

Oftalmologia e Otorrinolaringologia

Edição VII

Capítulo 19

RINITE ALÉRGICA E NÃO ALÉRGICA NO IDOSO

LAURA BERGMAN SZNAJDER¹
CAMILA SILVA DELGADO²
GUTIERREZ SOUZA MARTINS³
MARIA ELISA VIEIRA DA CUNHA RAMOS MITERHOF⁴

1. Graduada em Medicina pela Universidade Estácio de Sá – Presidente Vargas (UNESA – PV). Médica Especializada em Otorrinolaringologia, Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), Universidade Federal Fluminense (UFF).

2. Graduada em Medicina pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Médica Residente em Otorrinolaringologia do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), Universidade Federal Fluminense (UFF).

3. Graduado em Medicina pela Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte (FMJ). Médico Residente em Otorrinolaringologia do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), Universidade Federal Fluminense (UFF).

4. Doutora em Otorrinolaringologia pela Universidade de São Paulo (USP), chefe do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), Universidade Federal Fluminense (UFF).

Palavras-chave:

Rinite; Idoso; Presbynasalis.

INTRODUÇÃO

A rinite é definida como uma inflamação da mucosa nasal, responsável pelo aparecimento de sintomas irritativos inespecíficos, dentre eles: prurido, espirros, rinorreia (anterior ou posterior) e obstrução/congestão nasal. Ela pode ser classificada em três grandes categorias: rinites infecciosas, rinites alérgicas e não alérgicas. Essas classificações, por sua vez, abrangem diferentes fenótipos associados à rinite, dentre eles, a rinite do idoso, que pode se apresentar como alérgica ou não alérgica. Em virtude do aumento na expectativa de vida, do consequente envelhecimento populacional e das mudanças climáticas, é importante atentar-se ao surgimento de sintomas nasais nessa faixa etária, uma vez que são, muitas vezes, subvalorizados, mesmo que comprometam a qualidade de vida do paciente. Além dos sintomas clássicos, a população geriátrica também pode apresentar formação de crostas nasais, tosse, coriza excessiva, diminuição do olfato e ressecamento nasal (PASTORINO *et al.*, 2024; GELARDI *et al.*, 2025; PINTO, 2010).

Este capítulo visa aprofundar as manifestações, os mecanismos, os diagnósticos diferenciados e os tratamentos que cerceiam essa condição cada vez mais prevalente na prática clínica e que é, muitas vezes, subvalorizada.

MÉTODO

Este estudo consiste em uma revisão narrativa da literatura, conduzida entre outubro e novembro de 2025. A busca por artigos foi realizada nas bases de dados PubMed, SciELO e LILACS, além de consulta complementar no Google Scholar. Foram utilizados os seguintes descritores em inglês e português: “Rinite” (*Rhinitis*), “Rinite no Idoso” (*Geriatric Rhini-*

tis), “Rinite Ocupacional” (*Occupational Rhinitis*), “Polipose Nasal” (*Nasal Polyps*), “Rinossinusite Crônica” (*Chronic Rhinosinusitis*) e “Rinorreia Liquórica” (*Cerebrospinal Fluid Rhinorrhea*).

Foram selecionados diretrizes, artigos de revisão, estudos observacionais e atualizações clínicas publicados preferencialmente nos últimos 15 anos, incluindo o V Consenso Brasileiro sobre Rinites (2024) e revisões internacionais recentes que abordam aspectos epidemiológicos, citológicos, clínicos e terapêuticos das rinites e condições associadas na população idosa. Também foram incluídos artigos específicos sobre rinite ocupacional, rinorreia liquórica e manejo da polipose nasal em idosos.

A análise crítica dos estudos selecionados permitiu a síntese integrada das evidências, com ênfase nas particularidades da população geriátrica, nas diferenças etiológicas e fisiopatológicas entre os tipos de rinite, e nos avanços diagnósticos e terapêuticos discutidos na literatura atual.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Senescência e presbynasalis

A senescência se trata do processo natural e fisiológico do envelhecimento e o termo presbynasalis abrange as mudanças que ocorrem no trato nasossinusal durante esse processo, o que pode agravar os sintomas comuns da rinite (GELARDI *et al.*, 2025; RIOS *et al.*, 2017).

As principais mudanças fisiológicas nesse período incluem: redução na resposta aos alérgenos, diminuição da função mucociliar, aumento do tempo de clearance mucociliar nasal, maior desorganização microtubular na mucosa nasal, redução do conteúdo hídrico nasal, aumento da atividade glandular, diminuição do suporte da ponta nasal, aumento do gotejamento pós-nasal, aumento do volume da cavidade nasal interna e diminuição da olfação ou outros

distúrbios do olfato, que podem ocorrer nos primeiros estágios de doenças neurológicas (GELARDI *et al.*, 2025; RIOS *et al.*, 2017).

