

Resposta dos autores

Prezado Sr. Editor,

É com satisfação que os autores respondem e discutem os questionamentos e comentários do Prof. Eitan N. Berezin. Nosso artigo "Bronquiolite aguda por rinovírus em lactentes jovens" descreve em maior detalhe a pesquisa de rinovírus, incluindo outros vírus respiratórios, em uma amostra de lactentes jovens hospitalizados por bronquiolite aguda (BA) em um hospital universitário. Esse estudo caracterizou-se por apresentar uma amostra bastante selecionada, particularmente em relação à faixa etária (menores de 6 meses de idade), quadro clínico (primeiro episódio de sibilância) e o período de recrutamento (maio a setembro de 2002).

Quanto à primeira observação do Prof. Berezin, a respeito da ausência de parainfluenza identificado nesses pacientes, os autores acreditam que, conforme a região, período do ano e tamanho da amostra, esse vírus pode não apresentar uma prevalência significativa. No presente estudo, esse achado pode ser explicado pela amostra pequena e pelo período curto de recrutamento (maio a setembro de 2002). Além disso, achados semelhantes ou com baixa prevalência desse vírus já foram demonstrados por outros autores. Em um estudo prévio, estudando a prevalência de rinovírus em BA, nenhum parainfluenza foi detectado em 84 amostras¹. Em outro estudo, Jartti et al. verificaram que o parainfluenza foi o sexto agente etiológico mais comum em lactentes com sibilância expiratória². Dados de Porto Alegre da década de 1990, provenientes de 862 amostras de crianças menores de 5 anos com infecção respiratória aguda, demonstraram uma prevalência de somente 1,5% de amostras positivas para parainfluenza³. Por fim, observações locais da nossa instituição (dados não publicados) demonstram que, em 2 anos consecutivos (2000-2001), esse vírus só foi detectado em nove pacientes com BA.

Em relação à identificação isolada do rinovírus em lactentes com BA e sua possibilidade de ser um agente etiológico isolado de BA, alguns autores encontraram esse achado em um número maior de pacientes do que o do presente estudo^{1,4}. Foi demonstrado também, reforçando esse aspecto, que o rinovírus comprovadamente pode infectar as vias aéreas inferiores⁵. Os autores salientam no artigo que a detecção molecular (RT-PCR) do picornavírus (rinovírus) apresenta limitações em relação ao diagnóstico clínico. Entretanto, esse método deve ser considerado até o momento por ser o único disponível no presente, principalmente em pacientes onde nenhum outro vírus é detectado.

Considerando a associação com o vírus sincicial respiratório (VSR) em BA, Papadopoulos et al. realmente de-

monstraram que a infecção de rinovírus junto com esse agente está associada à maior gravidade da BA⁴. No entanto, tal achado não exclui a possibilidade de o rinovírus ser um agente causador isolado de BA em um grupo menor de lactentes. Os dois casos sem identificação de VSR, não mencionados em nosso artigo e questionados pelo Prof. Berezin, apresentaram o rinovírus como agente identificado isoladamente. O diagnóstico de infecção mista em BA não é incomum (pode chegar a 20% dos casos), sendo essa associação um achado esperado.

Finalmente, os autores discordam da afirmação do Prof. Berezin de que a detecção do rinovírus nesse grupo de pacientes seja "apenas um achado". Vários trabalhos têm isolado rinovírus em pacientes com infecções de vias aéreas inferiores em diferentes faixas etárias. O rinovírus tem inclusive sido o segundo agente etiológico mais encontrado em BA. Métodos mais invasivos para determinação de infecções de vias aéreas inferiores por rinovírus não são indicados em crianças por razões éticas óbvias. Os resultados do nosso estudo junto com os trabalhos mencionados nesta resposta à "Carta ao Editor" reforçam a importância salientada em nosso artigo para que se realizem estudos com amostras maiores (trabalhos multicêntricos) e de caráter longitudinal, para que aspectos de prognóstico e associação com desenvolvimento de asma de origem atópica sejam melhor esclarecidos.

Referências

1. Andreoletti L, Lesay M, Deschildre A, Lambert V, Dewilde A, Wattré P. Differential detection of rhinoviruses and enteroviruses RNA sequences associated with classical immunofluorescence assay detection of respiratory virus antigens in nasopharyngeal swabs from infants with bronchiolitis. *J Med Virol*. 2000;61:341-6.
2. Jartti T, Lehtinen P, Vuorinen T, Osterback R, van den Hoogen B, Osterhaus AD, et al. Respiratory picornaviruses and respiratory syncytial virus as causative agents of acute expiratory wheezing in children. *Emerg Infect Dis*. 2004;10:1095-101.
3. Straliozzo SM, Siqueira MM, Muller RL, Fischer GB, Cunha ML, Nestor SM. Viral etiology of acute respiratory infections among children in Porto Alegre, RS, Brazil. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2002;35:283-91.
4. Papadopoulos NG, Moustaki M, Tsolia M, Bossios A, Astra E, Prezerakou A, et al. Association of rhinovirus infection with increased disease severity in acute bronchiolitis. *Am J Respir Crit Care Med*. 2002;165:1285-9.
5. Papadopoulos NG, Bates PJ, Bardin PG, Papi A, Leir SH, Fraenkel DJ, et al. Rhinovirus infect the lower airways. *J Infect Dis*. 2000;181:1875-84.

doi:10.2223/JPED.1470

Paulo M. C. Pitrez

Professor, Departamento de Pediatria, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS.