

CRISE DE BRONCOESPASMO EM ADOLESCENTE QUE NUNCA HAVIA SIBILADO RELATO DE CASO

Palavras-chave: dispneia, corona vírus, bronquite, espasmo brônquico.

LARISSA, M.F.; LAURA, G.P.; BRÍGIDA, M.N.¹; DI FRANCA, T.Z.M.M.²

¹ACADÊMICAS DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS ²MÉDICO GRADUADO PELA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, RESIDENTE DE PEDIATRIA SANTA CASA BH.

E-mail para contato: simplifica.ped@gmail.com

INTRODUÇÃO

O ano de 2020 ficou marcado mundialmente pela repercussão da COVID-19. Seus principais sintomas incluem: dispneia, esforço respiratório, baixa saturação de oxigênio, tosse e espirros. Contudo, nem todos os pacientes que chegam ao pronto atendimento (PA) com sintomas semelhantes terão o mesmo diagnóstico. É importante se atentar para diagnósticos diferenciais, como síndromes gripais, asma, bronquiolite, pneumonia, entre outros, mesmo com o rápido aumento na incidência de casos da doença.

A asma, um desses diagnósticos diferenciais, é uma doença caracterizada por inflamação crônica das vias aéreas, sendo definida por história clínica de sintomas respiratórios (sibilância, dispneia, chiadeira torácica e tosse). A doença afeta entre 1 e 18% da população em diferentes países e os pacientes podem ter crises de exacerbação que ameaçam a vida.

É um desafio para o médico reconhecer, tratar e diagnosticar com precisão as diversas possibilidades de sintomas parecidos e muitas vezes inespecíficos.

DESCRIÇÃO DO CASO

Trata-se de paciente pediátrica, 14 anos, previamente hígida. Sem história de episódio prévio de broncoespasmo. Compareceu ao pronto atendimento apresentando taquicardia (150 bpm) e taquipneia (34 ipm), acompanhados de esforço respiratório, cansaço e relato de tosse seca há 3 semanas, sem melhora com antialérgico. Episódio de vômito único, nega febre e sem alterações nos demais sistemas. Sem história familiar de asma ou atopia.

Na admissão, saturava à 92%, e apresentou no exame físico, ausculta difusamente reduzida com sibilos grosseiros em ápice, desse modo foi colocada em isolamento respiratório e submetida à oxigenoterapia por cateter nasal à 4L/min, com melhora parcial do esforço respiratório e manutenção da taquipneia.

Recebeu inicialmente salbutamol e ipratrópio, em intervalos curtos e também prednisona. Na radiografia, apresentou sinais de hiperinsuflação, retificação de arcos costais. Ausência de imagem sugestiva de consolidação ou atelectasia.

A persistência da baixa saturação de oxigênio somada à dispneia contínua levaram a equipe médica a optar pela internação hospitalar. Permaneceu internada sob monitorização constante por 5 dias, com salbutamol inicialmente de hora em hora e depois espaçado gradualmente de acordo com a tolerância da paciente. Foi realizada retirada gradual da oxigenioterapia suplementar e espaçamento gradual do beta-agonista, associado a melhora dos sintomas respiratórios.

Durante a internação, foi colhido Swab de secreção nasofaríngea para teste de RT-PCR para SARS-CoV-2 devido aos sintomas de Síndrome respiratória aguda grave bem característicos do quadro. Este veio negativo.

A paciente recebeu alta hospitalar por se apresentar eupneica, com boa saturação de oxigênio em ar ambiente, com aceitação da dieta via oral, afebril e hidratada.

DISCUSSÃO

Em tempos de pandemia e exacerbação dos casos da COVID-19, é muito comum associar sintomas respiratórios como tosse, dispneia, espirros, taquipneia, taquicardia e esforço respiratório ao quadro causado pelo coronavírus. O recente aumento no número de internações alarma para a importância de se testar os casos suspeitos. No entanto, não se pode deixar de lado os diagnósticos diferenciais.

Nos fluxogramas 1 e 2, é possível notar os principais sinais e sintomas das síndromes gripal e respiratória aguda grave, respectivamente. Devido ao caráter muitas vezes inespecífico das características dessa síndrome, torna-se um desafio conseguir um diagnóstico preciso e o mais importante: tratar o paciente adequadamente.

