

Asbestose

Asbestosis

Roberto Mogami (*), Luciana Nogueira (**), Adriana Galvão (**),
Marcelo Cruz (**), Leise Lourenço (**), Domenico Capone (***),
Hernando Albuquerque de Castro (****),
Vera Regina Bon Barbosa Gomes (****)

Palavra-chave: Asbestose
Key-word: Asbestosis

Pulmão RJ 1998; 7 (4): 382-384

Anamnese

Identificação: O.S., masculino, 61 anos, casado, natural do ES, residente no RJ, fiador de amianto aposentado.

HDA: História de tosse com expectoração matinal persistente há cerca de anos anos. Nesse mesmo período, apresentando dor pleurítica e sibilos ocasionais. Nos últimos doze meses, apresentou oito episódios de broncoespasmo, necessitando de atendimento de emergência em um deles. Refere, ainda, dispnéia aos médios esforços, sudorese noturna e emagrecimento de cerca de 10kg nos últimos seis meses. Nega cirurgias ou traumas torácicos, febre e hemoptise.

HPP: HAS, tabagismo (51 maços-ano), "problemas do coração".

História Ocupacional: Fiador de fibras de amianto por 24 anos.

História Familiar: Pais vivos e saudáveis.

Exame Físico

Murmúrios vesiculares diminuídos e estertoração crepitante em ambas as bases.

Restante do exame físico sem alterações.

Provas de Funções Pulmonar

Realizadas em nov/96, set/97 e abr/98, apresentam valores normais seguindo os parâmetros teóricos de normalidade de Knudson.

A asbestose é definida como fibrose pulmonar intersticial associada à presença de corpos asbestóticos. Apenas uma pequena proporção de pacientes com doença mais avançada apresenta sintomatologia respiratória caracterizada por dispnéia de graus variados que pode ter caráter progressivo. Os achados são inespecíficos, porém, quando relacionados à história epidemiológica, tornam o diagnóstico bastante provável. Portanto, o diagnóstico é geralmente presuntivo, baseado nos seguintes critérios:

Trabalho realizado no Serviço de Radiologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto (UERJ) e Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana - CESTH (FIOCRUZ).

* Professor Assistente de Radiologia da UERJ.

** Residentes de Radiologia da UERJ.

*** Professor Assistente de Pneumologia da UERJ.

**** Pneumologistas e médicos do trabalho do CESTH (FIOCRUZ).

Correspondência: Prof. Roberto Mogami - Rua Alberto Soares Sampaio, 418 - 22715-300 - Rio de Janeiro - RJ.

Endereço eletrônico: ioga@pobox.com

Artigo recebido para publicação no dia 28/09/1998 e aceito no dia 28/10/1998, após revisão.

