ÁCAROS, GATO E PÓLENS FUNGOS (ALTERNÁRIA), CÃO E BARATA**
- **DESSENSIBILIZAÇÃO ESPECÍFICA**

IMUNOTERAPIA

- **MELHORA SIGNIFICATIVA EM 80% DOS PACIENTES**
- **RISCO : REAÇÕES LOCAIS - ANAFILAXIA**
- **AMBIENTE HOSPITALAR OU CONSULTÓRIO MÉDICO**
- **DURAÇÃO DO TRATAMENTO: 3 A 5 ANOS**

IMUNOTERAPIA

- **NECESSITA DX PRECISO DE DOENÇA MEDIADA PELA IGE**
- **TRADICIONALMENTE PELA VIA SUBCUTÂNEA (SL EM ADULTOS SENSIBILIZADOS AO PÓLEN PPTE)**
- **IMUNOTERAPIA ALÉRGENO-ESPECÍFICA (ÁCAROS/PÓLENS)**
- **PODE ALTERAR O CURSO NATURAL DA DOENÇA**
- **IT SUBCUTÂNEA PODE SER EFICIENTE VÁRIOS ANOS APÓS CESSADO O TRATAMENTO**
- **IT REDUZ O DESENVOLVIMENTO DE NOVAS SENSIBILIZAÇÕES**
- **EM PACIENTES COM RINITE DIMINUI O DESENV. DE ASMA (PREVENÇÃO SECUNDÁRIA)**

**ARIA – ESQUEMAS TERAPEUTICOS BASEADOS EM
GUIDELINES NA RA**

OUTROS MEDICAMENTOS - QUANDO?

ANTILEUCOTRIENOS – EFICAZ - IDEAL NA RINITE + ASMA LEVE E SINTOMAS OCULARES (Montelukast - Singulair[®])

CROMONAS – SEGURAS, MENOS EFICAZES QUE OUTROS TRATAMENTOS (Cromoglicato Dissódico - Intal[®]) inconveniente: 4x/dia

DESCONGESTIONANTES ORAIS – ASSOCIADOS AOS ANTI-H1 PARA OBSTRUÇÃO NASAL, SEGURANÇA? HIPERTENSÃO ART. E RETENÇÃO URINÁRIA (Pseudoefedrina – Claritin D[®], Allegra D[®], Zyrtec D[®])

CORTICÓIDES DE DEPÓSITO – NÃO RECOMENDADOS (EF COLATERAIS E FALTA DE EVIDÊNCIA DA EFICÁCIA) (Diprospan[®])

ANTICOLINÉRGICOS NASAIS – PARA RINORRÉIA (Atrovent[®])

ARIA - Allergy 2008: 63 (Suppl. 86): 8–160

Otolaryngol Clin N Am 2008 (41): 347–358

www.adrianaschmidt.com

MEDICINA ALTERNATIVA E COMPLEMENTAR SOLUÇÃO SALINA ISOTÔNICA (0,9%):

- Tratamento simples e barato, parece ter alguma eficácia
ARIA - Allergy 2008: 63 (Suppl. 86): pg 65
- Nas rinosinusites (efeito benéfico sobre o clearance mucociliar)
+ efeito hidratante - reduz crostas -*Mason: Murray & Nadel's
Textbook of Respiratory Medicine, 4th ed.;*
- Melhora a função ciliar e o clearance mucociliar, melhorando a ação dos ctc
Cummings: Otolaryngology: Head & Neck Surgery, 4th ed.
- Brasil – Sorine infantil, Rinosoro SIC, Salsep, Fluimare
- Sol. salina hipertônica (3%): não referida no ARIA, literatura escassa

MEDICINA ALTERNATIVA E COMPLEMENTAR PÓ DE CELULOSE:

