

9. OUTROS

9.1 REACÇÃO ANAFILÁTICA

- **Definição:** Reacção de hipersensibilidade grave, de instalação súbita, potencialmente fatal.
- **Sinais e sintomas**
 - **Cutâneos** - 90% (pápulas, prurido, flushing, edemas dos lábios, língua, úvula, peri-ocular)
 - **Respiratórios** - 70% (dispneia, broncospasmo, estridor, hipoxémia)
 - **Gastrointestinais** - 45% (náuseas, vômitos, diarreia, cólicas)
 - **Cardiovasculares** - 45% (hipotonia, síncope, incontinência, taquicárdia, hipotensão)
 - **Neurológicos** - 15% (ansiedade, cefaleias, confusão mental, agitação, sensação de morte iminente)

Embora os sinais e sintomas cutâneos estejam presentes na grande maioria dos casos, podem estar ausentes ou passar despercebidos em até cerca de 10% dos episódios.

Os casos fatais resultam habitualmente de asfixia por obstrução da via aérea ou de colapso cardiovascular.

• Tipos de Anafilaxia

- **Anafilaxia unifásica** - mais comum, 80-90% dos casos; pico 30 min-1h após o início dos sintomas
- **Anafilaxia bifásica** - recorrência dos sintomas, geralmente 8-10h após a resolução do episódio inicial, mesmo sem exposição adicional ao *trigger*
- **Anafilaxia prolongada** - rara; pode evoluir durante horas, dias ou semanas sem resolução completa

• Critérios de Diagnóstico - uma de 3 manifestações clínicas possíveis:

1. Início súbito dos sintomas (minutos a horas) com envolvimento da pele e/ou mucosas (pápulas, prurido, *flushing*, edemas dos lábios, língua, úvula) e pelo menos um dos seguintes:
 - Compromisso respiratório (dispneia, broncospasmo, estridor,

hipoxémia)

- Hipotensão ou sintomas associados a disfunção de órgão (hipotonia, síncope, incontinência)

2. Ocorrência de 2 ou mais dos seguintes sintomas, minutos a horas após a exposição a um alérgeno provável:

- Sinais ou sintomas mucocutâneos (pápulas generalizadas, exantema pruriginoso, edemas do lábios, língua, periocular)
- Compromisso respiratório (dispneia, broncospasmo, estridor, hipoxémia)
- Hipotensão ou sintomas associados a disfunção de órgão (hipotonia, síncope, incontinência)
- Sintomas gastrointestinais persistentes (vómitos, cólicas)

3. Hipotensão minutos a horas após a exposição a um alérgeno conhecido:

- PA sistólica < 90 mmHg ou diminuição $>30\%$ da PA habitual

• Factores Precipitantes / Causas

- Alérgenos - mecanismo imunológico IgE-dependente:
- Alimentos (+ crianças) - proteínas do leite de vaca, ovo, peixe, marisco, amendoim, fruta, frutos secos
- Fármacos (+ adultos) - AINEs, antibióticos (beta-lactâmicos), AAS
- Picadas de insectos - abelhas, vespas
- látex - contacto com mucosas; síndrome látex-frutos (reação cruzada entre alérgenos do látex e alérgenos de frutos)

• Outros *triggers* imunológicos - mecanismo IgE-independente:

- Mecanismos IgG-dependentes - Infliximab
- Activação da cascata de coagulação - Heparina
- **Triggers não imunológicos** - activação directa de mastócitos e basófilos:
- **Exercício físico** - geralmente associado um *co-trigger* (ingestão de alimentos, fármacos ou exposição ao ar/água fria)
- Exposição ao frio, calor ou radiação ultravioleta
- **Fármacos** - opióides, alguns AINEs
- **Álcool** (etanol)
- **Anafilaxia idiopática** - *trigger* e mecanismo desconhecidos

• Diagnóstico Laboratorial

- Embora o diagnóstico de anafilaxia seja essencialmente clínico, os níveis séricos ou plasmáticos de triptase estão geralmente elevados 15 min-3 horas após o início dos sintomas, pelo que o seu doseamento deve ser realizado sempre que possível.
- Um valor de triptase normal não exclui o diagnóstico de anafilaxia, tendo a clínica uma importância preponderante.
- Uma avaliação seriada dos níveis de triptase aumenta a sensibilidade e especificidade deste teste, e a medição dos níveis de triptase sérica ou plasmática após a resolução do quadro clínico é recomendada.
- Se após > 24h os níveis de triptase permanecerem elevados, ponderar mastocitose sistémica ou síndrome de activação dos mastócitos, devendo o doente ser referenciado a uma consulta de Imunoalergologia.
- Os níveis de histamina plasmática estão também habitualmente elevados em situações de anafilaxia, e o seu valor correlaciona-se com a sintomatologia; este aumento é no entanto muito transitório, com um pico máximo aos 5-15 minutos após o início dos sintomas e um regresso aos valores basais ao fim de 60 min, o que torna o seu doseamento difícil de obter na prática clínica.

