

TOSSE E DISPNEIA HÁ DOIS MESES

Bianca Gisele Mariúba,¹ Dalton Luis Lanna Pereira,² Marta Elizabeth Kalil, Mônica Oliveira Bernardo⁴

CASO CLÍNICO

Identificação: M.C.F., 58 anos, sexo feminino, casada, natural de Belo Horizonte, procedente de Porto Feliz, faxineira (há sete meses trabalhando com cloro e amoníaco).

QPD: tosse e dispnéia há dois meses.

HDA: refere tosse seca em crise há dois meses, acompanhada de dispnéia progressiva inicialmente aos grandes esforços, evoluindo para os médios e pequenos esforços e no momento da internação apresentava dispnéia em repouso. Refere, também, que apresentou dois episódios de febre não aferida, sentiu o corpo quente e sudorese intensa. Nega sibilância, dor torácica, hemoptise, emagrecimento. Refere que sente cheiro de cloro no nariz e na expectoração. Os sintomas foram progredindo em dois meses de forma que no momento teve que parar de trabalhar por muita dispnéia. Nesse período foi internada várias vezes em Porto Feliz, tendo sido medicada com Bactrin[®], aminofilina, salbutamol e Keflin[®], sem melhora dos sintomas, quando foi transferida para o CHS.

IDA: sem outras queixas.

Antecedentes mórbidos pessoais: alergia a Lisador[®] e a produtos de limpeza (sic).

Antecedentes mórbidos familiares: nega doenças respiratórias e alergias na família.

Hábitos e vícios: nega etilismo e tabagismo.

Exame físico: regular estado geral, bom estado nutricional, hidratada, corada, dispnéica. Ausência de gânglios palpáveis, fâcies atípica, atitude indiferente, consciente, orientada no tempo e no espaço.

Sinais vitais

PA: 130 x 60 mmhg

FC: 96 bpm

FR: 28 irmp

Temperatura: 36,8

Aparelho cardiovascular: bulhas rítmicas, normofonéticas em dois tempos sem sopros.

Aparelho respiratório: murmúrio vesicular diminuído bilateralmente com sibilos e roncos difusos. Presença de estertores crepitantes nas bases pulmonares. Sem sopros, sem pectorilóquia.

Abdômen: plano, flácido, indolor à palpação superficial e profunda, sem visceromegalia, ruídos hidroaéreos presentes.

Extremidades: ausência de edema, pulsos palpáveis, simétricos e normais.

Exames da internação (de 10/3/03 a 28/3/03):

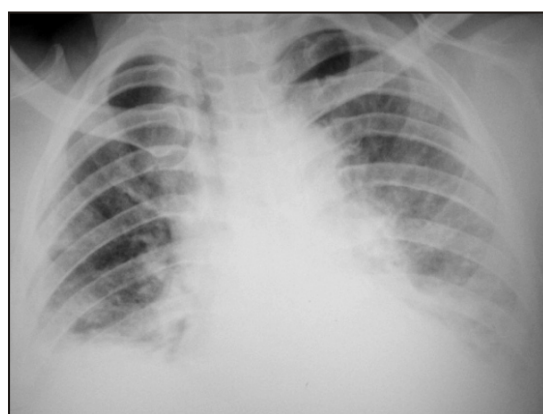


Figura 1. Radiografia convencional do tórax com incidência ântero-posterior e perfil no dia 5/3 e 12/3 demonstra opacidades tênues mal definidas, de aspecto acinar com distribuição difusa e bilateral predominantes em terço médio e inferior em ambos os pulmões com áreas de confluência nas bases.

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 5, n. 1, p. 60-64, 2003

1 - Residente de Clínica Médica - CCMB/PUC-SP.

2 - Residente da Disciplina de Pneumologia - CCMB/PUC-SP.

3 - Professora Assistente, Mestre da Disciplina de Pneumologia - CCMB/PUC-SP.

4 - Médica Radiologista do Instituto de Diagnóstico de Sorocaba - SP.



Figura 2. Estudo radiológico de controle da radiografia convencional de tórax com incidência ântero-posterior no dia 27/3 demonstra redução das opacidades acinares com áreas de maior confluência basal à direita, identificando sinais de broncograma aéreo, sugerindo imagens de consolidações pulmonares nesta topografia.

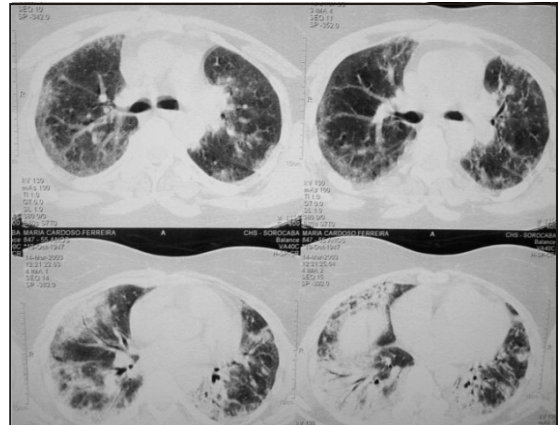


Figura 3



Figura 4

Figuras 3 e 4. O estudo por tomografia computadorizada de alta resolução (TCAR) no dia 5/3 demonstra opacidades em vidro fosco bilaterais corticais predominantes em terço médio e inferior de ambos os pulmões com áreas de maior confluência basal à direita, identificando consolidações com broncograma aéreo de permeio em lobo médio e lobo inferior direito.