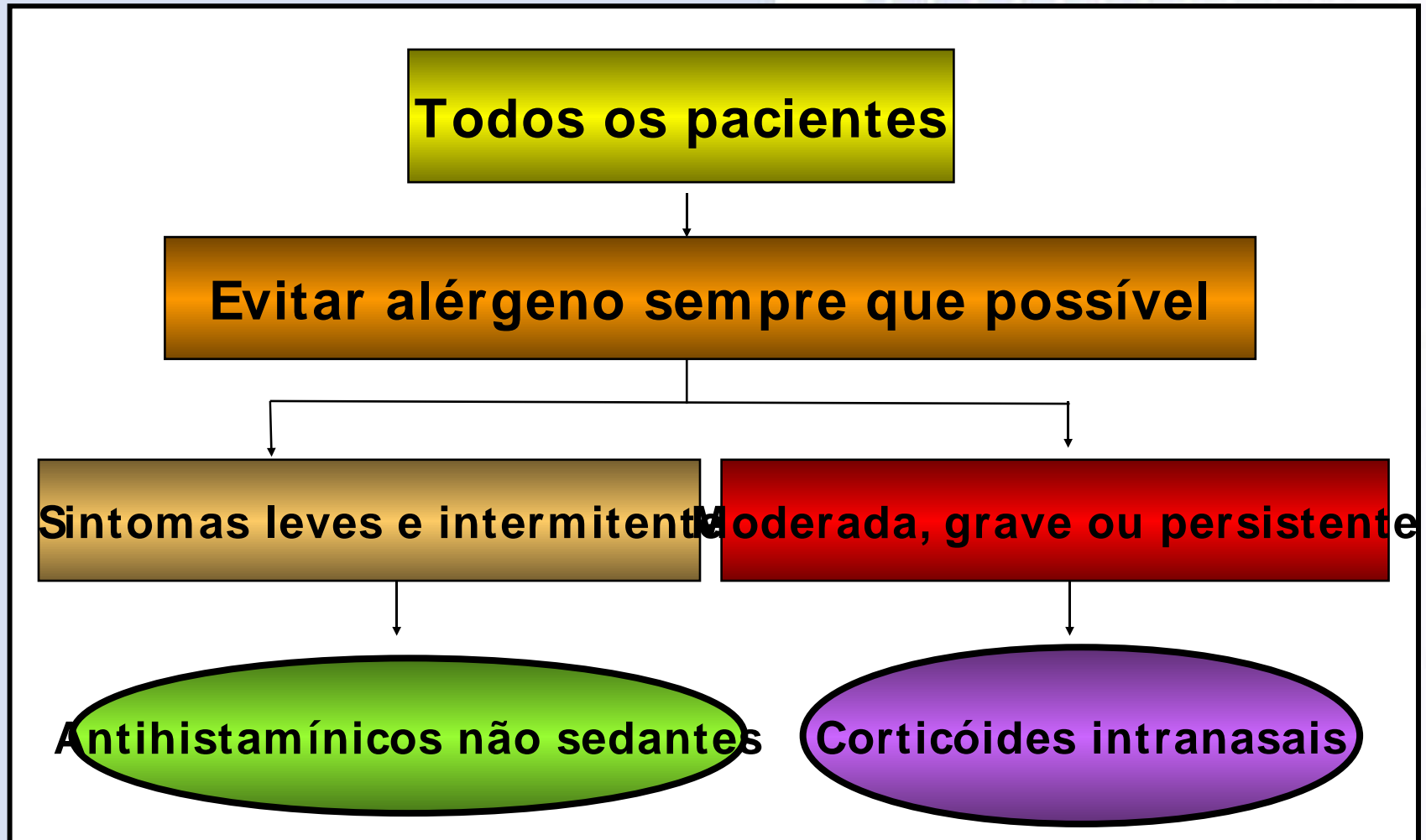
- Pó inerte de celulose natural – película que melhora a filtração contra alérgenos e irritantes (barreira) *J Allergy Clin Immunol 2009*
- Disponível na Inglaterra desde 1994 para prevenção da polinose *ARIA - Allergy 2008: 63 (Suppl. 86): pg 65*
- Brasil – lançado em 2009 - (Nasaleze^R),
1 aplicação em cada narina 2 vezes ao dia – prevenção – início da ação em 6 min e duração de 12h
- Poucos estudos validando o seu uso

Complementary and alternative medicine: Herbs, phytochemicals and vitamins and their immunologic effects

Timothy Mainardi, MD, MS, Simi Kapoor, MD, and Leonard Bielory, MD *Newark, NJ*

- Suplementação vitamínica – A,C – sem benefício, vit E (?) – diminui a infiltração eosinofílica nas mucosas
- Spirulina VO – Efeito anti-histamínico
- Medicina ayurvedica - fórmulas poliherbárias – efeito > ao placebo, risco: contam. metais pesados
- Medicina Tradicional chinesa – efeitos superiores ao placebo na DA e rinite
- Faltam estudos para validação

