REV PORT I'NEUMOL Ill (I): 103-118

CURSO lNTERACTIVO

Asma bronquica
COORDENADOR

J. Agostinho Marques
EO I TOR

Renato Sono-Mayor
PROGRAMA DO CUR SO (1997)

I. INTRODUCAO (Janciro/Fcvereiro)
J. Agostinho Marques
II. EPIDEMIOLOGIA E ETIOLOGlA (Janciro/Fcvcrciro) Jose Alves

Il l. CLiNICA
Fernando Barata

IV. DIAGNOSTICO (Maio/Junho)
Alice Pcgo

V. TERAPEUTlCA NO AMBULATORlO (Julho/Agosto)
Maria Joao Valente

VI. TERAPEUTICA NA URGENClA (Sctembro/Outubro)
Joao

VIL EDUCACAO DO DOENTE ASMATICO (Novcmbro/Dczembro)
Aida Manique
NOTA: A acompanhar cada capitulo publicae-se-a urn teste de dirigido a medicos da Carreira de Clinica Geral. Cada questao admitc 5 hip6teses, devendo indicar-sc as verdadeiras (v) ou falsas (f) no local proprio. 0 Colega podera cnviar uma c6pia do teste, com as respectivas respostas c o scu nome, morada. local &e trabalho c telcfonc para a Sede da Socicdade Portugucsa de Pneumologia (Apartado 1147- 1053 Lisboa Codex), ao cuidado do Editor do Curso.
No final do Curso, que incluirci no total 6 testes, serao sortcadas, dentro dos Colegas mais bern classificados, 2 inscricOes, respectivo transportee alojamento para o Congresso Anual da American Thoracic Society (1998) e da European Respiratory Society (1998), c ainda urn espir6metro ponatil. por ofena da GlaxoWellcome.

L INTRODU<;AO

J. AGOSTINHO MARQUES

A asma bronquica e uma entidadc clinica tao banal
para OS mediCOS C para OS doentcs que faz do SCU

Rcccbido para 97.1.3

Janciro/Fcvereiro 1997

diagn6stico urn dos mais faceis de pratica clinica. Apcsar disso, como sc trata de urn sindromc simples no cruzamento.dc factores muito variados, tern sido muito dificil adoptar uma defmiyao concisa. A primeira dificuldade encontra-se na da palavra pelos docntcs. E vulgar a mac diz.er que o seu filbo tern tido bronquitc, cmbora insista que nao tern ainda asma. A palavra tern uma conotayiio negativa no publico que

Vol. Ill W l 103

REVlSTA PORTUGUESA DE PNEUMOLOGIA

compromete imediatamente a sua Os para obter a definicyao da asma levaram a vanas reunioes internacionais (Ciba Foundation Guest Symposium, 1959; American Thoracic Society, 1962; Medical Research Council, 1965; Ciba Foundation Study Group, 1971). Posterionnente foram introduzi-das na definicao inicial novos elementos descritivos

fomecidos pelo avanco dos conhecimentos, terminan-do com wna descrir;lio em vcz da desejada definir;lio. Uma das consequencias das dificuldades de dcfini-cao e a variacao dos indicadores epidemjol6gicos obtidos a partir do trabalho de investigadores diferen-tes. Quando sc fala de frequcncia da doenca na popu-pode exprimir-se a frcqucncia de diagn6sticos feitos pelo medico, a frequcncia dos casos de asma auto-declarados pclos doentes em inqucritos epidemio-16gicos ou a frcquencia de doentes a fazer tratamento antiasmatico. Ernbora possa parecer que se trata da mesma coisa, numerosissimos estudo:. revel am que sao 3 realidades corn expressao numcrica muito diferente. Em qualqucr destes casos restaria ainda saber se sc fala de docntes que tern ou tivcram asma alguma vez na vida (prevalcncia comulativa) ou de doemes com asma em algum momenta dos ultimos 12 mcses (prevalencia peri6dica) ou de asma no momemo do inquerito c/ou obscrvacao (prcvalcncia pontual). Estas diticuldadcs. ao impedirem compa'!lr resultados de estudos difcrcntes. tern impedido saber com seguranca sea asma csui a aumentar. como se afinna frequentc-mcntc, csta cstavcl ou a diminuir. Ern Portugal fizeram-sc varios cstudos cpidemiol6gicos, alguns de coopcrac;ao imemacional. Estes estudos apontam para val ores de prevalcncia da ordcm dos 5% - 6, 7% na populacao gcral. com valores de 3, I% na populac;ao com idades comprcendidas entre 20 c 44 anos. A mortalidade da asma, variavel de pais para pais c geralmente asccndcnte, teve urn comportamcnto descendcntc regular entre 1980 c 1991 · (numcros publicados por J. Alves e col.), continuando a dcsccr entre 1991 e 1995 (numeros nao publicados).
As primeiras definic;oes focaram o centro do problema na respirat6ria e na clinica corres-pondente. Neste sentido a asma era uma docn9a

