

PNEUMONIA EOSINOFÍLICA AGUDA– A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

C PACHECO¹, JF CRUZ¹, D ALVES¹, R ROLO¹, L FERREIRA¹, J CUNHA¹

¹SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA DO HOSPITAL DE BRAGA

DIRECTOR DE SERVIÇO: Dr. João Cunha



INTRODUÇÃO

As pneumonias eosinofílicas constituem um grupo heterogéneo de quadros clínicos que podem comprometer as vias aéreas, o parênquima pulmonar, ou ambos. A pneumonia eosinofílica aguda idiopática é uma doença pulmonar eosinofílica rara, de etiologia desconhecida, caracterizada por eosinofilia periférica, infiltrados pulmonares na telerradiografia torácica e excelente resposta à corticoterapia. Afecta geralmente mulheres de meia idade, sendo os sintomas mais comuns a tosse, dispneia e perda de peso.

CASO CLÍNICO

Mulher, 45 anos, não fumadora, recorre ao SU por dispneia persistente (12 dias de evolução) associada a tosse. Medicada previamente com azitromicina (ciclo de 3 dias), sem melhoria. Ao exame físico com polipneia e pieira, saturação de oxigénio periférica de 92%, sibilância dispersa à auscultação e tempo expiratório aumentado. A radiografia torácica (Figura 1) demonstrava um infiltrado para-hilar bilateral, mais acentuado à direita e a gasimetria (FiO₂ 21%) demonstrava uma insuficiência respiratória (pO₂ 57 mmHg, pCO₂ 34 mmHg, pH 7,44). Analiticamente com eosinofilia (37%). Realizada tomografia computadorizada (TC) torácica (figuras 2 a 5) que demonstrou várias áreas multi-focais de consolidação do parênquima, com broncograma aéreo, rodeadas de zonas em “vidro despolido” à periferia. Ficou internada e iniciou corticoterapia (prednisolona, 50mg/dia), oxigenoterapia e broncodilatadores.

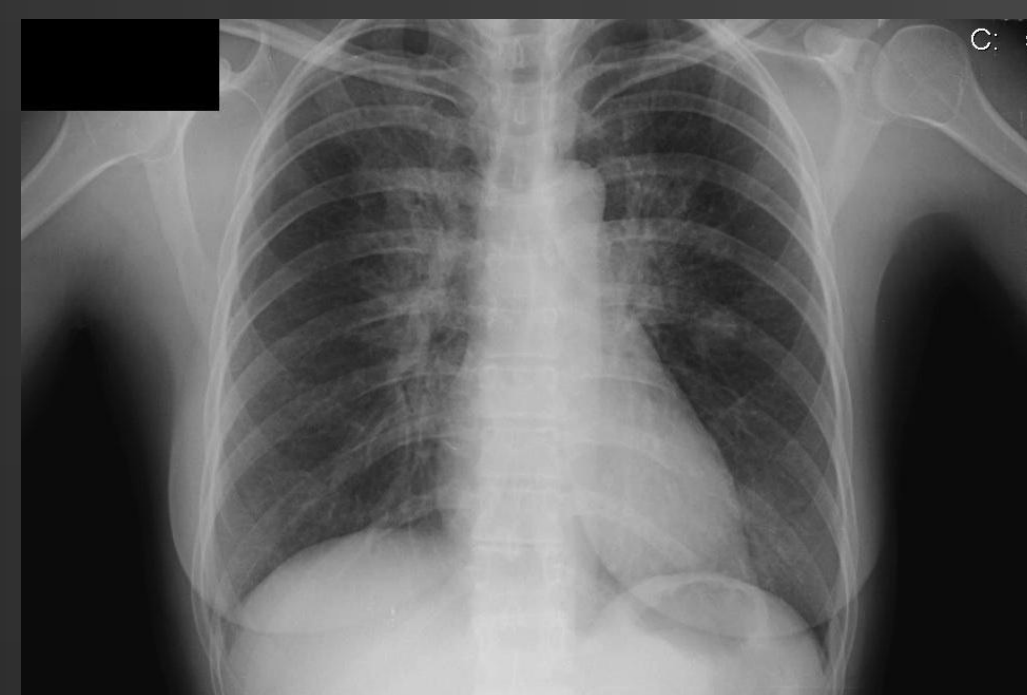
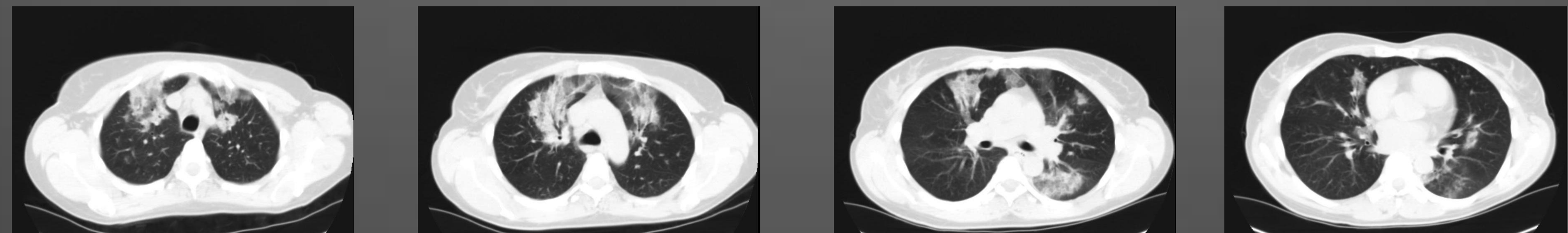