É importante diferenciar os sintomas relacionados à própria senescência daqueles associados à rinite alérgica no idoso, uma condição que pode acarretar impactos negativos no trato respiratório e na qualidade de vida dessa população (GELARDI *et al.*, 2025).

Impacto na qualidade de vida do idoso

A rinite, de modo geral, pode ter impactos na qualidade de vida dos indivíduos acometidos por ela, independente da faixa etária. No caso de idosos, em virtude das alterações fisiológicas da idade já mencionadas anteriormente, pode ocorrer a produção de um muco mais espesso que, associado a uma drenagem para a região posterior do nariz, leva à irritação da mucosa faríngea e nasal. Isso pode provocar pigarro persistente, rouquidão, ressecamento nasal, hiposmia e tosse crônica, podendo prejudicar a qualidade do sono e do tempo acordado do paciente (RIOS *et al.*, 2017).

Algumas doenças podem estar associadas à rinite alérgica, o que pode também impactar na qualidade de vida dos indivíduos. Dentre elas, a asma brônquica apresenta grande importância clínica, uma vez que cerca de 80% dos idosos com asma apresentam rinite associada e cerca de 30% dos idosos com rinite apresentam asma, o que aumenta significativamente as rinites persistentes e graves nessa população. Dessa forma, pode-se evidenciar que a associação entre sintomas nasais e pulmonares também está presente na população idosa, o que pode indicar que o tratamento das doenças nasais contribui para o controle de doenças pulmonares (GELARDI *et al.*, 2025; RIOS *et al.*, 2017).

A qualidade do sono também pode ser afetada pela rinite, uma vez que a obstrução nasal pode levar à ocorrência de roncos, despertares

noturnos, dificuldades respiratórias e interferência do sono de um modo geral. Um sono com pouca qualidade pode acarretar, classicamente, sonolência diurna, alterações de humor, dificuldade de concentração e aumento da pressão arterial, o que repercute negativamente na qualidade de vida do idoso. Isso pode resultar em prejuízo funcional, social, cognitivo e, inclusive, aumentar o risco de quedas, o que deve ser levado em consideração e cautelosamente evitado na população geriátrica, pelo risco de fraturas, traumatismos cranioencefálicos, torácicos, etc (RIOS *et al.*, 2017).

Outro fator que deve ser atentado nessa população é a questão da polifarmácia. A maioria desses indivíduos apresentam múltiplas comorbidades, o que resulta no uso de múltiplos medicamentos. Isso pode estar relacionado não apenas à causa da rinite, mas também pode afetar o uso de medicações no tratamento dessa condição (RIOS *et al.*, 2017).

Diagnóstico

Anamnese dirigida

A suspeita clínica da rinite deve ser iniciada na anamnese, ao paciente relatar a presença de sintomas irritativos nasais (coriza, espirros, prurido e obstrução nasal periódicos). Também pode haver associação a sintomas oculares, como prurido, hiperemia e lacrimejamento, ou sintomas como prurido no palato, no conduto auditivo, secreção pós-nasal e tosse (PASTORINO *et al.*, 2024).

No caso da rinite alérgica, a maioria dos pacientes inicia os sintomas na infância e apresenta, frequentemente, história familiar positiva de alergias. Se os sintomas têm início na vida adulta, deve-se pesquisar outros fenótipos de rinite (PASTORINO *et al.*, 2024).

Esses sintomas comumente aparecem rapidamente após a exposição ao alérgeno, principalmente durante a primeira hora da exposição.

Algumas manifestações tardias da rinite alérgica incluem congestão nasal, hiposmia, hiperreatividade nasal e drenagem pós-nasal (PASTORINO *et al.*, 2024).

É importante questionar ao paciente sobre o tempo de início dos sintomas após a exposição ao alérgeno, localização dos sintomas, fatores que aliviam ou pioram e se existem gatilhos ou não (PASTORINO *et al.*, 2024).

Exame físico

A avaliação física deve incluir medidas antropométricas e avaliação clínica completa (pele, ouvidos, nariz, boca, orofaringe e tórax) (PASTORINO *et al.*, 2024).

Alguns achados típicos da rinite incluem: dupla linha infrapalpebral de Dennie-Morgan; sulco nasal ou saudação alérgica (linha horizontal no dorso nasal); presença de escurecimento infra-palpebral devido à vasodilatação e congestão venosa, gerando olheiras alérgicas; hiperemia conjuntival; e respiração bucal com alterações musculoesqueléticas específicas em face (fácies atópica) (PASTORINO *et al.*, 2024).

