

Caso Clínico

Clinical Case

C. Damas¹
V. Hespanhol¹

Sibilância e hemoptises. Poderão ter uma causa comum?

Bronchospasm and hemoptysis. Could have the same cause?

Recebido para publicação/received for publication: 04.09.09
Aceite para publicação/accepted for publication: 04.12.29

Resumo

Os autores descrevem o caso de um homem de 46 anos, ex-fumador, ex-criador de pombos, seguido na consulta de Imunoalergologia por sibilância refractária à terapêutica instituída.

Na sequência de um episódio de hemoptises é internado no Serviço de Pneumologia do Hospital de São João. Do estudo efectuado, a broncofibroscopia mostrou neoformação vegetante e necrosada que obstruía, quase na totalidade, o brônquio principal direito, cuja histologia não foi conclusiva e implicou a realização de broncoscopia rígida.

Esta técnica permitiu a identificação de um broncolito que foi parcialmente removido, com identificação de uma fístula gânglio-brônquica direita.

Actualmente, o doente mantém-se assintomático, estando a fístula encerrada por tecido cicatricial e sob vigilância na consulta da especialidade.

Inicialmente descrita por Aristóteles, a broncolitíase

Abstract

The authors describe the case of a man, 46 years old, former smoker, former bird breeder, followed in the service of Imunoallergology for bronchospasm without response to the treatment.

After experiencing an hemoptysis he was admitted in our service.

He was submitted to many exams, which include a flexible bronchoscopy. This technique allows the identification of an endobronchial necrotic mass, which almost obstructed the main right bronchus.

In order to obtain a bigger and more representative sample a rigid bronchoscopy was performed. This technique showed a broncholith, which was partially removed, and a bronchial fistula.

Actually he is asymptomatic and under annual surveillance.

First described for Aristoteles, the broncholithiasis is defined by the presence of stones in the bronchial

¹ Serviço de Pneumologia,
Hospital de S João,
Faculdade de Medicina – Porto
Director: Prof. J. Agostinho Marques

corresponde à presença de cálculos na árvore brônquica. Não deixa de ser uma patologia rara, com expressão clínica variável, que deve ser considerada se existir sintomatologia respiratória associada a calcificações mediastínicas e hilares.

Rev Port Pneumol 2005; XI (1): 67-72

Palavras-chave: Broncospasmo, hemoptises, broncolitíase.

tree. It is a very rare pathology, with a variable clinical expression, which must be considered whenever there is respiratory complaints in association with hilar or mediastinic calcifications.

Rev Port Pneumol 2005; XI (1): 67-72

Key-words: Bronchospasm, hemoptysis, broncholithiasis

Caso clínico

Homem, de 46 anos, caucasiano. Ex-fumador. Empregado de restauração.

Criador de pombos durante 20 anos (até aos 27 anos).

Referenciado à consulta de Imunoalergologia em 1993 por episódios diários de pieira, dispneia e expectoração mucopurulenta que não resolviam com terapêutica contínua instituída. O estudo imunológico efectuado não identificou atopia, apresentando o doente uma síndrome ventilatória obstrutiva moderada, com FEV1 de 1,88 (61%) e FEV1/FVC de 88%. Manteve-se sempre sintomático, apesar do tratamento efectuado (broncodilatadores e corticoterapia inalatória).

Em 1994, após episódio de hemoptise de médio volume, foi internado no Serviço de Pneumologia para esclarecimento clínico.

Do estudo efectuado fizeram parte uma telerradiografia do tórax (Fig. 1), TAC torácica (“...banda fibrótica no parênquima, que se estende desde o brônquio segmentar superior do LSD até à pleura... espessamento

da parede do brônquio intermediário ao nível do recesso ázigo-esofágico. Calcificações ganglionares a nível do hilo direito” (Fig. 2) e broncofibroscopia.

Este último exame mostrou neoformação vegetante, recoberta por mucosa ruborizada, com áreas de aspecto necrosado no brônquio principal direito a nível da embocadura do lobar superior, prolongando-se até ao intermediário, que apresentava na parede látero-posterior irregularidade na proximidade da neoformação. O lavado e biópsias efectuados foram negativos para células malignas.

