

 <https://doi.org/10.56344/2675-4827.v4n3a2023.39>

## **Episódios de anafilaxia em lactentes e as dificuldades em definir a etiologia: relato de caso**

### **Episodes of anaphylaxis in infants and the difficulties in defining the etiology: case report**

Lorena Beatriz Lopes de Oliveira<sup>1</sup>, Amanda Marques Almeida<sup>1</sup>, Taís Komono Tojeiro<sup>1</sup>, Bruna Nascimento Gonçalves dos Santos<sup>1</sup>, Mariana Longo Neves<sup>1</sup>, Rosa Aparecida Ferreira Parreira<sup>2</sup>

#### **INTRODUÇÃO**

A anafilaxia é definida como uma reação aguda grave, multissistêmica que ocorre em minutos a horas após à exposição a diversos agentes capazes de induzir reações de hipersensibilidade, é uma condição ameaçadora a vida, assim o tratamento necessita ser rápido e adequado para a reversão do quadro (CARDONA V et al, 2020). Um dos critérios, segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria em 2021, descreve a presença de urticária e angioedema associado a pelo menos um sintoma sistêmico, sendo na sua maioria, sintomas respiratórios, queda da pressão arterial ou sintomas gastrointestinais.

Os alérgenos mais comuns que desencadeiam a anafilaxia incluem alimentos, medicamentos, picadas de insetos e substâncias injetadas, como látex e contraste radiológico (LIEBERMAN, P. et al, 2018). Existem diversas etiologias, porém em crianças brasileiras os alimentos mais comuns seriam o leite ou ovo, enquanto nas norte americanas seriam pelo amendoim. Em relação a adultos brasileiros seria por camarão e frutos do mar, além de picadas de insetos como abelhas e vespas. Existem

---

<sup>1</sup> Acadêmica do curso de Medicina do Centro Universitário Barão de Mauá, Ribeirão Preto, São Paulo. Contato autor-apresentador: amandamarquesalmeida@hotmail.com

<sup>2</sup> Docente do curso de Medicina do Centro Universitário Barão de Mauá, Ribeirão Preto, São Paulo. Contato: rosa.ferreira@baraodemaua.br

casos em que há causa não é descoberta pela dificuldade de se chegar a uma etiologia, sendo estes classificados como causa idiopática (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA 2021).

Quanto aos medicamentos tópicos, a neomicina que é um antimicrobiano ela está relacionada a reações adversas principalmente locais (ZUDAIRE, L.Echeverría et al 2015) sendo a mais encontrada a dermatite de contato e está entre os principais alérgenos na população pediátrica (CATTANI, Cristiane Almeida Soares et al). Em relação a reações anafiláticas ao uso de neomicina existe um caso que reporta anafilaxia com possível associação à este medicamento, porém não foi possível excluir, no entanto, alergia às proteínas do ovo ou à gelatina (KWITTKEN PL, ROSEN S, SWEINBERG SK 1993).

O tratamento imediato da anafilaxia envolve a administração de epinefrina (adrenalina) e medidas de suporte, como a manutenção das vias respiratórias e o controle da pressão arterial (SAMPSON, H. A. 2021). No entanto, apesar dos avanços recentes, desafios persistentes no manejo da anafilaxia foram identificados, como a falta de conscientização e treinamento adequados em fornecer a medicação de emergência (SIMONS, F. E. et al. 2020).

## **OBJETIVOS**

Relatar a evolução e o manejo inicial de um paciente que apresentou episódios de anafilaxia e as dificuldades em elucidar o diagnóstico etiológico dos episódios. Assim como, mostrar a importância da investigação em ambulatório de especialidade.

## **MÉTODOS**

Trata-se de um relato de caso de lactente atendido inicialmente em UBS, que foi encaminhado para ambulatório de alergia infantil com 1 ano de idade, devido a quadros prévios de anafilaxias aos 6 meses de vida. Os dados foram coletados através da revisão do prontuário e análise dos exames laboratoriais disponíveis na UBS e no ambulatório de especialidade. Número do Protocolo CEP (03037818.8.0000.5378).

## RELATO DE CASO E DISCUSSÃO

Paciente, J.M.F.G., sexo masculino, de 6 meses, nascido de parto normal sem complicações com 35 semanas, em aleitamento materno exclusivo, em acompanhamento em serviço de puericultura em UBS, apresentou lesão eritematosa e pruriginosa em região perilabial superior sem edema labial ou de língua sendo prescrito o uso de neomicina tópica no local. As lesões evoluíram com aumento da lesão perilabial e secreção purulenta. No 5º dia após o uso da medicação, evolui com angioedema facial, edema em membros superiores e inferiores, urticaria em abdome e membros associado a sibilos.