104 Vol. Ill WI

respirat6ria caracterizada por varia9ao da resistencia das vias aereas. Clinicamentc era uma doenya caracte-rizada por pcriodos de dispneia paroxistica com cvoluc;ao para a cura, espontanea ou por efeito da terapeutica.
Esta conccpcao muito simples da asma conduziu a atcnc;ao eo interesse para os estudos de hiperreactivi-dade bronquica (HB). Quando se estimulam as vias aereas de individuos de uma grande populac;ao com a inalat;ao de urn agente irritante (Histamina, Metacoli-na) verifica-se que, para uma ccrta dose de estimula-c;ao o pacicntc responde com algum grau de broncos-pasmo. Os individuos que sofrem reduc;ao do VEMS superior a 20% dos valores iniciais com a inalac;ao de dose maxima de Metacolina, dizem-se com hiperreac-tividade (ou hipersensibilidade) bronquka. Este comportamcnto. contudo, aparecc distribuido na com relat;ao estreita com a asma mas nao sc
I he sobrepoc. Entre os individuos com HB, ha indivi-duos que nao retcrem asma, ha docntcs com bronquite cr6nka. sarcoidose e outras patologias, alem de individuos normais nas semanas scguintes a uma infecc;ao virica das vias aereas. No cxtremo oposto tern-sc encontrado alguns doentcs com asma que, num momento de acalmia, nao revelaram hiperreactividadc bronquica. Mais recentemente o uso da broncologia ern docntcs asmaticos com rccurso a bi6psias da mucosa bronquica tcm revelado inflamac;ao gcncrali-zada das vias aercas. Com esta evidcncia, o centro da atent;ao deslocou-se da HB para a inflarnac;ao, acresccntando-sc as dcfinicoes anteriores a indicac;ao de "docnca innamat6ria das vias aereas na qual intervem muitas cclulas, incluindo mast6citos e cosin6filos".
Como se veri fica, a asma e cntao caracterizada pcla clinica e explorac;ao funcional, recolhe a achcga parcial da HB e e-lhe introduzida a componente inflamat6ria. Desta descric;ao resultam factos impor-
tantes:

I) A epidemiologia tomou-se extremamente complexa porquc nao pode ser clararnente apresenta-das com todas as parcelas num inquerito epidemiol6-gico simples; 2) A terapeutica foi elegendo os antin-

Janeiro/Feverciro 1997

tlamat6rios como drogas basicas, a medida que o papel da era dcstacado. A experiencia confumou que, para fins medicos, o reconhecimento da importancia da inflama«;ao foi fundamental. A enfasc deixou de estar na alergia (com a sua conse-quencia, a terapeutica de lmunoterapia) para regressaT
ao conceito largo de respirat6rias inflamat6ri-
as, a par de muitas outras.

Asma extrinseca ou asma intrinseca

Na epoca em que a alergica de asma era dominante, reconhecia-sc que uma parte
dos doentes asmaticos rclacionavam claramente os agrovamentos da asma com a de aeroalergc-nos, tinham testes cutaneos positivos para um ou mais
alergenos e tinharn da TgE do soro. A estes
docntcs com atopia juntavarn-sc outros sem estes elementos laboratoriais que permitissem relaciona-los com mccanismos alergicos tipo I. A asma dos primei-ros chamava-se asma extrinseca cnquanto a dos segundos, se chamava asma intrinseca. A asma imrinseca e definida ncgativamente pela falta de evidcncia de uma causa alergica extema. Geralmente c uma asma tardia, mais grave, c muitas vezes acom-panhada a polipos nasais.
A dicotomia asma intrinseca versus asma extrinse-ca parece hoje exccssiva porque a da clinica com os factores precipitantcs das crises permitcm distinguir outras formas de asma, sendo a atopia apenas uma delas (ainda que muito importante). Por outro lado, os doentes agrupados sob a designa«;ao de asma intrinseca tem maior concentrar;:ao scrica de lgE total do que a populac;:ao gcral, sugerindo um grau intennedio de atopia.
Os doentes com asma at6pica sao seguramente o grupo mais numeroso. Os tactores causais sao identifi-
cados mais vezes na domestica por alergenos
de acaros Dermatophagoides pteronissinus e farinae. e menos vezes com alergeneos de baratas. Esta polui-«;ao intema, no nosso clima, c mais intensa na Prima-vera e no Outono por raz.Oes de humidade e temperatu-