Por não ter sido obtido um diagnóstico e a lesão ser suspeita de neoplasia, foi realizada nova fibroscopia, com repetição da biópsia da lesão, que mostrou inflamação e infiltrado hemossidérico, com negatividade para células malignas. Com o objectivo de obter uma amostra mais representativa da lesão, foi realizada broncoscopia rígida que permitiu desobstruir parcialmente a árvore brônquica direita. O material removido era duro e nacarado, tendo o estudo anátomo-

SIBILÂNCIA E HEMOPTISES. PODERÃO TER UMA CAUSA COMUM?

C. Damas, V. Hespagnol

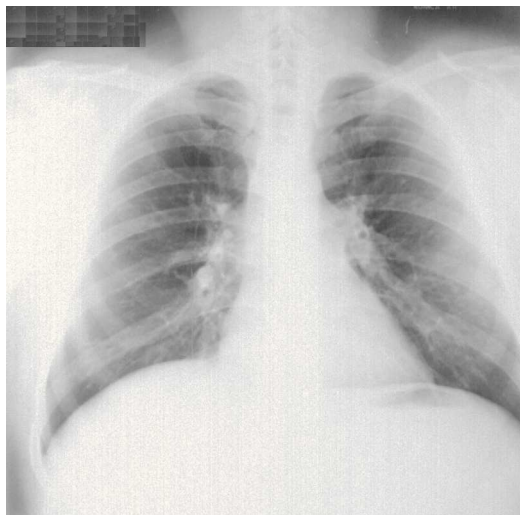


Fig. 1

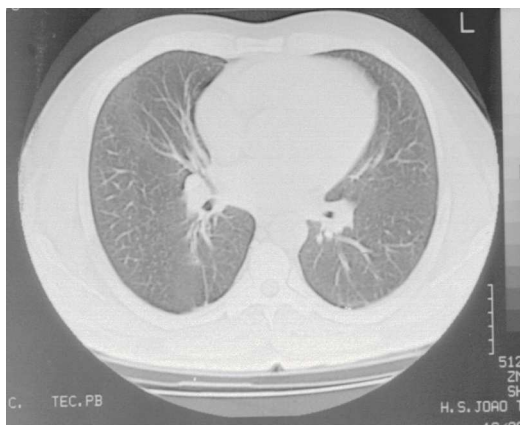


Fig. 2

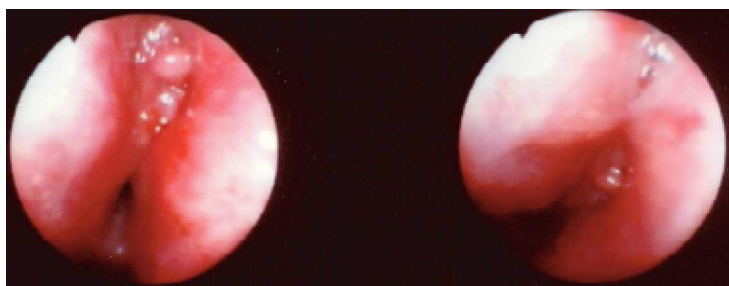


Fig. 3

-patológico demonstrado tratar-se de um broncolito.

O procedimento teve como intercorrência hemorragia moderada que resolveu com a administração tópica de adrenalina.

Três meses mais tarde, o doente refere emissão, com esforço de tosse, de um fragmento similar ao previamente descrito. Por manter obstrução do brônquio intermediário foi executada nova broncoscopia rígida que permitiu a remoção parcial de um fragmento de broncolito e tecido de granulação. A obstrução do intermediário não foi resolvida completamente, tendo sido identificada fístula gânglio-brônquica (Fig. 3) e permanecendo estenose na extremidade distal do brônquio intermediário.

Este procedimento teve como complicação uma pneumonia que evoluiu favoravelmente (Fig. 4).

Nesta fase, o doente foi proposto a cirurgia torácica, que sugeriu vigilância anual por fibroscopia.

