

CASO CLÍNICO/CLINICAL CASE

Pneumonia eosinofílica crónica

Chronic eosinophilic pneumonia

PAULO SANTOS*, MÁRIO JORGE GUIMARÃES**, MARIA FERNANDA JOÃO***,
MANUELA MENDES****, JOSÉ ALBERTO SILVA*****

Departamento de Medicina do Hospital de Pedro Hispano.
Director do Serviço de Medicina - Dr. António Pessoa
Director do Departamento de Medicina - Prof. Damião Cunha

RESUMO

A Pneumonia Eosinofílica Crónica é uma entidade clínica rara que se associa a síndrome febril, eosinofilia e atopia. Apresenta-se um caso clínico e descrevem-se algumas características clínicas desta doença pulmonar intersticial.

REV PORT PNEUMOL 1999; V (5): 507-511

Palavras-chave: Eosinofilia; pneumonia eosinofílica crónica.

ABSTRACT

Chronic eosinophilic pneumonia is a rare entity which is associated to fever, eosinophilia and atopy. The authors describe a clinical case and review the radiological, histopathologic features and treatment of this interstitial lung disease.

REV PORT PNEUMOL 1999; V (5): 507-511

Key-words: Eosinophilia, chronic eosinophilic pneumonia.

- * Interno do Internato Complementar de Medicina Interna
- ** Assistente Hospitalar de Infecçiology
- *** Chefe de Serviço de Pneumologia
- **** Assistente Hospitalar de Medicina Interna
- ***** Chefe de Serviço de Medicina Interna

Recebido para publicação: 99.06.11

Aceite para publicação: 99.09.17

INTRODUÇÃO

A Pneumonia Eosinofílica Crónica (P.E.C.) foi inicialmente descrita por Carrington em 1967. O pico de incidência ocorre entre os 30 e os 40 anos e atinge duas vezes mais as mulheres do que os homens, em um terço dos casos engloba indivíduos de raça caucasiana. Após os 60 anos a frequência passa a atingir ambos os sexos. Um terço a metade dos doentes atingidos tem factores atópicos ou polipos nasais, dois terços tem asma de início na idade adulta precedendo em alguns meses o início das queixas.

A P.E.C. tem início insidioso, evolução crónica e arrastada, e é caracterizada por queixas de ordem geral que compreendem febre, suores nocturnos e perda de peso. A estas queixas junta-se o desenvolvimento de dispneia ou agudização de asma pré-existente. O quadro pode-se complicar com o desenvolvimento de Síndrome de Dificuldade Respiratória do Adulto e necessitar de ventilação mecânica. Por vezes associa-se a dor torácica e hemoptise o que coloca problemas de diagnóstico diferencial.

Laboratorialmente encontra-se moderada leucocitose associada em 60-90% dos casos a eosinofilia no sangue periférico e em 50 - 70% dos casos também na expectoração. A VS está moderadamente elevada, coexiste ligeira anemia normocítica e normocromica, e em um terço dos casos aumento da IgE total.

Os níveis elevados de IgE no pico de actividade da doença, sugerem que a pneumonite pode ser mediada por hipersensibilidade reagínica (2).

As alterações encontradas em testes de função respiratória compreendem um padrão restritivo moderado a severo, redução da difusão de dióxido de carbono e aumento ligeiro do volume residual (1).

O lavado brônquico mostra predomínio de eosinófilos.

As características imagiológicas compreendem infiltrados densos, irregulares, periféricos, não migratórios, ao contrário do que se verifica no Síndrome de Loeffler, bilaterais e predominando nos dois terços superiores dos campos pulmonares. O padrão nodular, alveolar ou densidades verticais ou

obliquas, é mais raro.

As lesões de P.E.C. são caracterizadas histologicamente por infiltrados alveolares no espaço aéreo e interstício. Bronquiolite Obliterante pode ocorrer em um terço dos casos. Os infiltrados contêm predominantemente eosinófilos, alguns linfócitos e macrófagos. A normal arquitectura da parede alveolar está alterada, havendo edema focal, hiperplasia do endotélio e preenchimento dos alvéolos com material proteináceo.

O diagnóstico diferencial é feito em relação a infecções pulmonares como a Tuberculose, Criptococose, Sarcoidose e infecções parasitárias.

Outras doenças não infecciosas poderão mostrar-se de forma semelhante como a Pneumonite de Hipersensibilidade, Bronquiolite obliterante e Sarcoidose.

