

Hipertrofia Adenoideana Associada à Rinite Alérgica

CASO CLÍNICO E CONDOTA TERAPÊUTICA



Dr. Felipe Felix (ORL)
CRM 52.73894-8

Doutorado e Mestrado pela UFRJ.

Médico do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da UFRJ e do Hospital Federal dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro.

Fellowship em Cirurgia Otológica no Instituto G. Portmann e Universidade Bordeaux II.

Caso Clínico

Criança de 5 anos de idade com quadro de respiração oral persistente. O encaminhamento foi feito pelo dentista já que o menino está em avaliação para colocar aparelho ortodôntico. Os pais referiam queixa de roncos noturnos, sialorréia abundante e quadro de infecções de vias aéreas de repetição, com diversos episódios de otite e sinusite ao longo do último ano.

Como história pregressa, apresenta cirurgia de adenoamigdalectomia, aos 3 anos de idade, por quadro de hipertrofia adenoamigdaliana, melhorando bastante a respiração oral, porém cerca de um ano após começou a piorar novamente de forma progressiva, voltando a respiração oral e o ronco.

De história familiar o pai apresentava rinite alérgica e asma na infância, hoje melhor. Mãe não apresenta história de atopia. Irmão mais velho, de 14 anos, já submetido a cirurgia de adenoamigdalectomia há 8 anos, em tratamento com imunoterapia.

Ao exame físico apresentou: Otoscopia com leve retração de membrana timpânica e aumento da vascularização em ambos lados. Rinoscopia Anterior com hipertrofia de cornetos inferiores e palidez de mucosa. E Orosopia com palato em ogiva e tonsilas palatinas ausentes.

Aos exames complementares apresentou: Audiometria com limiares dentro da normalidade e curva C na imitancimetria bilateralmente. Nasofibrosopia com hipertrofia de cornetos inferiores e tecido adenoideano em rinofaringe mostrando obstrução de cerca de 40% da luz. Radiografia do Cavum mostrando obstrução parcial da coluna aérea da rinofaringe. E o teste alérgico demonstrou reatividade importante a ácaro.

Foi diagnosticado um quadro de Rinite Alérgica, com recorrência de hipertrofia adenoideana. Como conduta foi iniciado tratamento com Furoato de Fluticasona Spray Nasal, controle ambiental para alérgenos e lavagem nasal com soro fisiológico.

Após 90 dias do início do tratamento clínico, os pais referiram desaparecimento do ronco e ausência de infecção de vias aéreas superiores. Relatam que a criança consegue dormir boa parte da noite com a boca fechada e já não apresenta mais sialorréia. Além da melhora dos exames complementares.

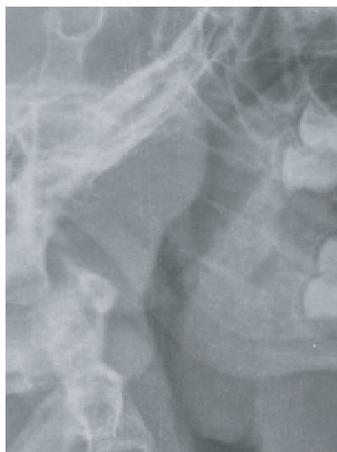


Figura 1: Hipertrofia moderada adenoideana antes do início do tratamento. (Acervo Pessoal do Autor)



Figura 2: Melhora importante da hipertrofia adenoideana após tratamento com furoato de fluticasona. (Acervo Pessoal do Autor)

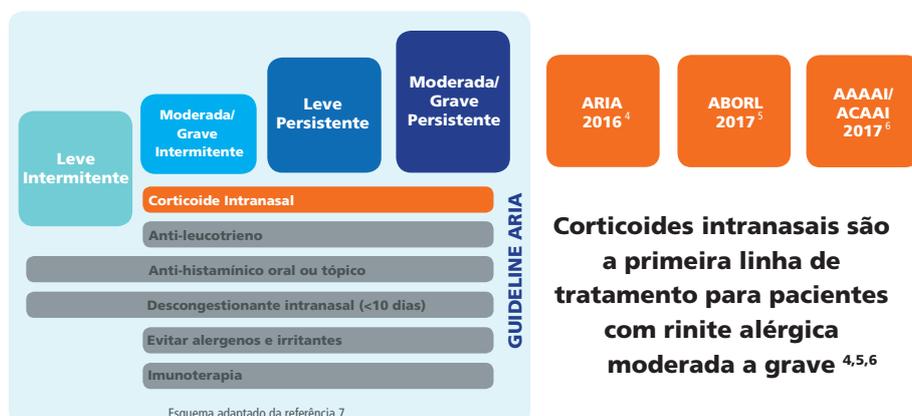
Comentários

A Hipertrofia de Adenóide é a causa mais comum de obstrução respiratória na faixa etária entre 3 e 7 anos¹. Ela é responsável por outros sintomas também como ronco, síndrome da apnéia do sono e condições inflamatórias de vias aéreas superiores. A ocorrência familiar é frequente, como verificamos no caso apresentado. Uma exacerbação marcante dessa condição pode ser vista durante resfriados e rinites alérgicas sem tratamento adequado².

