

Atualizações no tratamento de bronquiolite viral aguda

Updates on acute bronchiolitis treatment

Renata Marcos Bedran¹, Maria Beatriz Marcos Bedran², André Bicalho Lima³, Ana Cristina de Carvalho Fernández Fonseca⁴, Cláudia Ribeiro de Andrade⁵, Cristina Gonçalves Alvim⁶, Laura Maria de Lima Belizário Lasmar⁷

DOI: 10.5935/2238-3182.20160018

RESUMO

Bronquiolite viral aguda consiste em uma afecção viral que acomete lactentes com idade inferior a dois anos, sendo o pico de incidência abaixo de seis meses de vida. O quadro clínico consiste em sintomas de infecção de vias aéreas superiores, que evolui após dois a quatro dias com cansaço, dispneia, taquipneia, além de esforço respiratório. Febre e redução da aceitação da dieta também podem ocorrer. Apneia tem sido relatada em casos graves ou em prematuros. O diagnóstico baseia-se na história clínica e no exame físico, sendo exames complementares reservados quando há suspeita de outros diagnósticos ou de complicações. O tratamento é suportivo, sendo a oxigenoterapia indicada para pacientes com saturação de oxigênio abaixo de 90%. Atualmente, o corticoide oral não tem indicação no tratamento. Broncodilatadores não são indicados de rotina e o uso da salina hipertônica é controverso. O antiviral, ribavirina, tem indicação em casos específicos, devido aos efeitos adversos e ao alto custo. A profilaxia da BVA é fundamental, sendo a lavagem das mãos e o uso de álcool, de máscaras e de luvas essenciais para prevenção da doença. Como medicação profilática, o palivizumabe é indicado apenas em casos selecionados.

Palavras-chave: Infecções Respiratórias; Bronquiolite Viral; Bronquiolite Viral/terapia; Solução Salina Hipertônica; Broncodilatadores.

ABSTRACT

Acute bronchiolitis consists of a viral infection that affects children younger than 2 years old, with the peak of incidence under 6 months. The clinical disease has symptoms of infection of the upper airway, which develops after 2-4 days with fatigue, dyspnea, tachypnea, and respiratory effort. Fever and reduction of dietary compliance, may also occur. Apnea has been reported in severe cases or premature. The diagnosis is based on clinical history and physical examination, reserved additional tests when there is a suspicion of other diagnoses or complications. Treatment is supportive, the oxygen therapy is indicated for patients with oxygen saturation under 90%. Currently, oral corticosteroids has no indication for the treatment. The use of bronchodilators is not routinely indicated and the use of hypertonic saline is controversial. The use of the antiviral ribavirin is indicated in specific cases because there are adverse effects and high costs. Prophylaxis of bronchiolitis is fundamental, and hand-washing, use of alcohol, use of masks and gloves are essential for disease prevention. The use of palivizumab is indicated in selected cases.

Key words: Respiratory Tract Infections; Bronchiolitis, Viral; Bronchiolitis, Viral/therapy; Saline Solution, Hypertonic; Bronchodilator Agents.

¹ Médica Pediatra Pneumologista. Mestre. Professora. Universidade José do Rosário Vellano, UNIFENAS-BH. Preceptora de Pneumologia Pediátrica no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² Médica Pediatra Pneumologista. Mestre. Professora. Instituto Metropolitano de Ensino Superior. Belo Horizonte, MG – Brasil.

³ Médico Pediatra Pneumologista. Hospital Mater Dei. Belo Horizonte, MG – Brasil.

⁴ Médica Pediatra Pneumologista. Mestre. Coordenadora do Programa Criança que Chia da Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente na Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG – Brasil.

⁵ Médica Pediatra Pneumologista. Doutora. Professora Adjunta II do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

⁶ Médica Pediatra Pneumologista. Doutora. Professora Associada do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

⁷ Médica Pediatra Pneumologista. Doutora. Professora Associada I do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina UFMG. Coordenadora do Grupo de Pesquisas em Pneumologia Pediátrica da Unidade de Pneumologia Pediátrica do Hospital das Clínicas da UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Renata Marcos Bedran
E-mail: rebedran@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Bronquiolite viral aguda (BVA) consiste em uma infecção viral que acomete lactentes com idade inferior a dois anos, sendo o pico de incidência abaixo de seis meses de vida. A prevalência é maior durante os meses de outono e inverno. O agente etiológico mais frequente é o vírus respiratório sincicial, seguido pelo rinovírus, *parainfluenzae* e metapneumovírus. O quadro pode recidivar e mais de um vírus pode ser isolado durante o episódio.^{1,3}

