

Em conclusão, há evidências que rinite alérgica em pré-escolares é frequente, e novos estudos são necessários para o reconhecimento das doenças alérgicas e suas comorbidades em idade precoce, contribuindo para um melhor diagnóstico e tratamento adequado.

Herberto José Chong Neto, MD, PhD
Nelson Augusto Rosário, MD, PhD

Serviço de Alergia e Imunologia Pediátrica,
Departamento de Pediatria, Universidade Federal do Paraná
E-mail: h.chong@uol.com.br

Não foram declarados conflitos de interesse associados à publicação desta carta.

REFERÊNCIAS

1. Rotiroti G, Roberts G, Scadding GK. Rhinitis in children: Common clinical presentations and differential diagnoses. *Pediatr Allergy Immunol.* 2015;26:103-10.
2. Greiner AN, Hellings PW, Rotiroti G, Scadding GK. Allergic rhinitis. *Lancet.* 2011;378:2112-22.
3. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee. Worldwide variations in the prevalence of asthma symptoms: the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). *Eur Respir J.* 1998;12:315-35.
4. Asher MI, Montefort S, Björkstén B, Lai CK, Strachan DP, Weiland SK, et al. Worldwide time trends in the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and eczema in childhood: ISAAC Phases One and Three repeat multicountry cross-sectional surveys. *Lancet.* 2006;368:733-43.
5. Chong Neto HJ, Rosário NA, Solé D, Latin American ISAAC Group. Asthma and Rhinitis in South America: How Different They are from Other Parts of the World. *Allergy Asthma Immunol Res.* 2012;4:62-7.
6. Chong Neto HJ, Rosario CS, Rosario BA, Chong FH, Grasselli EA, Silva FC, et al. Allergic rhinitis in preschool children from southern Brazil. *Allergy.* 2014;69:545-7.
7. Morais-Almeida M, Santos N, Pereira AM, Branco-Ferreira M, Nunes C, Bousquet J, et al. Prevalence and classification of rhinitis in preschool children in Portugal: a nationwide study. *Allergy.* 2013;68:1278-88.
8. Hardjojo A, Goh A, Shek LPC, Van Bever HPS, Teoh OH, Soh JY, et al. Rhinitis in the first 18 months of life: exploring the role of respiratory viruses. *Pediatr Allergy Immunol.* 2015;26:25-33.
9. Chong Neto HJ, Rosario NA, Westphal GC, Riedi CA, Santos HLBS. Rhinitis is also common in infants with asthma. *Iran J Allergy Asthma Immunol.* 2010;9:21-5.

Dessensibilização com aspirina na doença coronariana

Braz J Allergy Immunol. 2015;3(3):107-8.

Prezada Editora,

As reações de hipersensibilidade medicamentosa requerem cuidadosa avaliação diagnóstica e conduta individualizada¹. Os parâmetros de conduta na alergia medicamentosa, incluindo a dessensibilização com a aspirina, foram delineados em consensos². A Scripps Clinic, La Jolla - Califórnia, tem protocolos de dessensibilização estabelecidos, que foram utilizados em mais de 1.500 pacientes com doença respiratória exacerbada por aspirina. Estes protocolos são eficazes e seguros, uma vez que ocorreram sintomas sistêmicos em apenas 0,002% dos casos, que responderam bem à administração intramuscular de epinefrina, não necessitando de hospitalização³. As experiências multicêntricas compartilham a necessidade de oferecer dessensibilização medicamentosa na vigência de hipersensibilidade a fármacos imprescindíveis⁴. Em pacientes que necessitam cardioproteção preventiva com aspirina, após a dessensibilização bem sucedida, a dose diária de 81 mg é preconizada⁵. Descreveremos um caso bem sucedido de dessensibilização com aspirina em um cardiopata, que necessitava deste fármaco para prevenção antitrombótica, como agente antiagregante plaquetário em combinação com o clopidogrel. Trata-se de um paciente do sexo masculino, caucasiano, 86 anos de idade, portador de doença cardíaca arterioesclerótica difusa, e com 93% de obstrução em coronária descendente anterior esquerda. Tinha, portanto, risco de morte súbita, e assim não era candidato à cirurgia revascularizadora de *bypass*, necessitando, então, de *stents* coronarianos. Apresentava também asma e rinite desde a infância, porém sem história de sinusites. Demonstrava hipersensibilidade à aspirina, a anti-inflamatórios não-esteroidais e a dipirona, com reações caracterizadas por angioedema periorbital bilateral, e não relatava exacerbação da asma ou da rinite com aspirina. No exame clínico, a rinoscopia anterior revelou polipose nasal bilateral, e havia também sibilos bilaterais na ausculta pulmonar. A espirometria mostrou obstrução de 29% no VEF₁ em relação ao valor predito, sem resposta após bronco-dilatador. Combinou-se a dessensibilização hospitalar com aspirina, após 2 semanas da seguinte prescrição: fexofenadina 180 mg/dia, ciclesonida 2 sprays de

50 mcg/narina/dia, combinação formoterol/budesonida 6/200 mcg 2 sprays a cada 12 horas, prednisona 40 mg/dia por 1 semana, reduzida para 20 mg/dia por mais 1 semana, e montelucaste 10 mg/dia, sendo que 2 dias antes e no dia da dessensibilização o montelucaste foi dobrado para 20 mg/dia.