Figura 1: Radiografia tórax na admissão

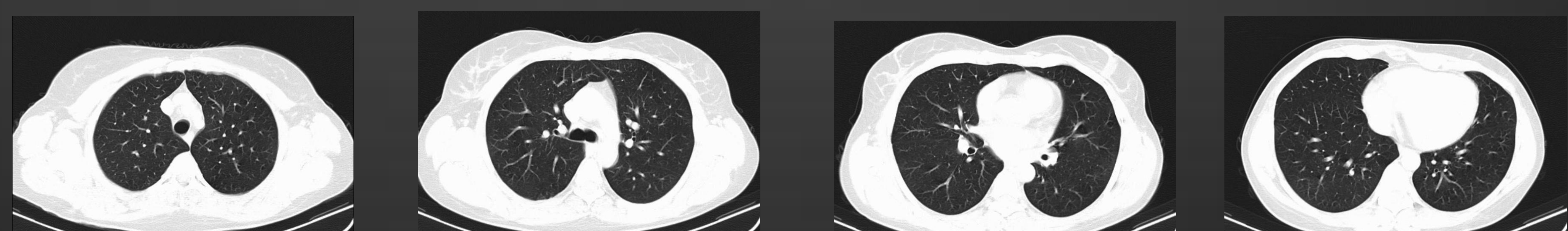


Figuras 2, 3, 4 e 5: TC tórax na admissão

Estudo imunológico negativo e videobroncofibroscopia sem alterações visualizáveis. Lavado broncoalveolar com eosinofilia (70%), estudo citológico e microbiológico negativos. Parasitológico de fezes negativo. Provas funcionais respiratórias com síndrome ventilatório misto de predomínio obstrutivo. Durante o período de internamento com melhoria clínica importante. À data da alta, com dispneia para grandes esforços e tosse seca, escassa. Sem necessidade de oxigenoterapia. Passou a ser seguida em consulta externa, com manutenção de prednisolona oral (30 mg/dia) e broncodilatadores, sendo observada 1 mês após a alta. Nesta altura com melhoria clínica importante. Repetiu radiografia (figura 6) e TC torácica (figuras 7 a 10) que mostrou diminutas áreas de consolidação do parênquima, com franca melhoria em relação a exame anterior. Redução de dose de corticóide para 20 mg/dia, com desmame progressivo durante 4 meses. Nesta altura, com reaparecimento dos sintomas, tosse e dispneia exuberantes. Reiniciou corticoterapia na dose de 40 mg/dia, com evolução favorável e melhoria clínica progressiva. Presentemente, 11 meses após o diagnóstico inicial, mantém-se assintomática, a realizar 15 mg de prednisolona/dia e em seguimento na Consulta Externa.



Figura 6: Radiografia tórax em consulta



Figuras 7, 8, 9 e 10: TC tórax em consulta

CONCLUSÃO

Apesar de não ser muito frequente, a pneumonia eosinofílica aguda idiopática é uma entidade cujo diagnóstico deve ser lembrado, uma vez que a sua apresentação se caracteriza por sintomas pouco específicos, sendo a resposta à terapêutica favorável na generalidade dos casos, com recuperação da resposta respiratória na maioria dos doentes.