Janc1ro/Fevereiro 1997

ASMA BRONQUICA

ra. Os alergenos do exterior sao habitualmente polens, com destaque muito especial das grarnineas. Nos casas de alcrgia isolada a gromineas, as queixas tern sazona-lidade precisa, correspondente aos periodos de polini-zac;iio; em muitos doentes coexistem alergias a mais de um alergeno, complicando muito a do seu papel. A asma extrinscca inicia-se prcferencial-mcnte na juventude, acompanhada muitas vezes de rinite sazonal ou peranual. Ncstes doentes e habitual a referencia a outras formas de alcrgia (eczema intantil, urticaria) na hist6ria pcssoal e de patotogia semelhante em farniliares pr6ximos. A propcnsao para produzir lgE com estimulos modcstos parece ser geneticamente dcterminada. A imunotcrapia da asma, cada vcz mais raramcntc indicada, destina-sc a docntcs seleccionados destc grupo. Apesar disso o csclarccimento preciso do perfil alergol6gico do docnte c fundamental para o scu aconsclhamento e eventual intervcncao sobre o micro-ambiente pcssoal.

Asma de exercicio

0 aparecimento de crises de asma e, com maior frcquencia, o aumento da resistencia das vias acrcas pode ser encontrado em todas as varicdades de asma. Tipicamente os estimulos neccssarios para despertar as crises sao esforr;:os mantidos entre 6 a l 0 mjnutos, scguidos de repouso. A pieira aparece de seguida, durante o repouso. Esforcos curtos intermitentcs ou de longa duracao (pro vas de fundo) nao provocam OS mcsmos ten6menos, por raz5es fisiol6gicas complexas. A asma de exercicio s6 raramente merece ser uma catcgoria separada de asma, scndo geralmente apenas uma caracteristica comum a outras. A sua importancia reside na necessidade de abordagem preventiva e terapeutica que permite a manutencao do estilo de vida pessoal sem limita«;oes, nomeadamente nos jovens.

Asma nocturna

A asma tern agravamento muito frequente durante

Vol. 111 N" I 105

REVISTA PORTUGUESA DE PNEUMOLOGIA

as primeiras horas da madrugada. E tambem neste periodo que ocorrem a maior parte dos 6bitos por asma. A cxplicar;ao deste fen6meoo foi procurada na exposir;ao nocturna a alergenos de acaros domcsticos, em reacyoes tardias a estimulos ocorridos durante o dia. Na realidade o ciclo circadiano faz com que durante as primeiras horas da madrugada ocorram fen6mcnos bioquimicos favorecedores dcste agrava-mento: baixa da concentrar;ao plasmatica do cortisol e da adrenalina e da histamina no mesmo periodo.
A sintornatologia notuma requere atenc,:ao na abordagem terapeutica dos doentes. A corticotcrapia inalat6ria cootrola geralmente a asma noctuma; se necessaria e altura de associar urn agonista P de longa de (salmeterol) ou mesmo uma xantina
oral de desagregayao lenta.

Asma associada a DPOC

Alguns doemcs com bronquite cr6nica manifestam da resistcncia das vias aereas. preenchendo
os criterios da dcfinic,:ao de asma mais primitivos (baseados apenas na funyao). Na realidade a clinica dcstes doentcs e dominada pcla tosse c
(bronquitc cr6nica) e, ao contrario dos asrnaticos, rcspondem muito rnenos aos broncodilatadorcs e cortic6ides.
Neste sentido sao doentcs com DPOC que revclam um componentc asmatiforrne mais ou menos saliente. Outros doentes. contudo, tern hist6ria de atopia e asma e desenvol vern uma componente de bronquite cr6nica, com tosse produtiva. Hade facto uma faixa de sobre-das 2 emidades que justifica a designacao
clinica de bronquire asmatiforme.