Do ponto de vista fisiopatológico, são descritos inflamação, necrose celular, edema, aumento da produção de muco, além de broncoespasmo que ocorre no epitélio brônquico.²

Os fatores de risco para o desenvolvimento de BVA consistem em prematuridade extrema (idade gestacional inferior a 29 semanas), doença pulmonar crônica (displasia broncopulmonar) e cardiopatia congênita.³

História de contato com paciente resfriado antes do início dos sintomas é muito comum. O período de incubação varia de quatro a cinco dias. O quadro clínico consiste em sintomas de infecção de vias aéreas superiores como congestão nasal e coriza serosa, que evoluem após dois a quatro dias com acometimento das vias aéreas inferiores, sendo observados tosse, taquipneia e esforço respiratório. Febre (temperatura axilar inferior a 39 graus) e redução da aceitação da dieta também podem ocorrer. Apneia tem sido relatada em casos graves ou em prematuros.¹

Os achados ao exame físico podem variar, podendo haver roncospasmos, sibilos e/ou crepitações na ausculta pulmonar. Sinais de esforço respiratório podem estar presentes, como tiragem intercostal, batimento de aleta nasal, retração xifoide e balanço toracoabdominal. A taquipneia é achado frequente, e pode haver aumento de tempo expiratório.

O diagnóstico baseia-se na história clínica e no exame físico, sendo exames complementares reservados para quando há suspeita de outros diagnósticos ou de complicações. Exames excessivos e desnecessários deixam os pacientes mais irritados, piorando o padrão respiratório, além de não trazer benefícios para o mesmo. A pneumonia é um diagnóstico diferencial importante e deve ser pensada sempre que houver febre alta (temperatura axilar acima de 39 graus centígrados) e de crepitações fixas.³

Os critérios de internação consistem em apneia, esforço respiratório importante, cianose central, saturimetria persistentemente baixa, frequência respiratória superior a 70 irpm e problemas sociais ou

dificuldade de acesso rápido a serviço médico, além dos fatores supracitados.³

REVISÃO DA LITERATURA

Foi feita revisão da literatura de protocolos, *guidelines* e das publicações a respeito de BVA nos últimos dois anos e feita comparação principalmente entre os dois *guidelines* mais estudados.^{2,3}

DISCUSSÃO

O tratamento de BVA sempre foi motivo de dúvida e discussão ao longo dos anos. Ele consiste principalmente em medidas de suporte.

A oxigenoterapia é a única terapia que é comprovadamente benéfica no tratamento de pacientes com BVA. Alguns autores indicam oxigenoterapia para pacientes com saturação de oxigênio abaixo de 90%, enquanto outros o indicam quando esse valor é abaixo de 92%.^{2,3}

O oxigênio pode ser oferecido na forma umidificada, podendo ser administrado através de cânula nasal, HOOD, máscara facial, máscara com reservatório, dependendo da necessidade de concentrações mais elevadas do mesmo e da aceitação do paciente.

A hidratação oral deve ser estimulada, mas se houver indisponibilidade da aceitação oral, sonda enteral ou acesso venoso deve ser providenciado imediatamente.

A fisioterapia respiratória não tem indicação rotineira em pacientes com BVA.³

A literatura provou que o uso de corticoide, tanto oral, como inalatório ou venoso, não tem indicação no tratamento de BVA, sendo os riscos maiores que o benefício.^{1,3}

O uso de antibioticoterapia somente será indicado em casos de infecção bacteriana secundária associada. Alguns sinais de alerta são essenciais para se pensar em infecções secundárias, como a necessidade de fração inalada de oxigênio (FiO₂) maior que 50%, febre alta (superior a 39 graus centígrados) e piora clínica progressiva, apesar dos cuidados de suporte adequados.³ Nesses casos, a antibioticoterapia deve ser instituída prontamente, após exame físico completo e a realização de exames complementares. Otite média aguda e pneumonia bacteriana são algumas infecções secundárias descritas na literatura em pacientes com BVA.

Broncodilatadores não são indicados em todo paciente com BVA, pois na literatura os trabalhos mostram que não há relato de melhora na evolução da doença, na

necessidade de hospitalização ou no tempo de internação, apesar dessa medicação ser muito usada na prática clínica.³ Os casos de pacientes com história pessoal e familiar de atopia devem ser avaliados individualmente.

