

A Propósito de Estratégias e de Consensos

E. MELO ROCHA*

Os Consensos e as Estratégias Globais na gestão e tratamento da asma brônquica estão na moda e fazem lei, devendo ser seguidos à risca sob pena de anátema para aqueles que não se submetem aos éditos emitidos pelos papas transnacionais da Alergologia. Ora essa respeitável elite médica pouco ou nenhum contacto tem com os doentes asmáticos, passando o seu tempo na gestão administrativa dos respectivos serviços, nas tarefas pedagógicas, na exaustiva leitura dos trabalhos dos seus pares e em reuniões, *meetings*, *workshops*, congressos, em longas e fatigantes viagens intercontinentais. De vez em quando, e em função da evolução dos conhecimentos teóricos, decidem editar novas normas a fim de justificar tanto esforço intelectual.^{1, 2, 3}

Após ter lido e relido as normas da *Global Initiative for Asthma* e dos últimos Consensos, sinto que há normas que não se adaptam à minha prática alergológica quotidiana. Essas contradições e dúvidas são as seguintes:

1. A contradição flagrante entre a própria definição de asma e a classificação proposta, *intermittent* VERSUS *persistent asthma*.
2. A necessária introdução da avaliação funcional respiratória nessa classificação, socorrendo-se no entanto, do mais rudimentar aparelho - o *peak flow meter* (PFM) - o qual só permite medir o parâmetro mais grosseiro de todos, o Débito de Ponta ou Débito Expiratório Máximo Instantâneo (DEMI).
3. A tímida introdução dos corticóides inalatórios (CSI), só a partir da *mild persistent asthma* (asma persistente ligeira).
4. O modesto lugar que a imunoterapia específica (IE) ocupa na *Global Initiative for Asthma* (GIA), como se o conflito imunológico não estivesse na

gênese do processo asmático e inflamatório alérgico.

5. O esquecimento quase total da reabilitação respiratória (RR).

Passemos a analisar estes pontos:

Ponto 1) A asma é definida, entre outros parâmetros, como sendo uma doença inflamatória crónica caracterizada por uma sucessão de crises de broncospasmo reversível, total ou parcialmente, de maneira espontânea ou após tratamento broncodilatador.

Sendo assim, a asma é por definição uma doença com sintomas intermitentes, reversíveis. Na criança, a asma persistente com broncospasmo clínico e funcional basal mantido é excepcional. Esta forma de asma, que certos autores apelidam de Doença Crónica Obstrutiva Infantil⁶ pode apresentar longos períodos de remissão clínica sem crises, adaptando-se a criança às limitações ventilatórias basais, quando controlada com corticoterapia, broncodilatadores nocturnos e reabilitação respiratória.

Assim sendo, a esmagadora maioria das asma infantis são intermitentes e, nestes, existe um amplo leque de situações clínicas desde as crises esporádicas - intermitentes ligeiras - até às situações mais preocupantes, com crises muito frequentes - intermitentes severas (mas nunca quotidianas de maneira persistente!).

A asma incapacitante, com crises diárias impedindo a actividade e escolaridade normal da criança, com dificuldade de fazer esforços mínimos, já praticamente não existe. Esta é a asma persistente severa com uma amputação funcional importante. E, este tipo de asma persistente grave desapareceu praticamente por duas razões:

* Pediatra e Alergologista

por um lado, os pais estão mais esclarecidos, mais sensibilizados, e levam muito mais cedo as crianças com sintomas respiratórios repetitivos ao alergopediatra; por outro, as orientações terapêuticas gerais (evicção, anti-inflamatórios inalados, reeducação respiratória, desporto) estão gradualmente a impôr-se no seio dos clínicos gerais e dos pediatras. Estes dois factores, na minha opinião, explicam o desaparecimento quási total das asma persistentes severas na criança. Além disso, mesmo a frequência das crises como base classificativa das asma, proposta pela *Global Initiative for Asthma* é, no mínimo, irrealista:

- a) “Sintomas intermitentes menos de uma vez por semana(!)” para o “grau asma intermitente”, o grau mais ligeiro;
- b) “Sintomas mais do que uma vez por semana mas menos do que uma vez por dia” para as asma persistentes ligeiras;
- c) “Sintomas diários durante um tempo prolongado” para as asma persistentes moderadas(!).

