

Ano 2 - Número 2 - Abril de 2008

**Maxidrate**  
*no dia-a-dia*

# Quem acredita em vacina alérgica?

*Dr. Raul Emrich Melo*

**Dr. Raul Emrich Melo**

*Especialista em Alergia pela Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia*

*Mestre e Doutor pela Escola Paulista de Medicina / UNIFESP*

*Pesquisador associado da Disciplina de Alergia / UNIFESP*



É difícil acreditar em vacina alérgica quando uma paciente de 40 anos senta-se à sua frente, como presenciei recentemente, e relata que perdeu tempo e dinheiro em 3 infrutíferos anos de aplicações para tratamento de rinite. De fato, a vacina alérgica (que também já foi chamada de hipossensibilização) continua a causar controvérsia, mesmo 100 anos após sua primeira descrição na revista *Lancet*<sup>1</sup>.

A British Thoracic Society, por exemplo, na década de 1990, já não recomendava, em hipótese alguma, a utilização da imunoterapia subcutânea, em virtude dos relatos das mortes da década de 1980 que se seguiram às aplicações do material alérgico e pelo fato de possuímos um excelente arsenal terapêutico na atualidade, inclusive para asma<sup>2</sup>. Afinal, por que correr riscos desta natureza, para tratar a rinite, uma doença sem gravidade, se os estudos não mostram eficácia superior à das medicações de última geração?

Os estudos com a utilização da imunoterapia alérgeno-específica, assim chamada pois utiliza um alérgeno para tentar modificar a resposta imune em doenças mediadas por IgE, têm tido resultados variados, possivelmente devido a diferenças na triagem de pacientes e na qualidade dos extratos alérgicos<sup>3,4</sup>

Extratos de boa qualidade são produzidos por empresas que estão presentes em Congressos médicos e, por serem material biológico que demanda cuidados especiais na produção e estocagem, não são encontrados em drogarias nem farmácias. Some-se a isso a impressão de que alguns médicos, ao que parece, lançariam mão dessa forma de tratamento sem nenhum critério.

É verdade que a rinite alérgica não traz perigo de morte, mas o conceito Qualidade de Vida ganhou corpo e se tornou um dos principais objetivos a ser atingido no tratamento das doenças crônicas. Quando minha nova paciente desabafou que tudo em sua vida estava sendo afetado, acreditei que não precisaria entrar em detalhes. Kirmaz et al., por exemplo, relataram a queda acentuada da função sexual em homens e mulheres com rinite crônica não tratada, ao analisarem dados como função erétil, desejo e prazer nas relações sexuais<sup>5</sup>. O interessante foi observar a melhora de todos os itens após o tratamento.

Há muitos anos com o diagnóstico de rinite alérgica, a paciente queixava-se de intensa secreção mucosa e obstrução nasal. Chamava a atenção o fato de espirros e prurido estarem praticamente ausentes, além de história progressa sem nenhum outro episódio que estivesse relacionado a uma possível atopia. De fato, o *prick test* foi negativo, assim como o RAST e a pesquisa de eosinófilos na citologia nasal, que ela trouxe dias depois.

Tudo levava a crer, então, que nosso caso se tratava de uma rinite vasomotora, ou, como prefere o II Consenso Brasileiro sobre Rinites, rinite idiopática<sup>6</sup>. Esse termo seria preferível devido a seus fatores desencadeantes serem inespecíficos e seu mecanismo não elucidado. Convenhamos, é bem possível que os dois termos, vasomotora e idiopática, convivam juntos até o final dos tempos. Mais de um século se passou e a febre do feno (*hay fever*), por exemplo – sinonímia bem mais esdrúxula, usada para a rinite sazonal ou estacional –, ainda mostra seu vigor no vocabulário inglês.

