

Infeções recorrentes

Todos nós vivemos rodeados por um grande número de micróbios. Algumas pessoas têm infeções recorrentes, que se quantificam pelo número acentuado de episódios infecciosos por ano e necessidade de recorrer a antibióticos. A criança e adulto com uma história de infeções repetidas deve ser orientado para o especialista de Imunoalergologia para exclusão de uma doença do sistema imunológico.

Há questões importantes a serem investigadas: Quantas infeções por ano afetam o doente? Que tipos de infeções ocorrem? Existe alguma razão identificável para as infeções? O que se pode fazer para prevenir estas infeções?

Porquê a infeção?

A infeção ocorre quando o agente infeccioso invade o organismo. Esta invasão por vírus, bactérias ou fungos, depende da exposição e da suscetibilidade do indivíduo.

No dia-a-dia estamos constantemente expostos a um grande número de agentes infecciosos. Este contato inicia-se na idade pediátrica, nomeadamente através da convivência com outras crianças nos infantários. As pessoas que trabalham ou frequentam locais públicos têm maior probabilidade de se infetar do que as não contactam com o público.

A avaliação da suscetibilidade às infeções é complexa. De facto, todos nós somos suscetíveis às infeções provocadas por um grande número de micróbios, mas a integridade do nosso sistema imunitário impede a invasão dos agentes infecciosos. Assim um dos objetivos do nosso sistema imunitário é a prevenção das infeções, através do reconhecimento dos agentes infecciosos e a sua destruição, antes de causarem infeção. O sistema imunitário tem uma particularidade única, a capacidade de conhecer os microrganismos e de se lembrar destes ao longo da vida.

Normalmente, o funcionamento do sistema imune não é o único fator determinante na suscetibilidade à infeção. A primeira linha de defesa contra as infeções está localizada na barreira que contacta com o ambiente, isto é: a pele, as vias respiratórias e as mucosas. Assim, a pele lesada é mais suscetível de infetar do que a pele intacta. A irritação, o edema e a destruição das membranas mucosas que revestem o nariz, seios perinasais e árvore respiratória promovem condições para crescimento e proliferação dos agentes infecciosos. As alergias respiratórias são uma causa frequentes de inflamação das vias aéreas, que condiciona maior suscetibilidade para as infeções.

Quantas infeções são consideradas “muitas”?

Antes de responder a esta questão é necessário ter a certeza que estamos perante verdadeiras infeções. Muitas pessoas confundem rinite alérgica, que se manifesta por obstrução nasal, corrimento e crises de espirros (esternutos), com uma constipação ou uma sinusite. O imunoalergologista é o especialista que melhor diferencia a alergia da infeção.

Uma vez excluída a alergia é necessário avaliar se as infeções refletem a exposição a outras pessoas infetadas ou se estas infeções são um sinal de alerta para uma maior suscetibilidade do indivíduo, devido a um problema de sistema imunitário, chamado de imunodeficiência.

As infeções mais frequentes são as infeções respiratórias virais – designadas vulgarmente de constipações. Estas infeções, mais frequentes nas crianças de idade pré-escolar e primeiro ciclo do ensino básico, resultam do estreito contacto com crianças infetadas e pelo facto do seu sistema imunitário ser ainda imaturo. À medida que a maturidade do sistema imunitário da criança vai aumentando esta é infetada com menor frequência.

As faringites também são consideradas uma “doença social”; as crianças e adultos infetam-se porque estão em contacto direto com doentes infetados e estas raramente são indicadores de imunodeficiência.

Que tipo de infeções nos preocupam?

Os doentes com imunodeficiência têm os mesmos tipos de infeções do que as pessoas saudáveis - otites, sinusites e pneumonias. Contudo, estas infeções ocorrem com maior frequência, gravidade e risco de desenvolver complicações.

Os doentes com o diagnóstico de imunodeficiência primaria (congénita) têm maior probabilidade de desenvolver infeções em órgãos internos (ósseas, articulares, hepáticas, cardíacas e cerebrais).

Em algumas formas de imunodeficiência os doentes são suscetíveis a infeções por fungos ou outros microrganismos pouco habituais. Na maioria dos doentes, é a frequência das infeções que motiva a investigação de imunodeficiência, noutros uma única infeção a um microrganismo pouco habitual, ou numa localização pouco frequente, é motivo para essa investigação.

