



Pneumonia de repetição

Recurrent pneumonia

██████████
Sidnei Ferreira*

RESUMO

A pneumonia recorrente definida, como 3 ou mais episódios de pneumonia em 1 ano, deve melhor ser discutida entre os pediatras. O achado radiológico de normalidade entre os episódios agudos deve ser bem caracterizado. O autor discute quais os pacientes que realmente necessitam de avaliação clínica e investigação diagnóstica complementar pelo especialista.

ABSTRACT

The recurrent pneumonia episodes (three or more times a year), must be better discussed among pediatricians. We emphasize the importance of finding normal chest roentgenograms between acute episodes; so that it will be adequately characterized. Therefore the identification of the patients that really need subsequent clinical evaluation and complementary diagnosis investigation by the specialist will be better select.

Palavras-chaves: *pneumonia de repetição, criança.*

Key-words: *recurrent pneumonia, children.*

Pneumonia de repetição ou recorrente (PR) é definida, pela maioria dos autores, como sendo a ocorrência de 3 ou mais pneumonias no período de 1 ano^{1,2,3,4,5}. Nesses casos, está indicada investigação para definir-se a causa. Alguns consideram, também, como 2 ou mais episódios ocorridos no período de 6 meses⁶. Repetição de pneumonias, com intervalos maiores, deve ser

investigada quando interfere com o desenvolvimento da criança ou a mantém com sintomas respiratórios. Em alguns serviços, adota-se, além da primeira definição, a de cinco ou mais episódios em qualquer época da vida, com achados radiológicos normais entre os episódios³. Muitas vezes, é difícil diferenciar pneumonia de repetição de pneumonia crônica, quando não se tem claramen-

*Professor Assistente do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ

Membro do Serviço de Pneumologia Pediátrica do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira – IPPMG-UFRJ, Presidente da Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro.

Artigo recebido para publicação no dia 11/10/2000 e aceito no dia 28/12/2000 após revisão.

te um período livre de sintomas e de normalização radiológica. Pneumonia crônica (PC) ou persistente é definida, por alguns autores, como a persistência de alterações clínicas e radiológicas por mais de 3 meses e, por outros, como alterações radiológicas que persistem além do tempo esperado para resolução². É necessário, pois, o conhecimento da evolução radiológica das pneumonias nas diversas etiologias. Anormalidades em pneumonias virais podem perdurar de 2 semanas a 3 meses, com relato de alterações mantidas por 1 ano⁷. Persistência de infiltrado por mais de 3 meses, entretanto, não é usual. Pneumonia pneumocócica (estudo em adultos) pode manter alterações por 2 a 6 semanas. A base para o diagnóstico de PR ou PC são os achados radiológicos e sua evolução^{1,2,3}.

Pneumonia com diagnóstico baseado somente no quadro clínico, crianças só radiografadas nas crises, sem controle radiológico quando clinicamente bem, asma, pneumonia de evolução lenta, assim como inadequada técnica de radiografia do tórax (filme pouco penetrado ou pouco inspirado) ou interpretação equivocada por profissionais pouco familiarizados, pode confundir pneumonia de repetição com pneumonia crônica ou com a simples presença de artefato; assim como se pode confundir infiltrado pulmonar com atelectasia (se normalização entre 2 e 5 dias, provavelmente trata-se de atelectasia e não de infiltrado). Por esses motivos, existe dificuldade, também, em se determinar a incidência de ambas as situações^{8,9,10}.

Em estudo realizado em 220 crianças com suspeita de pneumonia de repetição, encaminhadas dentre 2.312 crianças para esclarecimento diagnóstico a um ambulatório de pneumologia pediátrica, confirmou-se o diagnóstico em 117 crianças (53%), estando o maior grupo na faixa etária entre 1 e 4 anos de idade, e o segundo maior grupo com 5 anos de idade ou mais. A etiologia principal foi hiperreatividade brônquica e síndrome aspirativa¹¹.

Pneumonia de repetição ocorre devido a distúrbios nos mecanismos de defesas locais por alterações estruturais ou funcionais, por distúrbios imunológicos locais ou sistêmicos ou por doenças de base que interfiram nesses mecanismos^{1,2,3,5,6,8,10,11}.

É vasta a lista de fatores e doenças que estão associadas ao desenvolvimento de PR ou PC (Tabelas 1, 2 e 3), sendo necessário, portanto, estudo criterioso para que não se submeta o paciente a

exames desnecessários, muitas vezes não isentos de riscos, além de dispendiosos.

