

ANAFILAXIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA¹

**Flavia Castilho Pauli², Ana Paula Castilho Malaquia³, Bibiana Natália Porto Maicá⁴,
Paola Borgmann⁵, Daniela Chitolina Casagrande⁶**

¹ Pesquisa Institucional desenvolvida pela Liga Acadêmica de Urgência, Emergência e Trauma (LAUET) do Curso de Medicina da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUI..

² Estudante do Curso de Medicina da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUI; Voluntária do Projeto Prematuros; Presidente da Liga Acadêmica de Urgência, Emergência e Trauma (LAUET); E-mail: flavia.pauli@sou.unijui.edu.br

³ Estudante do Curso de Medicina da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUI; E-mail: ana.malaquia@sou.unijui.edu.br

⁴ Estudante do Curso de Medicina da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUI; E-mail: bibiana.maica@sou.unijui.edu.br

⁵ Estudante do Curso de Medicina da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUI, Voluntária do Projeto Prematuros; Presidente da Liga Acadêmica de Pediatria e Neonatologia - LAPEN; E-mail: paola.borgmann@sou.unijui.edu.br

⁶ Docente do DCVida/UNIJUI; E-mail: daniela.casagrande@unijui.edu.br

INTRODUÇÃO

Anafilaxia em grego pode ser traduzido como ana= ausência e phylaxis=proteção. O termo e a condição médica são estudados desde 1902 quando Charles Richet e Paul Portier realizavam experimentos com a finalidade de imunizar cães contra a toxina da anêmona-do-mar (*Anemonia sulcata*). No entanto, as vacinações subsequentes nos cães resultaram em respiração ofegante, vômito e morte. (Dribin et al., 2022)

A epidemiologia da anafilaxia pode variar amplamente na literatura. Muitos estudos sugerem uma prevalência crescente, com atenção especial para os países desenvolvidos. Ao longo da vida a prevalência foi estimada em 1,6% a 5,1%, apresentando uma incidência de 42 por 100.000 pessoas-ano, no entanto essas estimativas podem estar suscetíveis ao viés de apuração. Registros europeus apresentaram dados que mostram que mais de um quarto dos casos podem ocorrer em menores de 18 anos. (Shaker et al., 2020)

A anafilaxia é uma condição médica de suma importância sendo uma reação alérgica potencialmente fatal. O quadro clínico pode variar de leve e autolimitado até grave e fatal. Apesar de grande parte dos casos de anafilaxia se limitarem a um único sistema de órgãos, a pele por exemplo, podem ocorrer situações em que ocorra o envolvimento de múltiplos órgãos. Dessa forma, o diagnóstico de anafilaxia é, em muitos casos, um quadro de sub-reconhecimento nos mais diversos departamentos de emergências. (Dribin et al., 2022)

Diante disso, essa revisão sistemática da literatura tem como objetivo elencar os principais tópicos sobre a anafilaxia que são essenciais para o reconhecimento e compreensão adequada dessa condição clínica pelos médicos no sistema de saúde.

METODOLOGIA

O presente trabalho é uma revisão sistemática da literatura, conforme Almeida (2011), a pesquisa bibliográfica busca relações entre conceitos, características e ideias, unindo dois ou mais temas. Para Severino (2007), essa modalidade de pesquisa se caracteriza a partir do registro disponível, que decorre de pesquisas já realizadas, em livros, artigos, teses e documentos impressos. Dessa forma, os textos tornam-se fontes dos temas que serão trabalhados e pesquisados.

As bases de dados utilizadas incluíram as bases Scientific Electronic Library Online (SciELO), Scopus e Publisher Medline (PubMed). A análise das informações foi realizada por meio de leitura exploratória do material encontrado, em uma abordagem qualitativa. Foram realizadas buscas em agosto de 2023, selecionando o período temporal de 2018 a 2023, sem restrição ao tipo de documento, nos idiomas inglês, português e espanhol. Foram empregados descritores e/ou palavras chave, de acordo com a base de dados, suas derivações e traduções em inglês, assim como combinações utilizando operadores booleanos. As chaves de busca foram Anafilaxia, Anaphylaxis, Alergia e Allergy, os resultados foram: Scielo 56 resultados, PubMed 5521 resultados.

