

Por Dr. Antonio Carlos
Gomes da Silva*

Titular da cadeira 123

* Professor de Farmacologia do Instituto Ciências Biomédicas da Universidade de São Paulo;
Ex-Superintendente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo;
Ex-Diretor da Faculdade de Medicina da Universidade de Santo Amaro.

Anafilaxia

Anafilaxia, entidade clínica preocupante, de ocorrência inesperada, pode ocorrer em qualquer idade ou sexo. O indispensável diagnóstico imediato por um médico é fundamental para salvar a vida do paciente, mormente na sua forma mais grave, o choque anafilático. Não só numa sala de cirurgia, numa clínica ou num consultório, mas também num restaurante, num avião ou mesmo no recesso do lar. Enfim, pode acontecer em qualquer lugar.

O termo anafilaxia originou-se das pesquisas de Charles Robert Richet, fisiologista, e Paul Portier, zoólogo, pesquisadores franceses, que conheciam o fenômeno chamado de profilaxia. Convidados para uma expedição oceanográfica pelo Príncipe Albert I de Mônaco, patrono das ciências marinhas, investigaram a possibilidade de animais tolerarem injeções subletais da neurotoxina da *Physalia physalis*. Havia interesse em se obter uma antitoxina que pudesse imunizar mergulhadores e banhistas vítimas das águas-vivas no Mar Mediterrâneo. Em 1902, aplicando doses de toxina de anêmonas em cães, obtiveram um desfecho inesperado e surpreendente. Um de seus cães, o Neptune, ao receber a 2ª dose, dias após a primeira, morreu de forma dramática em poucos minutos. Ao tentarem induzir a tolerância ao veneno obtiveram o efeito contrário. Richet então denominou o fenômeno de APHLAXIS, modificada por eufonia para ANAPHLAXIS, do grego contrário à proteção (1,2).

Define-se como fenômeno alérgico, desencadeado pela reação entre um alérgeno e a Imunoglobulina E (IgE) que, ligada a mastócitos e basófilos, promove a liberação de mediadores inflamatórios comprometendo ao menos dois dos seguintes órgãos ou sistemas: pele, tecido celular subcutâneo, aparelho respiratório, aparelho digestivo, sistema circulatório e sistema nervoso central. Dentre os desencadeantes são citados: antibióticos com destaque para os beta-lactâmicos (3); relaxantes musculares; anestésicos; contrastes; anti-inflamatórios não corticosteroides; imunoterápicos; vacinas; alimentos (amendoim, leite de vaca, camarão, etc.); látex (objetos de borracha com reações cruzadas com alimentos); picada de insetos himenópteros (abelhas, vespas e formigas). Em raríssimos casos após inalação de partículas de ácaros.

Súbito, após contato com o alérgeno, evolui rapidamente para acometer dois ou mais órgãos ou sistemas, tendo no choque anafilático seu representante mais temido, para o qual ainda se discute quais mecanismos adicionais ocorrem nesta verdadeira reação em cadeia. Faz exceção a anafilaxia por carne vermelha porque seus sintomas aparecem de 4 a 6 horas após a ingestão (4). Decorre de alergia a oligossacárido e tem reação cruzada com o Cetuximab, usado no tratamento de alguns tipos de câncer.

São incluídas ainda nas reações anafiláticas aquelas nas quais não se comprova a participação direta de um alérgeno, com mecanismo "não IgE mediado", tais como as desencadeadas pelo frio, pelo exercício físico, por ativação do complemento ou do sistema de coagulação, pelo complexo Imunoglobulina G-antígeno e por opióides. Cabe perguntar por que não foi mantida a denominação de anafilactoide a estas reações.

A vítima da reação anafilática queixa-se inicialmente de formigamento nas mãos e na boca, irritação na garganta e gosto metálico, geralmente seguidos de urticária, angioedema e dificuldade para respirar. Quanto mais rápida for a progressão destes sintomas, mais sombrio é o quadro, que pode evoluir com a turvação da visão, tontura e desmaio decorrentes de hipotensão, podendo ocorrer emissão de fezes e de urina, culminando com o estado de choque.

