Inflammation in COPD / Acute exacerbations of COPD – Fernando J. Martinez
Sessão realizada em 18 de setembro – 17:25 às 17:50 hs
Relatado por Paulo César R. P. Corrêa

Após uma rápida diferenciação da inflamação neutrofílica e eosinofílica no DPOC severo, Martinez abordou a elevação de marcadores séricos de inflamação sistêmica (IL-6, PCR) em exacerbações agudas de DPOC. Em seguida passou a se ocupar da definição de exacerbação de DPOC (EADPOC). Iniciou com a clássica, a qual foi incluída no GOLD em 2011, a qual diz: "exacerbação de DPOC é "**um evento de início agudo caracterizado por acentuação dos sintomas respiratórios basais além das variações do dia-a-dia e que leva à mudança no uso de medicações**[1]. Ressaltou que coube a outros autores acrescentarem a essa definição uma dimensão temporal [2] .Assim, Seemungal ET al em 2000 propõem que se acrescente à definição anterior **que esse aumento dos sintomas deve ocorrer por pelo menos 2 dias consecutivos**[2]**.** O palestrante destacou porém, que essa definição, como sabemos, é incompleta e apresentou trabalhos mais recentes para contextualizar a evolução do conceito de EADPOC.

A primeira proposta mencionada por Fernando Martinez foi a de Celli et al[4]. A ideia desse autor seria melhorar a definição da EADPOC a partir de uma estratégia de definição semelhante à usada pelos cardiologistas para o diagnóstico da doença arterial coronária (DAC) e de sua exacerbação, ou instabilização, a angina instável: "A DAC é semelhante à DPOC, pois tem uma fase assintomática longa na qual a terapia preventiva é eficaz. Uma vez detectada, a doença pode ser estável e tratada como tal. Na DPOC, em um determinado momento, a doença pode se tornar mais instável e os sintomas piorarem; esta síndrome clínica pode ser chamada de "DPOC instável", semelhante à "angina instável" de pacientes descompensados com DAC". Comentário deste pneumo da SBPT: o nome mais correto de instabilização da DAC seria síndrome coronária aguda, a qual pode se manifestar como angina instável ou infarto agudo do miocárdio (IAM).

Os critérios e a justificativa de sua adoção feitas pelo Professor Celli e expostas por Martinez foram: "a instabilização da DPOC deve levar a modificações na terapia e um acompanhamento mais cuidadoso. Se a descompensação estiver associada a dispneia intensa (> 4 na escala de 0 a 10), piora da tosse e expectoração, taquipneia (> 24 respirações por minuto), febre e contagem elevada de leucócitos (> 9000 células por mm3) , PCR (> 10 mg L^{-1}), BNP < 400 pg ml^{-1} , além de d-dímero negativo, sem evidência de infiltrados na radiografia de tórax e, a síndrome pode ser definida como **exacerbação de DPOC**, ou **ataque pulmonar**". Finalmente, se a mesma síndrome for acompanhada por hipoxemia, seja com ou sem elevação da tensão de dióxido de carbono no sangue arterial, a síndrome passa a ser chamada de "insuficiência ventilatória", semelhante ao "choque cardiogênico" na DAC. Fernando Martinez chamou a atenção da importância dos marcadores BNP e dímero d para descartar outras possibilidades diagnósticas.

Um segundo artigo, desta vez publicado em 2018[5], também defende a incorporação de medidas objetivas de diversos parâmetros para que possa ser dado o diagnóstico de EADPOC:

Table 3. A new proposal towards a more precise definition of AECOPD.

Parameter	Value
Dyspnea	≥5 (VAS) *
Plasma CRP (mg/dL)	≥3 mg/dL
Blood neutrophils (%)	≥70%
Procalcitonin (μg/L) **	>0.25
NT-ProBNP (pg/mL) †	< 300
X-Rays	No pneumonia

* VAS: visual analogue scale from 0–10. ** >0.25 μg/L suggest a bacterial etiology and encourage the use of antibiotic therapy. † >300 pg/mL suggest cardiac dysfunction.

Referências

1. Rodriguez-Roisin R. Chest 2000;117:3985-4015
2. Seemungal TAR et al. AJRCCM 2000;161:1608-1613
3. Anthonisen NR et al. Ann Int Med 1987;106:196-204
4. Celli BR. Eur Respir J 2017; 50: 1701432
5. Montes de Oca M et al *Med. Sci.* **2018**, *6*, 50.