Hemograma de entrada: GV: 4.440.000, Ht: 38%, Hb: 12g%, reticulócitos: 298.000, leucócitos: 13.600, bastonetes: 9%, segmentados: 57%, linfócitos típicos: 25%, monócitos: 9%.

Gasometria arterial de entrada (Fi O₂ = 21%)

FR 28 irpm

Ph: 7,49

pO₂: 46

pCO₂: 27

HCO₃: 20

CO₂T:21

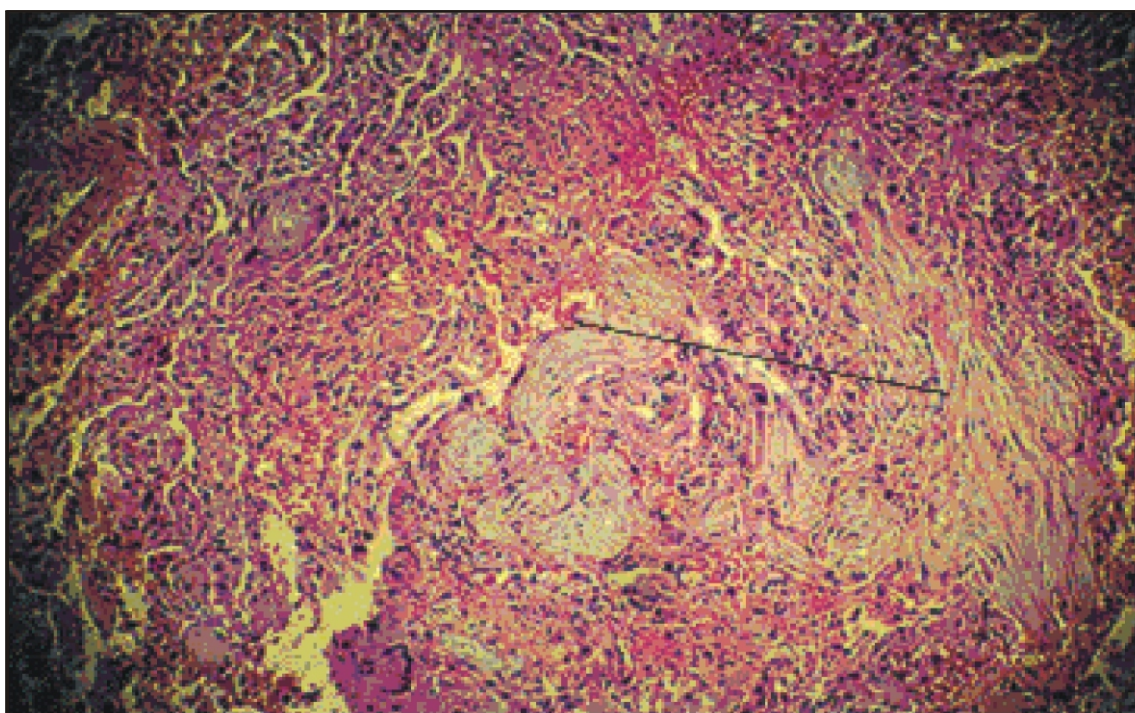
BE:-1

Sat O₂: 85%

Hipótese diagnóstica inicial: pneumonia infecciosa complicada com insuficiência respiratória devido à SDRA (Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo).

Diagnóstico diferencial: Pneumonia Organizante Criptogênica.

Evolução: paciente foi tratada inicialmente com corticóide prednisona 60 mg via oral (VO) ao dia, claritromicina 500 mg VO 12/12h por dez dias, oxigenioterapia contínua com máscara dez litros por minuto, evoluindo com melhora do quadro clínico de tosse e dispnéia, porém, mantendo dispnéia aos mínimos esforços. Houve melhora da gasometria arterial, persistindo quadro de hipoxemia, gasométrico final (FiO₂ 21%): ph 7,43, pO₂ 60 mmHg pCO₂ 38 mmHg, HCO₃ 25, CO₂T 26, BE-1, SO₂ 91%. Como persistia a dispnéia e o quadro radiológico não melhorou, foi solicitado biópsia pulmonar com videotoracoscopia. A biópsia pulmonar revelou o diagnóstico de Pneumonia Organizante Criptogênica.



Anátomo-patológico: segmento do pulmão.

Exame macroscópico: segmento de pulmão medindo 3,5 X 3,0 X 1,2 cm parcialmente revestido por pleura delgada fibrosa. Os cortes são constituídos por tecido firme castanho-acinzentado.