Parece óbvio, mas é necessário confirmar a presença de atopia. Em trabalhos apresentados no *Meeting* de Alergia da Academia Americana, em 2007, Shatz et al. registraram que 21,6% dos pacientes atendidos em ambulatório de alergia – principalmente mulheres adultas – tinham rinite não alérgica<sup>7</sup>, enquanto Kacru et al., ao estudarem crianças de 4 a 12 anos, chegaram à surpreendente cifra de 49%<sup>8</sup>. Uma crítica: é preciso cautela ao se afastar a atopia na infância, período em que o falso-negativo é comum. Nesses estudos, os pacientes com rinite alérgica utilizavam mais recursos quando a asma estava associada, mas os pacientes com rinite não alérgica tinham mais sinusopatia, apnéia e fadiga.

Ocorre que, no Brasil, a rinite alérgica é tão mais freqüente, principalmente em centros urbanos<sup>9</sup>, que muitas vezes o médico nem se interessa em confirmar a produção exagerada de IgE total ou, mais precisamente, da IgE específica. Vale lembrar que, em nosso meio, a prevalência de sensibilidade ao ácaro

*Blomia tropicalis* é muito elevada<sup>10</sup> e, portanto, seu RAST deve ser incluído no pedido médico. Solicitações comuns de avaliação para poeira domiciliar (interpretada pelos laboratórios como sigla HX2) incluem ácaros e partículas das baratas (presentes no pó das ruas e favelas da cidade), mas não o ácaro *Blomia*.

Isto posto, começamos a entender por que a imunoterapia desapontou tanto nossa paciente. Talvez um dos principais fatores de descrédito, para muitos médicos, sejam os relatos de fracasso, quando, na verdade, essa forma de terapia realmente não iria funcionar. E mais: como muitos pacientes não sabem que a vacina alérgica demora, em média, 3 a 4 meses para iniciar a atenuação de sintomas, interrompem o tratamento e propagam a mensagem de que não vale a pena o esforço. As aplicações devem ter um seguimento de, no mínimo, 2 a 3 anos, sob risco de retorno rápido da sintomatologia. Por outro lado, não há sentido manter um tratamento por mais de 6 a 9 meses em um paciente que não relatou nenhuma melhora.

Mas, no caso da literatura médica, os dados realmente evidenciam eficácia da imunoterapia alérgeno-específica? Para responder a essa pergunta, a Organização Mundial da Saúde estudou detalhadamente o tema, levantando estudos bons e confiáveis das últimas décadas. Como resultado, publicou um extenso material no fim dos anos de 1990, em que se chegou à conclusão, após metanálise criteriosa, de que a imunoterapia é eficiente em algumas situações e não o é em outras<sup>11</sup>. Ou seja, depende se é bem indicada e se o material utilizado é de boa qualidade, resultando, neste caso, em eficácia ao redor de 80%. Ademais, a posição da British Thoracic Society, que comparara imunoterapia com arsenal medicamentoso, seria equivocada, dado que as duas formas de tratamento são complementares, não exclusivas.

E em relação ao item segurança, os estudos americanos, em vez de contra-indicarem o tratamento, listaram os cuidados essenciais: evitar aplicações se a asma não estiver controlada, usar adrenalina sem demora se a anafilaxia ocorrer e considerar diminuir as doses no caso de ocorrer as reações anteriores<sup>12,13</sup>. Além disso, não indicar a imunoterapia se o paciente estiver utilizando drogas que dificultem a reanimação (como os betabloqueadores). Esses fatores parecem ter sido determinantes em casos de desenlace fatal, ou quase fatal. Nos últimos anos, o risco está estimado ao redor de uma morte a cada 2 milhões e meio de aplicações, ou seja, extremamente baixo. Tão baixo que, no Brasil, alguns serviços até orientam a auto-aplicação. E, ao contrário do que pensam muitos obstetras, a gravidez não é um impeditivo para a continuidade do tratamento; apenas não se orienta iniciar a imunoterapia nesse período.