À rinoscopia anterior, pode ser visualizada hipertrofia dos cornetos inferiores, que também podem estar hipocorados, devido ao processo inflamatório crônico; secreção clara ou densa e escura, se houver infecção associada; presença de pólipos nasais grandes (grau IV); corpos estranhos; desvio septal anterior; colapso valvar; e edema de mucosa (PASTORINO *et al.*, 2024).

A videoendoscopia nasal é importante para avaliar casos refratários ao tratamento, onde podem ser visualizadas alterações anatômicas: presença de pólipos, hipertrofia de adenoide, lesões nasais e desvios septais posteriores (PASTORINO, *et al.*, 2024).

Testes diagnósticos

A realização de testes para verificar a sensibilização alérgica nos pacientes é importante

para a pesquisa etiológica. Estão incluídos os testes cutâneos de hipersensibilidade imediata (*prick test*) ou métodos laboratoriais (IgE sérica específica). A determinação de alérgenos específicos através do IgE específico ou através do *prick test* é necessária para a definição da atopia do paciente, uma vez que, associada à anamnese e ao exame físico, faz parte do diagnóstico de rinite alérgica e possibilita a formulação de terapêuticas específicas, como a imunoterapia (PASTORINO *et al.*, 2024).

O teste cutâneo de hipersensibilidade imediata é o principal método para o diagnóstico de atopia, tendo alta sensibilidade e especificidade. Nele são depositadas pequenas porções de alérgenos naturais ou sintéticos na pele do paciente e feita uma punção superficial para a penetração dos alérgenos no subcutâneo. Assim, os alérgenos entrarão em contato com mastócitos que, se sensibilizados, liberarão mediadores inflamatórios, formando eritema e uma pápula no local da punção. Após 15 minutos, a pápula deve ser medida e, se seu diâmetro médio for maior que 3 mm do produzido pelo controle negativo, seu resultado é considerado positivo (PASTORINO *et al.*, 2024).

Algumas situações podem cursar com testes cutâneos negativos, mesmo com a presença de sintomas característicos de rinite alérgica: uso de anti-histamínicos antes da realização do teste, pacientes menores de 5 anos de idade, idosos, sensibilidade a outros alérgenos não presentes na amostra. Caso essas possibilidades sejam negativas, deve-se investigar outros fenótipos de rinite (não alérgica ou rinite alérgica local), podendo ser feito o teste intracutâneo (PASTORINO *et al.*, 2024; GELARDI *et al.*, 2025).

A IgE total está aumentada na atopia, mas não é específica, ou seja, não é necessária para o diagnóstico ou acompanhamento da rinite alérgica. Ela pode ser útil para apontar a possi-

bilidade de atopia diante de um quadro respiratório. Já a IgE sérica específica é relevante para o diagnóstico da atopia. Apesar de os testes cutâneos serem mais sensíveis (e primeira linha do diagnóstico), a dosagem sérica apresenta algumas vantagens em relação a eles: não interferência de medicamentos e de condições clínicas, maior segurança e sem risco de anafilaxia. Entretanto, apresenta um custo mais elevado e necessidade de coleta de sangue (PASTORINO *et al.*, 2024).

Nos pacientes idosos, ocorre a redução da produção de IgE relacionada ao envelhecimento e, por isso, a atopia nos idosos não pode ser suspeitada pela dosagem de IgE total. Esse fato também pode reduzir tanto os sintomas alérgicos, quanto a positividade dos testes cutâneos alérgicos. Dessa forma, pode-se definir a atopia nos idosos através de IgE específico para aeroalérgenos e/ou um resultado positivo no *prick-test* para ao menos um aeroalérgeno, mesmo que possam apresentar uma reação mais leve. Os alérgenos mais comumente identificados são *Dermatophagoides pteronyssinus* e *Dermatophagoides farinae* (GELARDI *et al.*, 2025; PINTO, 2010).

A avaliação por exames de imagem não é útil para o diagnóstico de rinite, tendo utilidade apenas para o diagnóstico e investigação de doenças nasossinusais e de rinofaringe associadas (PASTORINO *et al.*, 2024).

Diagnósticos diferenciais

Rinossinusite crônica

A rinossinusite crônica é uma das doenças inflamatórias nasais mais comuns, afetando até 15% da população na Europa e nos Estados Unidos, além de ser a sexta doença mais comum na população geriátrica. Cursa com sintomatologia semelhante à rinite alérgica, sendo um importante diagnóstico diferencial (GELARDI *et al.*, 2025).