Sinais de alarme para Imunodeficiências primárias (IDP)?

- 1) Quatro ou mais episódios de novas otites por ano
- 2) Duas ou mais sinusites graves num ano
- 3) Dois ou mais meses de terapêutica antibiótica sem melhoria óbvia
- 4) Dois ou mais episódios de pneumonia num ano
- 5) Falência na progressão ponderal ou estatural numa criança
- 6) Infecções cutâneas profundas ou abscessos recorrentes
- 7) Infecção persistente por fungo (como *Candida albicans*) na boca e pele
- 8) Necessidade de antibioterapia endovenosa para tratamento das infeções
- 9) Dois ou mais episódios de infeções invasivas, nomeadamente septicemia
- 10) História familiar de IDP

Quando o médico de família verifica que uma criança ou um adulto têm infeções que excedem os limites da normalidade, a avaliação de imunodeficiência impõe-se pelo especialista de imunoalergologia.

Que tipos de Imunodeficiência primária existem?

Estão descritos mais de 300 tipos de imunodeficiências primárias, com diferentes quadros clínicos e de gravidade variável.

Nas formas mais graves e, na ausência de tratamento específico, o doente morre por infeção nos primeiros meses de vida; pelo contrário nos casos de deficiência ligeira do sistema imunitário, o individuo pode não ter qualquer manifestação.

O defeito de proteínas de defesa, designadas de anticorpos (IgA, IgG e IgM) constitui o grupo de imunodeficiências mais comuns. Os anticorpos são proteínas que atacam os micróbios, ajudando assim o organismo na sua proteção contra as infeções.

A ausência de IgA, a imunodeficiência mais frequente; na grande maioria dos casos não tem tradução clínica, embora seja mais frequente em doentes com alergia ou autoimunidade.

A quantidade de anticorpos produzido por um doente pode ser determinada através de uma análise de sangue. Outras formas de imunodeficiências podem ser diagnosticadas por testes específicos em laboratórios especializados. Algumas formas particulares de défice grave de anticorpos (Imunodeficiência Comum Variável- IDCV), para além da terapêutica precoce com antibióticos, os doentes têm indicação para fazerem terapêutica de substituição com imunoglobulina G (transusão de anticorpos IgG). A IDCV, é a IDP sintomática mais frequente, e é um dos principais exemplos da evolução e melhoria do conhecimento e dos cuidados em IDPs. A melhoria do acesso e a otimização da terapêutica com imunoglobulina, alterou o prognóstico e sobrevida desta doença, tornando atualmente mais relevantes as manifestações não infecciosas, nomeadamente o resultado de lesões de órgãos alvo (doença estrutural do pulmão, doença hepática) e/ou manifestações de desregulação imunológica (como doenças autoimunes e de linfoproliferação) e o desenvolvimento de neoplasias.

A vigilância em centros diferenciados Nacionais e Europeus, com protocolos de seguimento adaptados às especificidades destas patologias, o acesso facilitado e atempado a observação clínica em caso de intercorrência, por clínicos diferenciados nesta área, pode reduzir significativamente o impacto das complicações e beneficiar a qualidade de vida dos doentes.

Associação de Doentes com IDP em Portugal (APDIP)

Existe no nosso País a Associação de Doentes com IDP (APDIP), que facilita a comunicação entre doentes, a informação complementar relacionada com estas patologias e que dinamiza várias atividades para otimizar as relações entre os doentes, os seus familiares e os clínicos.

Esta associação tem na sua retaguarda a Associação Europeia (IPOPI), com uma estrutura muito robusta e particularmente bem organizada, que tem desenvolvido um esforço importante para contribuir também para a formação complementar dos especialistas que trabalham nesta área (equipas médicas, de enfermagem, educadores e psicólogos), para melhoria dos cuidados prestados a estes doentes.

Os dados, opiniões, e conclusões expressos neste material não refletem necessariamente os pontos de vista de Bial, mas apenas os dos Autores. Bial não se responsabiliza pela atualidade da informação, por quaisquer erros, omissões ou imprecisões.