

Sibilância recorrente no lactente: a ciência em cima do muro

Herberto José Chong Neto¹

O desenvolvimento de instrumentos validados e padronizados auxiliou o conhecimento da epidemiologia das doenças alérgicas na maioria dos grupos etários. Na investigação epidemiológica da asma, em especial nas crianças em idade escolar e nos adolescentes, o *International Study of Asthma and Allergies in Childhood* (ISAAC) evidenciou ampla variação na prevalência da doença em todo o mundo¹.

Recentemente, a iniciativa EISL (*Estudio Internacional de Sibilancias en Lactantes*) identificou em centros da América Latina e Europa que metade dos lactentes apresentou pelo menos um episódio de sibilância no primeiro ano de vida e um quarto o fez de maneira recorrente (3 ou mais episódios), e assim como na asma, não houve aumento após cinco anos da primeira avaliação^{2,3}. Da mesma forma identificou-se que os fatores de risco para sibilância recorrente são semelhantes aos que promovem asma^{4,5}.

O sinal inespecífico mais comum da asma, a sibilância, dá nome à classificação fenotípica utilizada há quase duas décadas⁶. A ausência de marcadores mais sensíveis dificultam o diagnóstico de asma na tenra idade. Ferramentas como o Índice Preditivo para Asma (IPA), que reúne um conjunto de informações familiares e do indivíduo, podem prever se a criança continuará sibilando em longo prazo⁷.

No artigo de Freire e colaboradores publicado neste número, observou-se em um serviço especializado e de referência que mais de 80% dos lactentes apresentaram sintomas antes do primeiro ano de vida, com início aos 6 meses⁸. O acesso ao serviço de referência ocorreu em média 12 meses após o início dos sintomas, o que retardou o diagnóstico e, conseqüentemente, o tratamento.

Nesta avaliação verificou-se que 93% dos lactentes apresentaram mais de três episódios de sibilos no momento da primeira consulta, 63% apresentaram IPA positivo, e 44% já haviam sido internados por problemas respiratórios, demonstrando que a grande frequência de sintomas e sua gravidade associada à presença de um

marcador nos aproxima do diagnóstico de asma, mas como concluíram os autores, os resultados foram aquém do esperado, evidenciando a limitação do uso desta ferramenta para nossa população no curto e médio prazo, pois há necessidade de verificar a validade deste instrumento para população brasileira.

Se o diagnóstico é difícil, com o tratamento não é diferente, onde os corticosteroides são o tratamento mais efetivo para asma em pré-escolares, porém o seu uso é controverso⁹. Temos discutido que a disponibilização do tratamento da asma na rede pública pode facilitar o abuso, e insistimos que o rótulo de asma para sibilância induzida exclusivamente por infecção viral respiratória é excessivo e leva por sua vez ao inadequado emprego de corticosteroides. O reverso também é verdadeiro: crianças com asma clinicamente estabelecida não são diagnosticadas como tal e, conseqüentemente, o tratamento não é adequado¹⁰.

No estudo de Freire e colaboradores⁸, observou-se que ao final do seguimento houve aumento no uso de medicações de alívio e redução nos fármacos de controle, o que reflete o manejo adequado e a melhora no quadro clínico destes lactentes. Em Curitiba, chamou a atenção o fato da prevalência de sibilância recorrente ter se mantido estável e a morbidade da doença ter reduzido³. Coincidentemente, observou-se que o número de indivíduos tratados com medicações antiasmáticas aumentou, porém pelo tipo de estudo as conclusões são limitadas⁹.

Até o presente momento, não parece que apenas as dificuldades de quem usa o sistema público de saúde sejam as responsáveis pelo retardo no diagnóstico, mas também a necessidade de desenvolver estudos com metodologia robusta e diretrizes mais contundentes para auxiliar o diagnóstico, tratamento e encaminhamento precoce destas crianças ao especialista, bem como aumentar o número de centros capacitados e especializados no atendimento da asma nesta faixa etária.

1. Professor de Medicina da Universidade Positivo. Pós-doutor em Saúde da Criança e do Adolescente, Universidade Federal do Paraná (UFPR). Pesquisador Associado do Serviço de Alergia e Imunologia do Hospital de Clínicas, UFPR.

Referências

1. Asher MI, Montefort S, Björkstén B, Lai CKW, Strachan DP, Weiland CK, et al. Worldwide time trends in the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and eczema in childhood: ISAAC Phases One and Three repeat multicountry cross-sectional surveys. *Lancet* 2006;368:733-43.
2. Mallo J, García-Marcos L, Solé D, Brand P, EISL Study Group. International prevalence of recurrent wheezing during the first year of life: variability, treatment patterns and use of health resources. *Thorax* 2010;65:1004-9.
3. Chong Neto HJ, Rosario NA, Grasselli EA, Silva FC, Bojarski LFM, Rosario CS, et al. Recurrent wheezing in infancy: epidemiological changes. *J Pediatr (Rio J)* 2011;87:547-50.
4. Chong Neto HJ, Rosario N, Solé D, Mallo J. Associated factors for recurrent wheezing in infancy. *Allergy* 2010;65:406-7.
5. Dela Bianca A, Wandalsen G, Mallo J, Solé D. Risk factors for wheezing disorders in infants in the first year of life living in São Paulo, Brazil. *J Tropic Pediatr* 2012;in press.
6. Stein RT, Holberg CJ, Morgan WJ, Wright AL, Lombardi E, Taussig LM, et al. Peak flow variability, methacholine responsiveness and atopy as markers for detecting different wheezing phenotypes in childhood. *Thorax* 1997;52:946-52.
7. Castro-Rodriguez JA, Holberg CJ, Wright AL, Martinez FD. A clinical index to define risk of asthma in young children with recurrent wheezing. *Am J Respir Crit Care Med* 2000;162(4 Pt1):1403-6.
8. Freire FA, Junior MFS, Wandalsen GF, Malozzi MC, Solé D. Perfil de lactentes sibilantes acompanhados em serviço de referência: avaliação de dez anos. *Rev bras alerg imunopatol* 2012;35:71-7.
9. Chong Neto HJ, Rosario NA, Grasselli EA, Silva FC, Bojarski LFM, Rosario CS, et al. Fármacos para asma na sibilância recorrente em lactentes: "primum non nocere"? *Rev bras alerg imunopatol* 2011;34:263-4.
10. Chong Neto HJ, Rosário NA. Are oral corticosteroids been used excessively in the treatment of wheezing in infants? *J Bras Pneumol* 2011;37:133-4.