O tratamento desse problema consiste em diminuir o tamanho do tecido adenoideano e limitar ou erradicar a atividade inflamatória da própria adenóide e tecido ao redor. Adenoidectomia é a forma terapêutica cirúrgica e pode ser considerado como uma opção de tratamento. No caso apresentado, o paciente já tinha sido submetido a tal procedimento anteriormente e apresentava um recrescimento do tecido adenoideano. O uso da atividade anti-inflamatória dos corticosteroides nasais é uma alternativa à intervenção cirúrgica nos pacientes com quadro de rinite crônica ¹.

Uma meta-análise realizada em 2009 encontrou na maioria dos casos avaliados uma relação estatisticamente significativa entre uso de corticosteroides nasais e melhora da hipertrofia. Além disso, afirma que o uso dessa medicação deve ser tentado como uma forma de tratamento antes da indicação cirúrgica definitiva³.

Os guidelines recomendam o corticoide nasal como primeira linha de tratamento para a Rinite Alérgica ^{4,5,6}



AAAAI: American Academy of Allergy, Asthma and Immunology [Academia Americana de Alergia, Asma e Imunologia] ACAAI: American College of Allergy, Asthma and Immunology [Colégio Americano de Alergia, Asma e Imunologia] ARIA: Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma [Rinite Alérgica e seu impacto na asma];

Um estudo sugere que obtém-se os melhores resultados, com o uso de corticosteroides nasais, em pacientes com a associação rinite alérgica e hipertrofia adenoideana⁸.

Os sprays de corticosteroides nasais são a principal forma de terapia para pacientes com rinite alérgica. Entretanto, existem diferentes sprays no mercado e nem todos agradáveis para uso em crianças. A percepção do paciente para atributos como cheiro, odor e sabor desses produtos pode influenciar a adesão e a satisfação com o tratamento ^{9,10}. Um estudo comparou os sprays de furoato de fluticasona com furoato de mometasona e verificaram que o primeiro tinha: menor gotejamento pós nasal, menor irritação e menor escape fora do nariz. Assim, para uma criança que precisa usar um corticoide nasal, é a melhor opção ¹¹.

Dispositivo fácil de usar e preferido pelos pacientes.^{12,13}

Avamys
furoato de fluticasona



NÉVOA SUAVE¹³

BICO CURTO, CONFORTÁVEL PARA APLICAÇÃO PRINCIPALMENTE EM PACIENTES PEDIÁTRICOS^{13,14}

ACIONAMENTO LATERAL^{13,14,15}

DOSE CONSISTENTE^{13,14}

FÁCIL DE VER A DOSE RESTANTE^{13,14,15}

*Quando comparado ao furoato de mometasona.