A epinefrina é um agente alfa e beta-adrenérgico, que tem efeito broncodilatador. Alguns estudos são a favor do uso de epinefrina nebulizada em casos graves de BVA, descrevendo melhora nos sintomas, apesar de não afetar a resolução da doença ou necessidade de hospitalização.² Esses estudos mostram que o a epinefrina nebulizada só pode ser indicada em ambiente hospitalar, reservada para casos graves, conforme assinalado anteriormente. Entretanto, outras pesquisas não acusam melhora clínica com a epinefrina^{1,3} e não indicam seu uso rotineiro.

Atualmente questiona-se o uso da salina hipertônica. Alguns autores referem que a salina a 3% é segura e efetiva na melhora dos sintomas leves a moderados, sendo esse benefício notado com o uso da solução por mais de 24 horas.^{1,2} Desta forma, ela não seria indicada em dose única ou em urgência, uma vez que o paciente teria que utilizar a medicação no mínimo 24 horas para obter o benefício. A salina hipertônica teria a função de reidratar a via aérea, restabelecer as propriedades do muco, melhorar o *clearance* mucociliar, além de reduzir o edema submucoso.⁴ Entretanto, novos estudos questionam esses benefícios e não se tem indicado a realização de rotina da mesma.³ É importante salientar que a salina hipertônica pode propiciar broncoespasmo, sendo necessário avaliar o uso de broncodilatador associado.²

Não está indicado de rotina o antiviral, ribavirina, devido aos seus efeitos adversos e ao alto custo.^{2,3}

A profilaxia da BVA é fundamental, sendo a lavagem das mãos e o uso de álcool, de máscaras e de luvas essenciais para prevenção da doença. Evitar o contato de lactentes jovens com pessoas doentes é um dos pilares da prevenção da BVA.

O anticorpo monoclonal, palivizumabe, é indicado profilaticamente, em casos selecionados. O Ministério da Saúde atualmente indica o uso nos prematuros com idade gestacional inferior a 28 semanas e com menos de um ano durante a sazonalidade, além de crianças com menos de dois anos e diagnóstico de broncodisplasia ou doença cardíaca com repercussão hemodinâmica. A medicação deve ser administrada por cinco meses consecutivos, iniciando um mês antes da sazonalidade. Essa sazonalidade corresponde, na região Sudeste, aos meses de março a

julho, sendo, então, indicada a medicação a partir do mês de fevereiro.⁵

A Tabela 1 compara de forma sucinta as principais medicações descritas para BVA. Tabela 1. Principais medicações descritas para BVA

Tabela 1 - Principais medicações descritas para BVA

Medicação	AAP, 2014	NICE, 2015
Corticoide	Não indicado	Não indicado
Antibiótico	Não indicado de rotina	Não indicado de rotina
Broncodilatador	Não indicado de rotina	Não indicado de rotina
Epinefrina nebulizada	Indicado apenas em casos graves	Não indicado de rotina
Salina hipertônica	Melhora os sintomas de BVA leve a moderada após 24h de uso.	Não indicado de rotina
Ribavirina	Não indicado de rotina	Não indicado de rotina

CONCLUSÕES

O tratamento de BVA consiste em medidas suportivas. A única medida que se tem certeza do benefício na BVA é a oxigenoterapia em casos graves, que persiste como efetiva há mais de 40 anos. O tratamento deve ser individualizado, evitando-se o uso excessivo de medicações e procedimentos desnecessários nos lactentes, pois além de não auxiliarem na evolução da doença, deixam o paciente mais ansioso e agitado, piorando ainda mais seu estado clínico. A lavagem das mãos é essencial para prevenir a disseminação viral.

REFERÊNCIAS

1. Julie R. Ingelfinger, M.D., H. Cody Meissner, M.D. Bronchiolitis in Children. *N Engl J Med* 2016;374:62-72.
2. Ralston S. L., Lieberthal A.S., Meissner C. H, et al. Clinical Practice Guideline: The Diagnosis, Management, and Prevention of Bronchiolitis. *PEDIATRICS* Volume 134, Number 5, November 2014, FROM THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS
3. Bourke T, Chadwick K, Crimmins G. J. Bronchiolitis: diagnosis and management of bronchiolitis in children, Bronchiolitis in children NICE. Clinical Guideline NG 9, Junho 2015.
4. Linjie Zhang, Raúl A. Mendoza-Sassi, Terry P Klassen, Claire Wainwright. Nebulized Hypertonic Saline for Acute Bronchiolitis: A Systematic Review. *Pediatrics*. Volume 136, issue 4, outubro 2015.
5. Ministério da Saúde. Estabelecer a sazonalidade do vírus sincicial respiratório no Brasil e oferecer esclarecimentos referentes ao protocolo de palivizumabe. Nota técnica conjunta 05/2015.