



MEDX 2025

III Congresso Internacional Médico Estudantil e
II Encontro de Ligas Acadêmicas de Medicina
I Mostra Científica IESC / PIEPE

ASMA GRAVE E BRONQUIECTASIAS: QUANDO A INFLAMAÇÃO CRÔNICA SE ENCONTRA COM A INOVAÇÃO TERAPÊUTICA

Linha: Liga acadêmica

Sofia Maria Brito Cal Muinhos¹; Giovanna Gomes de Oliveira²; Paula Sayhara Mendes Barbosa³; Victor Gabriel Costa Campos de Azevedo Nery⁴; Maria Enedina Claudino Aquino Scuarcialupi⁵; Alinne Beserra de Lucena⁶.

¹²³⁴⁵⁶Afya Paraíba, João Pessoa - PB

Introdução

A asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas caracterizada por sibilância, dispneia, tosse e limitação variável ao fluxo aéreo. Estima-se que cerca de 300 milhões de pessoas no mundo convivam com a doença, e aproximadamente 5% delas apresentam formas graves e refratárias. A asma grave representa importante causa de morbimortalidade, acarretando custos hospitalares e perda de produtividade significativos. De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Asma (PCDT), pacientes que necessitam de altas doses de corticosteroide inalatório associado a broncodilatador de longa ação, ou que apresentam controle inadequado mesmo com uso correto dessas medicações, são classificados como portadores de asma grave (Brasil, 2021; Gina, 2025).

O relatório Global Initiative for Asthma (GINA) enfatiza que o controle da doença deve abranger não apenas a redução dos sintomas, mas também a prevenção de exacerbações e a limitação da perda funcional pulmonar ao longo do tempo. Pacientes com baixa adesão terapêutica, uso irregular de corticosteroides ou fenótipo inflamatório persistente tendem a evoluir com alterações estruturais pulmonares, como bronquiectasias, que são dilatações irreversíveis dos brônquios resultantes de inflamação crônica e destruição da parede brônquica, levando a tosse produtiva, infecções recorrentes e dispneia (Steinbach; Albert, 2025; GINA, 2025).

A coexistência entre asma grave e bronquiectasias representa um desafio clínico relevante, pois essa associação reduz a resposta aos corticosteroides e aumenta a colonização bacteriana. O manejo clínico deve considerar tanto a inflamação eosinofílica quanto o componente infeccioso. O advento das terapias biológicas específicas modificou o prognóstico desses pacientes. O benralizumabe, anticorpo monoclonal anti-IL-5R α , promove depleção rápida e sustentada de eosinófilos, já o tezepelumabe bloqueia a linfopietina estromal tímica (TSLP), uma citocina epitelial que regula diversas vias inflamatórias (Tan et al., 2016; Lugogo et al., 2025)

Este trabalho tem como objetivo relatar o acompanhamento clínico de uma paciente jovem com asma

grave eosinofílica associada a bronquiectasias, destacando os desafios terapêuticos, a resposta às terapias biológicas e a importância da adesão e do seguimento multidisciplinar.

Métodos ou Relato de Experiência

Trata-se de um relato de caso elaborado a partir da análise retrospectiva do prontuário de paciente atendida em centro de referência multiprofissional em doenças raras. Foram coletadas informações sobre idade, antecedentes pessoais, exames complementares (espirometria e tomografia de alta resolução) e evolução clínica. A avaliação funcional seguiu critérios internacionais, expressando a capacidade vital forçada (CVF) e o volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) em valores absolutos e percentuais previstos para idade, sexo e altura. Todos os dados foram anonimizados conforme preceitos éticos e recomendações do Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 89318825.0.0000.5178) e do CARE Guidelines.

Resultados e Discussão

Paciente do sexo feminino, 35 anos, residente em zona rural, apresentava tosse e expectoração crônica desde a infância, sem diagnóstico definido até a idade adulta. Relatava crises de chiado e sintomas compatíveis com rinite alérgica. Tomografia computadorizada de tórax revelou múltiplas bronquiectasias e áreas fibróticas. Testes para fibrose cística e imunodeficiência foram negativos. A paciente praticava atividade física regularmente e relatava uso irregular de budesonida em cápsulas, substituída por broncodilatador de curta ação durante a falta do medicamento, o que levou a episódios de dispneia e exacerbações.