Rinossinusite crônica com polipose nasal

A população idosa apresentou maiores taxas de polipose nasal do que na população geral, o que pode piorar a disfunção cognitiva, qualidade do sono e fadiga desses pacientes, afetando sua qualidade de vida. Isso pode ser explicado pela alteração do fluxo nasal e de outras alterações estruturais decorrentes da presbinasals, o que propicia a formação de pólipos nasais (MERRILL, 2022).

Seus sintomas podem ser facilmente confundidos com os sintomas de rinite alérgica: obstrução/congestão nasal, coriza (anterior ou posterior), anosmia, rinorreia. Porém, apresentam um curso de evolução lento comparado com a rinite (mais de 12 semanas desses sintomas) e presença, muitas vezes, de dor ou pressão facial, além da possibilidade de visualização de pólipos no exame físico (MERRILL, 2022).

Fístula liquórica nasal

A fístula liquórica nasal descreve a saída de líquido cefalorraquidiano da cavidade intracraniana, através de uma abertura óssea e da dura mater, comunicando o espaço subaracnóideo com as cavidades das vias aéreas superiores, o que explica a ocorrência de meningites de repetição em muitos indivíduos. Ela se manifesta por rinorreia clara hialina e unilateral, que piora com o esforço físico, tosse, espirro e mudança posicional (MUGHAL *et al.*, 2025).

Elas podem ser classificadas como traumáticas, mais comuns, ou não-traumáticas e seu diagnóstico se dá através da dosagem de glicose na secreção nasal (MUGHAL *et al.*, 2025).

Rinite medicamentosa

A rinite induzida por medicação, ou rinite iatrogênica, é uma rinite não alérgica que pode ocorrer devido a diversos fármacos e apresenta

grande importância para os pacientes geriátricos, uma vez que a polifarmácia vem se tornando cada vez mais comum nessa faixa etária. Os mecanismos que geram essa condição incluem alterações na regulação autonômica da mucosa nasal e da vasculatura, atividade plaquetária, efeitos imunológicos e efeitos hormonais. Algumas medicações que podem estar relacionadas são: fármacos alfa e betabloqueadores, inclusive anti-hipertensivos e antipsicóticos, inibidores da enzima conversora de angiotensina (iECA), aspirina em pacientes com sensibilidade ao fármaco, terapias para disfunção erétil, imunossupressores, antivirais, penicilamina e retinoides orais. O uso crônico de descongestionantes tópicos nasais pode gerar efeito rebote. Essas medicações causam redução da tensão vascular simpática, gerando vasodilatação e congestão nasal (GELARDI *et al.*, 2025; PINTO, 2010).

Rinite ocupacional

Trata-se de um tipo de rinite causada diretamente pela exposição ocupacional em indivíduos previamente hígidos. Os sintomas costumam melhorar quando a exposição no trabalho não está mais presente. Geralmente está relacionada a irritantes não alérgenos, como fumaça, odores fortes ou poeira (ZAMORA-SIFUENTES & POOLE, 2023).

Rinite atrófica primária ou rinite geriátrica

Rinite atrófica primária ou rinite geriátrica é um termo usado para determinar a rinite não alérgica ocasionada pelas alterações fisiológicas nasais causadas pela idade: atrofia glandular nasal, alterações vasculares, diminuição da umidificação nasal, diminuição do *clearance* mucociliar e alterações estruturais do nariz. Algumas alterações histológicas podem estar associadas à essa condição e incluem metaplasia

escamosa e infiltrado inflamatório celular crônico. O excesso de evaporação da segunda camada de muco nasal e a diminuição da superfície mucosa nasal levam a um aumento da espessura, muco persistente e passagem de ar nasal alterados. A diferença da rinite atrófica para a rinite alérgica é basicamente no aspecto da rinoscopia, onde a rinite atrófica apresenta uma mucosa atrófica, ou seja, fina, e a rinite alérgica apresenta uma mucosa edemaciada, em virtude da inflamação local. O diagnóstico dessa condição deve ser feito por exclusão, uma vez que esses indivíduos apresentam sintomas irritativos nasais crônicos e podem apresentar secura, rouquidão, secreções grossas e densas e crostas nasais ao acordar (GELARDI *et al.*, 2025; PINTO, 2010).

Rinite gustativa

É caracterizada por rinorreia hialina profusa após a ingestão de determinados alimentos, principalmente em idosos. Esses sintomas podem gerar certo desconforto em meio social, o que pode levar à desnutrição. Comumente, álcool e alimentos picantes ou frios estão envolvidos (GELARDI *et al.*, 2025; PINTO, 2010).