Actualmente, o doente mantém-se na consulta de Pneumologia em vigilância radiológica, funcional (Quadro I) e endoscópica, anuais. Está assintomático, do ponto de vista respiratório, apresenta encerramento da fístula gânglio-brônquica por tecido cicatri-

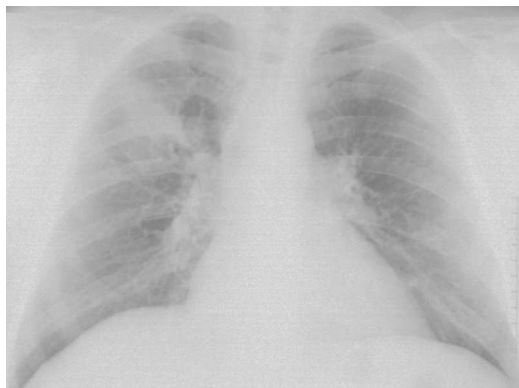


Fig. 4

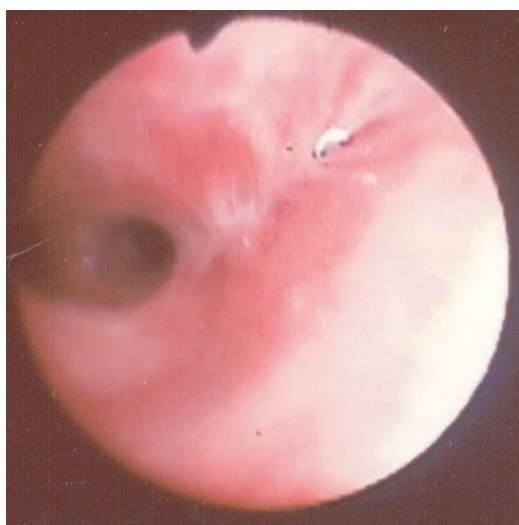


Fig. 5



Fig. 6

cial, mantendo, contudo, alguma redução do calibre do brônquio intermediário (Figs. 5 e 6). Todos os estudos microbiológicos efectuados (nomeadamente os micobacteriológicos) foram negativos, mantendo-se também a negatividade para células malignas nos lavados e biópsias brônquicas.

A litíase brônquica, inicialmente descrita em 300 aC por Aristóteles¹, corresponde à presença de cálculos (broncolitos) na árvore brônquica. Os broncolitos são na sua maioria constituídos por fosfato de cálcio (85-90%), sendo o pH alcalino do meio fundamental para a sua formação². Resultam quase sempre de processos inflamatórios/infeciosos com atingimento dos gânglios hilares, sendo a erosão brônquica, causada pelos movimentos cardíacos, respiratórios e de deglutição, fundamental para a fistulização e passagem do material calcificado para as vias aéreas principais².

Entre as principais causas infecciosas, a tuberculose é a mais frequente no nosso país, sendo a aspergilose, a histoplasmose, a coccidiomicose, a criptococose, a actinomicose e a nocardiose outras causas possíveis. A silicose também pode condicionar litoptises, sendo a única patologia não infecciosa co-relacionada com esta manifestação clínica².

A broncolitíase é igualmente frequente em ambos os sexos, com predomínio na 5^a-6^a

Quadro I

	1993	1999	2003
FVC	2,63	4,24	4,26
FEV1	1,88 (61%)	2,62 (85%)	2,87 (99%)
FEV1/FVC	71 (88%)	62	67
FEF25-75%	1,42 (34%)	1,57 (40%)	1,93 (52%)
TLC		5,80	5,68

décadas de vida e atingimento preferencial da árvore brônquica direita ².

Apesar das calcificações ganglionares e mediastínicas serem facilmente evidentes no estudo radiológico, a sintomatologia surge habitualmente quando ocorre erosão da parede brônquica pelos cálculos, constituindo a tosse (60% dos casos), a sibilância (45% dos casos), hemoptises (de referir em toda a literatura apenas um caso letal), litoptises (26% dos casos)⁵ e pneumonias recorrentes algumas das manifestações clínicas possíveis ³.