A espirometria inicial (setembro de 2024) demonstrou CVF 1,34 L (35% do previsto) e VEF1 0,64 L (20%), indicando obstrução grave. O exame físico revelou murmúrio vesicular diminuído no terço inferior do hemitórax esquerdo. Instituiu-se tratamento de manutenção com budesonida/formoterol, brometo de tiotrópio, benralizumabe 30 mg subcutâneo e budesonida nasal. Foram solicitadas reavaliações funcionais e nova tomografia.

Em abril de 2025, a paciente mantinha estabilidade clínica, com peso de 51 kg e altura de 1,63 m. A espirometria de junho de 2025 mostrou melhora parcial dos parâmetros: CVF 2,24 L (57%) e VEF1 0,81 L (57%). O resultado demonstra efeito benéfico da terapia combinada, embora os valores ainda indiquem limitação fixa associada à bronquiectasia. Foi emitido laudo para introdução de tezepelumabe, devido à persistência de inflamação tipo 2 refratária.

Na consulta de outubro de 2025, encontrava-se assintomática, sem exacerbações recentes. O Asthma Control Test (ACT) foi 18, indicando controle parcial, e a saturação de oxigênio era de 95%. O exame físico demonstrou murmúrio vesicular rude, sopro brônquico no pulmão esquerdo e ausência de baqueteamento digital. O tratamento foi mantido com benralizumabe a cada oito semanas,

tiotrópio/olodaterol, budesonida nasal e formoterol/budesonida de uso contínuo.

A associação entre asma grave e bronquiectasias representa uma condição de difícil manejo. A resposta incompleta à terapia convencional justifica o uso de agentes biológicos. Segundo o GINA, terapias direcionadas a citocinas específicas reduzem exacerbações e hospitalizações, melhorando a qualidade de vida. O benralizumabe, por induzir apoptose de eosinófilos e basófilos, promove melhora significativa da função pulmonar e redução de crises. Já o tezepelumabe atua de forma mais ampla, bloqueando vias inflamatórias tanto alérgicas quanto não alérgicas (Gina, 2025).

O caso reforça ainda a importância da adesão terapêutica e do fornecimento contínuo de medicamentos de alto custo pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Interrupções no uso de corticoides inalados agravaram os sintomas, evidenciando o papel da educação em saúde e da integração entre equipe multiprofissional, paciente e rede pública. A paciente atualmente mantém estabilidade clínica e funcional, com acompanhamento trimestral.

Considerações Finais

A asma grave associada a bronquiectasias demanda abordagem personalizada e contínua. O presente relato demonstra que, mesmo em pacientes com comprometimento estrutural pulmonar, o uso de terapias biológicas, aliado à adesão e à vigilância clínica, pode proporcionar estabilidade e melhora funcional significativa. A experiência reforça a necessidade de ampliar o acesso a medicamentos de alto custo, bem como fortalecer políticas públicas que garantam continuidade terapêutica e suporte multidisciplinar.

Referências

- BRASIL. **Ministério da Saúde**. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da asma. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
- GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA (GINA). Asthma management and prevention for adults, adolescents and children 6–11 years: **2025 summary guide for health professionals**. [S.l.]: GINA, 2025.
- LUGOGO, N. L.; AKUTHOTA, P.; SUMINO, K.; et al. Effectiveness and safety of tezepelumab in a diverse population of US patients with severe asthma: initial results of the PASSAGE study. **Advances in Therapy**, v. 42, p. 3334-3353, 2025.
- STEINBACH, T.; ALBERT, R. K. Bronquiectasia. **Manuais MSD**, abr. 2025.
- TAN, L. D.; BRATT, J. M.; GODOR, D.; et al. Benralizumabe: a unique IL-5 inhibitor for severe asthma. **Journal of Asthma and Allergy**, v. 9, p. 71-81, 2016.
- UNITEDHEALTHCARE SERVICES. Fasentra™ (benralizumabe) – Prior Authorization/Medical Necessity. **Clinical Pharmacy Programs**, 2025.