Rinite vasomotora

Rinite vasomotora é a forma mais comum de rinite não alérgica. Sua prevalência aumenta com o envelhecimento da população. Ela não apresenta uma etiologia imunológica ou infecciosa e não está associada à eosinofilia nasal. Os sintomas mais comumente envolvidos são obstrução nasal, rinorreia e congestão nasal, e podem ser exacerbados por odores ou fumaça, luzes fortes, mudanças de clima ou umidade. Seu mecanismo ainda é incerto, sendo uma possível teoria envolvendo a instabilidade autonômica, que leva à hiperreatividade parassimpática e a um desbalanço simpático e parassimpático, gerando congestão nasal e rinorreia. Por is-

so, a rinite vasomotora em indivíduos idosos pode representar um declínio do controle neurológico, o que afeta o funcionamento nasal. Outra teoria seria que reflexos neurogênicos desencadeados por gatilhos ambientais pudessem levar a respostas inflamatórias nasais, gerando espirros e hipersecreção nasal (PINTO, 2010).

Rinite alérgica

Classificação

A rinite alérgica era antes classificada de acordo com o tempo de exposição aos alérgenos, podendo ser sazonal, quando os sintomas ocorrem em uma época do ano específica, ou perene, quando os sintomas persistem ao longo do ano, independente da sazonalidade (GELARDI *et al.*, 2025; PINTO, 2010).

A *Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma* (ARIA) introduziu uma nova classificação, sendo ela: intermitente, quando os sintomas ocorrem por menos de 4 dias na semana ou por menos de 4 semanas consecutivas; ou persistente, quando os sintomas ocorrem por mais de 4 dias por semana e por mais de 4 semanas (GELARDI *et al.*, 2025; PINTO, 2010).

Além da classificação conforme a frequência dos sintomas, os sintomas também podem ser classificados de acordo com a intensidade: leves, se não interferem no sono ou em atividades diárias, e moderada/severa, se interferem significativamente no sono ou nas funções cotidianas (GELARDI *et al.*, 2025).

Epidemiologia

Estima-se que três a cada mil indivíduos acima de 65 anos tenham rinite alérgica, com predominância no sexo feminino, inclusive após a adolescência (GELARDI *et al.*, 2025).

Dados mostraram que, mesmo que a asma e a rinite alérgica sejam doenças altamente prevalentes na infância e que, comumente, diminuem com o passar da idade, elas podem estar sendo subestimadas na população idosa. Isso porque o

aumento na quantidade de pacientes com alergias e o envelhecimento da população causam um aumento em doenças alérgicas em pacientes acima de 60 anos (GELARDI *et al.*, 2025).

Fisiopatologia e quadro clínico

A rinite alérgica o resultado de uma reação de hipersensibilidade do tipo 1, mediada por IgE, desencadeada por diversos alérgenos (pólen, mofo) que, ao entrarem em contato com a mucosa nasal, naturalmente ou através de testes de provocação, faz com que os pacientes com rinite alérgica apresentem uma reação de fase imediata, com início em segundos, mediadas pela histamina, leucotrienos e prostaglandinas, levando ao extravasamento e edema da mucosa, resultando em obstrução, congestão nasal, eritema, lacrimejamento, edema, plenitude aural e rinorreia pós-nasal (GELARDI *et al.*, 2025; PINTO, 2010).

Após cerca de 4 a 8 horas da exposição inicial, ocorre uma reação de fase tardia, mediada por células inflamatórias (eosinófilos, macrófagos, neutrófilos, linfócitos e plasmócitos) que liberam mediadores inflamatórios responsáveis pelos sintomas típicos de rinite alérgica (prurido, congestão nasal, coriza, conjuntivite e espirros). A apresentação da fase tardia é similar à imediata, porém apresenta prurido e espirros menos proeminentes, congestão e muco mais severos e pode perdurar por horas ou dias (GELARDI *et al.*, 2025; PINTO, 2010).

Rinite não alérgica

Epidemiologia

Estima-se que cerca de 19 milhões de indivíduos nos Estados Unidos sofrem com rinite não alérgica, sendo mais prevalente em mulheres. A rinite não alérgica representa aproximadamente 15% das rinopatias e representa cerca de 60% das rinites nos pacientes com mais de 50 anos de idade (GELARDI *et al.*, 2025; PINTO, 2010).

Fisiopatologia e quadro clínico

A rinite não alérgica, também conhecida como rinite celular, é caracterizada por uma resposta não mediada por IgE, causando sintomas típicos de rinite (pseudo-alérgicos), como congestão nasal e rinorreia, mas apresentando espirros e prurido ocular/nasal em menor frequência. Esses sintomas podem ser perenes ou esporádicos, não apresentando uma relação clara com sazonalidade e podem ser exacerbados por fatores não específicos, como odores, comida, emoções, mudança de condições atmosféricas, etc (GELARDI *et al.*, 2025; PINTO, 2010).