Voltemos rapidamente ao bom senso do velho Vialatte! Penso que todos os alergo-pediatras deveriam começar por ir ao dicionário e ver qual a diferença entre intermitente e persistente e, também, reler as definições de asma. Isso permitir-nos-á rectificar os exageros da *Global Initiative for Asthma*.

Penso que os processos respiratórios com obstrução basal persistente e progressiva que observamos raramente na Criança - a Doença Crónica Obstrutiva - constituem talvez uma entidade patogénica própria, autónoma, de etiologia não alérgica, talvez auto-imune. Com efeito, observa-se nestas crianças um agravamento funcional progressivo, resistente a todas as medidas terapêuticas (CSI, RR, etc.). A confirmar-se esta hipótese, a separação dos processos patogénicos permitirá restituir à asma infantil o carácter intermitente, deixando-se de falar em *persistent asthma*.

Ponto 2) Já tivemos ocasião de assinalar em estudos anteriores^{8, 9} os limites do *Peak Flow*

Meter: sendo barato, portátil, prático, como debitómetro que é, só espelha o estado das grandes vias aéreas e não mostra o que se passa nos milhões de bronquíolos nem nos triliões de alvéolos. É ao nível dessas duas zonas que se processam os fenómenos fisiopatológicos principais.

A inflamação persistente dos bronquíolos pode levar à sua obstrução generalizada mas heterogénea, por rolhões mucosos e pelo edema em maior ou menor intensidade, consoante a gravidade do processo alérgico. A obstrução das pequenas vias aéreas, essencial na fisiopatologia da doença, só pode ser avaliada por curvas de débito-volume obtidas por pneumotacografia (acoplada ao espirómetro ou ao pletismógrafo).¹⁰

A sucessão de crises obstrutivas, mesmo ligeiras, pode conduzir à distensão alveolar numa primeira fase, e depois à insuflação pulmonar que só a pletismografia permite, de maneira elegante, avaliar. A persistência da insuflação pulmonar(**), sem grande tradução clínica, silenciosa portanto, pode evoluir para o enfisema pulmonar. Importa portanto ter a possibilidade de a detectar, avaliar e implementar as medidas terapêuticas necessárias (cinesiterapia). A reabilitação respiratória constitui, com efeito, o único método susceptível de normalizar o volume de gás intratorácico (VGIT), parâmetro que avalia a insuflação pulmonar.⁷

Voltemos ao estudo dos bronquíolos através da curva débito-volume. O estudo seriado permite-nos saber o estado de permeabilidade ou de obstrução, fixa ou reversível, das pequenas vias aéreas. Com efeito, é nas asma moderadas ou graves que a intensidade da obstrução fixa, não reversível, é mais marcada.¹¹ Mas nem sempre existe correlação linear entre o aparente grau de gravidade clínica, a obstrução periférica e a insuflação pulmonar, embora a tendência seja para existirem alterações funcionais respiratórias mais frequentes e profundas nas asma moderadas ou graves. No entanto, quando submetemos todas as crianças asmáticas, de maneira sistemática, a exames pletismográficos, tivemos ocasião

de verificar que crianças com uma ou duas crises anuais (intermitente ligeira) podem apresentar-se pontualmente obstruídas e/ou insufladas. Por outro lado, crianças com asma aparentemente grave podem, ao fim de 4 a 6 semanas de corticóides inalatórios e de reabilitação respiratória, apresentar todos os parâmetros funcionais normalizados e passarem a ter períodos de remissão muito prolongados e de boa qualidade. Todas as situações são possíveis e a regra é não haver regras absolutas.