O diagnóstico de P.E.C. é baseado na clínica, imagiologia, características laboratoriais e pronta resposta à terapêutica com corticoides. O desaparecimento da febre ocorre em 6-8h, a resolução da febre, tosse e eosinofilia no sangue periférico em 24 - 48h, a melhoria da imagem radiológica ocorre no espaço de uma semana e a sua resolução completa em cerca de dois meses.

O prognóstico da P.E.C. é favorável. Raramente se assiste a remissão espontânea na ausência de terapêutica corticoide.

A P.E.C. pode recidivar com a paragem da corticoterapia e as lesões de recidiva ocorrem exactamente no mesmo local anatómico das lesões iniciais. Cerca de 25% dos casos exige corticoterapia de manutenção em baixas doses durante um a três anos (2,5 - 10mg de Prednisolona diários). As recidivas são tratadas da mesma forma que a doença inicial observando-se igualmente a pronta resposta aos corticoides que se encontra na doença inicial. Em casos raros pode ocorrer Fibrose Pulmonar em Favo de Mel como consequência a longo prazo da P.E.C.

CASO CLINICO

M.J.C.M.S.G., sexo feminino, 56 anos, raça

caucasiana, natural e residente no Porto, viúva, comerciante.

Referia síndrome febril com cerca de dois meses de evolução, de predomínio vespertino, 38,5°-39°C, acompanhado de mialgias ligeiras e astenia. Negava outras queixas de ordem geral como anorexia ou perda de peso. Negava queixas referentes a revisão de aparelhos e sistemas.

Como antecedentes pessoais referia asma intrínseca desde os 30 anos. Negava hábitos tabágicos e etílicos. Fizera uma viagem turística à China cerca de dois meses antes do aparecimento das queixas. Estava medicada com corticoides e broncodilatador inalatórios (Propionato de Fluticasona e Fumarato de Formoterol) e ultimamente tinha havido um agravamento das suas queixas respiratórias que tinha levado ao aumento das doses da terapêutica anterior.

A observação encontramos uma doente eupneica, consciente e colaborante, corada e hidratada, normotensa e febril. A auscultação pulmonar evidenciava-se tempo expiratório prolongado, sibilos e roncospersos em ambos os hemitoraces. A restante observação clínica era normal.

Foram efectuados os seguintes exames auxiliares de diagnóstico:

Hemograma – normal, VS na 1ª hora – 95 mm.

Leucograma – eosinofilia de 29,9% para um total de 9100 leucócitos por mm³.

Testes de função hepática, testes de função renal, proteinograma, glicemia e ionograma – normais.

Gasimetria – hipoxemia de 68,5 mm de Hg, sem outras alterações.

Exame bacteriológico da expectoração, Ziehl, Lowenstein e Bactec – negativos.

Teste de Mantoux – negativo.

Hemoculturas, uroculturas, coproculturas e exame parasitológico das fezes – negativos.

Serologias bacterianas, virais e parasitárias igualmente negativas (Widal, Wright, VDRL, CMV, Toxoplasmose, Fasciola hepática, *Clamidia*, *Borrelia*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Quoxiella Burnettii*, *Legionella pneumophyla*, Precipitinas do *Aspegilus fumigatus*, Ag Hbs, HVC, HIV1 e 2).

Pesquisa de auto anticorpos – negativa.

IgE – normal

RX de Tórax (Fig 1) – Infiltrados pulmonares bilaterais periféricos

TAC Torácica (Fig 2) – mostra os mesmos infiltrados pulmonares periféricos

Broncofibroscopia - árvore brônquica direita e esquerda sem alterações morfológicas ou topográficas.

Lavado broncoalveolar com predomínio de linfócitos e abundantes eosinófilos. Não se identificaram células malignas. Exame microbiológico do lavado, Ziehl-Nielsen, Lowenstein e Bactec negativos.

Testes Funcionais respiratórios: alteração ventilatória de tipo obstrutivo com hiperinsuflação e "air trapping". Sem resposta ao Salbutamol inalado. Difusão de Monóxido de Carbono normal.