Outras rinites da população idosa

Rinite sobreposta

A rinite alérgica e a rinite não alérgica podem se sobrepor no mesmo paciente em cerca de 15-20% dos casos. Entretanto, não há estudos que analisem a incidência desse tipo de rinite na faixa etária geriátrica. Ela representa um desafio clínico importante, uma vez que esses pacientes geralmente são tratados apenas como rinite alérgica, mesmo que apresentem sintomas de rinite não alérgica, o que faz com que esses pacientes não tenham a melhora clínica esperada (GELARDI *et al.*, 2025).

Rinite da senilidade

É caracterizada por rinorreia aquosa não associada a um gatilho identificável, que geralmente ocorre em adultos mais velhos. Isso acontece devido à hiperatividade colinérgica, que causa uma resposta exagerada das glândulas nasais ao sistema nervoso parassimpático, aumentando a produção de muco (GELARDI *et al.*, 2025).

Tratamento da rinite nos idosos

Medidas gerais

É importante ressaltar que os pacientes idosos recebem, geralmente, menos tratamentos e

apresentam menos resposta a eles, em comparação aos pacientes mais jovens. Isso pode ser explicado por diversos fatores, dentre eles: imunossenescência, comorbidades associadas, polifarmácia, atrofia de mucosa, rinite sobreposta, dificuldades cognitivas ou de aderência do tratamento por essa população (GELARDI *et al.*, 2025).

O manejo da rinite nos idosos envolve, de modo geral, tratamento farmacológico com medicações orais e tópicas, imunoterapia e medidas ambientais, como eliminar a exposição aos alérgenos e/ou fatores irritantes, quando possível (GELARDI *et al.*, 2025).

Alguns estudos mostram que alguns dos métodos para evitar a exposição a esses agentes (capas protetoras de colchão e travesseiro, purificadores de ar, remoção de carpetes) são pouco eficientes e apresentam alto custo, mas ainda são indicados como medidas para controle ambiental (GELARDI *et al.*, 2025; PINTO, 2010).

Umidificação da mucosa nasal com solução salina tem se mostrado uma técnica segura e efetiva para reduzir o ressecamento nasal e contribuir para limpeza do muco espesso. A realização da lavagem nasal também pode ajudar na resposta a medicações tópicas (GELARDI *et al.*, 2025; PINTO, 2010).

Agentes mucolíticos podem ser úteis para a remoção de muco espesso e contribuem para o alívio de sintomas e emolientes melhoram as crostas nasais (PINTO, 2010).

Rinite alérgica

Seu tratamento apresenta três principais componentes: evitar a exposição aos alérgenos, farmacoterapia e imunoterapia (PINTO, 2010).

Algumas formas de evitar a exposição aos alérgenos podem ser: permanecer em casa, com as janelas fechadas quando estiver em uma época

ca do ano com pólen e mofo, aspirar com frequência os tapetes, lavar roupas de cama com frequência (PINTO, 2010).

O tratamento medicamentoso de primeira linha envolve corticoides intranasais e anti-histamínicos intranasais ou orais, principalmente para rinite moderada a grave. É importante lembrar que idosos geralmente usam múltiplas medicações, aumentando o risco de interações medicamentosas e efeitos adversos, que são mais comuns com usuários de polifarmácia (GELARDI *et al.*, 2025).

Entre os corticoides nasais, os que apresentam maior tolerância em comparação aos corticoides orais são: mometasona, budesonida, fluticasona e beclometasona, com menor tendência a apresentarem efeitos indesejáveis como hipertensão ou diabetes, que necessitam de uma monitorização mais cuidadosa. Entretanto, eles podem apresentar efeitos como epistaxe, formação de crostas nasais, secura nasal e queimação nasal (GELARDI *et al.*, 2025; PINTO, 2010).

Anti-histamínicos de primeira geração devem ser evitados devido a potenciais efeitos adversos no sistema nervoso central, principalmente sedativos, e por apresentarem interações com outras medicações, o que deve ser evitado na faixa geriátrica. Anti-histamínicos de segunda geração, como fenoxazolina, cetirizina e loratadina, mesmo que apresentem pouco resultado na melhora da congestão nasal, contribuem para reduzir os sintomas nasal, prurido ocular, rinorreia e espirros, sendo também preferíveis em razão do seu baixo potencial sedativo. Mizolastina deve ser utilizado com cautela, devido ao risco de afetar a repolarização cardíaca. Rupatadina e ebastina devem ser evitados em pacientes com arritmias. Esses novos anti-histamínicos podem interagir com outras drogas que são metabolizadas pelo fígado, o que pode afetar a metabolização delas, especialmente em pacientes idosos com disfunção renal. Por isso, a

dose de alguns desses anti-histamínicos deve ser adaptada nesses pacientes. A bilastina é considerada a opção mais segura em pacientes mais velhos, uma vez que não afeta os receptores colinérgicos e não necessita de ajuste de dose (GELARDI *et al.*, 2025; PINTO, 2010).

