

Capítulo II – Diagnóstico e classificação da gravidade

O diagnóstico da asma deve ser baseado em condições clínicas e funcionais e na avaliação da alergia⁽¹⁻⁴⁾.

1. DIAGNÓSTICO CLÍNICO

São indicativos de asma:

- um ou mais dos seguintes sintomas: dispnéia, tosse crônica, sibilância, aperto no peito ou desconforto torácico, particularmente à noite ou nas primeiras horas da manhã
- sintomas episódicos
- melhora espontânea ou pelo uso de medicações específicas para asma (broncodilatadores, antiinflamatórios esteróides)
- diagnósticos alternativos excluídos

Perguntas que devem ser formuladas aos pacientes (ou pais) para se estabelecer o diagnóstico clínico de asma:

- tem ou teve episódios recorrentes de falta de ar (dispnéia)?
- tem ou teve crises ou episódios recorrentes de chiado no peito (sibilância)?
- tem tosse persistente, particularmente à noite ou ao acordar?
- acorda por tosse ou falta de ar?
- tem tosse, sibilância ou aperto no peito após atividade física?
- apresenta tosse, sibilância ou aperto no peito após exposição a alérgenos como mofo, poeira domiciliar e animais ou a irritantes como fumaça de cigarro e perfumes ou após resfriados ou alterações emocionais como riso ou choro?
- usa alguma medicação quando os sintomas ocorrem? com que frequência?
- há alívio dos sintomas após o uso de medicação?

2. DIAGNÓSTICO FUNCIONAL

2.1. ESPIROMETRIA

São indicativos de asma^(1,2,5,6):

- obstrução das vias aéreas caracterizada por redução do VEF₁ (inferior a 80% do previsto) e da relação VEF₁/CVF (inferior a 75 em adultos e a 86 em crianças)
- obstrução ao fluxo aéreo que desaparece ou melhora significativamente após uso de broncodilatador (aumento do VEF₁ de 7% em relação ao valor previsto e 200ml em valor absoluto, após inalação de β₂ de curta duração); limitação ao fluxo aéreo sem resposta ao broncodilatador em teste isolado não deve ser interpretado como obstrução irreversível das vias aéreas

- aumentos espontâneos do VEF₁ no decorrer do tempo ou após uso de corticosteróides (30 a 40mg/dia vo, por duas semanas) de 20%, excedendo 250ml

2.2. PICO DO FLUXO EXPIRATÓRIO (PFE)

A variação diurna exagerada do PFE pode ser utilizada para documentar a obstrução variável do fluxo aéreo.

São indicativos de asma^(4,7):

- diferença percentual média entre a maior de três medidas de PEF efetuadas pela manhã e à noite com amplitude superior a 20% em um período de duas a três semanas
- aumento de 20% nos adultos e de 30% nas crianças no PFE, 15 minutos após uso de β₂ de curta duração⁽⁸⁾

2.3. TESTES ADICIONAIS

Em indivíduos sintomáticos com espirometria normal e ausência de reversibilidade demonstrável ao uso de broncodilatador, o diagnóstico pode ser confirmado pela demonstração de hiper-responsividade das vias aéreas:

- teste de broncoprovocação com agentes broncoconstritores (metacolina, histamina, carbacol) com alta sensibilidade e alto valor preditivo negativo^(9,10)
- teste de broncoprovocação por exercício demonstrando queda do VEF₁ acima de 10% a 15%^(10,11).

3. DIAGNÓSTICO DA ALERGIA

A anamnese cuidadosa é importante para a identificação de prováveis alérgenos, podendo ser confirmados por provas *in vivo* (provas cutâneas) ou *in vitro* (determinação de concentração sanguínea de IgE específica):

- testes cutâneos devem ser realizados utilizando-se extratos biologicamente padronizados; a técnica mais utilizada é a de puntura. Em nosso meio predominam os antígenos inaláveis, sendo os mais frequentes os ácaros das espécies *Dermatophagoides pteronyssinus* e *Blomia tropicalis*.
- outros alérgenos inaláveis (pólen, baratas, epitélio de gatos e cães) têm menos importância. Alimentos raramente induzem asma.
- a determinação de IgE sérica específica confirma e complementa os resultados dos testes cutâneos, fornecendo dados quantitativos, mas, por ser mais onerosa, não tem sido recomendada rotineiramente⁽¹²⁾.

4. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Algumas condições são específicas das diferentes faixas etárias. O Quadro 1 resume as que mais frequente-

QUADRO 1
Diagnóstico diferencial

<p>Anel vascular Apnéia obstrutiva do sono Aspergilose broncopulmonar alérgica Bronquiectasias Bronquiolites Carcinoma brônquico Discinesia da laringe Disfunção de cordas vocais Doença respiratória crônica da prematuridade DPOC Embolia pulmonar Fibrose cística</p>	<p>Fístula traqueoesofágica Incoordenação da deglutição Infecções virais e bacterianas Insuficiência cardíaca Massas hipofaríngeas Massas mediastinais Obstrução alta das vias aéreas Obstrução mecânica das vias aéreas Refluxo gastroesofágico Síndrome de Loeffler Síndrome de hiperventilação</p>
--	---