Devido o RT-PCR para SARS-CoV-2 negativo no caso descrito, aliado aos sintomas de broncoespasmo, de forma súbita e inédita, aos 14 anos, houve uma instigação nesse contexto. Sendo assim, é ainda mais importante ressaltar que a avaliação das demais características do quadro, assim como uma anamnese bem explorada e um exame físico minucioso são de grande valia para o correto manejo clínico, sempre associado ao contexto epidemiológico.

O diagnóstico da exacerbação aguda da asma é realizado pelo declínio do fluxo expiratório comparado ao estado prévio do paciente. Contudo, não se pode afastar a importância da identificação dos outros componentes da tríade atópica (dermatite e rinite), quando existentes, na história do paciente, a história familiar e a classificação da gravidade.

A espirometria é uma ferramenta que pode auxiliar o diagnóstico, por meio da constatação da redução do volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1). Nessa paciente, tal exame não foi realizado, possivelmente devido à suspeita do COVID-19 e por ser um exame com alto potencial de aerolização, aumentando muito o risco de contaminação dos profissionais de saúde. Entretanto, descartada a suspeita de infecção pelo coronavírus, a paciente deve ser encaminhada para realização de tal teste e seguir seu acompanhamento em contexto ambulatorial.

Um viés do nosso relato é que após o período de internação, encaminhamos a paciente para o pediatra para acompanhamento. Contudo, perdemos o seguimento. Sabemos da importância da realização da espirometria para o diagnóstico de asma. Outro viés é que apesar do teste para Covid-19 ter sido colhido e apresentado resultado negativo, outros agentes podem induzir broncoespasmo, como influenza, vírus sincicial respiratório e *Mycoplasma pneumoniae*. Não foram realizados testes para identificação desses agentes.

Uma preocupação importante em apresentarmos esse relato é o desafio do SUS frente ao enfrentamento dessa pandemia. Essa criança recebeu atendimento em um hospital particular, onde pode ficar em isolamento respiratório em um quarto isolado. Contudo, a estratégia que vem sendo utilizada em unidades do SUS é o isolamento dos pacientes em coortes respiratórias. Nesse contexto, pacientes com outros diagnósticos podem ser expostos desnecessariamente ao contato com o vírus e até serem infectados no ambiente hospitalar.

CONCLUSÃO

A paciente recebeu o diagnóstico presumido de exacerbação aguda de asma, mesmo tendo seu primeiro episódio aos 14 anos de idade. Seu quadro clínico poderia muito bem ser enquadrado em infecção pelo coronavírus. No entanto, é necessário acompanhamento individualizado, apesar do rápido aumento na incidência e a crescente preocupação com a possibilidade de COVID-19 atualmente.

Destaca-se, nesse caso, a importância da testagem de casos suspeitos e da atenção ao diagnóstico diferencial, ainda mais nas crianças, nas quais são muito comuns as infecções de vias aéreas e manifestações que compõem o quadro de síndrome gripal. Além disso, deve-se rapidamente tratar os sintomas broncosconstritores, como foi feito nessa paciente, para que o quadro não evolua de forma mais grave.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Campos L E M. Ausculta Respiratória. In: **Semiologia Médica - As Bases do Diagnóstico Clínico**. López, Mario; Laurentys-medeiros, J. RevinteR, 5ª Ed. Cap. 34
- Global Strategy for Asthma Management and Prevention. **Global Initiative for Asthma (GINA)**, 2020. Available from www.ginasthma.org Date last updated, 2020.
- das Mercês, D. M., da Silva Abdias, G., Moreira, T. A., Lima, F. L. O., & de Vasconcellos Neto, J. R. T. (2020). **Doença de coronavírus 2019 (covid-19): mecanismos, diagnóstico diferencial e influência das medidas de intervenção**. *Research, Society and Development*, 9(8), e921986075-e921986075.
- Oliveira, Fabíola Reis, et al. "Asma—manejo da crise." *Medicina (Ribeirão Preto. Online)* 36.2/4 (2003): 404-408.
- GOLDMAN, Lee; AUSIELLO, Dennis. **Cecil Medicina Interna**. 24. ed. SaundersElsevier, 2012.
- LONG, Dan L. et al. **Medicina Interna de Harrison**. 18 ed. Porto Alegre, RS: AMGH Ed., 2013. 2v.

