

ANAFILAXIA

**Francisca Sperb Indrusiak
Luciana Maria Berardi Cioffi
Luciano Passamani Diogo**

UNITERMOS

ANAFILAXIA/etiologia, ANAFILAXIA/diagnóstico, ANAFILAXIA/terapia, EPINEFRINA, REVISÃO.

KEYWORDS

ANAPHYLAXIS/etiology, ANAPHYLAXIS/diagnosis, ANAPHYLAXIS/therapy, EPINEPHRINE, REVIEW.

SUMÁRIO

O termo anafilaxia é amplamente utilizado para definir reações de hipersensibilidade graves e potencialmente fatais. As reações anafiláticas podem ser desencadeadas por diversos agentes etiológicos e apresentam sintomas de intensidade variável. A pronta suspeição e a conduta adequada, no atendimento de emergência, são imprescindíveis para a resolução favorável do quadro. Neste trabalho procuramos apresentar uma revisão atual sobre o diagnóstico e tratamento da anafilaxia, no contexto emergencial.

SUMMARY

Anaphylaxis is defined as a serious, potentially fatal life-threatening hypersensitivity reaction. Anaphylaxis may be triggered by multiple agents and present with mild to severe intensity of symptoms. Prompt diagnosis and adequate treatment are vital to the resolution of the anaphylaxis. Here the authors review diagnosis criteria and emergency treatment of anaphylaxis.

Definição

Anafilaxia é definida como uma reação alérgica sistêmica de instalação rápida.^{1,2} Ocorre através da mediação da imunoglobulina E (IgE), ou por ativação mastocitária direta. Ambos processos resultam na degranulação de mastócitos e basófilos, liberando mediadores inflamatórios que desencadeiam o quadro anafilático.³

Etiologia

- Alimentos: leite de vaca, clara de ovo, frutos do mar, legumes, frutas
- Picada de insetos (*Hymenoptera*): abelhas, vespas, formigas
- Medicamentos: AINEs, antibióticos (β -lactâmicos, cefalosporinas, carbapenêmicos)
- Látex
- Estímulos físicos: frio, exercício

Adaptado de: WAO Anaphylaxis Guidelines, 2011.¹

Diagnóstico

É principalmente clínico.⁵ Fatores de risco incluem atopia, doenças respiratórias ou cardiovasculares concomitantes, *stress* e mastocitose.^{1,2,4} Os sintomas iniciam-se de minutos a horas após a exposição ao agente desencadeante.^{1,2,4}

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DA ANAFILAXIA

1. Envolvimento da pele, mucosa ou ambos, mais um dos seguintes:

- A) comprometimento respiratório
- B) redução de PA ou sintomas de disfunção orgânica (hipotonia, síncope, incontinência)

2. Dois ou mais dos seguintes sintomas, após exposição a um alérgeno provável:

- A) envolvimento de pele e mucosas
- B) comprometimento respiratório
- C) redução de PA ou sintomas de disfunção orgânica
- D) sintomas gastrointestinais persistentes

3. Redução da PA após exposição a um alérgeno conhecido

- lactentes e crianças: PA sistólica baixa ou queda de > 30% da PAS
- adultos: PAS < 90 mmHg ou queda de > 30% da PAS basal

Adaptado de: WAO Anaphylaxis Guidelines, 2011.

SINAIS E SINTOMAS DA ANAFILAXIA

Pele e mucosa – 80-90%

- eritema localizado ou difuso, prurido, urticaria, angioedema, rash

Sistema Respiratório – 70%

- prurido e congestão nasal, espirros, prurido/aperto na garganta, disfonia, rouquidão, estridor, tosse, sibilância, dispnéia, broncoespasmo, redução do pico de fluxo expiratório

Trato Gastrointestinal – 30-40%

- náuseas, vômitos, cólicas e diarreia.

Sistema Cardioascular – 10-45%

- hipotensão com ou sem síncope, taquicardia e arritmia cardíaca

Sistema Nervoso Central – 10-15%

- cefaléia, crises convulsivas e alteração do estado mental

Adaptado de: *Anafilaxia – Diagnóstico, Projeto Diretrizes*, 2011.²

Tratamento

Havendo suspeita clínica, o tratamento da anafilaxia deve ser imediatamente estabelecido. A observação das medidas primárias de suporte à vida (ABCDE)⁵ e a administração de epinefrina constituem o cerne do manejo da anafilaxia.¹⁻⁴

ALGORITMO PARA O TRATAMENTO DA ANAFILAXIA

- ABCDE

- Simultaneamente:

1. Epinefrina IM: 0,3-0,5 mL de solução a 1:1.000 (1 mg/mL) no músculo vasto lateral

- reavaliar a cada 5 min e repetir SN
- EV: 1:10.000^a
- através de tubo orotraqueal: 1:10.000 diluído em 10 mL de SF 0,9%

2. Posicionar paciente em decúbito dorsal com as pernas elevadas^b

3. O₂ 100%: 6 – 8 L/min por máscara com reservatório ou tubo orotraqueal

4. Reposição rápida de volume: SF 0,9% 1 – 2 L em *bolus*

- 5 – 10 mL/kg em até 10 min; 10 mL/kg na criança^c

5. Monitorização: PA, frequência cardíaca, saturação (através da oximetria de pulso e ECG).

^aNa iminência/ocorrência de parada cardíaca é indicada administração EV em *bolus* de epinefrina.