QUADRO 2
Classificação da gravidade da asma

	Intermitente	Persistente leve	Persistente moderada	Persistente grave
Sintomas falta de ar, aperto no peito, chiado e tosse	≤ 1 vez/semana	≥ 1 vez/semana e < 1 vez/dia	Diários mas não contínuos	Diários contínuos
Atividades	Em geral normais Falta ocasional ao trabalho ou escola	Limitação para grandes esforços Faltas ocasionais ao trabalho ou escola	Prejudicadas Algumas faltas ao trabalho ou escola. Sintomas com exercício moderado (subir escadas)	Limitação diária Falta freqüente ao trabalho e escola. Sintomas com exercícios leves, (andar no plano)
Crises*	Ocasionais (leves) Controladas com broncodilatadores, sem ida à emergência	Infreqüentes Algumas requerendo curso de corticóide	Freqüentes Algumas com ida à emergência, uso de corticóides sistêmicos ou internação	Freqüentes – graves Necessidade de corticóide sistêmico, internação ou com risco de vida
Sintomas noturnos**	Raros ≤ 2 vezes/mês	Ocasionais > 2 vezes/mês e ≤ 1 vez/semana	Comuns > 1 vez/semana	Quase diários > 2 vezes/semana
Broncodilatador para alívio	≤ 1 vez/semana	≤ 2 vezes/semana	> 2 vezes/semana e < 2 vezes/dia	≥ 2 vezes/dia
PFE ou VEF₁ nas consultas	Pré-bd > 80% previsto	Pré-bd ≥ 80% ou previsto	Pré-bd entre 60% e 80% previsto	Pré-bd < 60% previsto
<p>* Pacientes com crises infreqüentes, mas que colocam a vida em risco, devem ser classificados como portadores de asma persistente grave. ** Despertar noturno regular com chiado ou tosse é um sintoma grave.</p>				

mente podem ser confundidas com asma e que devem ser consideradas no diagnóstico diferencial.

5. CLASSIFICAÇÃO DA GRAVIDADE

A asma pode ser classificada quanto à gravidade em intermitente e persistente leve, moderada e grave.

Estima-se que 60% dos casos de asma sejam intermitentes ou persistentes leves, 25% a 30% moderados e 5% a 10% graves. Os asmáticos graves são a minoria, mas representam a parcela maior em utilização de recursos.

5. REFERÊNCIAS

1. NAEP Expert Panel Report II. Guidelines for the diagnosis and management of asthma. NHLBI Info Center, Bethesda, Maryland, 1997.
2. Siersted HC, Mostgaard G, Hyldebrandt N, Hansen HS, Boldsen J, Oxhøj H. Interrelationship between diagnosed asthma, asthma like symptoms, and abnormal airway behavior in adolescence: the Odense Schoolchild Study. *Thorax* 1996; 51:503-9.
3. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. II Consenso brasileiro no manejo da asma. *J Pneumol* 1998;4:173-276.
4. The Canadian Asthma Consensus Group (eds). Canadian asthma consensus report. *CMAJ* 1999;161:S1-62.
5. American Thoracic Society. Lung function testing: selection of reference values and interpretative strategies. *Am Rev Respir Dis* 1991; 144:1202-18.
6. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. I Consenso brasileiro sobre espirometria. *J Pneumol* 1996;22:105-64.
7. Quanjer PH, Lebowitz MD, Gregg I, Miller MR, Pedersen OF. Peak expiratory flow: conclusions and recommendations of a Working Party of the European Respiratory Society. *Eur Respir J* 1997;10(Suppl 24):2-8.
8. Gibson PG, Wlodarczyk J, Hensley MJ, Murree-Allen K, Olson LG, Saltos N. Using quality-control analysis of peak expiratory flow recordings to guide therapy for asthma. *Ann Intern Med* 1995;123:488-92.
9. Cockcroft DW, Killian DN, Mellon JJA, Hargreave FE. Bronchial reactivity to inhaled histamine: a method and clinical survey. *Clin Allergy* 1997;7:235-43.
10. Sterk PJ, Fabbri LM, Quanjer PH, Cockcroft DW, O'Byrne PM, Anderson SD, et al. Airway responsiveness. Standardized challenge testing with pharmacological, physical and sensitizing stimuli in adults. *Eur Respir J* 1993;6(Suppl 16):53-83.
11. Kumar A, Busse WW. Recognizing and controlling exercise-induced asthma. *J Respir Dis* 1995;16:1087-96.
12. Busse WW, Lemanske RF. Asthma. *N Engl J Med* 2001;344:350-62.
13. Cockcroft DW, Swystum VA. Asthma control versus asthma severity. *J Allergy Clin Immunol* 1996;98:1016-8.

A avaliação usual da gravidade da asma pode ser feita pela análise da frequência e intensidade dos sintomas e pela função pulmonar. A tolerância ao exercício, a medicação necessária para estabilização dos sintomas, o número de visitas ao consultório e ao pronto-socorro, o número anual de cursos de corticosteroide sistêmico, o número de hospitalizações por asma e a necessidade de ventilação mecânica são aspectos também utilizados para classificar a gravidade de cada caso⁽¹³⁾.

No Quadro 2 são apresentados os principais parâmetros para classificação da gravidade da asma.