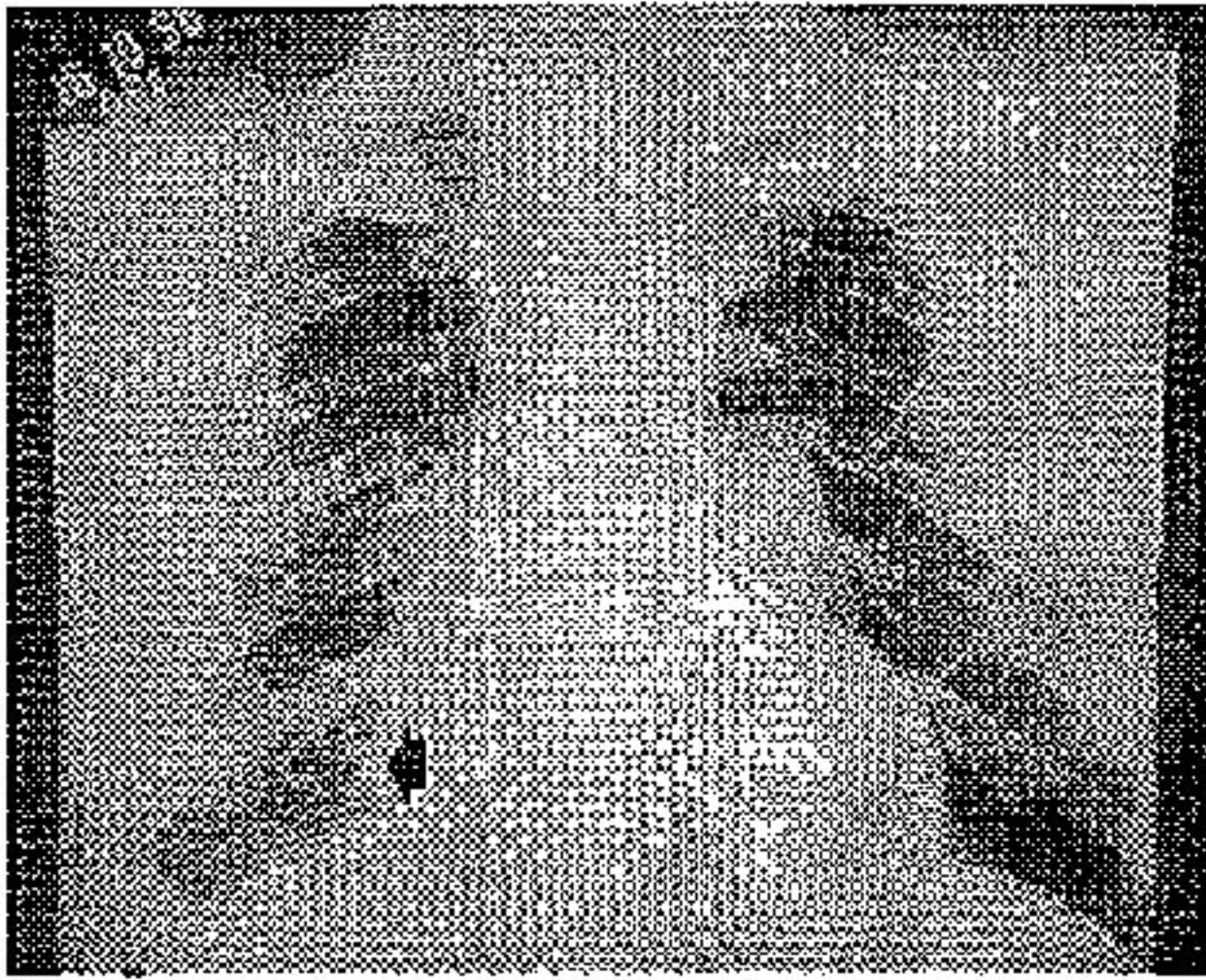


Fig 1: Radiografia do tórax em PA evidenciando infiltrado intersticial muito discreto nas bases e alteração do contorno cardíaco direito por atelectasia (seta).