Referências: 1. Samoliński B, Nowicka A, Wojas O, et al. Intranasal glucocorticosteroids –Not only in allergic rhinitis In the 40th anniversary of intranasal glucocorticosteroids' introduction. Otolaryngol Pol. 2014 Mar-Apr;68(2):51-64. 2. Meltzer EO, Gross GN, Katial R, et al. Allergic rhinitis substantially impacts patient quality of life: findings from the Nasal Allergy Survey Assessing Limitations. J Fam Pract. 2012 Feb;61(2 Suppl):S5-10. 3. Chadha NK, et al. Using nasal steroids to treat nasal obstruction caused by adenoid hypertrophy: does it work?. Otolaryngol Head Neck Surg. 2009 Feb;140(2):139-47. 4. Brozek J, Bousquet J, Agache I, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines-2016 revision. J Allergy Clin Immunol. 2017 Oct;140(4):950-958. 5. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINO-LARINGOLOGIA E CIRURGIA CÉRVICO-FACIAL. IV Consenso Brasileiro Sobre Rinites 2017. São ABORLCCF, 2017. 43 p. Disponível em <https://www.aborlccf.org.br/imageBank/consenso-Rinite-4-01-11-2017.pdf>. Acesso em 10 de jul. 2019. 6. Wallace DV, Dykewicz MS, Oppenheimer J, et al. Pharmacologic Treatment of Seasonal Allergic Rhinitis: Synopsis of Guidance From the 2017 Joint Task Force on Practice Parameters. Ann Intern Med. 2017 Dec 19;167(12):876-881. 7. BOUSQUET J, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 Brazilian Journal of Otorhinolaryngology, 63:8-160, 2008. 8. Berlucchi M, Valetti L, Parrinello G, et al. Long-term follow-up of children undergoing topical intranasal steroid therapy for adenoidal hypertrophy. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2008 sep; 72(8):1171-1175. 9. Mahadevia PJ, Shah S, Leibman C, et al. Patient preferences for sensory attributes of intranasal corticosteroids and willingness to adhere to prescribed therapy for allergic rhinitis: a conjoint analysis. Ann Allergy Asthma Immunol. 2004 Oct;93(4):345-50. 10. Sher ER, Ross JA. Intranasal corticosteroids: The role of patient preference and satisfaction. Allergy Asthma Proc. 2014 Jan-Feb;35(1):24-33. 11. Yanez A, Dimitroff A, Bremner P, et al. A patient preference study that evaluated fluticasone furoate and mometasone furoate nasal sprays for allergic rhinitis. Allergy Rhinol (Providence). 2016 Jan 1;7(4):183-192. 12. YONEZAKI M, et al. Preference evaluation and perceived sensory comparison of fluticasone furoate and mometasone furoate intranasal sprays in allergic rhinitis. Auris Nasus Larynx, 43: 292-7, 2016. 13. BERGER, WE. et al. Intranasal corticosteroids: the development of a drug delivery device for fluticasone furoate as a potential step toward improved compliance. Expert Opin Drug Deliv, 4(6): 689-701, 2007. 14. BERGER, WE. et al. Intranasal corticosteroids: the development of a drug delivery device for fluticasone furoate as a potential step toward improved compliance. J Allergy Clin Immunol, 119(1 Suppl):S231, 2007. 15. GODFREY, JW. et al. Fluticasone Furoate (FF) – Ergonomic Considerations for a Next Generation Delivery System. J Allergy Clin Immunol, 119(1 Suppl):S230, 2007.

REAÇÕES ADVERSAS: EPISTAXE, ULCERAÇÃO NASAL, CEFALEIA, CASOS DE REAÇÕES ANAFILÁTICAS. PRECAUÇÕES E ADVERTÊNCIAS: REDUÇÃO NA VELOCIDADE DE CRESCIMENTO FOI OBSERVADA EM CRIANÇAS COM O USO PROLONGADO DE CORTICOSTEROIDES INTRANASAIS (CIS). RECOMENDA-SE MONITORAR PACIENTES COM DOENÇA HEPÁTICA GRAVE, HISTÓRICO DE AUMENTO DA PRESSÃO INTRAOCULAR, GLAUCOMA OU CATARATA. CONTRAINDICAÇÃO: PACIENTES COM HIPERSENSIBILIDADE A QUALQUER UM DOS INGREDIENTES DO PRODUTO. INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS: NÃO FORAM OBSERVADAS NOS ESTUDOS REALIZADOS.

Avamys® spray nasal (furoato de fluticasona). Indicações: Adultos/Adolescentes (a partir de 12 anos de idade): tratamento dos sintomas nasais (rinorreia, congestão nasal, prurido nasal e espirros) e sintomas oculares (prurido/ardência, lacrimejamento e vermelhidão nos olhos) de rinite alérgica sazonal. Tratamento dos sintomas nasais (rinorreia, congestão nasal, prurido nasal e espirros) de rinite alérgica perene. Crianças (2 a 11 anos): tratamento dos sintomas nasais (rinorreia, congestão nasal, prurido nasal e espirros) de rinite alérgica sazonal e perene. Contraindicações: é contraindicado em pacientes com hipersensibilidade a qualquer um dos ingredientes do produto. Precauções e advertências: Furoato de fluticasona é metabolizado pela enzima CYP3A4. A coadministração com ritonavir não é recomendada, devido ao risco potencial de aumento da exposição sistêmica ao furoato de fluticasona. Efeitos sistêmicos com corticosteroides nasais foram relatados, particularmente em doses elevadas prescritas por períodos prolongados. Estes efeitos são muito menos prováveis de ocorrer com corticosteroides nasais do que com corticosteroides orais e podem variar em cada indivíduo e entre diferentes formulações de corticosteroides. Redução na velocidade de crescimento foi observada em crianças tratadas com 110 mcg de furoato de fluticasona por dia, durante um ano. Portanto, crianças devem ser tratadas com a menor dose necessária para o controle adequado dos sintomas. Como com outros corticosteroides intranasais, os médicos devem estar alerta para seus potenciais efeitos sistêmicos, incluindo alterações oculares. Uso em gravidez e lactação: Categoria C de risco na gravidez. Não estão disponíveis dados adequados com relação ao uso de Avamys® durante a gravidez e a lactação em seres humanos. Avamys® somente deve ser usado na gravidez se os benefícios para a mãe forem superiores aos riscos potenciais para o feto. Após a administração intranasal na dose humana máxima recomendada (110 mcg/dia), as concentrações plasmáticas de furoato de fluticasona foram tipicamente não-quantificáveis e, portanto, prevê-se que o potencial para toxicidade reprodutiva seja muito baixo. A excreção de furoato de fluticasona no leite materno humano não foi investigada. Capacidade de dirigir/operar máquinas: não há razões para prever um efeito sobre a capacidade de dirigir ou operar máquinas com Avamys®. Reações adversas: Muito comum: epistaxe. Em adultos e adolescentes, a incidência de epistaxe foi mais alta no uso de longa duração (mais de 6 semanas) do que no uso de curta duração (até 6 semanas). Em estudos clínicos pediátricos de até 12 semanas de duração, a incidência de epistaxe foi similar entre Avamys® e placebo; Comum: ulceração nasal, cefaleia; Incomum: rinalgia,

