

Diagnóstico diferencial da asma na criança

Differential diagnosis in children's asthma

Sérgio Peregrino*

*"Nem tudo o que sibila é asma"
(Chevalier / Jackson)*

RESUMO

A doença do trato respiratório acompanhada de sibilo ocorre em cerca de 1/3 das crianças de até 3 anos de idade. No entanto, apenas 33% delas apresentarão asma no futuro. Assim, outras causas de sibilo devem ser pesquisadas. O autor faz uma breve revisão destas possíveis causas de broncoespasmo nas crianças.

ABSTRACT

The respiratory disease that happens with wheezing is seen in 1/3 of children under 3 years old. Among these, only 33% will have asthma in the future. Other causes of wheezing should be investigated. The author does a brief review of these causes of bronchospasm in children.

Palavras-chaves: sibilos, asma, diagnóstico diferencial.

Key-words: wheezing, asthma, differential diagnosis.

A doença do trato respiratório, acompanhada de sibilo, acomete um terço de todas as crianças nos três primeiros anos de vida, porém somente 33% destas desenvolverão quadros de asma a posteriori.

A fisiopatologia do sibilo se apóia no broncoespasmo, edema e secreções retidas, um exacerbando a intensidade do outro em um círculo vicioso. Os efeitos desta tríade independem da

idade do paciente pediátrico. No entanto, quanto mais jovem, mais grave e intenso o quadro, devido a diferenças anatômicas (calibre dos brônquios, inserção do diafragma, arcos costais mais facilmente deformáveis, menor número de poros de Khon e canais de Lambert) responsáveis por alterações funcionais, principalmente caracterizadas por aumento da resistência e facilitação de atelectasias.

*Professor Adjunto de Pediatria - UNIRIO / Setor Pneumologia Pediátrica.

Correspondência: H.U.G.G. / UNIRIO - Universidade do Rio de Janeiro - Rua Mariz e Barros, 775 - Tijuca.

Artigo recebido para publicação no dia 13/12/2000 e aceito no dia 06/02/2001, após revisão.

As doenças do trato respiratório acompanhadas de sibilos – sejam ou não asma – têm em comum o desconforto respiratório além do sibilos. Uma correlação entre elas não encontra apoio científico defensável, há fatores de risco comuns a ambas. As crises de sibilos recorrentes no primeiro ano de vida são mais provavelmente devidas a deficiências na função pulmonar provocada pelo consumo de cigarro durante a gestação e ao edema de mucosa agravado pela presença de secreções brônquicas do que devido à broncoconstrição.

O tabagismo durante a gestação, as infecções virais, a exposição passiva à fumaça do cigarro do guardião, a superpopulação associada às condições adversas de moradia, o padrão sócioeconômico aparecem como os principais fatores exógenos, enquanto o sexo (maior risco para o sexo masculino), a herança genética, patologias por intercorrências perinatais representam os principais fatores endógenos, responsáveis pelo aparecimento de doença sibilante na criança.

Algumas crianças podem ainda apresentar comorbidade em suas crises de sibilância, como asmáticas ou mucoviscidóticas que possam ser portadores de refluxo gastroesofágico

I) entre as causas que merecem citação no diagnóstico diferencial da asma na criança devem ser aventadas:

»» **A= Causas alérgicas**

- A1 Alergia ao leite de vaca
- A2 Alveolite extrínseca alérgica
- A3 Aspergilose broncopulmonar

»» **B- Causas infecciosas**

- B1. Bronquiolite
- B2. Laringites

»» **C= Causas anatômicas**

- C1. Refluxo gastroesofágico
- C2. Fístulas traqueoesofágicas
- C3. Anomalias vasculares
- C4. Massas mediastínicas

»» **D= Causas adquiridas**

- D1. Aspiração de corpo estranho
- D2. Displasia broncopulmonar

»» **E= Causas genético-metabólicas**

- E1. Deficiência de alfa-1-antitripsina
- E2. Imunodeficiência
- E3. Mucoviscidose
- E4. Discinesia ciliar

Alergia a leite de vaca

Envolvendo, provavelmente, atuação de imunocomplexos, com a participação de anticorpos IgG e IgE. Apresenta-se com anemia ferropriva, tosse crônica, sibilância mantida, podendo ocorrer surtos de agudização com cianose, choque e hemoptise, testes cutâneos com antígenos alimentares podem revelar a presença de anticorpos IgE contra o antígeno-teste. O desaparecimento dos sintomas, 7 a 10 dias após a retirada do leite e o retorno dos sintomas com sua reintrodução, são de alta relevância para o diagnóstico.

