

Carta Relativa ao Artigo Prevalência da Asma na Cidade do Porto. (Acta Med Port 1994; 7: 21-4)

PREVALÊNCIA DA ASMA NA CIDADE DO PORTO - DIFERENÇAS REGIONAIS E FACTORES PRECIPITANTES DA ASMA

Senhor Director: Lêmos com muito interesse o trabalho do Colega José Alves et al versando a aplicação do inquérito do *European Community Respiratory Health Survey* a duas freguesias da cidade do Porto. Os autores preocuparam-se, neste trabalho, se as não-respostas ao inquérito por mudança de domicílio influenciaram ou não resultados anteriormente obti-



Fig. 1 - Distribuição geográfica de 58 doentes com alergia respiratória em relação aos quais se quantificaram níveis de alérgenos na poeira doméstica. Os níveis dos alérgenos major da barata (*Bla g I* e *Bla g II*) são significativamente mais elevados nos residentes em áreas mais interiores (Δ) do que nos da orla marítima e fluvial (*).

dos. Verificaram, numa amostra de 9,4% dos 1248 indivíduos que mudaram de domicílio, que a prevalência de *sintomas de asma* (questão 1), *ataque de asma* (questão 5) e *tratamento para asma* (questão 6) não diferia significativamente da obtida nas 2075 respostas iniciais. Não questionando o *poder estatístico* dos resultados obtidos, gostaríamos de apresentar alguns resultados recentes que nos sugerem que, pelo menos no contexto da alergia respiratória a alérgenos do ambiente doméstico, a mudança de residência numa área geográfica relativamente limitada poderá influenciar a prevalência e gravidade da doença respiratória. Assim, numa amostra de 30 doentes com alergia respiratória (24 dos quais com asma) sensibilizados aos alérgenos da barata podemos relacionar os níveis de exposição alérgica no domicílio com alguns parâmetros clínicos e características habitacionais. Nestes doentes, seleccionados de um grupo de 155 primeiras consultas consecutivas por apresentarem testes *prick* positivos a uma de três espécies testadas (*Blatella Germanica*, *Blata Orientalis* e *Periplaneta Americana*)^{1,2}, medimos os níveis dos alérgenos major da barata (*Bla g I* e *Bla g II*) em amostras da poeira doméstica, com anticorpos monoclonais e métodos imunoenzimáticos (Abelló, S.A., Madrid), comparativamente a 28 doentes apenas sensibilizados aos ácaros do pó ou a gramíneas. Quando analisamos a área geográfica de residência destes 58 doentes (fig.1), verificámos que os níveis de exposição aos alérgenos major da barata eram significativamente menores nas regiões junto à orla marítima e fluvial do que em regiões mais interiores (*Bla g I* média geométrica 23,8 U/g pó vs 13,1 U/g $p=0,02$ pelo teste de Wilcoxon, *Bla g II* 0,88 U/g vs 0,48 U/g $p=0,007$). Na amostra de doentes sensibilizados à barata foi também possível observar uma relação entre a exposição e a gravidade clínica. De facto, os níveis de *Bla g I* eram significativamente mais elevados nas amostras dos doentes com asma e rinite associadas ($n=18$) do que nas dos doentes com manifestações isoladas ($n=12$) - 30,8 U/g vs 18,0 U/g, $p=0,03$ - e, de entre os asmáticos, nos de maior gravidade - asma moderada 39,4 U/g vs asma ligeira 13,6 U/g, $p=0,01$. Apesar das nossas observações poderem representar um modelo particular da alergia respiratória a alérgenos do ambiente doméstico, i.e. a sensibilização a alérgenos da barata, noutras séries tem sido também atribuído a esta sensibilização um possível papel no agravamento da asma urbana³. Sendo hoje indiscutível que factores ambientais regionais, quer de poluição exterior quer do ambiente doméstico, influenciam de modo determinante a prevalência e gravidade da asma^{4,5}, pensamos que os nossos resultados serão um exemplo daquilo que os autores chamam de *factores locais*, que poderiam justificar diferenças regionais ou por mudança de domicílio de que os autores suspeitam neste trabalho.

