

## Tratamento farmacológico da polinose: uma resposta alérgica da fase tardia dos sintomas encontra-se esquecida?

Arq Asma Alerg Imunol. 2024;8(1):87-8.  
<http://dx.doi.org/10.5935/2526-5393.20230080>

Prezado Editor,

A fisiopatologia da rinite alérgica é complexa, compreendendo uma fase inicial e uma fase tardia da resposta alérgica. No caso da polinose, pode ser evidente após a exposição de polens na natureza<sup>1</sup>. Em ambas, tanto na rinite alérgica quanto na asma brônquica, a resposta pode mostrar uma cinética bifásica em indivíduos suscetíveis<sup>2</sup>.

A reação da fase inicial é caracterizada pela degranulação de mastócitos, através da IgE específica em contato com o alérgeno, havendo um rápido início dos sintomas em minutos (espirros e rinorreia) e a emergência dos oculares (prurido, hiperemia e lacrimejamento). Deve-se à liberação de histamina associada aos efeitos de outras citocinas pró-inflamatórias (p. ex.: leucotrienos e prostaglandinas)<sup>1,2</sup>.

A segunda fase, denominada Resposta Alérgica Tardia (RAT), ocorre após 2 a 8 horas à exposição do alérgeno em alguns pacientes. É estimado que aproximadamente 50% destes com rinite alérgica experimentam esta fase de sintomas<sup>1</sup>.

A RAT é caracterizada por obstrução nasal após a recuperação inicial, associada a um aumento da interleucina (IL-13)<sup>2</sup>. A obstrução nasal muitas vezes produz um distúrbio da respiração e do sono, que têm como resultado a diminuição da qualidade de vida e de produtividade, sonolência diurna, fadiga e estresse<sup>3</sup>.

Estudos de aerobiologia iniciados em décadas passadas confirmam uma estação polínica de gramíneas no sul do Brasil. Esta se inicia em setembro, declinando no mês de dezembro, confirmando, portanto, a sintomatologia estacional, característica da polinose<sup>4,5</sup>. O fato se repete ano após ano, nos pacientes sensibilizados nos meses da primavera.

Admite-se que exista uma maior concentração de polens no ar nas primeiras horas da manhã e no período vespertino. Entretanto, em relação aos horários os dados

são conflitantes, pois dependem das condições meteorológicas, da localização da vegetação e das espécies.

Os polens existentes no ar no período da manhã, pelo aquecimento da terra e mesmo das cidades, alcançam níveis superiores na atmosfera. O inverso acontece pelo resfriamento do solo no período vespertino, quando existe uma corrente inversa descendente para as camadas inferiores, aumentando a sua concentração e por consequência a sintomatologia aos pacientes.

Não temos, no Brasil, dados em relação aos polens de gramíneas e da sua concentração por diferentes períodos do dia. Supomos que isso possa dificultar aos médicos tentar associar uma possível RAT com a obstrução nasal noturna, experimentada por alguns pacientes. Entretanto, deveria-se verificar, principalmente naqueles com maior atopia, associando-se o período vespertino nos dias ensolarados, quentes, secos e ventosos, quando encontra-se uma maior dispersão polínica no ar.

Uma elevação de IL-13 na secreção nasal pode caracterizar um grupo de risco para apresentar RAT. O fato significaria, no futuro, uma medicina personalizada nos pacientes com polinose<sup>2</sup>.

Os anti-histamínicos mais comumente usados são muito eficazes como resultado na degranulação dos mastócitos, ou seja, da fase inicial da reação alérgica nasal, embora não tenham demonstrado efeito sobre os sintomas da RAT. Os glicocorticoides apresentam maior alívio dos sintomas nesta fase<sup>1</sup>.

O tratamento profilático com corticosteroide nasal é mais efetivo que os anti-histamínicos orais na polinose, particularmente na RAT<sup>2,6</sup>.