• Diagnóstico Diferencial

- Urticária generalizada aguda e/ou angioedema; asma brônquica agudizada; síncope; ansiedade/ataques de pânico; aspiração de corpo estranho; eventos cardiovasculares (EAM, TEP); eventos neurológicos (convulsão, AVC).

• Sinais de alarme

- Rápida progressão dos sintomas
- Compromisso respiratório (dispneia, broncospasmo, estridor, tosse persistente, hipoxémia, cianose)
- Dor abdominal
- Hipotensão, disritmia, dor torácica
- Síncope

- **Abordagem inicial**

- **Remoção do antígeno** desencadeador da resposta anafilática, quando possível
- **Pedido de auxílio** (equipa de reanimação)
- **Assegurar via aérea, respiração e circulação (ABCD)**
 - Entubação oro-traqueal se estridor marcado ou paragem cardio-respiratória
 - Numa minoria de casos pode ser necessária cricotirotomia/traqueostomia

- **Injecção de epinefrina:**

- Via **intramuscular**, na face antero-externa da coxa → diluir 1 mg em 1 mL (1:1.000); no adulto a dose recomendada é de 0.3-0.5mg, podendo ser repetida em intervalos de 5-15 min
- Pode ser administrada através de um auto-injector (EpiPen[®] 0.3mg), quando disponível
- Se sintomas graves, sem resposta às formas de administração previamente descritas ou a fluidoterapia → **infusão epinefrina ev**: diluir 1 mg em 10 mL = 0.1 mg/mL (1:10.000); iniciar **perfusão lenta**, com ritmo adequado a resposta e monitorização constante
- Não existem contraindicações absolutas para a utilização de epinefrina na reacção anafilática (*é lifesaving*)
- Alguns doentes podem no entanto correr maior risco de efeitos adversos, nomeadamente na presença de: patologia cardiovascular; co-morbilidades (aneurisma da aorta, hipertiroidismo e/ou HTA de difícil controlo, cirurgia intra-craniana prévia); medicação com inibidores da MAO, antidepressivos tricíclicos, anfetaminas, cocaína.
- **Posicionamento do doente** em decúbito, com elevação dos MI
- **Oxigenoterapia** (O₂ a 10-15L/min por máscara de alto débito)
- **Cateterização intravenosa** (2 acessos)
- **Reposição da volémia** com fluidos endovenosos
 - Em adultos normotensos: NaCl 0.9% a 125mL/h para manter acesso venoso
 - Fluidoterapia de resgate deve ser iniciada de imediato se: ortostatismo, hipotensão ou ausência de resposta a epinefrina intramuscular → adultos: 1-2L de NaCl 0.9% a 5-10mL/kg nos minutos iniciais de tratamento → monitorizar sobrecarga hídrica, sobretudo

em doentes com insuficiências cardíaca e/ou renal

- **Monitorização cardio-pulmonar contínua** (PA, FC, SpO₂, FR)
- **Glucagon ev 1-5 ug/min** → útil em doentes sob beta-bloqueantes (que podem ser resistentes à terapêutica com epinefrina, desenvolvendo hipotensão e bradicardia refractárias); tem efeito inotrópico e cronotrópico positivo independente dos receptores beta.

• Terapêutica adjuvante

- **Anti-histamínicos** → alívio das manifestações cutâneas: Hidroxizina 1mg/kg IM (máx. 100mg); Ranitidina 1mg/kg ev (máx. 50mg); Clemastina 0.025mg/kg IM ou ev (máx. 2mg)
- **Broncodilatadores** → se broncospasmo sem resposta à epinefrina intramuscular: Salbutamol 2.5-5mg solução inalatória
- **Glucocorticóides** → prevenção de reacções bifásicas: Metilprednisolona ev 1-2mg/kg/dia ev (durante 3 dias)
- **Outros vasopressores** → se hipovolémia apesar de epinefrina e expansores de volume: Dopamina (400mg em 500mL Dx5%, a 2-20ug/kg/min), ajustada para manter PA sistólica > 90 mmHg
 - Embora possam ser úteis no alívio sintomático nenhuma destas terapêuticas adjuvantes tem influência na desobstrução da via aérea, sintomas GI, regulação dos mastócitos ou choque, pelo que **não** devem ser fármacos de primeira escolha nem encarados como alternativa à epinefrina.
 - A **Epinefrina** é *lifesaving* e deve ser sempre considerada fármaco de 1^ª linha na anafilaxia.

• Abordagem pós- crise

- Período de vigilância (individualizado) à habitualmente 4-6 horas; vigilância de 8-24h se: asma grave, história de reacção bifásica prévia ou resposta lenta ao tratamento.
- Educação do doente para a anafilaxia, informando-o da possibilidade de recorrência dos sintomas e da necessidade de evicção do factor precipitante, quando possível.
- Prescrição de auto-injector (EpiPen® 0.3mg).
- Referenciação a Consulta de Imunoalergologia.
- Registo da ocorrência no *Catálogo Português de Alergias e outras Reacções Adversas* (CPARA).