Como decidimos que não faríamos mais nenhuma tentativa de imunoterapia em nossa paciente com rinite vasomotora, restavam-nos cuidados gerais e medicações. Aí começavam novos problemas. Corticosteróide tópico – medicamento de escolha para a rinite idiopática, segundo o Consenso de Rinites – anti-histamínico e soro fisiológico tinham produzido poucos resultados. Somando-se a isso, retirou-se do mercado o brometo de ipratrópio nasal. Bem, talvez então uma solução salina em gel, por que não?

Alguns médicos têm observado ótimos resultados com a solução salina a 4,5 mg/g em gel (em nosso mercado, Maxidrate®) em pacientes submetidos à turbinectomia, pois diminui significativamente a formação de crostas<sup>14</sup>. Segundo Harvey et al.<sup>15</sup>, existe alguma evidência, pela análise dos dados da Fundação Cochrane, de que as rinites têm melhora de parâmetros objetivos com as soluções salinas, ainda que, em relação à evolução dos sintomas, os resultados sejam menos marcantes.

Para aquela paciente com rinite que chegara desesperada, já desapontada com as opções terapêuticas que até então tinham sido apresentadas, o bloqueio dos sintomas com o Maxidrate Gel® não deixara dúvidas: a melhora da secreção mucosa e do nariz congestionado permitia o retorno às atividades normais, com prazer. Agora, sim, ela poderia fazer o que gostava mais: assistir à televisão baixinho, sentar no sofá e ler um bom livro. Imunoterapia? Nem pensar.

## Referências

1. Noon L. Prophylactic inoculation against hay fever. *Lancet* 1911; i: 1572-3.
2. British Thoracic Society. Guidelines on the management of asthma. *Thorax* 1993; 48: suppl S1-S24.
3. Ewan PW et al. Effective hyposensitization in allergic rhinitis using a potent partially purified extract of house dust mite. *Clin Allergy* 1988; 18: 501-8.
4. Douglas SR. Allergen immunotherapy: does it work and, if so, how and for how long? *Thorax* 2000; 55 (suppl 1): S11-S14.
5. Kirmaz C et al. Sexual dysfunction in patients with allergic rhinoconjunctivitis. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2005; 95: 525-529.
6. Consenso Brasileiro sobre Rinites. *Rev Bras Alerg Immunopatol* 2006; 26.
7. Shatz M et al. *The burden of non-allergic rhinitis versus allergic rhinitis in a Managed Care Organisation (HMO)*. American Academy of Allergy. Meeting, San Diego, 2007.
8. Kacru R et al. *Characterization of chronic rhinitis in children*. American Academy of Allergy. Meeting, San Diego, 2007.
9. Solé D et al. Prevalence of symptoms of asthma, rhinitis, and atopic eczema among adolescents living in urban and rural areas in different regions of Brazil. *Allergol Immunopathol (Madr)* 2007; 35(6): 248-253.
10. Arruda LK et al. Sensitization to *Blomia tropicalis* in patients with asthma and identification of allergen Blot 5. *Am J Respir Crit Care Med* 1997; 155(1): 343-50.
11. Bousquet J, Lockey R, Malling HJ. Allergen immunotherapy: therapeutic vaccines for allergic diseases: a WHO position paper. *J Allergy Clin Immunol* 1998; 102: 558-62.
12. Lockey RF et al. Fatalities from immunotherapy and skin testing. *J Allergy Clin Immunol* 1987; 92: 615.
13. Bernstein DI et al. Immunotherapy Committee, American Academy of Allergy Asthma and Immunology. Twelve years of survey of fatal reactions to allergen injections and skin testing: 1990-2001. *J Allergy Clin Immunol* 2004; 113: 1129-1136.
14. Moreno P, Trindade RP. Avaliação da formação de crostas pós-turbinectomia em pacientes em uso de solução salina a 4,5 mg/g. *RBM-ORL* 2007; 2(3):100-101.
15. Harvey R et al. Nasal saline irrigations for the symptoms of chronic rhinosinusitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 18 (3): CD006394.