

PNEUMONIA EOSINOFÍLICA E PROVÁVEL SÍNDROME DE CHURG-STRAUSS: UM RELATO DE CASO

EOSINOPHILIC PNEUMONIA AND PROBABLE CHURG-STRAUSS SYNDROME: A CASE REPORT

Alicia Regina Zambiasi¹ , Ana Katharina Dalbosco¹ ,
Giordana Vitória Bertozzo Suzin¹ , Lucas Zambiasi² 

RESUMO

As doenças pulmonares eosinofílicas compõem um grupo heterogêneo de patologias que possuem uma característica em comum: elevado número de eosinófilos nas vias aéreas e no parênquima pulmonar. Uma das formas de eosinofilia pulmonar é a Síndrome de Churg-Strauss (SCS), que é uma doença multissistêmica a qual possui evolução subaguda com três fases clínicas sequenciais: a prodrômica, a eosinofílica e a vasculítica. A hipótese diagnóstica pode ser considerada quando um padrão de opacidades em vidro fosco e consolidações são vistos em paciente com história de asma com eosinofilia.

Palavras-chave: *Pneumonia; Eosinofilia pulmonar; Síndrome de Churg-Strauss; Eosinofilia; Eosinófilos; Asma*

ABSTRACT

Eosinophilic pulmonary diseases encompass a heterogeneous group of pathologies characterized by a shared feature: a high number of eosinophils in the airways and lung parenchyma. One manifestation of eosinophilic pulmonary involvement is Churg-Strauss Syndrome (CSS), a multisystemic disease that follows a subacute course with three sequential clinical phases: prodromal, eosinophilic, and vasculitic. The diagnostic hypothesis can be considered when a pattern of ground-glass opacities and consolidations is observed in a patient with a history of eosinophilic asthma.

Keywords: *Pneumonia; Pulmonary eosinophilia; Churg-Strauss syndrome; Eosinophilia; Eosinophils; Asthma*

INTRODUÇÃO

A síndrome de Churg-Strauss é uma doença multissistêmica rara, sendo que a prevalência na Europa varia de 10,7 a 14/milhão, nos Estados Unidos é de aproximadamente 18/milhão e a maior prevalência relatada é da Austrália, com 22,3 casos/milhão. Ela é caracterizada por rinite alérgica, asma, vasculite necrotizante, hipereosinofilia periférica, granulomas extravasculares, inflamação tecidual eosinofílica e febre. A patologia pode acometer todos os órgãos, mas principalmente o pulmão e a pele. O objetivo desse relato é correlacionar o caso descrito com o conhecimento disponível na literatura. O estudo sobre pneumonia eosinofílica e Síndrome de Churg-Strauss é de suma importância, uma vez que, apesar de raras, consistem em diagnósticos diferenciais de doenças prevalentes, como pneumonia bacteriana, asma e COVID-19.

RELATO DE CASO

Paciente feminina, 32 anos, branca, recepcionista, tabagista abstêmia desde maio de 2020 (fumou durante 17 anos, com carga tabágica de 17 maços.ano), história familiar de duas filhas com asma. Em fevereiro de 2020,

Clin Biomed Res. 2023;43(2):216-219

1 Universidade de Passo Fundo.
Passo Fundo, RS, Brasil.

2 Hospital São Vicente de Paulo.
Passo Fundo, RS, Brasil.

Autor correspondente:

Alicia Regina Zambiasi
177242@upf.br
Universidade de Passo Fundo
Rua Quinze de Novembro, 643
99010-090, Passo Fundo, RS, Brasil.

apresentou pela primeira vez um episódio de broncoespasmo, sem uso prévio de medicamentos inalatórios. Concomitantemente, foi diagnosticada com pneumonia bacteriana e tratada com azitromicina e amoxicilina/clavulanato por 7 dias. No entanto, a despeito do tratamento, manteve o quadro clínico, suspeitando-se de asma, de modo que foi iniciado o tratamento inalatório com Sulfato de Salbutamol e Dipropionato de Beclometasona.