Apresentar o DEMI (ou PEF) como o parâmetro funcional fundamental para a classificação de asma é um contrasenso que não corresponde minimamente à realidade da prática funcional respiratória na criança asmática. E ainda mais redutor é esse critério quando compartimenta as asma infantis em asma persistentes ligeiras - DEMI entre 80 e 100% do basal; persistente moderadas - DEMI entre 50 e 80% do basal; e persistente severa - DEMI abaixo de 50% do valor basal(!).

Pensamos que só o estudo funcional pletismográfico ou, pelo menos, espirométrico (curva débito-volume) durante vários meses, com medições antes, durante e após a CSI e a RR permite atribuir uma classificação personalizada, mas nunca definitiva, a cada criança asmática. E então chegamos à conclusão de que as asma persistentes severas são excepcionais, as asma intermitentes moderadas são pouco frequentes e que, finalmente, são as asma intermitentes ligeiras e ligeiras-moderadas que constituem a grande maioria das asma infantis!

O *Peak Flow Meter* é apenas um auxiliar valioso para detectar os períodos de agudização no domicílio.

Ponto 3) A corticoterapia inalatória: é um dado adquirido que o processo inflamatório de patogenia imuno-alérgica se encontra presente em todos os estádios do processo asmático, desde as formas clínicas pré-asmáticas até à asma grave. Por outro lado, está também definitivamente assente que a principal arma terapêutica actual é constituída pelo grupo dos anti-inflamatórios (CSI)^{12,13,14} podendo incluir

neste grupo o cromoglicato dissódico. No entanto, o cromoglicato tem uma adesão terapêutica diminuta (20%) devido à exigência de quatro inalações diárias. Pelo contrário, os corticóides inalados podem, de maneira eficaz, serem utilizados numa única dose diária, obtendo assim um elevado grau de adesão.

Pensamos que os CSI estão indicados, não só nas asma moderadas e graves, mas também nas asma intermitentes ligeiras e até nas formas pré-asmáticas (tosse espasmódica, pieira) durante curtos períodos de um a dois meses.

A utilização precoce dos CSI nas asma ligeiras ou após uma crise de broncospasmo tem sobretudo uma finalidade preventiva, permitindo circunscrever rapidamente o processo inflamatório, as lesões induzidas pelos mediadores libertados pelos eosinófilos, evitar o processo de fibrose sub-epitelial, o espessamento da membrana basal e a hipertrofia dos músculos lisos peribrônquicos.

Os CSI podem ser utilizados em todas as etapas do processo asmático, de maneira intermitente, por períodos mais ou menos longos:

- a) de 1 a 2 meses nos estádios pré-asmáticos, nas asma ligeiras e na fase pós-crítica;
- b) de 3 a 6 meses nas asma moderadas;
- c) de 6 a 24 meses nas asma intermitentes severas;
- d) de maneira permanente e a fortes doses (800 a 2000 µg) nas asma persistentes, embora o risco de efeitos sistémicos adversos, em especial no metabolismo ósseo e no crescimento, seja real.¹⁵

Ponto 4) Imunoterapia específica (IE): o papel da IE tem sido progressivamente relegado para uma posição secundária, admitindo-se, no entanto, a sua indicação nas asma atópicas moderadas, de maneira consensual. A explicação para esta atitude restrictiva é a de que a IE não se justifica nas asma atópicas ligeiras, controladas apenas com os beta2 agonistas, sendo, por outro lado, demasiado perigosa nas asma atópicas graves.^{1,2,5}

Parece-me que a abordagem deste problema é visto de maneira demasiado

mecanicista e restritiva. Com efeito, a IE não tem por finalidade tratar nem os sintomas clínicos nem as alterações funcionais respiratórias, mas sim as complexas perturbações imunoalergológicas que se exprimem pela produção excessiva das IgE específicas. E, ao tentar travar essa perturbação imunológica, procura-se diminuir toda a cascata de acontecimentos que vão da desgranulação dos mastócitos com libertação de mediadores broncoconstritores e activadores dos eosinófilos que estão na base do processo inflamatório da mucosa brônquica e bronquiolar até, paralelamente, à hiperreactividade brônquica.