BIBLIOGRAFIA

- MIRANDA M, CUESTA C, PLÁCIDO L et al: Atopia a antígenos da Barata: utilização de diferentes extractos alérgicos em testes cutâneos epidérmicos (skin prick test). Resumos do 3º Simpósio Internacional de Alergologia e Imunologia Clínica Pediátrica. Lisboa, Maio de 1994.
- CUESTA C, SILVA JPM, MIRANDA M et al: Coackroach allergy: comparison of skin reactivity and RAST to *Blatella Germanica*, *Blata Orientalis* and *Periplaneta Americana*. *Allergy* 1993; 48, 16 (Suppl):133(resumo).
- KANG BC, Wu CW, JOHNSON J: Characteristics and diagnoses of coackroach - sensitive bronchial asthma. *Ann Allergy* 1992; 68: 237-244
- SCHENKER M: Air pollution and mortality. *N Engl J Med* 1993; 329: 1807-8
- PEAT JK, TOVEY E, MELLIS CM et al: Importance of house dust mite and alternaria allergens in childhood asthma: an epidemiological study in two climatic regions of Australia. *Clin Exp Allergy* 1993; 23: 812-820

Luís Delgado, Carlos Cuesta, Marianela Vaz
Unidade de Imunoalergologia, Serviço de Imunologia.
Hospital de S. João/Faculdade de Medicina do Porto. Porto.

Resposta:

Senhor Director - Pudemos ler com gosto a carta supra, recolhendo com muito interesse a informação científica que contém. Não conseguimos, contudo, perceber o que tem a ver essa carta com o artigo a que se refere.

No nosso artigo apresentámos resultados do estudo sobre a prevalência da asma no Porto, utilizando uma amostra da população das freguesias de Paranhos e Bonfim, de acordo com o protocolo publicado e previamente testado¹. Preocupou-nos a taxa elevada de mudanças de residência (1248 em 4047 indivíduos) e a sua hipotética influência nos resultados. Para atenuar esse eventual *bias* aplicámos o mesmo inquérito a todos os indivíduos deslocados que conseguimos localizar e verificámos que a prevalência da asma era semelhante nesse grupo, ainda que muito reduzido.

Nesse complemento do estudo foi-nos sugerido pela coordenação central do projecto do *European Community Respiratory Survey* para anular possíveis críticas de epidemiologistas. Contudo em trabalho separado e posterior, incidente sobre 19585 indivíduos de idades compreendidas entre 10 a 20 anos de idade, de todas as escolas secundárias do Porto não foram encontradas diferenças de prevalência da asma entre as regiões da cidade do Porto (Barros et al 1993).

Quanto à informação que os autores da carta precedente nos fornecem sobre os seus trabalhos, importa distinguir entre diferenças regionais da resposta a um determinado alérgico e diferenças regionais da atopia. Com efeito, a definição de atopia significa a resposta a qualquer alérgico independentemente da sua natureza, sendo possível que as variações regionais aos alérgenos particulares se equilibrem, não representando variações da atopia. Por estas razões, como consideramos estas informações da maior utilidade e preferimos sempre números nacionais, utilizaremos os trabalhos de grupo de Delgado L et al, como referência para o desenho de trabalhos.

1. ALVES J, MAGALHÃES A, ALMEIDA J, HESPANHOL V, MESQUITA A, COELHO M, MAIA J, MARQUES JA: Epidemiologia da asma. Que metodologia? *Arq med* 1991; 5(2): 97-99

José Alves, João Almeida, Agostinho Marques
Serviço de Pneumologia. Faculdade de Medicina do Porto/
Hospital de S. João. Porto

Carta Relativa ao Artigo o Papel do Ensino Formal no Treino dos Investigadores. Ensino Pós-Graduado Doutoramentos e Outros Figurinos (*Acta Med Port* 1993; 6: 617-623).