Em maio do mesmo ano, internou por 4 dias devido a broncoespasmo e tosse produtiva com escarro hemoptoico e purulento, e nessa ocasião suspeitou-se de COVID-19, sendo coletado PCR para SARS-CoV-2, com resultado negativo. Na alta hospitalar, foi prescrito tratamento inalatório com Fumarato de Formoterol di-hidratado/Budesonida fixo e Sulfato de Salbutamol nas exacerbações, e foi encaminhada para o Serviço de Pneumologia. Em julho, em atendimento com o pneumologista, relatou chiado, dispneia aos pequenos esforços com sensação de asfixia, dor em opressão no peito que aliviava com Sulfato de Salbutamol inalatório, sudorese noturna e perda ponderal de 8 kg em 2 semanas. Nessa ocasião, foi realizada pesquisa de BAAR no escarro para investigar tuberculose pulmonar, com resultado negativo em 2 amostras. Em agosto, ao retornar à consulta, referiu piora dos sintomas, suspeitando-se de pneumonia bacteriana, sendo prescrito Cefuroxima VO 500mg de 12/12h por 7 dias, além de Prednisona VO 40mg/dia por 5 dias, e medicações inalatórias para o tratamento da asma, sendo elas Fumarato de Formoterol Di-hidratado/Budesonida, Brometo de Ipratrópio, Sulfato de Salbutamol e Dipropionato de Beclometasona.

Em setembro, internou durante 5 dias por asma grave e suspeita de COVID-19, a qual foi descartada. Dois dias após a alta hospitalar, iniciou com erupções papulares e pustulosas, com base eritematosa em tronco e face, astenia e dor em membros superiores e inferiores, esteatorreia, artralgia, edema nas mãos, sibilância e dispneia. Consultou com o pneumologista

e internou algumas semanas depois para investigar possível doença autoimune, quando foi avaliada pelo Serviço de Dermatologia devido às lesões na pele, sendo coletado material para biópsia e prescrito Doxiciclina por 15 dias – sem resolução do quadro. O resultado da biópsia de pele do flanco direito mostrou derme papilar intermediária com leve a moderado infiltrado linfocitário, também presente na parede dos vasos profundos. Na derme mais superficial, o infiltrado localizava-se predominantemente perivascular, onde se visualizavam pequenos vasos congestos e mínimos focos de extravasamento de hemácias. Já na pele do flanco esquerdo, os achados foram de dermatose purpúrica com vasculite focal.

Na mesma ocasião, realizou Tomografia Computadorizada de tórax, a qual evidenciou áreas de atenuação em vidro fosco (Figuras 1 e 2). Além disso, realizou biópsia pulmonar que demonstrou padrão histológico de “pneumonia eosinofílica crônica”, além de infiltrado inflamatório crônico moderado composto por linfócitos, histiócitos e eosinófilos, distribuição perivascular (vasos de médio calibre) e septal, presença de alguns macrófagos e eosinófilos intra-alveolares, muco intra-alveolar focal e parede brônquica com leve infiltrado inflamatório crônico. Foi negativa a pesquisa de fungos (coloração de Grocott). O lavado broncoalveolar demonstrou células epiteliais cilíndricas típicas, macrófagos alveolares e frequentes eosinófilos, sem evidência de células neoplásicas. Em relação aos exames laboratoriais, os resultados apontaram: leucócitos 17.000 (54% segmentados e 26% eosinófilos), hemoglobina 12,6, hematócrito 36,5, anti-SSA não reagente, sorologias para HIV, hepatite B e C e VDRL não reagentes, IgE 623, FAN e ANCA não reagentes e Fator Reumatoide < 8.

Em nova consulta com o pneumologista, foi encaminhada ao reumatologista por suspeita de pneumonite eosinofílica associada à Síndrome de Churg Strauss.



Figura 1: Tomografia computadorizada de tórax demonstrando áreas de atenuação em vidro fosco de aspecto nodular periféricas em ambos os pulmões.