É sugerido o uso principalmente do fuorato de fluticasona ou fuorato de mometasona, *spray* nasal, podendo, inclusive, controlar os sintomas oculares<sup>6-9</sup>.

Nota-se que mesmo baixas concentrações de pólen, quando o paciente ainda encontra-se assintomático, podem produzir uma mínima persistente inflamação, exacerbando pelas exposições sucessivas, pelo efeito *priming*<sup>7</sup>.

Quando ministrados corticosteroides tópicos nasais nas doses recomendadas, estes geralmente não estão associados a efeitos colaterais sistêmicos, tais como a elevação da pressão intraocular ou o desenvolvimento de catarata subcapsular. Em crianças é prudente usar a menor dose efetiva e monitorar o crescimento<sup>8</sup>.

Os anti-histamínicos são, provavelmente, os principais fármacos utilizados na rinite alérgica, entre a população geral. São fáceis de adquirir, inclusive distribuídos no Brasil pelo SUS.

A polinose distingue-se da rinite persistente pela sua sintomatologia aguda de rinoconjuntivite no início da estação polínica, muitas vezes difícil de tolerar. Uma possível asma brônquica associada deve ser investigada.

O maior risco dos sintomas são naqueles pacientes que mantêm atividades no ambiente externo ou exercitam-se ao ar livre. Para a população alérgica evitar os polens é uma tarefa difícil.

Uma história clínica detalhada, exame físico, afora procedimentos diagnósticos complementares e terapêutica, podem fazer a diferença na morbidade, na qualidade de vida e tornar os alergistas realmente diferenciados pelos pacientes!

### Referências

1. Bjermer L, Westman M, Holmstrom M, Wickman MC. The complex pathophysiology of allergic rhinitis: Scientific rationale for the development of an alternative treatment option. *Allergy Asthma Clin Immunol.* 2019;15:24.
2. Champion NC, Villazala-Merino S, Thwaites R, Stanek V, Killic H, Pertsinidou E. Nasal IL-13 production identifies patients with late-phase allergic responses. *J Allergy Clin Immunol.* 2023;152:1167-78.
3. Thompson A, Sardana N, Craig TJ. Sleep impairment and daytime sleepiness in patients with allergic rhinitis: The role of congestion and inflammation. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2013;111:446-51.
4. Rosário Filho NA. Definição da estação polínica das gramíneas em Curitiba. *Anais XXII Congresso Brasileiro de Alergia e Imunopatologia.* São Paulo: ASBAI; 1990.
5. Lorscheiter ML, Vieira FM, Oliveira F. Conteúdo polínico atmosférico na cidade de Caxias do Sul, RS (Brasil) e sua correlação alergógena. *Bol IG-USP Inst Geocien Univ S Paulo.* 1986;17:131-9.
6. Heizaburo Y, Syuji Y, Daiju S, Kogy K, Ayako I, Toyoyuki H. Comparison of nasal steroid with antihistamine in prophylactic treatment against pollinosis using an environmental challenge chamber. *Allergy and Asthma Proceedings.* 2012;33:397.
7. Ricca V, Landi M, Ferrero P, Tazzer C, Canonica W, Ciprandi G, et al. Minimal persistent inflammation is also present in patients with seasonal allergic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol.* 2000;105:54-7.
8. Dikewics MS, Wallace DV, Amrol DJ, Baroody FM, Bernstein J, Craig TJ, et al. Rhinitis 2020. A practice parameter. *J Allergy Clin Immunol.* 2020;146:721-67.
9. Baroody FM, Shenog D, De Tineo M, Wong IH, Naclerio RM. Fluticasone furoate nasal spray reduces the nasal-ocular reflex: A mechanism for the efficacy of topical steroids in controlling allergic eye symptoms. *J Allergy Clin Immunol.* 2009;123:1342-48.

---

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

### Francisco Machado Vieira

Departamento Científico de Alergia Ocular – ASBAI.  
Clínica de Alergia e Imunologia - Caxias do Sul, RS, Brasil.