

Recomendamos aos médicos alergistas:

- manter o tratamento com omalizumabe na dose recomendada em bula (300 mg a cada 4 semanas), para os pacientes portadores de urticária crônica espontânea não responsivos às doses otimizadas de anti-histamínicos H1 de segunda geração;
- orientar seus pacientes com urticária crônica espontânea em uso de omalizumabe a comunicar-se imediatamente com o seu médico se apresentarem febre. A princípio não sugerimos a retirada do omalizumabe;
- caberá ao médico responsável avaliar sobre a retirada do omalizumabe em casos de agravamento do quadro clínico da infecção COVID-19.

Estamos acompanhando de perto as informações sobre a COVID-19 em pacientes com urticária crônica espontânea em uso de omalizumabe. Quaisquer alterações a estas recomendações serão imediatamente divulgadas.

São Paulo, 19 de março de 2020.

Referências

1. Qin C, Zhou L, Hu Z, et al. Dysregulation of immune response in patients with COVID-19 in Wuhan, China [published online ahead of print, 2020 Mar 12]. *Clin Infect Dis*. 2020; ciaa248. doi: 10.1093/cid/ciaa248.
2. Zuberbier T, Aberer W, Asero R, Abdul Latiff AH, Baker D, Ballmer-Weber B, et al. The EAACI/GA²LEN/EDF/WAO Guideline for the Definition, Classification, Diagnosis and Management of Urticaria. The 2017 Revision and Update. *Allergy*. 2018;73:1393-414.
3. www.who.int/ [site da Internet]. Acesso em: 19.03.2020.

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

Departamento Científico de Urticária da ASBAI:

Luís Felipe Ensina
Alfeu Tavares França
Gabriela Andrade Coelho Dias
Janaína Michelle Lima Melo
Leila Vieira B. T. Neves
Rosana Câmara Agondi
Solange O. R. Valle
Régis A. Campos

Rede Urticária Brasil (RUBRA):

Roberta F. Criado
L. Karla Arruda
Régis A. Campos
Rosana Câmara Agondi
Solange O. R. Valle
Luís Felipe Ensina

Medicações de uso contínuo na pandemia COVID-19

Arq Asma Alerg Imunol. 2020;4(1):137-8.

<http://dx.doi.org/10.5935/2526-5393.20200017>

A Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19) como uma pandemia, sendo confirmados mais de 697 mil casos até 30 de março de 2020, com mais de 33 mil mortes¹.

Na mesma data, o Ministério da Saúde do Brasil registrava 4.256 casos confirmados, com 136 óbitos².

Além da rápida disseminação desse novo vírus e o potencial de letalidade, parece claro que idade avançada e comorbidades cardiovasculares e respiratórias são fatores de risco para maior gravidade. Além disso, a segurança e eficácia de algumas medicações largamente utilizadas na prática clínica vêm sendo questionadas nos pacientes vítimas da COVID-19, como os corticosteroides, imunossupressores e os inibidores da enzima conversora de angiotensina (ECA). Nesse contexto, os alergistas e imunologistas clínicos de todo o mundo acabam por se deparar com seus pacientes em uso de medicações dessas classes e surge a grande dúvida: o que fazer nos pacientes de alto risco para essa nova infecção ou naqueles que já estão infectados?

Embora os inibidores da ECA (IECA) e até os bloqueadores do receptor da angiotensina (BRA) não costumem ser medicamentos do escopo primário de tratamento das doenças alérgicas, são drogas largamente utilizadas no tratamento de doenças cardiovasculares (CV). É sabido que o coronavírus utiliza o receptor ECA-2 para adentrar as células, causando uma *downregulation* desse receptor. Por outro lado, os IECA e os BRA são descritos como possíveis causadores de *upregulation* do ECA-2 e, por esse motivo, seu uso poderia facilitar a entrada viral nas células³.

Contudo, o impacto clínico dessas variações não é conhecido. Além disso, a retirada ou substituição dos IECA ou BRA por drogas de outras classes pode levar a danos cardiovasculares de alto risco⁴. Assim, a recomendação atual da Sociedade Brasileira de Cardiologia é de avaliação individualizada e muito cautelosa, evitando retirar essas medicações em pacientes de alto risco CV⁵.

Quanto aos corticosteroides, são drogas amplamente utilizadas ambulatorialmente e em pacientes graves