Anti-histamínicos tópicos também são boas alternativas para rinite alérgica sazonal, inclusive em pacientes idosos, além de apresentarem melhor eficácia quando associados a corticoides tópicos nasais (PINTO, 2010).

Descongestionantes tópicos e sistêmicos não costumam ser a primeira linha para o tratamento da rinite, mas podem ser utilizados com cautela em idosos, devido a seus potenciais efeitos adversos, como cefaleia, doença arterial coronariana, diabetes, hipertensão, hipertireoidismo, glaucoma de ângulo fechado e sintomas de obstrução ureteral. Eles reduzem a congestão nasal, mas não apresentam benefícios quanto a melhora dos espirros, prurido e secreções. Eles podem ser utilizados em associação com anti-histamínicos em pacientes com múltiplos sintomas de rinite (GELARDI *et al.*, 2025; PINTO, 2010).

Antagonistas dos receptores de leucotrieno (ou inibidores de leucotrieno) são, geralmente, bem tolerados pelos idosos. Diminuem a resposta inflamatória na rinite alérgica e limitam os sintomas de congestão, espirros e rinorreia. Não apresentam uma boa resposta como monoterapia, sendo utilizados frequentemente em associação com anti-histamínicos ou corticoide intranasal, principalmente na rinite alérgica sazonal. Não há dados que mostrem se os antileucotrienos são seguros em pacientes idosos, mas apresentam boa tolerância nessa população. Em pacientes adultos, pode haver suscetibilidade para ansiedade e distúrbios do sono, mesmo que sejam, de modo geral, bem tolerados. Esses fármacos contribuem primariamente na congestão nasal e são muito úteis em pacientes asmáticos,

uma vez que apresentam melhora em doenças de vias aéreas inferiores (GELARDI *et al.*, 2025; PINTO, 2010).

O cromoglicato de sódio intranasal pode ser útil em minimizar os sintomas em pacientes com rinite refratária, uma vez que inibe a degranulação dos mastócitos sensibilizados, prevenindo a liberação de mediadores inflamatórios. Os pacientes devem ser orientados a utilizarem o medicamento antes da exposição a alérgenos e a utilizá-lo regularmente durante o período em que está sendo exposto. Podem ser necessárias duas a três semanas de uso antes da exposição para que haja algum benefício, sendo utilizado de 3 a 4 vezes ao dia. De modo geral, essa medicação é bem tolerada e apresenta poucos efeitos colaterais, sendo uma boa opção para idosos que não toleram anti-histamínicos e descongestionantes (PINTO, 2010).

A imunoterapia geralmente é indicada como terapia de última linha em pacientes que continuam a apresentar sintomas alérgicos moderados a graves, mesmo com uso de intervenções farmacológicas. O uso da imunoterapia com alérgenos em idosos foi amplamente negligenciado até a última década. Poucos estudos foram conduzidos para avaliar a eficácia da imunoterapia em pacientes geriátricos, mas os dados presentes se mostram positivos, inclusive em pacientes acima de 60 anos, comparativamente com os pacientes até 60 anos. Alguns estudos recentes envolvendo a imunoterapia sublingual para alergia à poeira e pólen demonstraram resultados positivos, incluindo redução nos sintomas e menor necessidade de medicações. A imunoterapia é uma opção de tratamento efetivo e viável para os pacientes com rinite alérgica com comorbidades e em uso de polifarmácia (GELARDI *et al.*, 2025; PINTO, 2010).

Em caso de reações severas à imunoterapia, medicações novas como betabloqueadores seletivos e inibidores da monoamina oxidase não

interferiram significativamente no tratamento para anafilaxia feito com epinefrina (GELARDI *et al.*, 2025).

Estudos demonstram que terapias anti-IgE, como omalizumabe, são seguras para idosos, sendo aprovadas em alguns países para uso em idosos com rinite alérgica severa (GELARDI *et al.*, 2025).

Rinite não alérgica

O tratamento da rinite vasomotora inclui farmacoterapia, principalmente com azelastina, que demonstrou bons resultados anti-inflamatórios e melhora em quase todos os sintomas da rinite vasomotora. Corticoide intranasal pode apresentar benefícios em pacientes com queixas de congestão ou obstrução nasal, mas não apresentou um desfecho favorável em pacientes com rinite vasomotora desencadeada por temperatura ou clima. O uso de anticolinérgicos é útil principalmente para os sintomas de rinorreia, mas foi pouco avaliado na população idosa. Cromoglicato de sódio aliviou os espirros e a congestão nasal, mas não é tão efetivo como um tratamento de primeira linha para esses sintomas. Não há evidências acerca do uso de descongestionantes tópicos ou sistêmicos. Em suma, o tratamento farmacológico para rinite vasomotora é baseado nos sintomas do paciente (PINTO, 2010).

