

Anafilaxia: diagnóstico e tratamento em unidade de pronto atendimento pediátrico

Anaphylaxis: diagnosis and treatment in pediatric care unit

Tathiana Tavares Menezes¹

RESUMO

Segundo a Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia e a Sociedade Brasileira de Anestesiologia, anafilaxia é uma reação grave de hipersensibilidade sistêmica, com risco de morte, com quadro de evolução muito rápido das vias aéreas e ou do sistema respiratório e ou circulatório, usualmente associado a alterações de pele e mucosas. Trata-se de uma emergência médica. Os mecanismos que levam à anafilaxia podem ser de origem imunológica ou não imunológica, mas é muito difícil ou mesmo impossível distinguir clinicamente. Muitas vezes, as duas origens estão envolvidas. Resulta da liberação de mediadores ativos biologicamente após a reexposição a um desencadeante, uma proteína ou um hapteno, após um período de latência previa. Sabe-se que a anafilaxia é muitas vezes subdiagnosticada, principalmente quando é o primeiro episódio do paciente. É essencial que qualquer profissional da área da saúde esteja familiarizado com o diagnóstico e tratamento da anafilaxia pelos motivos de rápida evolução para óbito.

Descritores: Anafilaxia, epinefrina, hipersensibilidade.

ABSTRACT

According to the Brazilian Association of Allergy and Asthma and the Brazilian Society of Anesthesiology, Anaphylaxis is a severe systemic hypersensitivity reaction, with risk of death, with signs of evolving very fast and airway or respiratory or circulatory system and, usually associated with changes in skin and mucous membranes. It is a medical emergency. The mechanisms that lead to Anaphylaxis may be immunological or non-immunological origin, but it is very difficult or even impossible to distinguish clinically. Often, the two sources are involved. Results from the release of biologically active mediators after reexposure to a trigger, a protein or hapten, after a latency period provided. It is known that Anaphylaxis is often underdiagnosed, especially when it is the first episode of the patient. It is essential that any health care professional familiar with the diagnosis and treatment of anaphylaxis by reasons of rapid evolution to death.

Keywords: Anaphylaxis, epinephrine, hypersensitivity.

1. Residente R2 de Pediatria do Hospital Universitário de Santa Maria, RS.

Como citar este artigo: Menezes TT. Anafilaxia: diagnóstico e tratamento em unidade de pronto atendimento pediátrico. Bol Cient Pediatr. 2014;03(2):75-8.

Artigo submetido em 30.09.14, aceito em 14.10.14.

Quando o paciente apresenta sintomas leves e transitórios, a suspeita da anafilaxia é muito pequena, e às vezes nula. Em lactentes e crianças jovens a falta de sintomas mais específicos, como prurido, eritema, urticária e angioedema prejudica o diagnóstico. Sabe-se que 10 a 20% dos casos de anafilaxia ocorrem sem estes sintomas¹⁻³.

A estimativa na população em geral é de cerca de 0,05 a 2% de casos por ano, e em pessoas sabidamente atópicas este número pode aumentar consideravelmente⁴.

No Brasil os casos mais frequentes, se incluímos todas as faixas etárias, são por medicamentos, seguidos por alimentos, e depois por insetos os principais causadores de anafilaxia^{4,5}.

O mastócito produz a IgE que fica expressa na sua superfície, que se fixa aos receptores de alta afinidade, quando entra em contato com um determinado alérgeno pela primeira vez. Na reexposição a este alérgeno, ocorre agregação das moléculas de IgE ligadas ao receptor e ativação do mastócitos liberando mediadores de forma intensa, desencadeando a resposta alérgica aguda. Esse fenômeno se chama degranulação de mastócitos, e o principal mediador liberado é a histamina^{4,6}.