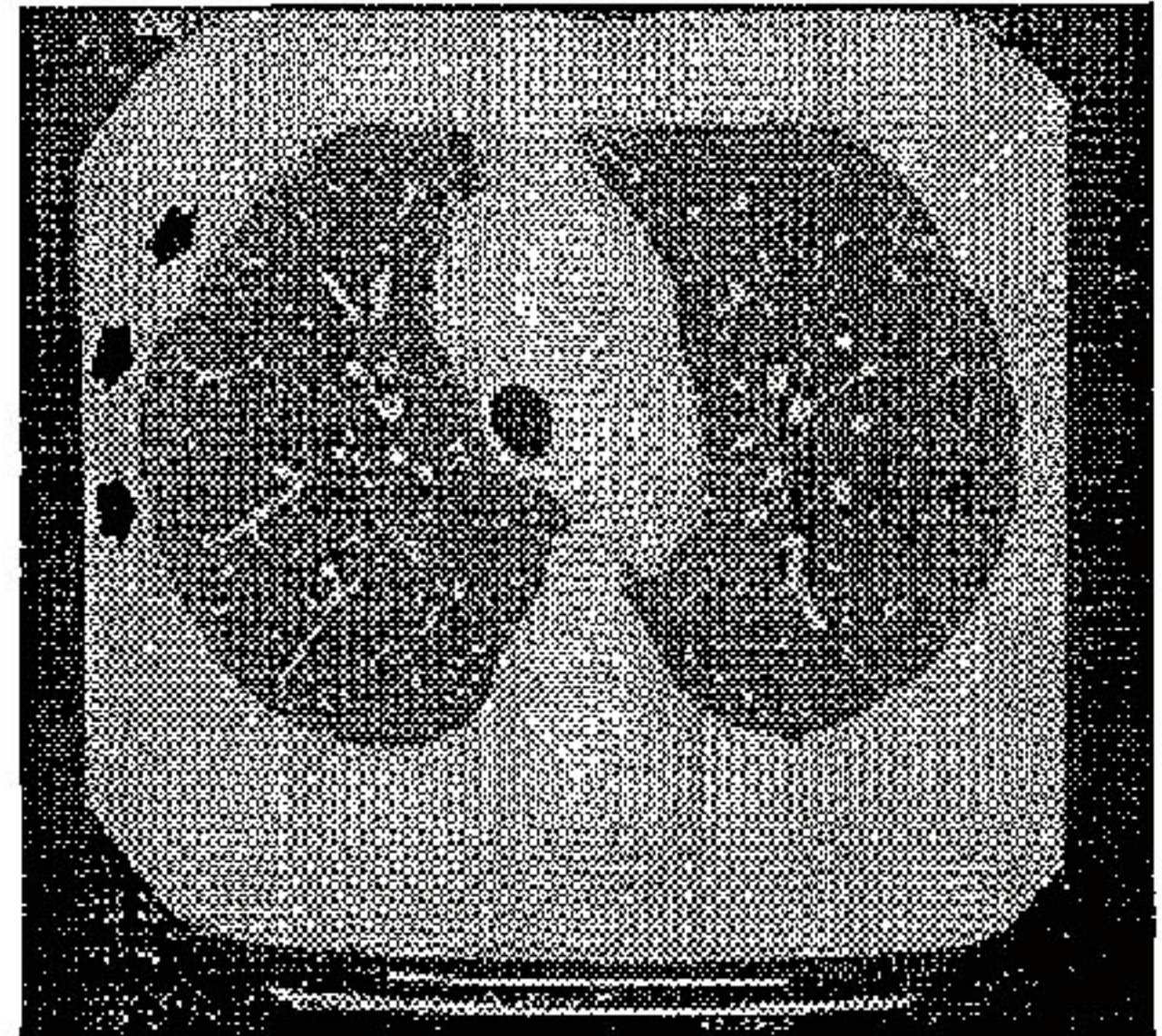


Fig 2: TCAR de tórax evidenciando fibrose intersticial de distribuição periférica (setas)

- 1) história de exposição ocupacional;
- 2) tempo de exposição compatível;
- 3) alterações radiológicas caracterizadas por opacidades irregulares difusas bilaterais dos tipos s, t e u, segundo a classificação normalizada pela ILO (1980);
- 4) padrão restritivo de alteração da função pulmonar;
- 5) redução da capacidade de difusão pulmonar;
- 6) estertores crepitantes bilaterais nas bases pulmonares posteriores ao final da inspiração, que não desaparecem com a tosse.

Do ponto de vista radiológico, as alterações observadas na radiografia simples são pouco específicas (figura 1), além do método carecer de sensibilidade diagnóstica. A tomografia computadorizada de alta resolução (TCAR) melhorou a sensibilidade para detecção de alterações mais precoces, embora seus achados sejam inespecíficos indicando somente a presença de fibrose intersticial comuns a várias etiologias, incluindo o grupo das colagenoses e das pneumonias intersticiais idiopáticas. Contudo, a associação de fibrose pulmonar e calcificação da pleura parietal é altamente sugestiva de asbestose, quando há exposição compatível. Na TCAR, de acordo com o estágio da doença, observam-se pequenas opacidades nodulares ou curvilineares subpleurais, refletindo fibrose peribronquiolar