Os critérios de exclusão adotados para seleção dos artigos para análise, considerando o objetivo desse estudo, foram: a) serem publicados antes de 2018; b) quanto ao método utilizado, estudos que apresentavam resultados sem menção do método de análise de dados e estudos denominados qualitativos, que citavam métodos de coleta e análise quantitativos apenas; c) referentes aos tipos de estudo, relatos de experiência; d) pesquisas sobre intervenções esporádicas; e) textos completos liberados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Anafilaxia é uma reação aguda de hipersensibilidade, com envolvimento de múltiplos sistemas, de progressão rápida, grave e com risco de morte (Fantinato et al., 2018). Pode cursar com hipotensão grave ou comprometimento das vias aéreas. É uma reação em

casca causada pela liberação de mediadores de mastócitos e basófilos de uma forma dependente de IgE. Pode ocorrer por reação a diferentes agentes, entre eles: medicamentos; veneno de insetos; alimentos; resposta de anticorpos IgE à galactose alfa-1,3-galactose de mamíferos (Long; Gottlieb, 2021) e após vacinas como a do sarampo, caxumba, rubéola (Fantinato et al., 2018), picadas de veneno de insetos (Dribin et al., 2022) e entre outros.

A anafilaxia pode ser dependente de IgE, onde envolve os mastócitos (MCs), sendo essas as principais fontes de mediadores biologicamente ativos que contribuem para os fenômenos patológicos e letais que podem ocorrer durante o processo anafilático. Existe também o processo mediado por anticorpos que podem seguir outras vias, como a mediada por MCs que carregam o receptor FcεRI, ativado por quantidades muito pequenas de antígeno, incluindo um antígeno de vacina, e assim desencadear uma reação anafilática. Altas concentrações de anticorpos IgG que se ligam ao receptor FcγR presente em basófilos, neutrófilos, macrófagos e MCs também podem provocar anafilaxia. (Bellomo et al., 2021).

Esse processo tem alta probabilidade quando um dos dois critérios abaixo é preenchido. Critério 1: início agudo com envolvimento simultâneo da pele, mucosa, ou ambos (urticária, prurido, edema de lábios, língua ou úvula) e pelo menos um dos seguintes: comprometimento respiratório (dispneia, broncoespasmo, estridor PFE reduzido ou hipoxemia); Hipotensão ou sintomas de disfunção de órgão-alvo (hipotonia, síncope, incontinência); Sintomas gastrointestinais graves (dor abdominal em cólica grave, vômitos incoercíveis), especialmente após exposição a alérgenos que não são alimentos. Critério 2: exposição a alérgeno conhecido ou altamente provável com um dos critérios abaixo em minutos a horas. Hipotensão arterial: crianças que apresentam hipotensão de acordo com a idade ou queda de 30% da sistólica. Adultos: sistólica abaixo de 90 mmHg ou queda de 30% do basal do paciente; Broncoespasmo; Acometimento de laringe (Neto et al., 2023).

O tratamento da anafilaxia deve ser realizado conforme as medidas seguintes: a retirada do fator precipitante (alérgeno); Monitorização; O₂ até SatO₂ > 92% (Usar baixo limiar para indicação de via aérea definitiva); Adrenalina IM 0,5 mg, podendo ser repetida a cada 5 minutos de acordo com a resposta; Se hipotensão, reposição volêmica, 1-2 litros de solução cristalóide em 1 hora; Se não houver resposta à adrenalina IM: Adrenalina EV: Bolus: 0,1 mg; Manutenção: adrenalina colocando adrenalina 1 mg em 500 mL de solução fisiológica em uma infusão inicial de 0,5 a 2 mL/min, titulando-se a dose conforme o efeito;