desconforto nasal (incluindo queimação, irritação e dor nasal), ressecamento nasal; Rara: reações de hipersensibilidade que incluem anafilaxia, angioedema, rash e urticária; Muito raras: perfuração do septo nasal; Não Conhecidas: retardo no crescimento em crianças. Em um estudo clínico de um ano avaliando-se o crescimento de crianças pré-púberes que receberam 110 mcg de furoato de fluticasona uma vez/dia, uma diferença média de -0,27 cm por ano na velocidade de crescimento foi observada em comparação com placebo. Infecções por candida albicans, dificuldades de cicatrização, catarata, glaucoma, imunossupressão, dor faringolaríngea, dor nas costas, nasofaringite, piorexia e tosse. Interações com medicamentos, alimentos e álcool: não foram observadas interações entre Avamys® e outros medicamentos nos estudos realizados. Posologia: Avamys® somente deve ser administrado por via nasal. Para benefício terapêutico completo, recomenda-se o uso regular. Podem ser necessários vários dias de tratamento para benefício máximo. O início de ação foi observado 8 horas após a administração inicial. Uma ausência de efeito imediato deve ser explicada ao paciente. Adultos/Adolescentes (a partir de 12 anos de idade): dose inicial recomendada: dois jatos (27,5 mcg por jato) em cada narina, uma vez ao dia. Alcançado o controle adequado dos sintomas, a redução da dose para um jato em cada narina uma vez ao dia pode ser eficaz para manutenção. Crianças (2 a 11 anos de idade): dose inicial recomendada: um jato (27,5 mcg por jato) em cada narina, uma vez ao dia. Os pacientes que não reagirem adequadamente à dose inicial, podem usar dois jatos em cada narina uma vez ao dia. Atingido o controle dos sintomas, a redução da dose para um jato em cada narina uma vez ao dia é recomendada. Não há dados que recomendem o uso de Avamys® Spray Nasal no tratamento de rinite alérgica sazonal ou perene em crianças menores de 2 anos de idade. Não é necessário qualquer ajuste da dose em pacientes idosos, com insuficiência renal ou insuficiência hepática. Superdosagem: Em um estudo de biodisponibilidade, doses intranasais de até 24 vezes a dose diária recomendada para adultos foram estudadas durante três dias, sem que nenhum efeito sistêmico adverso fosse observado. É improvável que a superdosagem aguda exija qualquer tratamento além de observação. Para dados completos sobre a segurança do medicamento, a bula na íntegra deverá ser consultada e poderá ser solicitada à empresa através do Serviço de Informação Médica da GSK (0800 701 22 33 ou medinfo@gsk.com). VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. Reg. MS. 1.0107.0271. mBL_Avamys_sprnas_GDS10_IPI09_L0601

Material de uso exclusivo para profissionais de saúde em geral, sem cunho publicitário. Mais informações à disposição através do SAC (DDG 0800 701 2233). Para notificar informações de segurança, incluindo eventos adversos, ocorridos durante o uso de medicamentos da GlaxoSmithKline/ Stiefel, entre em contato diretamente com o Departamento de Farmacovigilância da empresa pelo e-mail farmacovigilancia@gsk.com ou através do Representante do Grupo de Empresas GSK. As marcas registradas pertencem ou são licenciadas ao grupo de empresas GSK.

INFORMAÇÕES MÉDICAS | **FARMACO VIGILÂNCIA**
medinfo@gsk.com | farmacovigilancia@gsk.com

www.gsk.com.br
Estrada dos Bandeirantes, 8464
Jacarepaguá - Rio de Janeiro - RJ
CEP: 22783-110
CNPJ: 33247743/0001-10