É muito importante identificar uma reação anafilática, desde os pródromos acima citados. Deve ser perguntado ao paciente, ou ao seu acompanhante, qual a suspeita quanto ao desencadeante e se é alérgico ou portador de asma brônquica, antecedente muito frequente naqueles que evoluem para o choque anafilático. O diagnóstico diferencial inclui desde urticária generalizada, a asma e o angioedema agudos, até a síndrome do pânico, a aspiração de corpo estranho, a síncope, os choques hipovolêmicos, cardiogênico ou séptico, a mastocitose, o carcinoide, as síndromes dos restaurantes, tal como a assim chamada Síndrome do Restaurante Chinês (4). O Glutamato Monossódico, aditivo alimentar muito usado na cozinha chinesa para realçar o sabor dos alimentos e diminuir a quantidade de sal na comida, tem sido responsabilizado, em pessoas sensíveis, por sintomas que simulariam a reação anafilática, tais como formigamento, opressão no peito, palpitação, náuseas e vômitos.

Em muitos casos, os desencadeantes são alimentos ocultos (por exemplo, leite em pó em salames) ou aqueles que chamariam de virtuais, como anafilaxia em alérgicos ao látex ao comer uma pizza (elaborada por cozinheiro calçando luvas de látex), ou por contato com criança que brincou com balão de festa infantil.

As primeiras providências são a remoção do alérgeno, se for o caso, e deitar o paciente em decúbito dorsal, com membros inferiores mais elevados que a cabeça. Nas grávidas, cujos sintomas iniciais podem ser prurido vulvar e vaginal intensos, opta-se pelo decúbito lateral esquerdo para melhorar o retorno venoso ao coração (5).

A droga de escolha é a Epinefrina (Adrenalina), por via intramuscular na face anterior da coxa: 0,3 ml (máximo de 0,5 ml na primeira dose) a cada 15 minutos completando 1 ml da solução millesimal e, nas crianças nas quais é difícil reconhecer a anafilaxia, 0,01 ml por 10 quilos de peso, até 0,30 ml (EpiPen ou Jext são dispositivos autoinjetáveis ainda não disponíveis no Brasil). Sua administração precoce aumenta as possibilidades de recuperação do paciente. Deve ser complementada com administração parenteral de anti-histamínico e corticosteroide. Embora seja muito discutida a eficácia destes dois últimos fármacos quando usados sem a Epinefrina, porque não há estudos randomizados e duplo-cego, sou de opinião de sua utilidade.

Quando possível, no atendimento inicial, deve-se providenciar acesso venoso e às vias respiratórias. A internação hospitalar é uma providência que se impõe porque pode ocorrer reação tardia, semelhante à primeira, dentro dos três primeiros dias. Ultrapassada a emergência, o paciente deve ser encaminhado a um alergologista para a devida identificação do agente desencadeante e as medidas complementares adequadas.

Referências Bibliográficas

- G.Mario Rojido. One hundred yeas of anaphylaxis. *Alergol Inmunol Clin* 2001; 16:364-368;
The Allergy Archives. Pioneers and Milestones. *J Allergy Clin Immunol* 2009;124(4):866-869;
Krause, K et al. Severe drug-induced anaphylaxis: analysis of 333 cases recorded by the Allergy Vigilance Network from 2002 to 2010. *Allergy* 2013; 68(7): 929-937;
F. Estelle. R. Simons. Anaphylaxis: Recent advances in assessment and treatment. *J Allergy Clin Immunol* 2009;; 124(4): 625-638;
Simons, F.E.R. & Schatz, M. Anaphylaxis during pregnancy. *J Allergy Clin Immunol* 2012;130 (3):597-896.