Alveolite extrínseca alérgica

Processo inflamatório imunologicamente induzido, resultante da aspiração de poeiras orgânicas e outros agentes (corantes) por hospedeiro suscetível. Oscila desde a forma aguda intermitente até a insidiosa crônica. Após exposição ao desencadeante, a criança pode apresentar febre, tosse, mal estar, crepitações e base e leucocitose. A história, o quadro sugestivo e a pesquisa de precipitinas séricas contra os agentes suspeitados, acompanhados de padrão restritivo nas provas de função pulmonar são indicativos do diagnóstico.

Aspergilose broncopulmonar alérgica (ABPA)

Representa um grupo de doenças causadas pela colonização pulmonar de fungos do gênero *Aspergillus*. A ABPA é suspeitada em crianças que apresentem nível sérico extremamente elevado de IgE, portadoras de quadros de início agudo associando tosse, sibilância e febre baixa. A presença de precipitinas específicas no soro é sugestiva. IgE específica em níveis elevados (>100ng/dl) e índice IgE/IgG maior que 2 são definitivos.

Bronquiolite

É um dos principais problemas de diagnóstico diferencial, principalmente nos dois primeiros anos de vida. O principal agente etiológico é o vírus sincicial respiratório, responsável por surtos epidêmicos no final do inverno. Pode ser, ocasionalmente, causada pelo adenovírus, outras víruses, clamídia. O quadro mais incidente, no primeiro ano de vida, associa a sazonalidade ao desconforto respiratório, sibilância, crepitações inspiratórias finas e hiperinsuflação aos Rx. Sibilância pode persistir durante algum tempo após um episódio de bronquiolite. Algumas pesquisas demonstram ser a

bronquiolite mais incidente em crianças descendentes de pais alérgicos, enquanto outros trabalhos relacionam maior incidência (33%) de asmáticos em crianças que apresentaram bronquiolite.

Aspiração de corpo estranho

A sintomatologia depende do grau de obstrução e do tempo decorrido entre a aspiração e o atendimento médico. O relato clássico é a crise, o engasgo com tosse e intenso e súbito desconforto respiratório. O sibilo é unilateral e localizado. Os achados radiológicos vão dependendo do tamanho do corpo estranho, se ele é rádio-opaco ou não, e o tempo decorrido entre aspiração e a exposição aos Rx.

Dispasia broncopulmonar

A sibilância e os estertores podem acompanhar a tosse nos prematuros ou recém-nascidos com imaturidade pulmonar submetidos à respiração mecânica. A investigação inclui gasometria arterial eletro e ecocardiograma. Os Rx são sugestivos.

Fístula traqueoesofageana em H

Formação infreqüente na qual a fístula não se acompanha de atresia esofágica. É comum a recorrência de pneumonias por aspiração associadas à sibilância. Malformações cardíacas devem ser pesquisadas. O videoesofagograma está indicado.

Anomalias vasculares

Malformações congênitas do arco aórtico e seus ramos principais resultam na formação de anéis vasculares envolvendo traquéia e esôfago em variados graus de compressão. A sibilância tende a ser crônica agravando-se com alimentação, choro ou flexão do pescoço. Esôfago contrastado e aortografia identificam a anomalia. Ecocardiograma bidimensional ou angiografia durante cateterismo cardíaco também podem ser usados no diagnóstico.

Refluxo gastroesofageano

Se o esfíncter inferior do esôfago é incompetente ou há comprometimento da motilidade do "fundus" gástrico, um importante refluxo passivo pode ser causa de sibilância, quer pela aspiração de material regurgitado, quer pela acidificação do terço inferior do esôfago que leva à hiperreatividade brônquica por via vagal. A tosse e o sibilo ainda podem ser o resultado de aspiração causada por incoordenação motora na deglutição. O esofagograma baritado, que pode em seu início analisar a coordenação da deglutição (de-

glutograma) e, mais precisamente, a pH metria esofágica são indicados no estudo dos problemas respiratórios causados por síndrome aspirativa.

Massas mediastínicas

A sibilância se acompanha de tosse, dispnéia, infecções respiratórias recorrentes, disfagia e dor torácica. Radiografia convencional e tomografia computadorizada são usadas no diagnóstico. Somente em raras ocasiões, há indícios específicos para que o diagnóstico tissular prescindida de conduta invasiva.

Dificiência de IgA

A ausência isolada ou nível baixo de IgA sérica ou secretora é distúrbio bem definido, caracterizado por infecções respiratórias (com sibilância), gastrointestinal e urogenital).

Deficiência de subclasses de IgG

A deficiência de uma ou mais subclasses de IgG ocasiona, com gravidade variável, doenças sinopulmonares, osteomielite, piodermite.