Mãe procurou a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) aonde foram realizados anti-histamínicos, corticosteroides, reparação endovenosa e cuidados respiratórios. Necessitou de 3 doses de adrenalina intramuscular. Foi então liberado para a casa pela melhora dos sintomas, porém 2 dias após, o quadro se repetiu e foi necessário, novamente, o uso de adrenalina. Mantendo sinais de edema facial, com hiperemia local importante e edema local, o paciente foi internado em Hospital terceirizado. Recebeu cefalexina endovenosa durante 20 dias, tendo resposta com melhora do quadro clínico apresentado. A mãe confessou que havia iniciado complementação com leite de vaca há poucos dias e que as reações começavam 40 minutos após as mamadas, e que fazia uso da neomicina durante o período de anafilaxia. Assim, foi orientado a restrição de alimentos contendo leite de vaca e ovo devido à suspeita de alergia a proteína do leite de vaca, e ao uso de neomicina, não tendo nenhum episódio semelhante após a restrição. Os exames de RAST não estável disponíveis na UBS. Solicitado encaminhamento para ambulatório de especialidade infantil. Lactente com histórico de asma materna e irmã com dermatite atópica.

Lactente conseguiu a vaga no ambulatório de alergia 6 meses depois do quadro inicial em restrição de LV e ovo. Com 1 ano de idade, foram solicitados a dosagem de IgE total e específicas para LV, soja, trigo, gema e clara de ovo, barata, ácaros, caspa de gato, caspa de cachorro. Todos com resultado abaixo de 0,10 Kua/L (negativos), sendo então liberada a aos poucos os backeds para leite (assados contendo as proteínas do leite) e a seguir do ovo. Paciente permaneceu assintomático. Apresentou boa aceitação aos Backeds e com o tempo foi realizado o Teste de Provocação oral

com o leite in natura e depois com o ovo, sem apresentar reação a estas proteínas. Quanto a neomicina, após discutir o caso com outros especialistas, chegamos à conclusão que não valeria a pena expor o lactente ao risco de nova anafilaxia com o uso deste antibiótico, sendo que temos várias outras opções de antibiótico tópico.

## CONCLUSÃO

O caso relatado demonstra que a demora no acesso ao ambulatório de alergia pode retardar o resultado dos exames e o teste de provocação oral, levando as vezes a restrições desnecessárias; pois se a causa de anafilaxia fosse o leite ou ao ovo, teríamos uma resposta IgE imediata positiva. Outro questionamento, teria dado tempo de negativar os exames? Vimos também, que não justificaria expor uma criança ao antibiótico tópico, sendo a provável causa da anafilaxia, uma vez que não há exame IgE mediado padronizado para este antibiótico. Foi levantada a hipótese de passar a neomicina nos lábios do lactente e avaliar a evolução para anafilaxia. Nós médicos e a mãe concordamos em apenas afastar este medicamento das possibilidades de uso para este lactente. Mostramos assim, as dificuldades na identificação da etiologia, sendo muitas vezes não possível a confirmação.

**Palavras-chave:** Anafilaxia. Neomicina. Hipersensibilidade alimentar. Asma. Rinite alérgica.

**Conflitos de interesse:** Os autores não têm conflitos de interesse a divulgar.

## REFERÊNCIAS

CARDONA V et al. World allergy organization anaphylaxis guidance 2020. **World Allergy Organ Journal**, v. 13, n. 10, 2020.

CATTANI, Cristiane Almeida Soares et al. Sensibilizantes encontrados em crianças e adolescentes com dermatite atópica recalcitrante: estudo transversal com bateria pediátrica. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Porto Alegre, v. 97, n. 3, p. 307-314, ago. 2021.

KWITTKEN PL, ROSEN S, SWEINBERG SK. MMR Vaccine and Neomycin Allergy. **Am J Dis Child**, v. 147, n. 2, p. 128–129, 1993.

LIEBERMAN, P. et al. The diagnosis and management of anaphylaxis practice parameter: 2010 Update. **Journal of Allergy and Clinical Immunology**, v. 126, n. 3, p. 477-480, 2018.

SAMPSON, H. A. Anaphylaxis: Current advances and challenges in diagnosis and treatment. **The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice**, v. 8, n. 2, p. 352-362, 2020.

SIMONS, F. E. et al. 2020 update of the evidence base: World Allergy Organization anaphylaxis guidelines. **World Allergy Organization Journal**, v. 12, n. 1, p. 100472, 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (Brasil). Anafilaxia: atualização 2021. **Sociedade Brasileira de Pediatria: Guia Prático de Atualização**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 6, p. 1-9, 2021.