^bPara manejo do choque distributivo.

^cCriança: pré-púbere de até 40kg, sem relação com idade.

MEDICAMENTOS

Epinefrina

- elevação da pressão arterial, desobstrução das vias aéreas superiores, diminuição do broncoespasmo, da urticária e do angioedema. (1, 3)
- efeitos adversos: palidez, tremores, palpitação e cefaléia. (1)

Oxigenoterapia

- como medida de suporte na disfunção respiratória ou durante administração de doses sucessivas de epinefrina. (1, 3, 4, 6)

Reposição de Volume

- orientada pela PA, função cardíaca e diurese. (1, 3, 4)

Medicações de Segunda Linha

- adjuvantes no tratamento da anafilaxia. Apresentam indicação controversa por não serem determinantes no tratamento. (6, 7, 8)
- antagonistas da histamina H1 e H2: controle de sintomas menores tais como eritema e cefaléia. (6)
- corticoesteróides: ação teórica de prevenção da apresentação bifásica da anafilaxia. Tal efeito nunca foi provado e não existem evidências justificando seu emprego. (2, 7)
- broncodilatadores (agonistas β_2): uso inalatório no tratamento da obstrução das vias aéreas inferiores. (6)

Glucagon

- ação crono e inotrópica
- indicado na ausência de resposta adequada à epinefrina em pacientes em uso de fármacos β -bloqueadores (maior risco de anafilaxia de difícil manejo. (1, 9)

Cenários Específicos

Anafilaxia na Anestesia

A apresentação clínica da anafilaxia durante a anestesia é variada. É importante notar que podem ocorrer apenas sintomas cardiovasculares (hipotensão, taquicardia ou bradicardia, arritmia, colapso vascular), sem sintomas cutâneos.^{2,3} O tempo decorrido entre a administração do agente etiológico e o início dos sintomas depende da via de administração (EV, cutânea, etc.) dos agentes indutores.³

Reação de Sensibilidade por Radiocontraste

Quando diagnosticada, deve-se proceder à imediata suspensão da administração do fármaco.¹ O uso de corticóides previamente à administração do agente é recomendado para pacientes com história prévia de reação por contraste, idade > 50 anos e doença renal ou cardiovascular.⁴

Anafilaxia Idiopática

Diagnóstico de exclusão caracterizado por episódios de anafilaxia sem a identificação do agente. Responde por um terço dos casos de anafilaxia.³ A investigação diagnóstica deve ser conduzida por um especialista.

Considerações Finais

A ocorrência da fase bifásica da anafilaxia, com recrudescimento dos sintomas após 1 – 8 h, afeta 23% dos adultos e 11% das crianças.¹ Portanto é indicada a observação do paciente, em pronto-atendimento, por até 6 horas após o início da crise.^{1,3} O uso de anti-histamínicos e corticoesteroides por via oral por 3 dias após a alta é recomendado.^{1,3}

A investigação posterior à resolução da anafilaxia através de testes de sensibilidade antígeno-específica auxiliam na definição dos agentes etiológicos, juntamente à história do paciente, possibilitando a adoção de condutas de prevenção.¹⁻³

Pacientes com anafilaxia idiopática ou alto risco de exposição (alimentos, picadas de insetos) devem ser orientados no uso de epinefrina auto-injetável.^{1,3}

REFERÊNCIAS

1. Simons FER, Arduso LRF, Bilò MB, et al. World Allergy Organization guidelines for the assessment and management of anaphylaxis. *World Allergy Organ J.* 2010;4:13-37.
2. Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia. Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Anafilaxia: diagnóstico [monografia na internet]. São Paulo: ASBAI; 2011. [capturado em 2012 Ago 08]. Disponível em: http://www.sbp.com.br/pdfs/Anafilaxia_Diagnostico_AMB_2011.pdf [Projeto Diretrizes]
3. Graysen M, Joo S, Castro M, et al. Allergy and immunology. In: Cooper DH, Kraink AJ, Reno HEL et al. *The Washington manual of medical therapeutics*. 32nd ed. St Louis: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p.290-313.
4. Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia. Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Anafilaxia: tratamento [monografia na internet]. São Paulo: ASBAI; 2011. [capturado em 2012 Ago 08]. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/diretrizes11/anafilaxia_tratamento.pdf [Projeto Diretrizes]
5. American College of Surgeons. Suporte avançado de vida no trauma para médicos: ATLS: manual do curso de alunos. 8ª.ed. Chicago: American College of Surgeons; 2008.
6. Sampson HA, Muñoz-Furlong A, Campbell RL, et al. Second symposium on the definition and management of anaphylaxis: summary report: Second National Institute of Allergy and Infectious Disease/Food Allergy and Anaphylaxis Network Symposium. *J Allergy Clin Immunol.* 2006;117:391-7.

7. Choo KJL, Simons FER, Sheikh A. Glucocorticoids for the treatment of anaphylaxis. Cochrane Database of Syst Rev 2009;1:CD007596.
8. Sheikh A, Ten Broek V, Brown SGA, et al. H1-antihistamines for the treatment of anaphylaxis: Cochrane systematic review. Allergy. 2007;62:830-7.
9. Thomas M, Crawford I. Best evidence topic report. Glucagon infusion in refractory anaphylactic shock in patients on beta-blockers. Emerg Med J. 2005;22:272-3.