



## **Sessão de Casos Clínicos**

# **Asma e uma Associação Pouco Frequente**

**Ofélia Monteiro<sup>a</sup>**

<sup>a</sup>  
Pneumologista no Hospital Dr. Agostinho Neto

Praia, Cabo Verde  
24 novembro de 2022

## Dimensão do Problema

- É uma das doenças crónicas mais comuns, afectando cerca de 300 milhões de indivíduos em todo o Mundo
- Aumento da prevalência na maioria dos países, especialmente nas crianças
- Sub e Sobrediagnóstico continua sendo um desafio

# Caso Clínico

H.P.B.M. ♂ 46 anos, raça negra, Técnico de Telecomunicações

Fevereiro de 2009, na altura com 33 anos, inicia consultas de Pneumologia por:

- Tosse e pieira episódicas, recorrente desde os 22-24 anos, mais recorrentes a partir dos 30 anos
- Agravadas à noite, nos meses mais frios e com exposição a fumaça do tabaco
- Referia rinorreia, crises esternutatórias e obstrução nasal desde da adolescência

## Caso Clínico

- Em 2008 foi avaliado em 1 consulta de Imunoalergologia, mas não deu seguimento
- Até então automedicava-se com BD curta duração e corticoide oral nas crises, prescritos em atendimentos na urgência

# Antecedentes Pessoais, familiares e exposição

- Não Fumador, álcool social
- Tem 1 cão no domicílio
- **Sedentário**
- Mãe sintomas de alergia quando jovem sic
- Pai sem atopia sic
- Irmãos saudáveis sic

## Na primeira consulta

- Bom estado geral, sem lesões cutâneas IMC 23,5
- AC : s1+s2 regular, sem sopros
- AP: MV rude, tempo expiratório prolongado e alguns sibilos bilateral
- Membros sem edemas

## Na primeira consulta

- Normotenso      Saturação: 96% ar ambiente
- PEF: 262(<50%)
- FEV1: 1,42

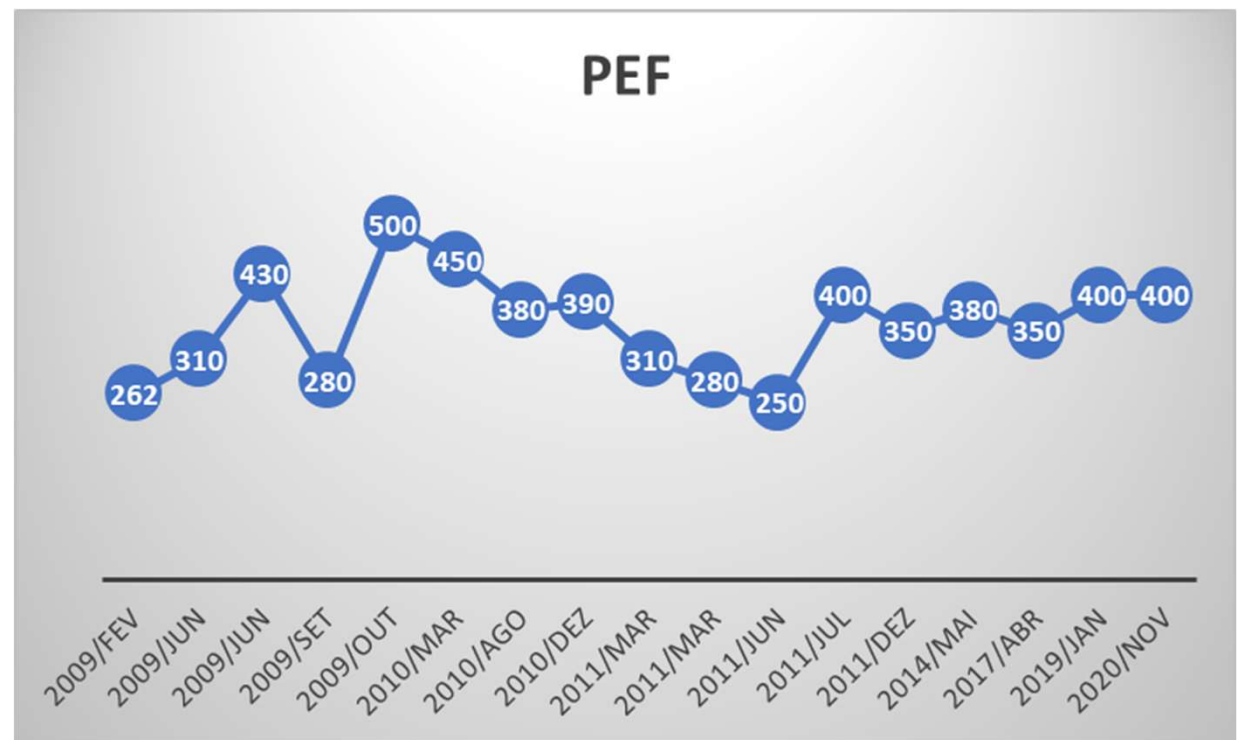
**Plano terapêutico com  
LABA + CI**

## Exames complementares de diagnóstico

- Hemoglobina: 15 g/dL
- Leucócitos: 5000mm<sup>3</sup> Neutrófilos:55% Eosinófilos:0
- IgE total: 116 KUI/L                      FR: negativo                      TSC negativo
- Radiografia do tórax: hiperinsuflação pulmonar bilateral com aplanamento das cúpulas diafragmática



Consultas nos períodos de agudização!  
Sobretudo por falha na medicação



- Educação para autocontrolo dos sintomas
- Incentivo prática de atividade física, iniciada de forma regular em 2010
- Orientado para consulta de ORL, em 2009, por sintomas nasais refractarias a terapêutica médica
- Consulta ORL 2011, proposta de cirurgia por desvio do septo, recusada!