A histamina é metabolizada rapidamente no meio extracelular, em cerca de 30 minutos. Isso prejudica a sua dosagem como marcador na anafilaxia, pois a histamina atinge níveis séricos em 5 minutos, permanecendo elevada cerca de 30 a 60 minutos. Pode-se dosar os metabólitos urinários da histamina na urina, como a metil-histamina, que se mantém até 24 horas após o início do quadro. Outra opção seria a dosagem sérica da triptase, a qual atinge níveis elevados em 60 a 90 minutos e permanece assim por até 5 horas. Lembrando que o diagnóstico deve ser clínico, não se devendo esperar estes marcadores para o diagnóstico da anafilaxia^{1,4,6}.

Esses medicamentos aumentam a permeabilidade vascular e são responsáveis pelos sintomas de anafilaxia em múltiplos órgãos:

- 80 a 90% dos casos são na pele;
- 70% são no sistema pulmonar;
- 45% no sistema gastrointestinal;
- 45% no sistema cardiovascular;
- 15% no sistema nervoso central.

Segundo a Academia Americana de Imunologia, define-se como anafilaxia quando um dos três critérios abaixo encontra-se presente após exposição a um possível alérgeno⁶:

- Início agudo após minutos a horas, com envolvimento de pele e ou mucosas, urticária generalizada, prurido ou edema de lábios, língua e úvula, e um ou mais dos seguintes sintomas:
 - Taquipneia, dispneia, sibilância, estridor e hipoxemia;
 - Hipotensão (em lactentes e crianças maiores: redução de 30% ou mais do previsto para a idade), hipotonia, síncope e incontinência fecal ou urinária.
- Dois ou mais dos seguintes critérios após minutos ou horas:
 - Envolvimento de pele e ou mucosas, urticária generalizada, prurido ou edema de lábios, língua e úvula;
 - Taquipneia, dispneia, sibilância, estridor e hipoxemia;
 - Hipotensão (em lactentes e crianças maiores: redução de 30% ou mais do previsto para a idade), hipotonia, síncope e incontinência fecal ou urinária.
- Hipotensão em minutos ou horas após a exposição a um alérgeno sabidamente conhecido do paciente^{4,6} (Tabela 1).

Na infância, dentre os principais diagnósticos diferenciais com anafilaxia, temos:

- aspiração de corpo estranho;
- crise asmática;
- síncope;
- ataque de pânico (principalmente em adolescentes);
- malformação congênita cardíaca e ou do trato gastrointestinal e ou respiratório;
- Síndrome de Munchausen;
- choque hipovolêmico, cardiogênico, distributivo, séptico⁴.

Para o tratamento de anafilaxia, a adrenalina é a medicação de escolha recomendada em todos os *guidelines* sobre o tema. A maioria inclusive recomenda a administração da medicação pelo próprio paciente no músculo reto lateral da coxa de forma intramuscular (nunca subcutâneo, pela absorção errática da medicação). A administração postergada da medicação está associada a risco de óbito^{3,7,8}.

Naqueles pacientes sabidamente de risco para desenvolver anafilaxia, recomenda-se portar uma ‘caneta auto-injetável’ para aplicação imediata aos primeiros sintomas. Porém, a medicação com essa apresentação encontra-se

Tabela 1 - Anafilaxia - sinais e sintomas de acordo com o órgão afetado

Local afetado	Sinais e sintomas
Pele	Rubor Prurido Urticária Edema Rash
Mucosas e subcutâneo	Lacrimação Prurido, edema, eritema periorbital ou conjuntival Prurido no canal auditivo externo Prurido na genitália, palma das mãos e sola dos pés Prurido e edema dos lábios, úvula e palato
Nariz	Prurido Congestão Rinorreia Espirros
Pulmão	Respiração curta Aperto no tórax Tosse Chiado Broncoespasmo Cianose
Laringe	Prurido e sensação de aperto Disfonia Rouquidão Tosse seca Estridor
Trato gastrointestinal	Disfagia Náusea Cólica e ou dor abdominal Vômito Diarreia
Sistema cardiovascular	Dor torácica Palpitações Taquicardia Bradycardia Sensação de desmaio Redução do nível de consciência Hipotensão* Perda do controle esfíncteriano Choque Parada cardíaca
Sistema nervoso central	Aura Mal estar Cefaleia latejante Tonturas Convulsão Visão turva Lactentes: mudança brusca de comportamento e ou irritabilidade
Boca	Gosto metálico
Útero	Contrações uterinas

* Hipotensão para crianças é definido como pressão sistólica menor que 70 mmHg para menores de 1 ano; menos que 70 mmHg + (2 x a idade) para crianças de 1 a 10 anos de idade; menos de 90 mmHg para adolescentes de 11 a 17 anos de idade.

disponível no Brasil em um custo alto para a maioria dos pacientes^{3,5,8}.