Todos os alergo-pediatras têm a experiência da melhoria sintomática, da diminuição da reactividade brônquica, da diminuição do número e da intensidade das crises de broncospasmo, da melhoria da qualidade de vida, da cessação da terapêutica sintomática e anti-inflamatória após IE nas crianças asmáticas.¹⁶

Não existe, no entanto, correlação linear entre a intensidade das alterações imunoalergológicas (tamanho da pápula cutânea, quantificação das IgE específicas), o grau de inflamação brônquica (PCE), as alterações funcionais respiratórias (Raw, DEM50, VGIT) e as manifestações clínicas. Com efeito, todas as combinações são possíveis: asma fortemente atópica podem apresentar crises raras e ligeiras, o que traduz uma fraca reactividade brônquica e provavelmente um ligeiro grau de inflamação brônquica. No extremo oposto, vemos asma com um ligeiro grau de atopia (*prick* 2+, RAST *score* 2) com crises frequentes e graves, o que traduz grande hiperreactividade e elevado grau de inflamação brônquica. Em princípio, esta última criança deveria ser tratada com fortes doses de CSI, apoiada pela cinesiterapia, enquanto que é à imunoterapia que deveríamos recorrer para tratar a criança do primeiro exemplo, com asma ligeira.

A imunoterapia específica pode e deve ser utilizada em todas as asma onde o componente atópico isolado é dominante, quer

se trate de asma ligeiras - e até nos estados pré-asmáticos com intensa sensibilização alérgica, a título preventivo de agravamentos futuros,^{16,17} nas asma moderadas e mesmo nas asma intermitentes severas após, neste último caso, um longo período de CSI e de cinesiterapia. O único quadro onde me abstenho de utilizar a IE é o das asma persistentes severas, as quais são, sempre, a meu ver, processos patogénicos graves que talvez não devam entrar no quadro nosológico da asma atópica.

Os resultados a longo prazo do tratamento das asma atópicas com a imunoterapia específica permitem obter uma percentagem de cerca de 75% de remissões prolongadas de boa qualidade e de 25% de recidivas.¹⁸

Como proposta de trabalhos futuros, pensamos ser interessante estudar a possibilidade de administrar a totalidade das doses de extracto alérgico num período de tempo mais curto (12 a 18 meses) comparando-o, ao fim de 5 a 10 anos, com um grupo de crianças asmáticas atópicas submetidas ao habitual período de 36 meses. Esta ideia nasce da constatação de crianças asmáticas que abandonam a IE ao fim de um ano e que apresentam longos períodos de remissão após tratamentos curtos. Este tipo de estudo não foi certamente feito entre nós. Diminuir o longo período de 26 meses de injeções, aumentado as doses e diminuindo os intervalos a fim de administrar a mesma dose total do extracto é uma sugestão aliciante, sobretudo em Pediatria, onde as outras vias de administração ainda não deram provas cabais da sua eficácia.

Ponto 5) A Reabilitação Respiratória (cinesiterapia acompanhada ou seguida da prática regular de natação) consegue obter bons resultados não só na manutenção da qualidade das remissões clínicas como também e sobretudo, na reversibilidade da insuflação pulmonar e da obstrução brônquica, sendo a obstrução das pequenas vias aéreas (DEM50) a alteração mais difícil de normalizar.⁷

A reabilitação respiratória constitui para muitas crianças asmáticas o último recurso,

e com excelentes resultados após o insucesso da CSI e da IE. No entanto, a reabilitação respiratória é quase sempre esquecida ou minorizada nos diferentes *Consensos* propostos.

Pensamos, em conclusão, que a abordagem da criança asmática exige da parte dos pediatras alergologistas muito pragmatismo e bom senso, reservando a todas as novas modas emitidas pelos *globetrotters* do *show business* médico, um olhar muito circunspeto e prudente. Com efeito, as modas passam e os asmáticos continuam a necessitar da nossa atenção. E os nossos cuidados, embora modulados por novos conceitos fisiopatológicos e novas terapêuticas, devem basear-se essencialmente na experiência de cada um confrontada regularmente com a experiência de todos.

