

# ASMA DE DIFÍCIL CONTROLE: RELATO DE CASO

LETÍCIA CAROLINA MALAQUIAS PEREIRA; INGRED STEPHANY DOMINGUES DA SILVA; MARIANA MAGNO BARBOSA; LUIZA LACERDA TEIXEIRA; LUIZA DE CASTRO CANÇADO BRAGA; JULIANA VALENTINI; MARIA LUIZA COBRA VILELA; ANA LUIZA REIS AMARAL; LARISSA VERÍSSIMO RAMOS DA SILVA; CLARA CABRAL DE MAGALHÃES; LARA SANTOS BRUSAMOLIN; CARINE CARVALHO VAZ DE LIMA MORAIS; EUGÊNIO FERNANDES DE MAGALHÃES  
UNIVERSIDADE DO VALE DO SAPUCAÍ - UNIVÁS

Email: marialuizacvilela@hotmail.com

## • INTRODUÇÃO:

A asma de difícil controle é proveniente da resistência ao tratamento farmacológico da asma. Apresenta uma prevalência de 5% dos pacientes asmáticos e é uma patologia de maior gravidade, com índices maiores de hospitalização e procura pelo serviço de emergência.

## • DISCUSSÃO DO CASO:

O diagnóstico da asma de difícil controle é complexo pois pode vir de uma má avaliação do paciente, da falta de adesão ao tratamento farmacológico ou da compreensão incorreta da técnica de inalação.

## • CONCLUSÃO:

A asma de difícil controle apresenta um grande impacto socioeconômico. No entanto, muitas vezes, a utilização de imunobiológicos pode ser a alternativa mais eficaz para fornecer qualidade de vida ao paciente

## • REFERÊNCIAS:

- 1 IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma. J. bras. pneumol., São Paulo, v. 32, supl. 7, p. S447- S474, Nov. 2006.
- 2 Rodrigues AM, Pitrez PM. Asma de difícil controle na criança: um panorama para o pediatra. Bol Cient Pediatr. 2012;01(1):36-40.
- 3 ARAUJO, Ana Carla Sousa de et al. Investigação de fatores associados à asma de difícil controle. J. bras. pneumol., São Paulo, v. 33, n. 5, p. 495- 501, Oct. 2007.
- 4 ROCHA, Cristiane Cinara et al. Qualidade de vida e inflamação das vias aéreas em diferentes níveis de controle da asma. 2013.
- 5 FACURY, Laura Maria de Lima Belizario et al. Asma de difícil controle em pediatria: desafio presente e futuro. REVISTA MÉDICA DE MINAS GERAISRMMG, v. 22, n. 2, 2012.

## • DESCRIÇÃO DO CASO:

Paciente feminino, 18 anos, acompanhamento devido à asma há 13 anos. Em consulta aos 8 anos, apresentava persistência de dispneia, tosse seca e chiado, com idas frequentes à emergência. Fazia uso de salmeterol e fluticasona, tendo sido prednisolona sistêmica e montelucaste, além de salbutamol spray. Durante um longo período, foi observada a persistência das crises e idas à emergência. Ademais, nesse período, foi diagnosticada doença do refluxo gastroesofágico e rinite alérgica, iniciando uso de inibidor de bomba de prótons e mometasona. Espirometria descreveu um distúrbio ventilatório obstrutivo leve com resposta significativa ao broncodilatador; o hemograma revelou elevação de eosinófilos e IgE total, além de IgE para Aspergillus com resultado moderado. Tomografia de tórax evidenciou parênquima pulmonar com imagens nodulares de baixo coeficiente de atenuação e esparsas bilateralmente. Aos 12 anos, fez uso por curto período de omalizumab, permanecendo sem crises de broncoespasmo durante meses e apresentando significativa melhora na qualidade de vida. Porém, devido a dificuldade de acesso, atualmente não faz uso do imunobiológico, referindo as mesmas queixas de anos atrás.