Anamnese cuidadosa é extremamente útil. Orientará, por exemplo, com relação ao início dos sintomas, o que auxiliará o médico a afastar certas doenças em determinadas faixas etárias: PR, com início aos 10 anos, afasta a possibilidade de doenças de base como imunodeficiência primária ou malformações congênitas como fístula tráqueo-esofágica e anel vascular. Facilitará o diagnóstico, por exemplo, de alteração de defesa local por poluição ambiental ou aspiração de corpo estranho e por seqüela (bronquiectasia) por tuberculose ou pneumonia viral. História sugestiva de aspiração de corpo estranho com imagem repetida na mesma topografia ou criança com distúrbio da deglutição ou técnica inadequada de alimentação em uso de óleo mineral com radiografias sugestivas de microaspirações conduzem ao diagnóstico que se poderá confirmar com broncoscopia e presença de macrófagos carregados de lipídios, respectivamente.

Frente a um caso suspeito de PR, cumpre-se esclarecer o diagnóstico diferencial com PC ou diagnósticos equivocados de pneumonia.

Deve-se proceder a uma anamnese cuidadosa e revisão criteriosa das radiografias apresentadas, não se baseando em laudos mas, sim, na análise das mesmas. Se PR ou PC, tentar esclarecer a época do primeiro episódio, a gravidade dos quadros, a necessidade de internação hospitalar, a presença ou não de febre durante os episódios e avaliar a localização em cada um deles. Mesma localização fala a favor de lesão anatômica, malformação, obstrução brônquica por lesão extrínseca ou intrínseca (Tabelas 2 e 3) e diferentes localizações faz pensar em doença respiratória generalizada como causa (Tabela 4). Se a criança só foi radiografada nas crises, sem controle em períodos assintomáticos, deve-se radiografá-la quando estiver bem. Se o infiltrado estiver mantido, fazer controle radiológico de 1 a 3 meses, até normalizar, caso contrário, investigar como pneumonia persistente. Atentar para achados no exame físico, como dedos em baqueta de tambor, unhas em vidro de relógio, cianose, estigmas alérgicos, achados auscultatórios, dentre outros, que auxiliam no esclarecimento diagnóstico.

Uma maneira prática de pesquisa etiológica é considerar e correlacionar, além da faixa etária, os achados radiológicos e clínicos. Achados radiológicos recorrentes com normalização entre as crises, deve-se suspeitar, dentre outras causas, de asma,

síndrome aspirativa (fístula tráqueo-esofágica, refluxo gastroesofágico, distúrbios da deglutição), imunodeficiência e hemossiderose pulmonar. Achados persistentes, sem evidência clínica de infecção, deve-se pensar, além de outros, em lesões anatômicas, granuloma, hipoplasia e cisto pulmonar. Achados radiológicos recorrentes ou persistentes com febre ou outros sinais clínicos de infecção, pensar em fibrose cística, imunodeficiência, seqüestração, obstrução brônquica e bronquiectasia.

Em resumo: frente a uma criança com pneumonia de repetição, deve-se analisar as radiografias apresentadas. Se não houver anormalidades ou as "alterações" forem artefatos, não considerar PR e pesquisar causas dos sintomas respiratórios através da anamnese, exame físico e exames complementares. Se as anormalidades forem persistentes ou recorrentes, proceder a anamnese, exame físico e exames complementares não invasivos adequados ao caso. Se não for conclusivo, avaliar exames mais complexos pertinentes. A prova terapêutica pode ser tentada, com critério, algumas vezes, nos casos, por exemplo, de forte suspeita de asma ou tuberculose.

Exames complementares deverão ser realizados, também, criteriosamente. O início da investigação pode constar de hemograma, VHS, dosagem das imunoglobulinas (se possível com estudo das sub-classes de IgG), teste PPD, radiografia de tórax, eletrólitos no suor, anti-HIV e prova de função pulmonar em crianças em idade de cooperar, geralmente acima de 6 anos.

Com isso, pesquisamos algumas possibilidades, como, por exemplo, imunodeficiência, fibrose cística, tuberculose e asma, dentre outras. Tomografia computadorizada, broncoscopia, exames contrastados do aparelho digestivo, cintilografia e angiografia, são exames que devem ser usados quando se direciona para uma hipótese diagnóstica específica.

O tratamento da PR consiste em tratar adequadamente as agudizações, manter o paciente sob controle e tratar a doença ou fatores causais das pneumonias. Por exemplo, se a causa dos infiltrados recorrentes for asma, tratar as crises, manter medicação antiinflamatória na intercrise e controle da função pulmonar e dos fatores desencadeantes, se a causa for corpo estranho, retirada através de procedimentos broncoscópicos ou se for imunodeficiência, proceder segundo os protocolos já estabelecidos.