Um grupo chinês está sendo responsável por desenvolver uma vacina para o tratamento da rinite vasomotora, utilizando uma fração da vacina de ácido nucleico do bacilo de Calmette-Guérin. Esse estudo tem se mostrado efetivo no tratamento da rinite vasomotora, sem efeitos adversos reportados (PINTO, 2010).

O tratamento da rinite gustativa envolve o uso de atropina para diminuir a resposta parasimpática. Anticolinérgicos intranasal (ipratrópio intranasal) também tem se mostrado efetivo

na rinorreia gustativa se utilizado antes das refeições. Esses medicamentos apresentam poucos efeitos adversos, como epistaxe e ressecamento nasal. A toxina botulínica é uma nova terapêutica utilizada na rinite gustativa (PINTO, 2010).

O foco do tratamento da rinite atrófica é aumentar a hidratação nasal. Isso pode ser providenciado com o uso de hidratantes, lavagem nasal, guaifenesin ou umidificadores nasais. Alkalol também pode apresentar um benefício terapêutico (PINTO, 2010).

Cirurgia

O tratamento cirúrgico também é uma opção de tratamento na população geriátrica, uma vez que pode haver causas estruturais relacionadas às queixas, dentre as possíveis abordagens temos a reconstrução nasal e a cirurgia endoscópica nasal funcional (PINTO, 2010).

A reconstrução nasal pode ser realizada para reverter os efeitos do envelhecimento no nariz. Dentre as possíveis reconstruções, podemos citar o levantamento da ponta nasal com o aumento do suporte da cartilagem lateral, o que pode melhorar a passagem de ar e a função nasal. Além disso, a septoplastia com ou sem turbinectomia inferior se mostrou benéfica em pacientes com 65 anos ou mais (PINTO, 2010).

A cirurgia endoscópica nasal funcional pode ser realizada em pacientes com sinusopatias concomitantes e se mostrou segura e eficaz em pacientes idosos, melhorando a qualidade de vida. Estudos mostraram que pacientes idosos tiveram resultados similares aos pacientes mais jovens na melhora da qualidade de vida, após cirurgia endoscópica nasal (PINTO, 2010).

Mesmo que a cirurgia seja um tratamento efetivo para o indivíduo, é necessário acessar o *status* funcional do paciente geriátrico antes da realização da mesma, a fim de definir se o procedimento cirúrgico é a melhor opção e a mais viável para o caso (PINTO, 2010).

CONCLUSÃO

A rinite no idoso é multifatorial, combinando alterações do envelhecimento com fenótipos como rinite alérgica e não alérgica. O quadro é de diagnóstico desafiador devido a comorbidades, polifarmácia e maior sensibilidade ambiental. Os sintomas impactam sono, cognição e qualidade de vida. O manejo deve ser individualizado, com medidas ambientais, lavagem nasal, farmacoterapia e, em casos selecionados, imunoterapia. O reconhecimento precoce e a distinção entre tipos de rinite são essenciais para melhor controle clínico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- GELARDI, M. *et al.* Rhinitis in the geriatric population: epidemiological and cytological aspects. *Geriatrics*, v. 10, p. 50, 2025. doi: 10.3390/geriatrics10020050.
- MERRILL, T. & KANAAN, A. Managing chronic rhinosinusitis with nasal polyps in the elderly: challenges and solutions. *Clinical Interventions in Aging*, v. 17, p. 685, 2022. doi: 10.2147/CIA.S279765.
- MUGHAL, Z. *et al.* Contemporary management of Cerebrospinal fluid rhinorrhoea: a review of the literature. *Journal of Clinical Medicine*, v. 14, 2025. doi: 10.3390/jcm14030995.
- PASTORINO, A.C. *et al.* V Consenso Brasileiro sobre Rinites. [S.l.: s.n.], 2024.
- PINTO, J.M. & JESWANI, S. Rhinitis in the geriatric population. *Allergy, Asthma, and Clinical Immunology*, v. 6, p. 10, 2010. doi: 10.1186/1710-1492-6-10.
- RIOS, J.B.M. *et al.* Alergias em pessoas idosas. *Alergistas Coligados*, 2017.
- ZAMORA-SIFUENTES, J. & POOLE, J.A. Occupational rhinitis: an update. *Current Allergy and Asthma Reports*, v. 23, p. 579, 2023. doi: 10.1007/s11882-023-01103-z.