Para além da inespecificidade das manifestações clínicas, por vezes a telerradiografia do tórax não sugere o diagnóstico, sendo necessário recorrer à TAC torácica de alta resolução, que, com cortes axiais da árvore brônquica, permite identificar os gânglios calcificados, endo ou peri-brônquicos ⁴. A broncoscopia é um elemento fundamental na avaliação desta hipótese de diagnóstico, pois permite uma melhor identificação do cálculo, bem como definir melhor a estratégia terapêutica ².

Em todos os casos, a abordagem terapêutica deverá considerar o estado clínico do doente, bem como a existência de doença pulmonar subjacente, a localização e tamanho do broncolito² ou a existência de outras comorbilidades sendo possível uma abordagem conservadora com monitorização periódica, ou a remoção do broncolito por broncoscopia ou cirurgia por toracotomia e pneumectomia, sendo estes os tratamentos previstos. Vários estudos foram desenvolvidos com a finalidade de determinar a abordagem mais adequada.

Dado que as litoptises são raras e frequentemente não permitem a emissão da totalidade do broncolito, a atitude expectante

justifica-se apenas nos casos assintomáticos em que a presença de material calcificado na árvore brônquica não condiciona sintomas respiratórios.

Quanto ao tratamento cirúrgico, ele tem indicações relativamente bem definidas, englobando-se neste grupo as principais complicações da broncolitase, como as fistulas bronco-esofágicas, aorto-esofágicas aorto-traqueais e pleurais ²; doença pulmonar supurativa (bronquiectasias); hemoptises de grande volume; e a incapacidade de obter um diagnóstico de certeza ³. O objectivo desta intervenção é ser o mais conservadora possível, sendo a exérese do broncolito e broncoplastia associada a abordagem preferencial ². No entanto, enquanto procedimento invasivo, a abordagem cirúrgica tem alguns riscos, nomeadamente o hemorrágico, condicionado quer pelo risco de fistulização para estruturas vasculares, quer pela perda dos planos de clivagem em consequência do processo inflamatório subjacente. Este aspecto pode condicionar alargamento da exérese de parênquima pulmonar, com todas as consequências clínicas e funcionais inerentes ³.

O avanço e melhoria técnica em broncologia, permitiram que esta intervenção se transformasse numa abordagem terapêutica, tendo como condição a visualização do broncolito no lúmen brônquico. A hemorragia e a exérese incompleta do cálculo são duas complicações a ter em conta. O recurso à broncoscopia rígida permite reduzir a incidência das complicações, sendo a utilização do Nd:YAG *laser* uma opção para controlar o risco hemorrágico, permitir a fragmentação do broncolito e permitir a sua remoção na totalidade ³.

É, no entanto, fundamental que o pessoal

médico tenha experiência suficiente na realização de broncofibroscopia e broncoscopia rígida, bem como que o centro onde a intervenção vai ser realizada disponha de apoio imediato por parte de cirurgia torácica. No caso clínico descrito, as queixas do doente, inicialmente atribuídas a um componente alérgico, só posteriormente, após o surgimento de hemoptises, determinaram mudança da estratégia diagnóstica e terapêutica. Este caso permite ilustrar dois aspectos importantes. Nem todos os casos de sibilância são sinónimo de asma e, apesar da aparência macroscópica, nem todas as lesões endobrônquicas são neoplasias.

Bibliografia

1. Hodgson Nicole C, Incelet Richard I. Acute Airway Obstruction Secondary to Bilateral Broncholithiasis, *Chest* 2000; 117:1205-1207.
2. Samson Isabel M, Rossof Leonard J. Chronic Lithoptysis with Multiple Bilateral Broncholiths, *Chest* 1997; 112:563-565.
3. Olson Eric J, Utz, James P, Prakash Udaya BS. Therapeutic Bronchoscopy in Broncholithiasis; *in Am J Resp Crit Care Med* 1999; 160 (3): 766-770.
4. Ferreti G, Coulomb M, Blanc-Jouvan F, Ranchoup Y, Pittet-Barbier L, Thony F. Diagnosis of broncholithiasis. Role of high resolution tomodensitometry. *J Radiology* 1994; 75(10): 531-6.
5. Cole FH, Cole FH jr, Khandekar A, Watson DC. Management of broncholithiasis: is thoracotomy necessary? *Ann Thoracic Surg* 1986; 42(3): 255-7.