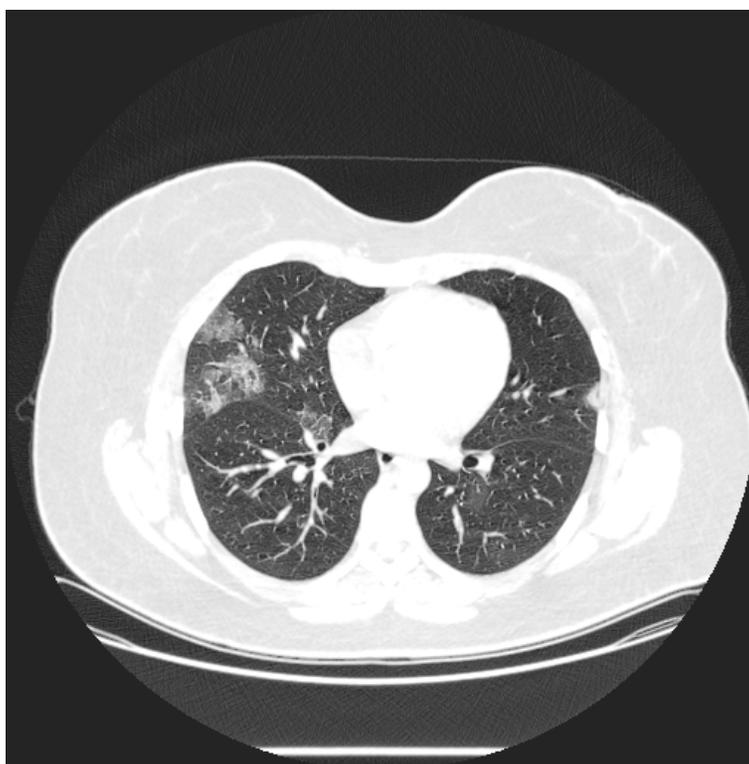


Figura 2: Tomografia computadorizada de tórax demonstrando opacidades parenquimatosas em vidro fosco, distribuídas pela periferia de ambos os pulmões.

DISCUSSÃO

As doenças pulmonares eosinofílicas compõem um grupo heterogêneo de patologias que possuem um número elevado de eosinófilos nas vias aéreas e no parênquima pulmonar¹. As principais formas de eosinofilia pulmonar são: eosinofilia pulmonar simples, pneumonia eosinofílica crônica, pneumonia eosinofílica aguda, aspergilose broncopulmonar alérgica, eosinofilia pulmonar associada à doença sistêmica, como Síndrome de Churg-Strauss (SCS) e Síndrome hipereosinofílica². Essas patologias podem ocorrer em todas as idades, porém o pico de incidência é na quinta década de vida, com predomínio no sexo feminino em uma proporção de 2:1³.

A exposição a certos parasitas em regiões endêmicas, produtos tóxicos inalados, tabagismo, medicamentos e drogas ilícitas, além da história de asma e atopia, devem ser considerados como fatores epidemiológicos importantes. Certas síndromes eosinofílicas têm a asma como doença associada, tais como a aspergilose broncopulmonar alérgica (ABPA) e a síndrome de Churg-Strauss².

A apresentação clínica envolve um amplo espectro de gravidade, desde infiltrados pulmonares assintomáticos até à síndrome de dificuldade respiratória aguda⁴. Os pacientes podem apresentar hipertermia, tosse, dispnéia, mialgia, queixas abdominais, perda ponderal, astenia e lesões cutâneas⁴. Ademais, devem ser

investigados os estigmas de doenças reumáticas, tais como fraqueza muscular, edema articular ou eritema¹.

O diagnóstico exige um elevado grau de suspeição e se baseia num padrão clínico-radiológico compatível, associado à demonstração de eosinofilia alveolar ou no sangue periférico. A eosinofilia sanguínea ocorre em 60% a 90% dos pacientes na apresentação inicial ou durante o curso da doença², enquanto eosinofilia no lavado broncoalveolar geralmente está presente em todos os casos³. No exame de imagem, os infiltrados pulmonares se caracterizam por focos de consolidação do espaço aéreo e opacidades focais em vidro fosco². Já as biópsias pulmonares são realizadas para afastar infecção ou neoplasia, para o diagnóstico diferencial de outras doenças intersticiais e pneumonia organizante criptogênica, bem como para confirmar a Síndrome de Churg Strauss. Os achados histopatológicos mais comuns são exsudato intra-alveolar de histiócitos e eosinófilos, também presentes no interstício, além de pequenas áreas focais de fibrose intersticial, necrose intra-alveolar e até um certo grau de vasculite, sem granulomas².

Os corticosteroides constituem a terapêutica principal dos distúrbios eosinofílicos primários, geralmente com excelente resposta, embora recidivas durante a redução ou após a descontinuação da corticoterapia sejam frequentes⁴.

REFERÊNCIAS

1. Klion AD, Weller PF. *Overview of pulmonary eosinophilia* [Internet]. Waltham: UpToDate; 2021 [citado em 30 set 2021]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-pulmonary-eosinophilia>
2. Campos LEM, Pereira LFF. Pulmonary eosinophilia. *J Bras Pneumol.* 2009;35(6):561-73.
3. Ferreira LS, Esperidião A, Carvalho ALA, Sousa SF. *Pneumonia eosinofílica: uma revisão de literatura.* Anais da 4ª Semana
4. Magalhães E, Tavares B, Chieira C. Pneumonias eosinofílicas. *Rev Port Imunoalergol.* 2006;14(3):196-217.

Recebido: 01 ago, 2022

Aceito: 26 out, 2022