Outros factores desencadeantes

Muitos outros factores podem dcsencadcar as crises de asma. As viricas estao relacionadas com o aparecimento de asma na crianya e continuam

106 Vol. Ill WI

a ser desencadeantcs trequentes da asma em qualquer idade. As emoyoes, em particular as explosoes de riso, sao referidas frequcntemente pelos doentes como causadores do aparccimento de crises inesperadas. Os aminflamat6rios nao cster6ides (ArNE), em particular o acido acctilsalicilico, podem agravar a asma ou mcsmo ser agentcs (micas de asma. 0 mecanismo de agressao permanecc obscuro, mas parecc relacionar-se com o bloqucio de mctabolitos do acido araquid6nico. Outros farmacos de uso Corrente, como os bloqueadorcs p, devem ser evitados por se relacionarem regularrnente com broncopasmos.
A lista de factorcs descncadeantes c extensa e virtualmentc desconhccida em cada caso (Quadro 1). Em particular os adit.ivos e conservantes aJimentares (mctabissuliitos, tartrazina c outros) nao sao geral-mcntc identificaveis na cmbora possam ter urn papcl de relcvo na vida do doentc asmatico. A abordagem de cada doente obriga a considcrar toda a complcxidadc da asma, a partir do diagn6stico inicial muito simples. 0 esclarccimento c a forma de poder individualizar a e a tcrapeutica, de modo a dar-lhe uma qualidadc de vida nom1al, com rccurso a drogas muito pouco t6xicas e de administra-simples. Quando chega o momenta de prescrcver
a tcrapeutica, o medico recorrc a "Guidelines" publi-cadas em rcvistas intemacionais, claboradas por pcritos conhecidos e prestigiados. 0 cumprimento dcstas normas de tratamento, define o grau de cornpe-tencia dos medicos ncsta materia. sendo por isso urn dcver etico o seu conhecimento.
Em Portugal, a avaliar pclos doentcs que nos chcgam a consultas da cspccialidade e pclos numeros globais de vendas de farmacos antiasmaticos, a tera-peutica nao e correcta em inumeras situacyoes. A Sociedade Portuguesa de Pneumolog.ia projecta elaborar com outras entidadcs uma adaptacao das norrnas de tratamento para Portugal c para 1997 c tcntar faze-las chegar tao profundamente quanto possivel no seio da Clinica Geral, por depender deste grupo de medicos a qualidade da assistencia a genera-lidadc dos docntes asmaticos.

Janciro/Fevcreiro 1997

ASMA BRONQUlCA

QUADRO 1- FACfORES DE RISCO DA ASMA BR6NQU1CA

Predisponentes

Atopia
Sexo

Causa is

Alergenos domesticos
Alcrgcnos extcriorcs
Farmacos
Alergenos ocupa.cionais

11. EPIDEMIOLOGIA E ETlOLOGTA OA ASMA

JOSE ALVES•

INTROOU<;AO

A asma bronquica e uma muito fTcqucnte,
de gravidade varifwcl e que atinge todos os grupos etarios. Embora a mortalidade que provoca seja relati-vamentc baixa, assume valores dificilmente comprcen-

siveis ja que tern tratamento eficaz. A morbilidade e muito alta e contrariamente ao que seria de csperar aprcscnta tendencia crcscente. A prcvalencia c difcren-tc nos diversos grupos etarios, em diferentes popula-e varia, tambem, com os paises e mesmo com as regiOes. Esta tern sido aproveitada para estudar ou definir os factores envolvidos no apareci-mento das crises.

A asma bronquica tern resistido ao de uma definicao que sirva para fins clinicos, epidemio-16gicos e didacticos. Esta dificuldade toma-se particu-

• Professor Auxiliar Convidado da FMP
Assistente Hospitalar do IPO Porto

Rccebido para 97.1.6

Janciro/Fevereiro 1997

Adjuvantes

Baixo peso
Alimentavao

Tabaco

Desencadeantes

Alergenos

Exerclcio
H iperventilar;ao
Clima

so,
Ali;nentos. aditi-
vos,
Farmacos

De: MJ Marques Gomes e col .. 1996

larmcnte importame em epidemiologia, pois que na clinica e facil pcrccbcr quando estamos perante urn asmatico. Por outras palavras: o diagn6stico clinico c facil, o diagn6stico epidemiol6gico c sempre questio-navel. A dos factorcs etiol6gicos, sendo ditlcil, c dctcrminante para que a da asma seja possivel. Actualmente acredita-se que a asma c uma inflamat6ria e a dos factores que desencadeiam a infec9ao eo meio mais scguro, in6cuo c barato de resolver este problema de saude publica.
A epidemiologia, como ciencia que estuda uma popula9ao, e uma ajuda importantissima na
dos meios monet:\.rios, hurnanos e estruturais necessari-os para o tratamento de uma dcterminada patologia. Como nas outras tambem na asrna a epiderruo-logia clinica se tomou numa ferramenta fundamental. Ao avaliannos os parimetros epidemiol6gicos como a morbilidade, mortalidade ou prevalencia podemos melhorar a pratica medica, controlando os gastos e os resultados obtidos.

Vol. Ill WI 107