



17º CONGRESSO BRASILEIRO DE
ALERGIA E
IMUNOLOGIA
PEDIÁTRICA
26 a 28 DE MARÇO DE 2019 São Paulo - SP

26 a 28
DE MARÇO

Centro de Convenções Frei Caneca
R. Frei Caneca, 569 - Consolação, São Paulo



Trabalhos Científicos

Título: Remissão Da Asma Em Pediatria Com Uso De Imunobiológico: É Possível?

Autores: JULIANA GONÇALVES PRIMON (HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR), THALITA GONÇALVES PICCIANI (HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR), ANGÉLICA FONSECA NORIEGA (HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR), LARISSA MACHADO CARVALHO (HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR), GABRIELA SPESSATTO (HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR), GUILHERME DA SILVA MARTINS (HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR), MAITÊ MILAGRES SAAB (HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR), DÉBORA CARLA CHONG -SILVA (HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR), NELSON AUGUSTO ROSÁRIO FILHO (HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR), HERBERTO JOSÉ CHONG-NETO (HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR)

Resumo: A asma é uma doença pulmonar inflamatória crônica, de alta prevalência e morbimortalidade. A primeira meta no tratamento é o controle da doença, e prevenir os riscos futuros associados à mesma. Com melhoria do tratamento e desenvolvimento de novos medicamentos, o objetivo passou a ser a indução da remissão sustentada sempre que possível. O paciente com remissão clínica deve estar assintomático e sem exacerbação por 12 meses, pode estar usando medicações, mas não deve estar utilizando corticosteróides sistêmicos, e a prova de função pulmonar estar estável, normal ou próxima do normal. "O objetivo deste relato de caso é descrever as características e a evolução da remissão clínica de asma grave em um paciente pediátrico." "Paciente do sexo masculino, 14 anos, iniciou com episódios de sibilância e dispnéia aos esforços aos 5 anos de idade, com história familiar de primeiro grau positiva para asma. Em seguimento pela asma desde os 8 anos, com diagnóstico de asma alérgica grave persistente. Aos 9 anos espirometria evidenciou distúrbio ventilatório obstrutivo moderado [CVF= 1,53L (69%), VEF1= 1,17L (58%), VEF1/CVF= 0,76], eosinófilos 2010 cels/mcL, em uso de Formoterol+budesonida inalatório 24/800mcg/dia e montelucaste 5mg oral, apresentando crises mensalmente e um internamento com necessidade de oxigenoterapia no ano. Aos 10 anos iniciou o uso de Mepolizumabe (imunobiológico anti-IL-5) 100mg/4 semanas, com resposta no primeiro mês, sem novos episódios de internamento, suspenso montelucaste após 10 meses do início do imunobiológico. Aos 11 anos, foi reduzida a dose do formoterol+budesonida para 12/400mcg/dia. Aos 12 anos iniciamos a redução da dose do Mepolizumabe, após 5 meses suspendemos o uso. A espirometria evidenciou distúrbio ventilatório obstrutivo leve [CVF= 3,61 L (130%), VEF1= 3,15 L (125%), VEF1/CVF= 0,87], eosinófilos 43 cels/mcL. Aos 13 anos, paciente suspendeu uso de medicação inalatória devido ausência de sintomas. Atualmente, 14 anos 6 meses, mantém bom controle da asma, sem necessidade de medicação, apresentando espirometria normal (CVF 4,76L= 133%, VEF1 3,14L= 129%, VEF1/CVF 0,86). "A remissão clínica da asma é um conceito novo e que precisa ser melhor estabelecido em pediatria. Relatamos uma criança que utilizou anti-IL-5 por um período de 2,5 anos e nos últimos 12 meses apresentou ausência de exacerbações, não utilizou corticoterapia sistêmica, houve melhora da função pulmonar e suspensão da medicação inalatória.