Considerar associação de vasopressores se choque refratário; Corticoide (apenas em pacientes com histórico de asma, broncoespasmo bem definido ou choque refratário): metilprednisolona 1-2 mg/kg em crianças, até dose máxima de 125 mg, ou hidrocortisona 200 a 300 mg por via intravenosa (5 a 10 mg/kg em crianças até dose máxima de 300 mg). Na alta (pacientes com manifestações cutâneas persistentes), manter prednisona 40 mg por 3 a 5 dias; Considerar: difenidramina 25 a 50 mg IV; ranitidina 50 mg IV; Se broncoespasmo: usar broncodilatadores como fenoterol 100-250 µg IN e ipratrópio 250-500 µg IN; Se broncoespasmo grave: sulfato de magnésio 2 g EV durante 20 a 30 minutos em adultos e 25 a 50 mg/kg em crianças; No caso do paciente fazer uso de betabloqueadores, considerar o uso de glucagon 1 mg IV a cada 5 minutos, até que se resolva a hipotensão, seguido por uma infusão de 5 a 15 µg/min (Neto et al., 2023). É preciso que o paciente permaneça reto, com ou sem as pernas levantadas, para maximizar o retorno venoso (Whyte et al., 2022).

Além disso, é necessário que os profissionais sejam treinados de forma adequada para realizarem precocemente o tratamento com adrenalina para a anafilaxia. Em reações graves, particularmente quando há um envolvimento cardiovascular, os fluidos intravenosos também devem ser utilizados de forma imediata juntamente com a segunda dose de adrenalina. Um amplo leque de diagnóstico diferenciais de anafilaxia é necessário, quando a reação se localizar na pele ou mucosa deve-se descartar a urticária crônica remitente ou física e o angioedema, doenças respiratórias, laringotraqueíte aguda, obstrução laríngea, traqueal ou brônquica (obstrução laríngea intermitente ou disfunção das cordas vocais, por exemplo), estado asmático (sem envolver outros órgãos), doenças cardiovasculares como o infarto do miocárdio, reações farmacológicas ou tóxicas. (Muraro et al., 2021)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A anafilaxia é uma condição médica considerada uma emergência alérgica multissistêmica. É extremamente importante que seu reconhecimento precoce e o início do tratamento, que consiste em administração imediata de adrenalina intramuscular, façam parte do conhecimento médico e a base de uma avaliação clínica adequada. Além disso, cabe aos profissionais da saúde possuírem um amplo conhecimento de quais seriam os fatores de risco que poderiam desencadear uma anafilaxia, assim promovendo também uma atividade profilática de identificação precoce dos agentes causadores dessa condição.

Palavras-chave: Revisão. Anafilaxia. Alergia. Emergência médica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DRIBIN, T. E.; MOTOSUE, M. S.; CAMPBELL, R. L. Overview of Allergy and Anaphylaxis. *Emergency Medicine Clinics of North America*, v. 40, n. 1, p. 1–17, fev. 2022.
2. SHAKER, M. S. et al. Anaphylaxis—a 2020 practice parameter update, systematic review, and Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (GRADE) analysis. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, v. 145, n. 4, p. 1082–1123, abr. 2020.
3. SEVERINO, A. J. Metodologia do trabalho científico. São Paulo: Cortez, 2007
4. ALMEIDA, M. de S. Elaboração de projeto, TCC, dissertação e tese: uma abordagem simples, prática e objetiva. São Paulo: Atlas, 2011
5. Fantinato FFST, Vargas A, Carvalho SMD, Domingues CMAS, Barreto G, Fialho AS, et al.. Anafilaxia relacionada à vacina sarampo, caxumba e rubéola, Santa Catarina, Brasil, 2014 e 2015. *Cad Saúde Pública* [Internet]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00043617>.
6. LONG, B.; GOTTLIEB, M. Emergency medicine updates: Anaphylaxis. *The American Journal of Emergency Medicine*, maio 2021
7. BELLOMO, R. G. et al. Anaphylaxis is a rare reaction in COVID-19 vaccination. *Journal of Biological Regulators and Homeostatic Agents*, v. 35, n. 3, p. 839–842, 1 maio 2021.
8. NETO, Rodrigo Antonio B.; SOUZA, Heraldo Possolo de; MARINO, Lucas O.; e outros *Medicina de emergência: abordagem prática*. Editora Manole, 2023. E-book. ISBN 9788520464380. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520464380/>. Acesso em: 18 ago. 2023.
9. WHYTE, A. F. et al. Emergency treatment of anaphylaxis: concise clinical guidance. *Clinical Medicine*, v. 22, n. 4, p. 332–339, 1 jul. 2022.
10. MURARO, A. et al. EAACI guideline: Anaphylaxis (2021 update). *Allergy*, v. 77, n. 2, set. 2021.