## Evolução

- A partir de 2011 redução progressiva do uso de BD de curta ação
- Em 2015, 2 episódios de traqueobronquite tratadas com antibiótico por 3 dias
- Infecção respiratoria em 2018, tratada com antibiótico 5 dias – cultura da expectoração e baciloscopia negativas

## Plano terapêutico ao longo dos anos

- Autoconhecimento da doença
- Prática de atividade física regular
- CI, LABA, LAMA nos primeiros anos, aminofilina
- Corticoide nasal, Descongestionantes
- Nos últimos anos: antileucotrieno+LABA+CI
- Vacinação, reeducação funcional respiratória

Associação fixa  
Budesonido+Formoterol

## Em 2017

- Inicia seguimento neurológico regular por relato de alterações na marcha e da postura, tremor em repouso inicio a direita, rigidez e bradicinesia, de inicio no mesmo ano
- Hiposmia inicio 5 anos antes dos sintomas motores
- Ao exame clinico e neurológico: Consciente e orientado no tempo e no espaço, hipomimia, sinal da roda dentada bilateral.

## Diagnóstico aos 41 anos: **Doença de Parkinson**

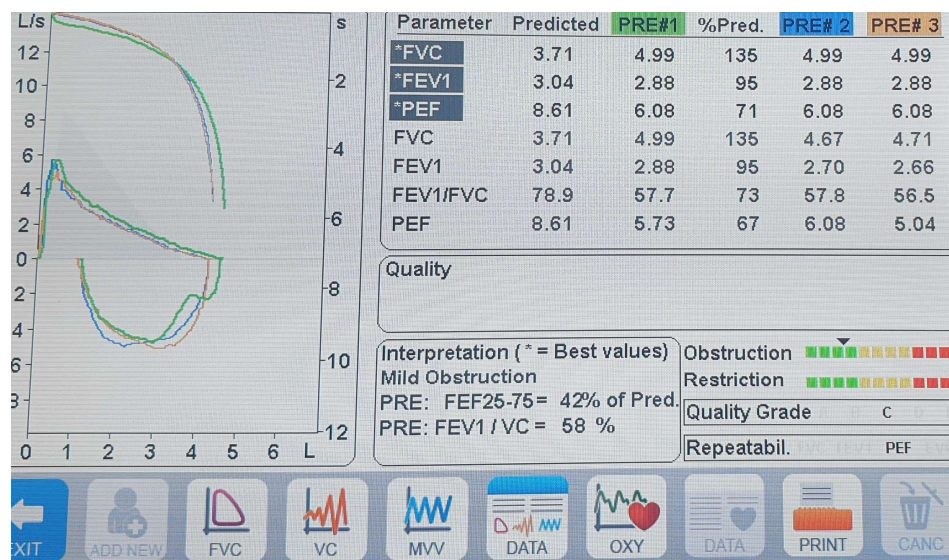
- Foi instituído vários esquemas terapêuticos **com má adesão ao tratamento**
- Suporte psicológico
- Atualmente em uso de levodopa/carbidopa /entacapone (150/37,5/200 mg), levodopa/carbidopa de liberação lenta 100mg/25mg

# A Doença de Parkinson (DP)

- É um distúrbio neurodegenerativo, crônico, progressivo e idiopático, derivada de alterações da síntese da Dopamina (DA) no Sistema Nervoso Central (SNC). As disfunções da síntese dopaminérgica são causadas por degenerescência dos neurônios na parte compacta da substância negra determinando alterações na regulação dos circuitos neuromoduladores da motricidade realizado pelos núcleos da base.
- Esta patologia é caracterizada pela apresentação de distúrbios motores progressivos, como o tremor de repouso, bradicinesia, rigidez, alterações da postura e da marcha
- As manifestações clínicas apresentam-se inicialmente com predomínio unilateral, progridem para manifestações bilaterais e em estágios mais avançados causam a perda da independência funcional

## Espirometria outubro/22

	Pred.	PRE	POST	%CHG
FVC	3,71	4,99	4,76	-5
FEV1	3,04	2,88	3,27	+14
FEV/FVC	78,9	57,7	68,6	+19
PEF	8,61	5,73	5,78	+1
FEF25-75	4,02	1,67	2,02	+21



Obstrução ligeira, com reversibilidade ao BD



Como tem estado?

- Doente mantém seguimento nas consultas de Neurologia, Pneumologia
- Asma controlada
- Bom domínio do autocontrolo da doença
- Ciclista amador percorrendo 15 a 17 km 3 vezes por semana com boa tolerância ao esforço

## Apontamentos finais...

- Asma e DP em idades mais jovens é pouco habitual
- Existe relatos do efeito protector dos BD em relação a DP
- A presença de sinusopatia pode ser um factor de confusão no diagnóstico da DP

## Apontamentos finais...

- Os medicamentos antiparkinsonianos podem alterar o drive ventilatório
- Pouco conhecimento ainda do impacto desta associação no sistema respiratório e na evolução clínica de ambas as doenças
- Atenção a importância da acurácia diagnóstica da Asma

Obrigada



*Contadeira de história*  
David Levy Lima