Senhor Director: Os meus cumprimentos ao Colega H. Gil Ferreira pelo seu artigo O PAPEL DO ENSINO FORMAL NO TREINO DOS INVESTIGADORES

A análise feita, que partilho na generalidade desde há anos, revela lucidez e coragem.

Infelizmente, como diz o autor de forma indirecta, o sistema universitário vigente é auto-perpetuante, não conseguindo eu vislumbrar de onde vira o estímulo suficientemente poderoso para desencadear a dinâmica de mudança.

Os Ingleses tem um aforismo que resume humoristicamente aquilo que penso: *You never saw Turkeys vote for an early christmas...**

*Nunca se viu os perus votarem pela antecipação do Natal...

Apendicite Aguda

Senhor Director: No número 1 da ACTA MÉDICA PORTUGUESA é publicada uma carta minha sobre Apendicite Aguda que contem uma incorrecção importante.

Com efeito, onde está escrito que *as possibilidades da ecografia nesta patologia já podem ser consideradas controversas*, deveria estar exactamente o contrário: o interesse da ecografia, de tão cabalmente demonstrado, já não é susceptível de discussão.

Explicitando, acontece que os motivos que dão origem a exames ecográficos duvidosos não são os mesmos que tornam uma situação clínica ou laboratorialmente duvidosa: é por isso que a ecografia nas apendicites duvidosas é tão eficaz.

No mesmo número da ACTA, é publicada uma carta do Colega Aragão Rio que aborda a Pato-fisiologia e a história natural da apendicite de uma forma digamos que clássica - mas que me parece questionável.

Resumida e simplificadamente, esta concepção dizia que a Apendicite Aguda era um processo de evolução praticamente sistemática para a perfuração e gangrena, quando não operada; citando Aragão Rio - *A Apendicite que se curava com gelo era a apendicite apenas linfoide, sem coprolito*.

No entanto, até agora não podíamos avaliar com segurança a história natural da apendicite aguda, por falta de um método diagnóstico prático e eficaz e que não interferisse com a evolução da doença, falta que os modelos experimentais no animal não podiam substituir.

O advento da ecografia, suprimindo a carência apontada, esta a indicar um quadro substancialmente diferente para a história natural da apendicite.

A experiência comum de ecografistas de vários pontos do mundo que se dedicam a esta área desde há vários anos é a seguinte:

A generalidade dos casos de diagnósticos ecográficos positivos de apendicites clinicamente duvidosas são operados, confirmando-se a interpretação ecográfica. Por outro lado, por motivos fortuitos variados, acontece que algumas apendicites ecograficamente *indiscutíveis* não são submetidas a cirurgia. Ora nestes casos, constata-se que, enquanto uns sofrem a evolução clássica atrás apontada, um número muito substancial, mesmo sem antibióticos, tem soluções rapidamente favoráveis, chegando a desaparecimento total das alterações clínicas, ecográficas e laboratoriais em cerca de uma semana. As causas fortuitas que levam uma apendicite ecograficamente diagnosticada a não ser operada são tão diversas como falta de vagas no bloco, falta de cirurgião disponível, recusa do doente, etc.

Assim, seria altamente improvável que a mera coincidência levasse a que aquelas que são operadas correspondessem aos acertos ecográficos enquanto as não operadas incluíssem a generalidade dos erros. Embora seja cedo para tirar conclusões definitivas, parece muito mais provável que a diversidade evolutiva da verdadeira apendicite aguda seja muito maior do que antigamente se supunha.

Meses ou poucos anos após o episódio agudo de suspeita apendicite não operada, um número importante destes doentes volta a ter situação clínica semelhante, sendo então geralmente operados, com demonstração de apendicite aguda; mas também acontece que um pequeno número destes doentes, operados por outras razões, têm revelado apêndices completamente fibrosados, que indiciam ter sido naturalmente obtida a cura completa do processo.

É claro que tudo isto pode ter importantes implicações na abordagem diagnóstica e terapêutica.

Não seria, no entanto, a primeira vez que o processo das técnicas de imagem viria modificar radicalmente conceitos fisiopatológicos clássicos.

Cansado Carvalho
Hospital Particular. Lisboa