A dessensibilização com a aspirina foi realizada na Emergência de um Hospital de grande porte, que contava com UTI e Unidade Coronária de excelência. Houve monitoramento contínuo e com disponibilidade, à beira do leito, de medicações e equipamentos para uma potencial anafilaxia ou parada cardíaca (Figura 1). Foi administrado um protocolo de dessensibilização oral, de minha elaboração, com a duração de 9 horas (Figura 2). Ao ser iniciada a administração escalonada da aspirina, o paciente estava assintomático, e sua ausculta pulmonar era normal, sinais vitais também normais, oximetria de 97%, e pico de fluxo expiratório (PFE) de 150 L/min (previsto normal de 384 L/min). Cerca de 3 horas após ingerir 25 mg de aspirina, embora continuando assintomático, apresentou discretos sibilos bilaterais, que desapareceram prontamente com a administração de 3 sprays de 100 mcg de salbutamol. O PFE que caíra para 130 L/min, reverteu posteriormente para 210 L/min. O protocolo foi mantido sem interrupções, não havendo quaisquer outras intercorrências. O paciente teve alta hospitalar, assintomático e sem angiodema facial, com a prescrição de aspirina 100 mg/dia associada ao montelucaste 10 mg/dia. Foi dessensibilizado com sucesso, mantendo diariamente esta dose de aspirina, assim preconizada pelo seu cardiologista. Continua assintomático até o presente, 10 meses após a dessensibilização.

- Unidade de oxigênio
- Desfibrilador
- Material de intubação (ambu, laringoscópio e tubos endotraqueais)
- Monitorização contínua: eletrocardiograma, pressão arterial, frequências cardíaca e respiratória, oximetria
- Acesso venoso com hidratação contínua alternando soro fisiológico 0,9% com soro glicosado 5%
- Disponibilidade à beira do leito: epinefrina 1 mg/mL (1:1000), difenidramina 50 mg/mL, hidrocortisona 500 mg, água destilada, seringas de 1 mL e de 10 mL
- Medição periódica do pico de fluxo expiratório (PFE)
- Acompanhamento clínico com observação contínua e ausculta cardíaca e pulmonar periódicas

Figura 1 - Monitorização e acompanhamento clínico na dessensibilização oral com aspirina

Horário	Aspirina
10h	25 mg
13h	50 mg
16h	100 mg

Figura 2 - Protocolo empregado na dessensibilização oral com aspirina com 9 horas de observação hospitalar

A dessensibilização oral com a aspirina deve ser, portanto, disponibilizada aos pacientes com hipersensibilidade que necessitam cardioproteção, preferencialmente em ambiente hospitalar protegido.

Agradecimento

À Mariana Castells, MD, PhD, Director, Drug Hypersensitivity and Desensitization Center, Brigham and Women's Hospital, Harvard Medical School, pela orientação no preparo anterior à dessensibilização com aspirina.

Mario Geller, MD, MACP, FAAAAI, FAAAAI

Clínica Geller de Alergia e Imunologia, Rio de Janeiro, RJ

E-mail: drmariogeller@gmail.com

Não foram declarados conflitos de interesse associados à publicação desta carta.

REFERÊNCIAS

1. Unsworth DJ, Tsioungkos N. Improving detection and management of drug allergy. *Practitioner*. 2015;259:25-7.
2. Solensky R, Khan DA. Drug allergy: an updated practice parameter. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2010;105:273.e1-78.
3. Woessner KM, White AA. Evidence-based approach to aspirin desensitization in aspirin-exacerbated respiratory disease. *J Allergy Clin Immunol*. 2013;133:286-7.
4. Romano A, Torres MJ, Castells M, Sanz ML, Blanca M. Diagnosis and management of drug hypersensitivity reactions. *J Allergy Clin Immunol*. 2011;127:S67-73.
5. Macy E, Bernstein JA, Castells MC, Gawchik SM, Lee TH, Settipane RA, et al. Aspirin Desensitization Joint Task Force. Aspirin challenge and desensitization for aspirin-exacerbated respiratory disease: a practice paper. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2007;98:172-4.