ALGORITMO DE TRATAMENTO DA RINITE ALÉRGICA

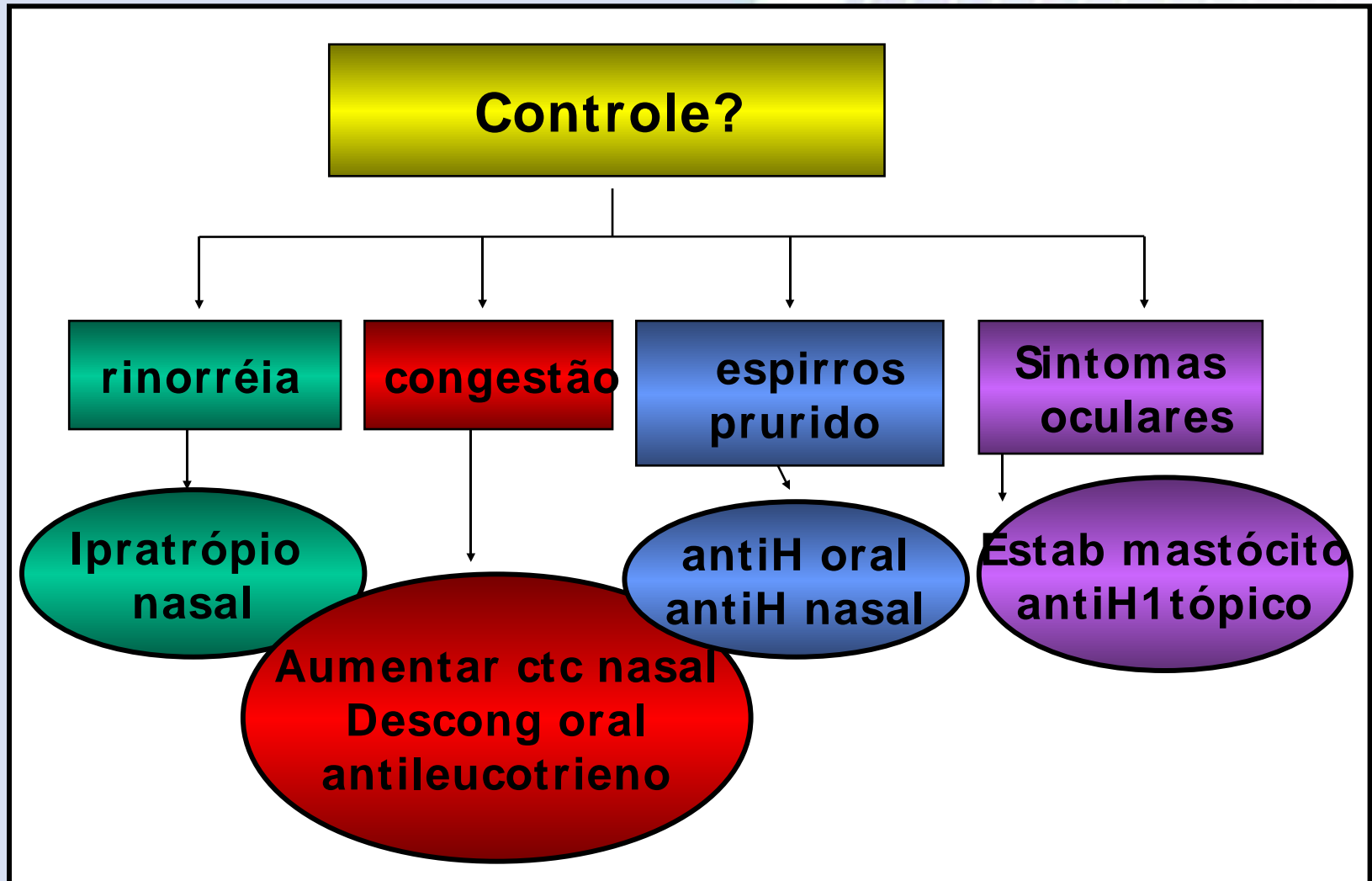


Rakel: Conn's Current Therapy 2006, 58th ed

ARIA - Allergy 2008: 63 (Suppl. 86): 8-160

www.adrianaschmidt.com

ALGORITMO DE TRATAMENTO DA RINITE ALÉRGICA



Rakel: Conn's Current Therapy 2006, 58th ed

ARIA - Allergy 2008: 63 (Suppl. 86): 8-160

www.adrianaschmidt.com

Controle?

**Confirme dx inicial
Enfatize aderência
Técnica de uso
Revise exposição a alérgeno**

Controle?

**Considere processos intercorrentes
(polipose/sinusite /h. adenoideana)**

**ARIA – ESQUEMAS TERAPÊUTICOS BASEADOS EM GUIDELINES
RINITE ALÉRGICA**

ENCAMINHAR AO ESPECIALISTA - QUANDO?

POUCA RESPOSTA AO TRATAMENTO

SINTOMAS PERSISTENTES POR MAIS DE 3 MESES

TRATAMENTO DA RINITE



**Evitar exposição
ao alérgeno**

Indicado sempre possível

**Imunoterapia
eficaz**

*Receitada por
um
especialista,
pode alterar a
evolução
natural da
doença*



**Tratamento
farmacológico**

*Seguro
Eficaz*

Fácil de administrar



**Educação do
paciente**
*Indicada em
todos os casos*



RINITE

● **PATOLOGIA CRÔNICA :**

RELAÇÃO DE CONFIANÇA MÉDICO-PACIENTE:

● **EDUCAÇÃO SOBRE A DOENÇA E MEDICAMENTOS
PROFILÁTICOS**

● **BOM CONTROLE DOS SINTOMAS**

SEM COMPROMETIMENTO DA QUALIDADE DE VIDA

MUITO OBRIGADA

SLIDES DA AULA:
WWW.ADRIANASCHMIDT.COM

SUGESTÃO DE VISITA: **[AULAS SOBRE ANTI-HISTAMÍNICOS NO MESMO SITE](#)**

