

CASO CLÍNICO

ASMA

Dra. Adriana Vidal Schmidt

Serviço de Alergia e Imunologia

Hospital Universitário Cajuru - PUC - PR

Departamento Científico de Alergia - SPP

CASO CLÍNICO

J. S. M, fem. , 3a, procedente de Paranaguá (GAPER)

QP= tosse

HMA = Início aos 8m de idade com tosse freqüente, noturna, principalmente às mudanças de temperatura e em IVAS - ocasionais no verão porém mensais no inverno, acompanhadas de tosse de evolução arrastada (2-3 sem).

Aos 11m (quando começou a andar e se agitar) acessos de tosse aos exercícios mais intensos, às vezes acomp. por dispnéia de curta duração. Última crise de tosse persistindo há 1 semana. Nega sibilância. Sem resposta a antitussígenos, antibióticos, mucolíticos e expectorantes.

CASO CLÍNICO

**AMP= CST, a termo, não fez uso de LM
ndn**

**AMF = pai: “bronquite” na infância, tio materno:
dermatite, mãe: rinite**

**QROA= pele seca, rash recorrente em dobras -
boa resposta a ctc tópicos cutâneos
respiração oral freqüente,
prurido nasal e espirros pela manhã e
à noite**

EXAME FÍSICO

- ❑ **Eutrófica (50-75° p)**
- ❑ **Eupneica**
- ❑ **Discreto aumento do DAP**
- ❑ **Timpanismo**
- ❑ **Estertoração pós-tosse**
- ❑ **Edema de cornetos G II e palidez**
- ❑ **Exame segmentar: xerose cutânea**



QUAL A PRINCIPAL HIPÓTESE DIAGNÓSTICA?

- 1. Asma moderada**
- 2. Asma leve + rinite**
- 3. Asma + Refluxo gastroesofágico**
- 4. Asma + Alergia ao leite de vaca**

QUAL A PRINCIPAL HIPÓTESE DIAGNÓSTICA?

1. **Asma moderada**
2. **Asma leve + rinite**
3. **Asma + Refluxo gastroesofágico**
4. **Asma + Alergia ao leite de vaca**

Classificação da gravidade da asma

| | Intermitente* | leve | Persistente moderada | grave |
|-----------------------------------|----------------------|---------------------------|-----------------------------|----------------------|
| Sintomas | Raros | Semanais | Diários | Diários ou contínuos |
| Despertares noturnos | Raros | Mensais | Semanais | Quase diários |
| Necessidade de beta-2 para alívio | Rara | Eventual | Diária | Diária |
| Limitação de atividades | Nenhuma | Presente nas exacerbações | Presente nas exacerbações | Contínua |
| Exacerbações | Raras | Afeta atividades e o sono | Afeta atividades e o sono | Freqüentes |
| VEF ₁ ou PFE | ≥ 80% predito | ≥ 80% predito | 60-80% predito | ≤ 60% predito |
| Varição VEF ₁ ou PFE | < 20% | < 20-30% | > 30% | > 30% |

Classificar o paciente sempre pela manifestação de maior gravidade.

*Pacientes com asma intermitente, mas com exacerbações graves, devem ser classificados como tendo asma persistente moderada.

VEF₁: volume expiratório forçado no primeiro segundo; PFE: pico de fluxo expiratório.

IV Diretrizes Brasileiras para controle da asma
J Bras Pneumol 2006: 32 (7)

PRIMEIRA ETAPA - CONDUTA INICIAL?

- 1. Rx tórax/TAC**
- 2. Testes alérgicos/ RAST**
- 3. Seriografia/cintilografia/phmetria**
- 4. Tratamento baseado em dados clínicos**

PRIMEIRA ETAPA - CONDUITA INICIAL?

- 1. Rx tórax/TAC**
- 2. Testes alérgicos/ RAST**
- 3. Seriografia/cintilografia/phmetria**
- 4. Tratamento baseado em dados clínicos**

QUAL A ABORDAGEM TERAPÊUTICA MAIS INDICADA?

- 1. B2 curta ação inal. + antitussígenos**
- 2. B2 curta ação inal. + Expectorantes e/ou mucolíticos**
- 3. B2 inal. de longa duração + corticóide inal. baixa dose**
- 4. B2 curta ação inal. + corticóide inal. baixa dose OU
B2 curta ação inal. + antileucotrienos**

QUAL A ABORDAGEM TERAPÊUTICA MAIS INDICADA?