Deficiência de alfa-1/ antitripsina

Há sibilos severos e persistentes acompanhados de deformidade torácica e baqueteamento digital. É doença genética autossômica recessiva de baixa prevalência, é improvável como causa de sibilância que inicia antes do 4º ano de vida. A eletroforese de proteína apresentando baixa da fração alfa₁ da globulina e a dosagem específica de alfa₁ antitripsina são esclarecedoras.

Mucoviscidose

Distúrbio multissistêmico hereditário responsável pela precocidade de problemas pulmonares com tosse, sibilância, pneumonias de repetição, diarreia e déficit no ganho ponderoestatural.

O diagnóstico é feito pelo teste, determinando aumento do nível de cloreto no suor induzido pela iontoforese com pilocarpina.

Discinesia mucociliar

Doença hereditária, provavelmente autossômica recessiva, caracterizada pela alteração da motilidade ciliar, que pode estar ausente ou incoordenada, comprometendo a limpeza mucociliar e facilitando infecções pulmonares de repetição, sibilância, tosse crônica, otite média aguda ou otite serosa crônica.

Nas radiografias, são freqüentes o envolvimento dos seios da face, hiperinsuflação pulmonar,

bronquectasias e atelectasias. Há dextrocardia em metade dos casos. O padrão ouro é a microscopia eletrônica detectando defeitos no braço curto da dineína.

Em crianças cooperativas, pode ser tentado o teste da sacarina, colocada na concha nasal anterior.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-Martinez FD, Whright AI, Taussig LM, Holberg CJ, Morgan WJ. Asthma and wheezing in the first six years of life. *N Engl J, Med* 1995; 332(3): 133-138.
- 2-Yoting S, Sherrill LD, Arnot J, Dievepen D, Le Sowel PN, Landau LI. Parental factors affecting respiratory function during the first year of life. *Pediat. Pulmonal.* 2000; 29: 331-340.
- 3-Horwood LJ, Ferguson DM, Shannon FF. Social and familial factors in the development of early childhood asthma. *Pediatrics* 1985; 75: 859-868.
- 4-Jager JB, Hanrahan JP, Tosteson TD, et al. Lung function pre and post-nasal smoke exposure and wheezing in the first year of life. *Am Rev Resp Dis* 1993; 147: 811-817.
- 5- Dolds, Wysl M, von Martins E, Reitineir P, Seipel E. Genetic Risk of asthma, allergic Rhinitis and atopic dermatitis. *Arch Dis Child* 1992; 67: 1018-1022.
- 6- Michel FB, Bonsquel J, Grelilier P, Robinel Levy N, Conloma J. Comparison of cord blood immunoglobulin E concentrations and maternal allergy for the prediction of atopic disease in early infancy. *Allergy* 1998; 43: 241-251.■

V i s i t e



A Sociedade de Pneumologia e
Tisiologia do Estado do
Rio de Janeiro na internet.

www.sopterj.com.br



Luiza, 3 anos, diagnosticada aos 2 anos de idade.

Ela é um docinho.
Mas o seu suor é salgado.

Reza a lenda que, ao serem beijadas na fronte, as crianças que apresentassem sabor salgado morreriam precocemente. Tais crianças eram consideradas amaldiçoadas ou enfeitiçadas. Na França, Alemanha e Inglaterra não podiam ser batizadas. Mas isso foi há muito tempo. Felizmente, hoje, a história é outra. A ABRAM (Associação Brasileira de Assistência à Mucoviscidose) resolveu lembrar você não só para beijar a testa das crianças, mas para beijar uma causa mais importante: a vida delas. Porque a Fibrose Cística, conhecida como Grande Simuladora, é uma doença genética grave que, quando diagnosticada a tempo pelo Teste do Suor, pode ser tratada, melhorando a qualidade de vida da criança. No Brasil, existem cerca de 13 mil portadores de Fibrose Cística, mas apenas 1500 são tratados. Por isso, ao diagnosticar os sintomas típicos da doença, como diarreia crônica, desnutrição e infecções pulmonares, procure o apoio dos Centros de Referência que serão divulgados em clínicas, postos de saúde e hospitais de todo o País. Ou ligue para a ABRAM: (41) 224-0897. O tratamento é gratuito. Com certeza, sua atitude vai ser tão doce quanto um beijinho de criança.

FIBROSE CÍSTICA (MUCOVISCIDOSE)

ESSA DOENÇA EXISTE, É GRAVE E DEVE SER URGENTEMENTE DIAGNOSTICADA.



www.fibrose-cistica.com.br
abram@fibrose-cistica.com.br



Fibrose Cística.
Diagnosticar é
o primeiro passo.