Exame microscópico: os cortes histológicos

mostram fragmentos de pulmão onde se observa colapso do parênquima, tendo em meio áreas císticas microscópicas. Há espessamento fibroso difuso dos septos alveolares acompanhado de infiltrado inflamatório linfoplasmocitário moderado e ocasionais acúmulos linfóides. Há hiperplasia de pneumócitos tipo II. Observa-se, também, fibrose alveolar focal. Nos cortes examinados não se

visualizam áreas de parênquima histologicamente normal.

Diagnóstico: quadro morfológico compatível com Pneumonia Organizante Criptogênica (COP).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Pneumonia Organizante Criptogênica (COP), antigamente conhecida como bronquiolite obliterante com pneumonia organizante (BOOP), muita vezes, imita a pneumonia infecciosa na apresentação clínica e radiográfica.

Várias são as etiologias atribuídas a esta patologia, dentre elas: infecções virais (adenovírus, citomegalovírus, vírus influenza), distúrbios reumatológicos (artrite reumatóide, poliomiosite-dermatomiosite, lupus eritematoso sistêmico, esclerose sistêmica progressiva, síndrome de Sjögren, síndrome de Sweet), distúrbios imunológicos (crioglobulinemia mista essencial) relacionados ao uso de medicamentos (amiodarona, bleomicina, metotrexato, sulfassalazina, cefalosporina), sendo que mais de 80% dos casos são idiopáticos. Neste caso, chama a atenção o contato com cloro diariamente no ambiente de trabalho nos últimos sete meses, porém, não encontramos em revisão bibliográfica o cloro como causador de COP.

A Pneumonia Organizante Criptogênica é uma entidade clínico-patológica descrita por Davison e cols., em 1983. Em 1985, Epler descreveu a mesma entidade com o termo bronquiolite obliterante com pneumonia em organização (BOOP), mais popularizado.

Atualmente, o termo aceito pelas sociedades americanas e européias do tórax é Pneumonia Organizante Criptogênica para distinguir dos casos de Bronquiolite Obliterante.

ASPECTOS CLÍNICOS

Existe uma igual distribuição entre os sexos, mas o número de não-fumantes é maior que o de fumantes numa proporção de 2:1. A média de idade para início dos sintomas é 55 anos e geralmente são de curta duração com tosse e dispnéia, podendo ser confundida com infecção. A doença pode progredir com perda de peso, sudorese, calafrios, febre e mialgia.

A maioria dos pacientes tem resolução

completa com corticosteróides, mas um número significativo de recaídas ocorrem dentro de um a três meses com a redução ou suspensão do tratamento. É recomendável manter a corticoterapia por seis meses ou mais. Raros casos foram descritos com evolução para insuficiência respiratória e morte.

ACHADOS RADIOLÓGICOS

Aspectos na radiografia de tórax: consolidações unilaterais ou bilaterais de distribuição subpleural ou esparsas, pequenas opacidades nodulares (10% a 50%), padrão reticulonodular em uma minoria de pacientes, opacidades nodulares maiores que 1 cm (15%).

Aspectos na TC de alta resolução: consolidações do e espaço aéreo com predomínio subpleural ou peribrônquica (10% a 50%), broncograma aéreo, dilatação brônquica cilíndrica, pequenos nódulos ao longo do feixe broncovascular (50%), vidro-fosco (60%).

Os pacientes que menos respondem a corticoterapia podem evoluir para fibrose.

Achados histológicos chaves: fibrose organizante nos espaços aéreos distais, distribuição focal, preservação da arquitetura pulmonar, aparência temporal uniforme, leve inflamação intersticial crônica.

TRATAMENTO

A COP pode se resolver sem tratamento. A terapia com prednisona é recomendada para pacientes com doença sintomática progressiva e resulta em cura em 65% a 80% dos pacientes. A dose é normalmente de 1 mg/kg (60 mg por dia) por um a três meses; depois de 40 mg por três meses e a seguir de 10 a 20 mg por dia, durante um ano. Pode ser usado esquema em dias alternados. Um curso de seis meses pode ser suficiente. Recaídas podem ser tratadas com doses previamente utilizadas e que levarão a remissão.

CONCLUSÃO

Este caso trata-se provavelmente de um caso de COP de etiologia idiopática. Ter em mente a existência dessa patologia é de fundamental importância para o clínico, quando este se defronta com um quadro sugestivo de pneumonia que não

apresenta melhora quer clínica ou radiológica, com tratamento convencional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Multidisciplinar International Consensus ATS/ERS. Am J Respir Crit Care Med 2002; 165: 277-304.
2. King, TE Jr. Approach to the patient with interstitial lung disease. In: Kelley, W (Ed), Textbook of Internal Medicine, 3 rd ed, Lippincott-Raven, Philadelphia, 1997, p.1954.
3. Raghu, G. Interstitial lung disease: A diagnostic approach. Are CT scan and lung biopsy indicated in every patient? Am J Respir Crit Care Med 1995; 151: 909.