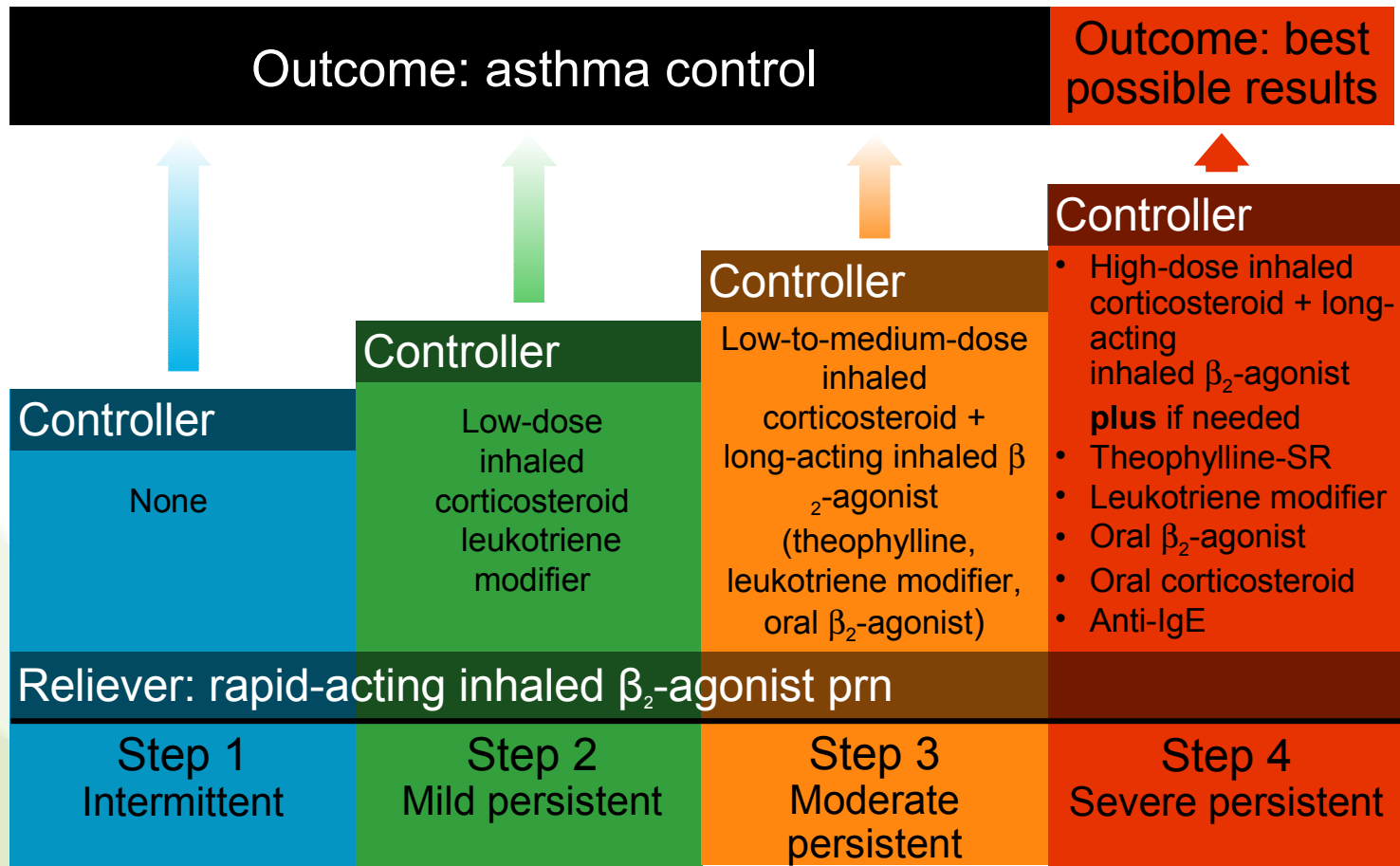
1. B2 curta ação inal. + antitussígenos
2. B2 curta ação inal. + Expectorantes e/ou mucolíticos
3. B2 inal. de longa duração + corticóide inal. baixa dose
4. **B2 curta ação inal. + corticóide inal. baixa dose OU
B2 curta ação inal. + antileucotrienos**

Tratamento de manutenção inicial baseado na gravidade

| Gravidade | Alívio | Primeira escolha | Alternativa | Uso de corticóide oral |
|----------------------|-------------------------|--|--|--|
| Intermitente | Beta-2 de curta duração | Sem necessidade de medicamentos de manutenção | | |
| Persistente leve | Beta-2 de curta duração | CI dose baixa | Montelucaste Cromonas* | Corticosteróide oral nas exacerbações graves |
| Persistente moderada | Beta-2 de curta duração | CI dose moderada* a alta Ou CI dose baixa a moderada, associado a LABA | Baixa a moderada dose de CI associada a antileucotrieno ou teofilina | Corticosteróide oral nas exacerbações graves |
| Persistente grave | Beta-2 de curta duração | CI dose alta* CI dose alta + LABA | Alta dose de CI + LABA, associados a antileucotrieno ou teofilina | Cursos de corticóide oral a critério do médico, na menor dose para se atingir o controle |

* Especialmente em crianças. CI: corticosteróide inalatório; LABA: beta-2 agonista de longa duração.