Tabela 1

<ul style="list-style-type: none"> >>> <i>Anormalidades Anatômicas</i> >>> <i>Anormalidades Metabólicas</i> >>> <i>Doenças Inflamatórias Pulmonares</i> >>> <i>Conseqüentes a Agressões Graves</i>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Corpo estranho</i> • <i>Tumor</i> • <i>Secreções anormais</i> • <i>Anormalidades ciliares</i> • <i>S. lobo médio</i> • <i>Bronquiectasia</i> • <i>Estenose brônquica</i> • <i>Aspergilose broncopulmonar</i> • <i>Aumento ganglionar</i> • <i>Reparação cirúrgica de malformações congênitas</i> • <i>Anormalidades cardíacas</i> • <i>Seqüestração pulmonar</i> • <i>DBP</i> • <i>Fibrose cística</i> • <i>Anomalias congênitas das VA/outros órgãos-sistemas</i> • <i>Ambiental</i> • <i>Tuberculose</i> • <i>Pneumonia viral</i> • <i>Hemoglobinopatias</i> • <i>Doenças neuromusculares</i> • <i>Doença granulomatosa crônica da infância</i> • <i>Deficiência de alfa1-antitripsina</i>

Tabela 2

<ul style="list-style-type: none"> >>> <i>Pneumonia de Repetição/Crônica</i> >>> <i>Obstrução Brônquica Intraluminal</i>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Corpo estranho</i> • <i>Tumor</i> • <i>Secreções anormais</i> • <i>Anormalidades ciliares</i> • <i>S. lobo médio</i> • <i>Bronquiectasia</i> • <i>Estenose brônquica</i> • <i>Aspergilose broncopulmonar</i>

Tabela 3

<ul style="list-style-type: none"> >>> <i>Pneumonia de Repetição/Crônica</i> >>> <i>Obstrução Brônquica Extraluminal</i>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Aumento ganglionar</i> • <i>Reparação cirúrgica de malformações congênitas</i> • <i>Anormalidades cardíacas</i> • <i>Seqüestração pulmonar</i> • <i>Cisto pulmonar congênito</i>

Tabela 4

»» Pneumonia de Repetição

»» Causas não Localizadas

- Anemia falciforme
- Deficiência de alfa1-antitripsina
- Distúrbios imunológicos
- DBP
- Fibrose cística
- Discinesia ciliar
- Anomalias congênitas VA/outros órgãos-sistemas
- Ambiental
- Muco-ciliares
- Doenças neuromusculares
- Doença granulomatosa crônica da infância

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-Kendig's-Disorders of the Respiratory Tract in Children, 6a. Ed. W.B.Saunders Company, 1998.
- 2-Craven E, Hilman BC, Recurrent and Persistent Pneumonia, In: Pediatric Respiratory Disease-Diagnosis and Treatment, W.B.Saunders Company, 1993.
- 3-Ferreira S, Sant'Anna CC, Ledo JÁ, Mello MGMO, David JSP, March MFP, Pneumonia de Repetição em Ambulatório, *Jornal de Pediatria*, 2000; 76(1): 44-48.

- 4-Listernick R, Recurrent pulmonary infiltrates. In: Stockman. Difficult diagnosis in pediatrics. Philadelphia: Saunders, 1990; 375-82.
- 5-Eigen H, Chronic/recurrent pulmonary infiltrates, In: Eigen H, Launghlin J, Respiratory disease in children. Diagnosis and management. Baltimore: Willian & Wolkins,1994; 215;2.
- 6-Wald ER, Recurrent and no resolving pneumonia in children, *Semin Respir Infect Dis* 1993; 8: 46-58.
- 7-Osborn D, The radiologic appearance of viral disease of the lower respiratory tract in infants and children, *AJR*, 1978; 129-30.
- 8-Kjellman B, Bronchial asthma and recurrent pneumonia in children, *Acta Paediatric Escand*, 1967; 56: 651-9.
- 9-Eggleston PA, Ward P, Radiographic abnormalities in acute asthma in children. *Pediatrics*, 1974; 54: 442.
- 10-Eigen H, Launghlin J, Recurrent pneumonia in children and its relationship to bronquial hyperreactivity, *Pediatrics*, 1982; 70: 698.
- 11-Ferreira S, Sant'Anna CC, Ledo JÁ, March MFP, Prevalência e etiologia de pneumonia de repetição em Serviço de Pneumologia Infantil em Hospital Universitário Pediátrico, *Anais do IV CONGRESO DE LA Sociedad Latinoamericana de Neumologia Pediatrica*, Mar del Plata, Argentina, 1998.
- 12-The Pediatrics Clinics of North América, 1991; 38(3): 633-46. ■

Envie seu
artigo
científico
 para publicação
 em **PULMÃO RJ**

Endereço para envio:

Editora Saúde & Qualidade de Vida
Pulmão RJ

Praça XV de Novembro, 34/4º andar
 Centro - 20010-010 - Rio de Janeiro - RJ
 E-mail: pulmaorj@vitro.com.br

⊗ Seu artigo será avaliado por nosso Conselho Editorial.