DIAGNÓSTICO

Pneumonia Eosinofílica Crônica

TRATAMENTO

Prednisolona 40mg diários



Fig. 1

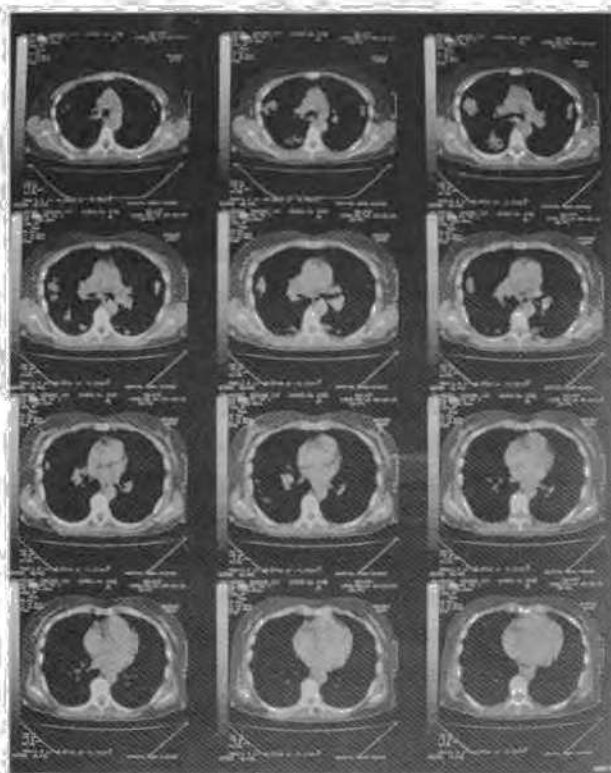


Fig. 2

EVOLUÇÃO

Desaparecimento da febre em menos de 24H após o início da corticoterapia.

Na tabela seguinte mostra-se a evolução do hemograma antes e após a corticoterapia, onde se pode observar a melhoria imediata após a sua introdução e a normalização completa ao 3º dia de terapêutica.

Resolução dos infiltrados pulmonares ao 1º mês de corticoterapia.

DISCUSSÃO

As queixas de ordem geral da doente associadas a viagem turística efectuada a China 2 meses antes, eosinofilia no sangue periférico e aos infiltrados periféricos mostrados pelo RX de Torax e pela TAC Torácica levaram-nos a considerar as seguintes hipóteses de diagnóstico além da Pneumonia Eosinofílica Crónica:

Tabela de evolução do Hemograma antes e após a introdução da corticoterapia

	Corticóides				
	3/9	7/9	21/9	24/9	8/10
Hg	12,7	12,9	13,2	13,1	13,3
Vg		39,9	41	41,2	41,9
Eritrócitos		4,5	4,6	4,7	4,7
Leucócitos	6600	9100	14100	9600	8700
Eosinófilos	26	29,9	52,2	0,7	0,2
Neutrófilos	47	50,5	30,6	73,5	73,2
Linfócitos	23	15,2	14	21,6	20,9
Monócitos		3,9	2,8	4,0	5,5
Basófilos		0,5	0,4	0,2	0,2
Plaquetas	286	355	276	329	218
VS 1ªH	46	95	91	18	

Parasitose e Tuberculose. Como a doente tinha também asma intrínseca e referia agravamento da sua patologia pré-existente a hipótese de Aspergilose Bronco-Pulmonar alérgica foi igualmente equacionada. A Pneumonite por Hipersensibilidade a medicamentos foi excluída visto que não se apurou a toma de mais nenhum medicamento além de corticoides e de broncodilatadores inalados. Na literatura consultada encontraram-se os seguintes agentes farmacológicos como causadores de P.E.C.: Nitrofurantoina, Sulfonamidas, Penicilina, Clorpropamida, Tiazidas, Hidralazina, Sais de Ouro, Vapores de Níquel e de Ouro.

As características do Lavado Bronco-Alveolar e a negatividade dos exames microbiológicos e serológi-

cos levou-nos a optar pela hipótese de P.E.C.. Julgamos que nesta fase o diagnóstico se tornou demasiado evidente, o que nos permitiu prescindir da biópsia aspirativa transtorácica.

O rápido desaparecimento da febre com a administração de corticoides, seguido do alívio das restantes queixas em menos de 24h, posteriormente do desaparecimento da eosinofilia e mais tarde resolução da imagem radiológica levou-nos a concluir pela hipótese de P.E.C. (3).

Correspondência:
Hospital de Pedro Hispano
Departamento de Medicina
R. Eduardo Torres
4460 Matosinhos

BIBLIOGRAFIA

- | | | |
|---|--|--|
| 1 | P FISHER. Pulmonary Diseases and Disorders. Interstitial and inflammatory lung disease. 1138-1140. | eosinophilic Pneumonia. A manifestation of allergic aspergilosis. Am J. Clin. Pathol. 1976; 62-73. |
| 2 | WARNOCK ML, FENNESSY J, RIPON J. Chronic | 3. PINHEIRO A, PINTO LEITE A. Pneumonia Eosinofílica Crónica. Acta Med. Port. 1994. 7: 301-305. |
-