GINA guidelines for asthma therapy 2006



Equivalência de dose dos ctc inalatórios

Quadro 4 – Equivalência de dose dos corticosteróides inalatórios utilizados no Brasil.

| Adultos | | | |
|--|-------------------------|-------------------------|---------------------------|
| Fármaco | Dose baixa (mcg) | Dose média (mcg) | Dose elevada (mcg) |
| Beclometasona | 200-500 | 500-1.000 | > 1.000 |
| Budesonida | 200-400 | 400-800 | > 800 |
| Ciclesonida | 80-160 | 160-320 | > 320 |
| Fluticasona | 100-250 | 250-500 | > 500 |
| Crianças | | | |
| Beclometasona | 100-400 | 400-800 | > 800 |
| Budcsorida | 100-200 | 200-400 | > 400 |
| Budesoride suspensão para nebulização | 250-500 | 500-1000 | > 1000 |
| Fluticasona | 100-200 | 200-500 | > 500 |
| Ciclesonida* | * | * | * |

* A ciclesonida está indicada para crianças com idade superior a quatro anos na dose entre 80 e 160 mcg por dia.

Adaptado da revisão do *Global Initiative for Asthma*, 2006.

IV Diretrizes Brasileiras para controle da asma
J Bras Pneumol 2006; 32 (7))

APÓS CONTROLADA A CRISE E INSTITUÍDO TRATAMENTO DE MANUTENÇÃO, QUAL EXAME DEVE SER REALIZADO NESTA PACIENTE?

- 1. Dosagem de IgE total**
- 2. IgE específica in vitro (RAST)**
- 3. Espirometria**
- 4. Testes cutâneos de leitura imediata**

APÓS CONTROLADA A CRISE E INSTITUÍDO TRATAMENTO DE MANUTENÇÃO, QUAL EXAME DEVE SER REALIZADO NESTA PACIENTE?

- 1. Dosagem de IgE total**
- 2. IgE específica in vitro (RAST)**
- 3. Espirometria**
- 4. Testes cutâneos de leitura imediata**

Testes cutâneos de leitura imediata

Dx das reações alérgicas mediadas pela IgE



Testes cutâneos de leitura imediata



- **Ácaros**
- **Animais**
- **Pólenes**
- **Fungos**
- **Alimentos**
- **insetos**

PÓ (?) : baixa especificidade – mistura de antígenos

EVOLUÇÃO:



- ❑ **Ctc inalatório (Budesonida 200 mcg) e nasal + B2 s/n**
- ❑ **Reav. 2 meses: sem crises, sem tosse**
- ❑ **Melhora dos sintomas nasais**
- ❑ **TCA + p/ *Dermatophagoides pteronyssinus*
e *Blomia tropicalis***
- ❑ **Reforço nas medidas de C. ambiental**

Epidemiologic and natural history studies of asthma have found that, for most people who develop asthma, clinical manifestations of the disease occur in the early childhood years. Both asthma persistence and severity during early childhood predict disease persistence into later childhood and adulthood, at which point asthma remission is uncommon. Current pathogenesis paradigms suggest that early intervention, before serious pathologic changes occur, may lead to optimal outcomes. Early intervention might optimize lung growth and immune development, and mitigate asthma persistence and severity. In this overview, categories for early intervention strategies for asthma will be based on the level of disruption of asthma pathogenesis. “Early interventions” target asthma shortly after its onset, “secondary preventions” aim to prevent lung targeting of disease processes in the vulnerable host, and “primary preventions” strive to promote healthful immune development and lung growth by keeping pro-asthmatic immune responses from occurring. This review will discuss recent clinical studies that exemplify early intervention and prevention strategies. (J Allergy Clin Immunol 2004;113:S19-24.)

ESPECIALMENTE EM CRIANÇAS...

- ❑ asma – subdiagnosticada
- ❑ tosse – pode ser o ÚNICO sintoma
- ❑ considerar história familiar e pessoal de atopia
- ❑ considerar sintomas nasais associados
- ❑ pesquisar período intercrítico
- ❑ avaliar comprometimento da qualidade de vida
- ❑ medicações tópicas - seguras
- ❑ tratamento precoce - melhora na FP

OBRIGADA!



www.adrianaschmidt.com
adriana@adrianaschmidt.com