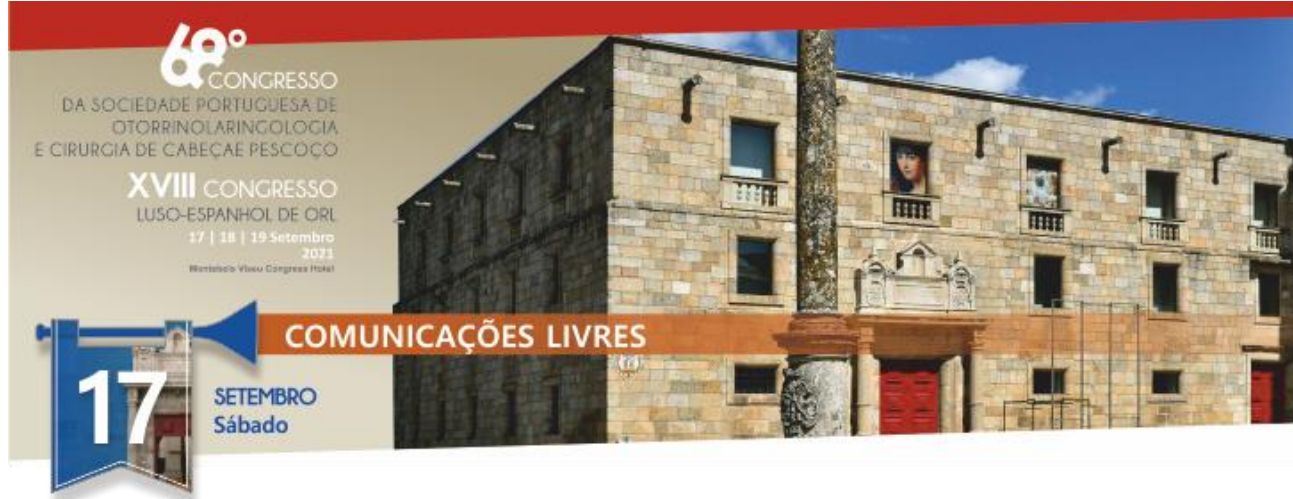




CL12- 09:28/09:36

ANGIOEDEMA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO CHVNG/E

Cristina Aguiar¹, Joana Queirós Gomes², Mónica Teixeira¹, Paulo Pina¹, Leandro Ribeiro¹, Artur Condé¹

(¹Serviço de ORL do CHVNG/E, ²Serviço de Imunoalergologia do Chvng/E)

Introdução: O angioedema define-se como um edema duro de instalação súbita, sendo a via aérea (VA) frequentemente afetada. Este pode ser esporádico ou recorrente e quanto à etiologia, histaminérgico (secundário a alergénios) ou bradicinérgico (inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA) ou, mais raramente, formas hereditárias). O médico de ORL possui um papel primordial na avaliação e orientação dos doentes com o diagnóstico de angioedema.

Objetivos: Caracterização epidemiológica, clínica e orientação terapêutica dos doentes com angioedema da cabeça e pescoço.

Material e Métodos: Estudo observacional do tipo retrospectivo, que incluiu os pacientes com o diagnóstico de edema angioneurótico observados no Serviço de Urgência Polivalente do CHVNG/E entre os anos de 2015 e 2020.

Resultados: Foram incluídos 315 casos de angioedema, 50,8% do sexo masculino e 49,2% do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 1 e 90 anos (mediana de 53 anos). Das principais comorbilidades dos doentes avaliados, destaca-se a hipertensão arterial (47,3%). 25,7% dos doentes tinham episódios prévios de angioedema. Os IECA's foram a causa mais frequente de angioedema (30,3%). Os sintomas mais comuns foram a urticária (36,2%), a dispneia (16,5%) e a odinofagia (7,6%), com uma mediana de evolução de 3 horas. A classificação proposta por *ISHOO*, que estabelece 4 classes de acordo com as estruturas atingidas, foi aplicada - classe I (lábio e/ou face) 71,5%, classe II (palato mole) 3,8%, classe III (língua) 22,4% e classe IV (laringe) 2,2%. Houve envolvimento de 2 ou mais estruturas em 43,2% dos casos. Verificou-se uma relação estatisticamente significativa entre o envolvimento de 2 ou mais estruturas e a presença de edema do lábio ($p<0,001$), face ($p<0,001$), base da língua ($p<0,003$), palato mole ($p<0,001$) e úvula ($p<0,001$). Verificou-se uma relação estatisticamente significativa entre o angioedema por IECA e o atingimento de estruturas classe I ($p=0,007$) e classe III ($p=0,007$). O atingimento das estruturas laríngeas (classe IV) relacionou-se significativamente com disfagia ($p=0,011$), odinofagia ($p=0,01$), disfonia ($p<0,001$), estridor ($p=0,022$) e dispneia ($p<0,001$). A observação por ORL foi solicitada em 17,8% dos casos, sobretudo nos doentes com queixas de globus faríngeo ($p<0,001$), disfagia ($p=0,036$), odinofagia ($p<0,001$) e sialorreia ($p=0,005$). Foi necessária abordagem emergente da via aérea em 2 casos, ambos sujeitos a entubação orotraqueal. Os corticoesteróides e os anti-histamínicos foram o esquema terapêutico utilizado em todos os doentes, que foi complementado com adrenalina em 15,9% dos casos. O tempo de resolução mediano foi de 3,5 horas. Foi registada 1 morte.

Conclusão: Apenas uma pequena percentagem dos doentes diagnosticados com edema angioneurótico foi observada por ORL, sobretudo na presença de sintomas que sugeriam o envolvimento da via aérea. Destes, uma minoria necessitou de intervenção emergente na VA. O facto de uma elevada percentagem dos doentes apresentar um envolvimento de 2 ou mais locais da via aerodigestiva superior torna essencial o papel da especialidade de ORL na sua observação e orientação.