A dose recomendada na infância é de 0,01 mg/kg (1 mg = 1 mL) na diluição de 1:1000, com a dose máxima de 0,3 mg. Essa dose pode ser repetida a cada 5 a 15 minutos se necessário. Cerca de 20% dos pacientes podem precisar de uma segunda dose^{3,7,8}.

Outras medicações coadjuvantes, que atuam nos sintomas residuais, incluem:

- anti-histamínico H1;
- anti-histamínico H2 (ranitidina);
- agonista beta-2 adrenérgico (salbutamol);
- corticoide.

Os itens abaixo mostram o esquema inicial a ser utilizado em unidades de pronto atendimento pediátrico, segundo o artigo intitulado “Anafilaxia: tratamento”, do Projeto Diretrizes, da Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia; Sociedade Brasileira de Anestesiologia (2011)⁷:

Suspeita de reação anafilática (via aérea, respiração, circulação, desorientação, exposição):

- Deitar o paciente (posição supina eleva risco de mortalidade), elevar membros inferiores;
- Monitorização cardíaca, oximetria de pulso, aferir pressão arterial, estabelecer oxigenoterapia.

Adrenalina intramuscular em músculo vasto lateral (dose 0,01 mL por kg de adrenalina 1:1000; dose máxima de 0,3 mL para crianças);

Reavaliar em 5 minutos e repetir dose se necessário;

Obter acesso venoso ou intraósseo;

Fase rápida SF 0,9% 20 mL por kg;

Avaliar necessidade de anti-histamínicos(*), corticoide(**), broncodilatadores, vasopressores, antagonistas bloqueadores beta-adrenérgicos (glucagon);

Manter paciente em observação por 4-6 horas, e lembrar que mesmo com boa resposta poderão ter recorrência dos sintomas em até 24 horas.

- (*) Não usar prometazina em menores de 2 anos, pelo risco de depressão respiratória.
- (**) Considerar uso domiciliar de anti-histamínicos e corticoides por pelo menos 3 dias após a alta, e encaminhar a um especialista para dar continuidade ao tratamento^{1,4,8}.

Referências

1. Simons FER. Anaphylaxis. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2010;125, Issue 2, Supplement 2:S161-S181.
2. Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia; Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Anafilaxia: diagnóstico. Projeto Diretrizes. Out. 2011.
3. Manoel Junior J, Malbouissou LMS. Situações de risco em anestesia. São Paulo: Editora Atheneu, 2012.
4. Roxo Junior P. Diagnóstico e tratamento de doenças alérgicas em pediatria. São Paulo: Editora Atheneu, 2011.
5. Campos Junior D, Burns DAR (orgs.). Tratado de Pediatria – Sociedade Brasileira de Pediatria. 3ª ed. Barueri: Editora Manole, 2014.
6. Simons FER, Arduzzo LRF, Dimov V, Ebisawa M, El-Gamal YM, Lockett RF, et al. World Allergy Organization Anaphylaxis Guidelines: 2013 Update of the Evidence Base. *International Archives of Allergy and Immunology*. 2013;162(3):193-204.
7. ASBAI; SBA. Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia e Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Anafilaxia: tratamento. Projeto Diretrizes. Out. 2011.
8. Cangiani LM, Slullitel A, Potério GMB, Pires OC, Posso IP, Nogueira, CS, Ferez D, Callegari DC. (eds.). Tratado de Anestesiologia – SAESP. 7ª ed., vol. 2. São Paulo: Editora Atheneu, 2011.

Correspondência:

Tathiana Tavares Menezes

E-mail: pinksocty@hotmail.com