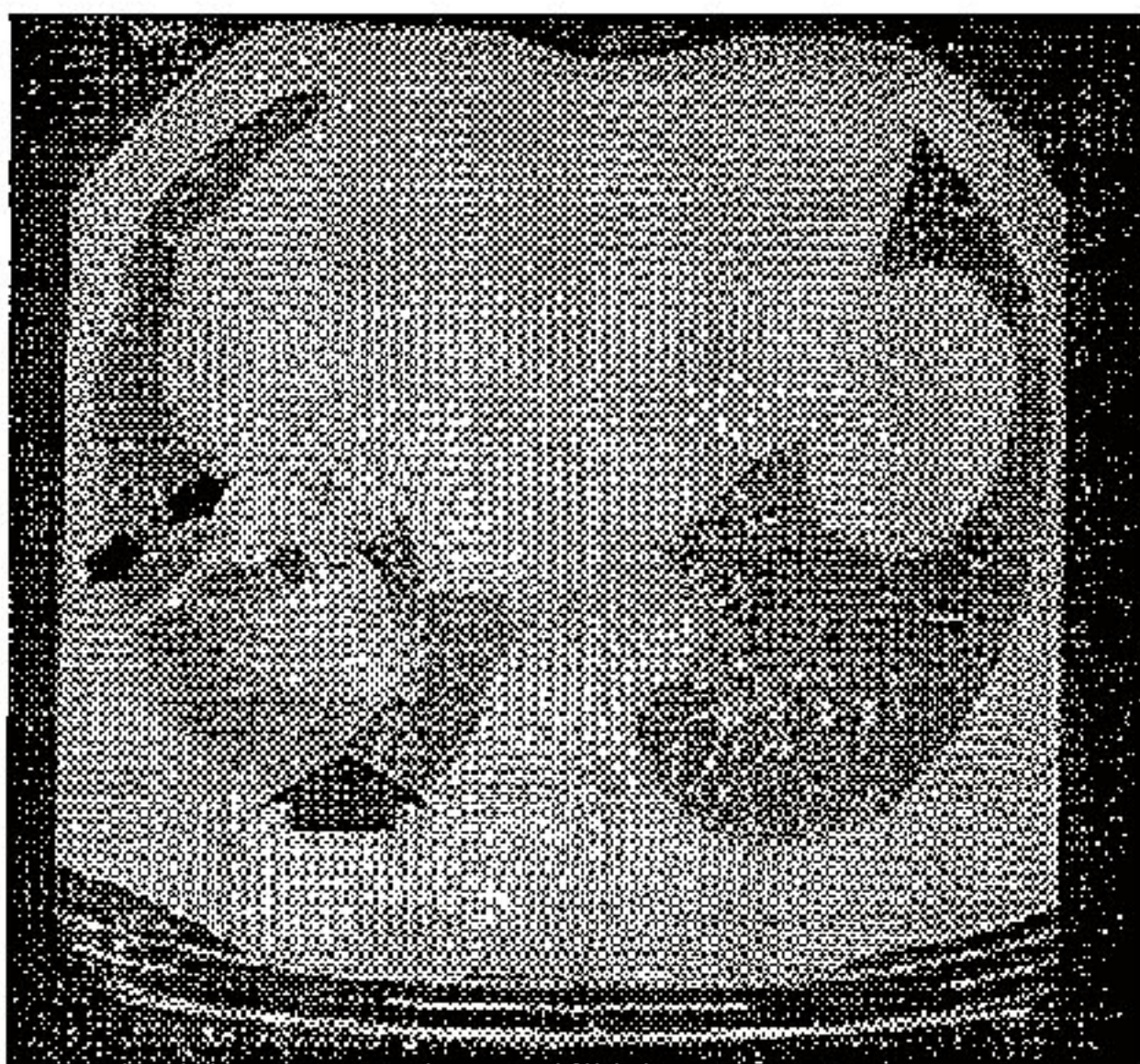


Fig 3: TCAR de tórax evidenciando espessamento da cisura (setas menores) e lesão nodular apresentando confluência de vasos e brônquios (seta maior), sugestiva de atelectasia redonda.

