
Sobre a falta de imunoglobulina humana

Arq Asma Alerg Imunol. 2019;3(3):322-3.
<http://dx.doi.org/10.5935/2526-5393.20190044>

Prezado Editor,

A imunoglobulina humana (IG) é obtida por meio do fracionamento de proteínas plasmáticas e submetida a várias etapas de processamento para purificação e estabilização. Trata-se de produto não genérico e disponível em diversas apresentações comerciais. Novos produtos têm sido lançados no mercado, mas a demanda por IG é crescente no mundo inteiro devido ao aumento no diagnóstico de erros inatos da imunidade, bem como pela ampliação da lista de indicações para seu uso. O registro da Sociedade Latino Americana de Imunodeficiências (LASID) identificou um aumento de 300% no consumo de IG no Brasil nos últimos anos¹.

Em agosto desse ano, a *Food and Drug Administration* (FDA) publicou nota sobre a escassez de IG nos EUA, na qual cita motivos para essa falta, assim como medidas tomadas para lidar com esse problema. Uma das medidas que merece destaque é a de priorizar alguns pacientes, procurando tomar decisões baseadas em evidências científicas para a indicação do uso de IG².

Há diversos problemas que podem ocorrer referentes aos fabricantes, distribuidoras, sistemas de compra e de estoque em farmácias especializadas, mas a principal dificuldade no mundo todo se refere à manutenção de uma captação de plasma que acompanhe a crescente demanda pelo produto³.

A situação no Brasil é ainda mais dramática. A Hemobrás foi criada em 2004 como a empresa brasileira responsável pela captação e processamento de plasma excedente do uso de derivados do sangue total. Esse processamento sempre se deu de forma restrita, pois nem todos os possíveis derivados do plasma eram produzidos pela empresa. A imunoglobulina, por exem-

plo, não o era. Em parte, isso se deve ao fato de que a construção da fábrica que permitiria o processamento desse plasma em Goiana (PE) ainda não está concluída. A obra iniciou-se em 2010 e foi interrompida em 2017, quando o Ministério da Saúde publicou uma Portaria que retirava da Hemobrás a permissão para processar o plasma captado, tendo essa empresa passado apenas a estocar o material. Não houve, desde então, contratação de nenhuma outra empresa para processar o plasma que, sem destino, passou a ser incinerado por vários hemocentros no país. Recentemente, em maio de 2019, representantes do Ministério Público Federal (MPF) e da Hemobrás tentaram, sem sucesso, resolver o impasse com o Ministro da Saúde⁴.

O tema tem aparecido na imprensa digital e escrita nacional, e temos notícias de que a empresa está na lista daquelas a serem privatizadas, mas o fato é que ainda não temos no Brasil um adequado sistema de captação e processamento de plasma para a produção de imunoglobulina e de muitos outros produtos hemoderivados, tais como albumina, fator VIII, fator IX e inibidor de C1 esterase (produto também bastante relevante para nossa especialidade).

O mais preocupante é que esse produto de enorme valor material e para a saúde de milhões de brasileiros é desperdiçado, e não temos perspectivas de quando o problema será resolvido. Considerando que as empresas que produzem esses compostos derivados do plasma devem fornecer primeiramente aos países de onde partem as doações, é possível entender por que necessitamos urgentemente aprimorar o sistema de captação e concluir e ampliar instalações para o processamento do plasma excedente do uso do sangue total doado, assim como introduzir no país um sistema de captação direta apenas de plasma, utilizando tecnologia diferenciada.

Enquanto isso não está disponível, consideramos que cabe ao especialista em alergia e imunologia, que acompanha pacientes com erros inatos da imunidade, dependentes desses produtos para se manterem vivos e saudáveis, procurar permanecer atualizado sobre o uso da IG, assim como procurar alertar e orientar colegas de outras especialidades acerca da escassez do produto e das indicações aprovadas em doses e esquemas apropriados.

Referências

1. Latin American Society for Immunodeficiencies - LASID Registry [Internet]. Disponível em: <https://lasidregistry.org/> .
2. U.S.Food & Drug Administration. Information About Immune Globulin (Human) Product Shortage [Internet]. Disponível em: <https://www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/safety-availability-biologics/information-about-immune-globulin-human-product-shortage> .
3. Immune Deficiency Foundation. Immunoglobulin Product Availability Issues: The Sky Is Not Falling but the World Needs More Plasma. [Internet]. Disponível em: <https://www.primaryimmune.org/news/ig-availability-issues> .
4. Formenti L. O impasse na saúde leva Estados a descartarem plasma. O Estado de S. Paulo. Disponível em: <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,estatal-do-sangue-tem-impasse-e-prejuizos,70002826100> .

Não foram declarados conflitos de interesse associados à publicação desta carta.

Departamento Científico de Imunodeficiências da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia - ASBAI

Almerinda Maria Rego Silva
Anete Sevciovic Grumach
Antonio Condino Neto
Carolina Cardoso de Mello Prando
Carolina Sanchez Aranda
Cristina Maria Kokron
Ekaterini Simões Goudouris
Fernanda Mariz
Gesmar Rodrigues Silva Segundo
Mayra de Barros Dorna
Wilma Carvalho Neves Forte
Helena Fleck Velasco

Correspondência:
Gesmar Rodrigues Silva Segundo
E-mail: gesmar2@gmail.com

Successful perioperative care in systemic mastocytosis

Arq Asma Alerg Imunol. 2019;3(3):323-4.
<http://dx.doi.org/10.5935/2526-5393.20190045>

Dear Editor,

Systemic mastocytosis is a rare condition. The rate of immediate reactions related to anesthesia and surgery in patients with mastocytosis is only 0.4%.¹ The physiological stress of surgical procedures and the use of anesthetic and analgesic agents may be triggers of acute hypersensitivity

reactions in this condition. Patients with mastocytosis require careful surgical management, especially when general anesthesia is contemplated.²⁻⁵ We present a successful case in which intensive perioperative care was applied.

A 35-year-old Caucasian woman presented with a long history of indolent systemic mastocytosis and diffuse urticaria pigmentosa (Figure 1). She had elevated serum tryptase of 35.6 ng/mL (normal value: <11.4 ng/mL). Her blood KIT D816V mutation was negative. Past medical history included several episodes of perioral angioedema involving the lips and right nephrectomy for hypernephroma, which was considered cured with normal renal function. She had never experienced anaphylaxis. She had concomitant ulcerative colitis well controlled with once daily oral mesalamine (1200mg). About 5 years earlier, she had undergone an uneventful cesarean section with spinal anesthesia. Her mastocytosis was well controlled with daily oral medications: 20mg cetirizine, 300mg ranitidine, 10mg montelukast, 800mg cromolyn sodium, and 2mg ketotifen. She had also been prescribed 0.3mg epinephrine autoinjector (EpiPen), which she never used, and prednisone 20mg tablets as needed for angioedema. She also presented with rectus abdominis diastasis secondary to previous surgical procedures. This complication led to persistent abdominal wall pain that greatly disrupted her quality of life. The patient underwent a successful corrective plastic surgery with general



Figure 1
Urticaria pigmentosa in systemic mastocytosis