BIBLIOGRAFIA (sumária):

1. Global strategy for asthma management and preventions - Global Initiative for Asthma. *National Institutes of Health*. Publ. n.º 95-3659. Jan. 1995.
2. Estratégia global para a gestão da asma brônquica - Curso de post-graduação - XVII Reunião Anual da SPAIC - 28 Nov 96; **Mariana Vaz e col.** H.S. João, Porto.
3. **Pauwells R.** The International Consensus on the diagnosis and management of asthma. *Europ Resp Rev.* 1993; 3:15.483-9.
4. **Warner JO.** A follow-up statement from an international paediatric asthma consensus group. *Arch Dis Child.* 1992; 67: 240-8.
5. **Scheiman P** e col. Asthma, principes et stratégies. *Cad Immun Alerg Ped.* 1996; 11: 1.11-9.
6. **Bellon G.** Bronchopathie chronique obstructive de l'enfant. *Rev Prat.* 1988; 38-101.
7. **Melo Rocha E.** L'action de la réhabilitation respiratoire sur les altérations fonctionnelles ventilatoires chez l'enfant asthmatique. *All et Immun.* 1993; 25: 1.26-34.
8. **Melo Rocha E.** O exame da função respiratória na criança asmática. Interesse, erros e mitos. *Cad Im Alerg Ped.* 1989; 4.4:16.

9. **Melo Rocha E e Couto A.** O diagnóstico funcional respiratório em Pediatria. In "O diagnóstico funcional respiratório na Prática Clínica". **A. Couto** e col. *Ediç Fund Cal Gulbenkian.* Lisboa 1992; pg. 203-14.
10. **Couto A., Arzt G.** Estudo da função respiratória na prática clínica. *Edit LEPUCI.* Lisboa 1980.
11. **Melo Rocha E.** A contribuição do exame da função respiratória na avaliação da asma brônquica na criança. *Cad Immun Alerg Ped.* 1990; 5:3.12-17.
12. **Barnes P.J., Pederson S.** Efficacy and safety of inhaled corticosteroids in asthma. *Am Rev Resp Dis.* 1993; 148 (part 2). S1, S26.
13. **Robinson D.S., Geddes D.M.** Inhaled corticosteroids: benefits and risks. *J Asthma.* 1996; 33(1):5.
14. **König P.** The risk and benefits of inhaled corticosteroids. *Eur Resp Rev.* 1993; 3:14,501.
15. **Padfield PL,** and col. Inhaled corticosteroids: The endocrinologist's view. *Eur Resp Rev.* 1993; 3:15,494.
16. **Trindade JC** e col. Imunoterapia específica. *Cad Immun Alerg Ped.* 1993; 1:29.
17. **Melo Rocha E.** Effet de deux protocoles thérapeutiques dans les formes mineures d'allergie respiratoires. *All et Immun.* 1996; 18:29.
18. **Melo Rocha E, César Ramos JM, Ribeiro L** e col. Possibilités diagnostiques et thérapeutiques chez les enfants atteints de formes mineures d'allergie respiratoire. *Médec et Hygiène.* 1987; 45:1021.
19. **César-Ramos JM.** Management of "frequent episodic/persistent pediatric asthma". *Cad Immun Alerg Ped.* 1996; 11.1:21-29.
20. **Melo Rocha E.** Avaliação da eficácia da imunoterapia específica nove anos após o seu início em crianças asmáticas. *Cad Immun Alerg Ped.* 1992; 3:5-12.

* Os meus agradecimentos ao Prof. J.C. Trindade pelas pertinentes correcções e sugestões e pela paciente revisão deste artigo.

** Certos autores usam HIPERINSUFLAÇÃO em lugar de INSUFLAÇÃO. Este termo hiperinsuflação vem da escola anglo-saxónica, hyperinflation, mas trata-se de uma redundância, pois o termo correcto é INSUFLAÇÃO que já significa patológico, anormal, exagerado, "gas em excesso retido nos pulmões".