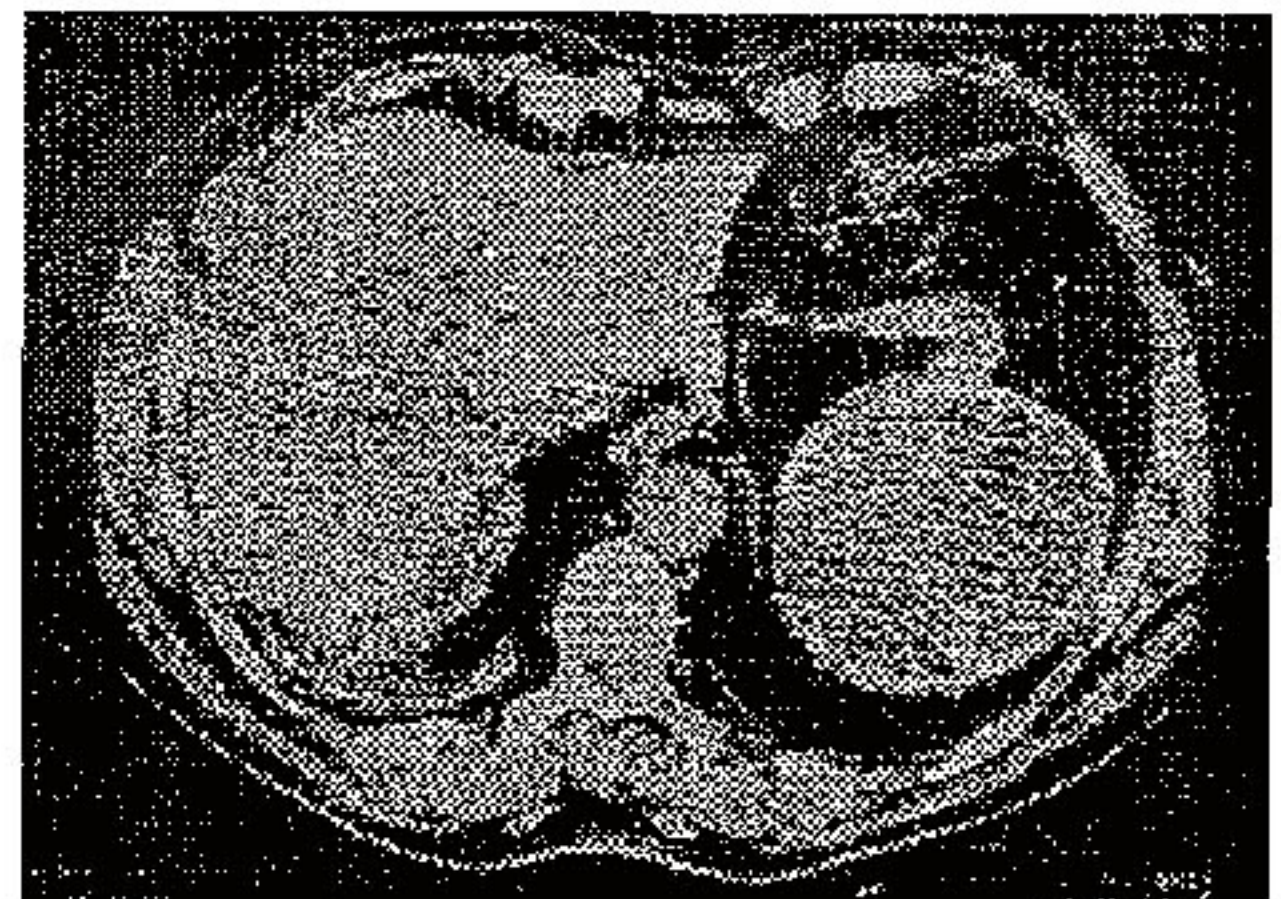


Fig 4: Corte axial de TC de tórax evidenciando calcificações na superfície pleural diafragmática.

(centrolobular), espessamento dos septos interlobulares (figura 2), faveolamento, bronquiectasias de tração, distorção arquitetural, bandas parenquimatosas (particularmente comuns na asbestose), linhas subpleurais e opacidades em vidro fosco, atelectasias redondas (figura 3), além de placas ou espessamento da pleura parietal (figura 4). Estas alterações ocorrem geralmente em localizações mais inferiores, posteriores e subpleurais, sendo habitualmente bilaterais e algo simétricas. Apesar de sua maior sensibilidade, a TCAR não deve ser utilizada indiscriminadamente em todos os pacientes expostos, havendo critérios para sua indicação. Quando os critérios clínicos são preenchidos, não há necessidade de TCAR. Este método está indicado quando:

- 1) há achados ambíguos ou inconclusivos na radiografia simples;
- 2) existem alterações funcionais ou sintomas compatíveis, porém a radiografia simples do tórax é normal;
- 3) ocorrem alterações pleurais extensas dificultando a visualização de possíveis alterações parenquimatosas.

Deve-se ainda ressaltar que a ausência de achados de fibrose na TCAR nestas três situa-

ções, afasta o diagnóstico de asbestose.

Além disso, a TCAR pode ser útil na eliminação da suspeita de asbestose quando a radiografia simples evidencia alterações sugestivas associadas a outra doença, bem como auxilia a distinguir a contribuição relativa do enfisema e da fibrose no desconforto respiratório do paciente.

Referências Bibliográficas

- 1-Algranti E. Métodos de investigação em doenças ocupacionais pulmonares. *J Pneumol* 1994; 20 (4): 165-173.
- 2-Capitani EM. Alterações pulmonares causadas pela exposição ao asbesto: uma revisão. *J Pneumol* 1994; 20 (4): 207-218.
- 3-Gamsu G, Salmon CJ, Warnock ML, Blanc PD. CT quantification of interstitial fibrosis in patients with asbestosis: a comparison of two methods. *AJR* 1995; 164: 63-68.
- 4-Lynch DA. CT for asbestosis: value and limitations. *AJR* 1995; 164: 69-71.
- 5-Staples CA, Gamsu G, Ray CS, Webb WB. High resolution computed tomography and lung function in asbestos-exposed workers with normal chest radiographs. *Am Rev Respir Dis* 1989; 139: 1502-1508.