

Relato de Caso

Síndrome de Löffler

Löffler's syndrome

Agnaldo José Lopes^{1,2}, Jorge Luiz da Rocha¹, Kennedy Martins Kirk², José Manoel Jansen²

RESUMO

Síndrome de Löffler é uma pneumonia eosinofílica, caracterizada por infiltrados pulmonares migratórios associados, geralmente, com um aumento do número de eosinófilos no sangue e escarro. Apresentamos um caso de síndrome de Löffler causada por *Strongyloides stercoralis*, em um homem de 37 anos de idade. Em virtude da prevalência elevada da estrogiloidiase em nosso país, os autores enfatizam a importância do seu diagnóstico.

Descritores: eosinofilia pulmonar, *Strongyloides stercoralis*.

ABSTRACT

Löffler's syndrome is an eosinophilic pneumonia characterized by migrating pulmonary infiltrates associated, usually, with an increased number of eosinophils in the blood and sputum. A case of Löffler's syndrome caused by *Strongyloides stercoralis* is presented in a 37 years-old man patient. Considering the high strongyloidiasis prevalence in our country, the authors emphasize the importance of this diagnosis.

Key words: pulmonary eosinophilia, *Strongyloides stercoralis*.

INTRODUÇÃO

No Brasil, assim como em outros países em desenvolvimento, as helmintíases constituem enorme problema de saúde pública, por sua morbidade e extrema dificuldade de serem controladas. Ao lado de condições mesológicas que facilitam a sua ocorrência, encontram-se, em nosso meio, fatores de ordem econômica, social e cultural altamente revelantes para sua ampla disseminação. Até mesmo suas taxas de incidência são desconhecidas, retratando a falta de investimento em saúde.

Algumas destas infestações parasitárias, em determinadas circunstâncias, cursam com comprometimento respiratório, por vezes de marcante gravidade. Por se tratarem de situações clínicas menos usuais, são em geral pouco cogitadas, em termos de diagnóstico diferencial, impossibilitando a detecção e terapêutica precoce.

Os autores descrevem um caso de síndrome de Löffler causada por *Strongyloides stercoralis*, com apresentação clínico-radiológica típica e pronta resposta terapêutica, e discutem o diagnóstico diferencial.

RELATO DO CASO

Homem, 37 anos, branco, casado, vendedor, natural do Rio de Janeiro e morador de Jacarepaguá, previamente hígido, atendido no Posto de Assistência Médica Newton Bethlem, com queixas de chiado no peito e tosse. Referia início do quadro atual há um mês, com crises recorrentes de broncoespasmo, tosse seca e febre esporádica de 38°C. Negava sudorese noturna e perda ponderal. Não era tabagista e negava asma brônquica, contato com tuberculose e história de exposição ambiental de interesse em Pneumologia. Ao exame físico, apresentava-se em bom estado geral, corado, hidratado, acianótico e anictérico. Ausculta cardiovascular: ritmo cardíaco regular em dois tempos, sem sopros. Ausculta respiratória: sibilos difusos. Sua radiografia de tórax mostrava pequenas opacidades periféricas e bilaterais (Figura 1). Nessa ocasião, foram iniciadas medicação broncodilatadora e antibioticoterapia empírica, com amoxicilina-clavulanato, observando-se discreta melhora no quadro respiratório.

Dois meses depois, o paciente retornou ao Posto

1. Serviço de Pneumologia e Tisiologia do Posto de Assistência Médica Newton Bethlem da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro.

2. Serviço de Pneumologia e Tisiologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).



Figura 1 – Radiografia de tórax evidenciando discretas opacidades pulmonares periféricas e bilaterais.

de Saúde, referindo reaparecimento dos sintomas respiratórios. A radiografia de tórax evidenciava extensa imagem de consolidação periférica, ocupando os dois terços superiores do pulmão direito, além de opacidade em região para-hilar direita (Figura 2). A tomografia computadorizada do tórax de alta resolução (TCAR) demonstrava infiltrado intersticial, com áreas de confluência alveolar, ocupando parte do lobo superior direito, além de pequenas opacidades reticulares, periféricas e bilaterais (Figuras 3 e 4). Demais exames complementares - Hemograma: hemoglobina de 14g/dL; hematócrito de 42%; leucometria de 16.400/mm³ com 45% de eosinófilos, 2% de bastões, 36% de segmentados, 13% de linfócitos e 4% de monócitos; contagem de plaquetas de 521.000/mm³; anti-HIV negativo; PPD não reator; pesquisas de BAAR em escarro induzido (3 amostras) negativas. Foi iniciada levofloxacina e encaminhado a hospital de referência.

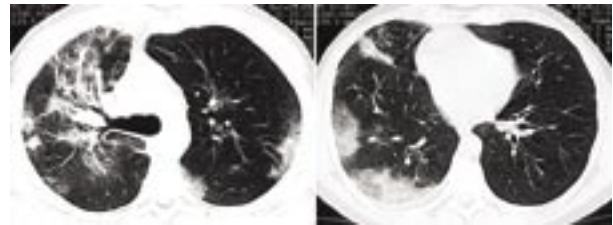


Figura 2 – Radiografia de tórax mostrando extensa imagem de consolidação periférica, ocupando os dois terços superiores do pulmão direito, além de opacidade em região para-hilar direita.

No Hospital Universitário Pedro Ernesto, o paciente queixava-se de piora progressiva das crises de broncoespasmo, que se tornaram mais freqüentes. Ao exame do aparelho respiratório, sibilos disseminados eram audíveis. Uma nova radiografia de tórax mostrava imagem de hipotransparência, em lobo superior esquerdo (Figura 5). Broncofibroscopia: normal (as pesquisas di-

retas e culturas para germes comuns, micobactérias e fungos foram negativas). Sorologias para *Paracoccidioides brasiliensis*, *Histoplasma capsulatum* e *Aspergillus fumigatus*: não-reagentes. No exame parasitológico de fezes, foram encontradas numerosas larvas filariformes de *Strongyloides stercoralis*. Nessa oportunidade, foi iniciado tiabendazol (1500mg, via oral, de 12/12h por três dias), repetindo-se o ciclo após uma semana.

Um mês após o início da terapia anti-parasitária, o paciente retornou ao hospital, referindo desaparecimento dos sintomas respiratórios. A radiografia de tórax era normal (Figura 6). O hemograma mostrava 9.500 leucócitos/mm³ com 3% de eosinófilos.



Figuras 3 e 4 – TCAR do tórax demonstrando infiltrado intersticial com áreas de confluência alveolar, ocupando parte do lobo superior direito, além de pequenas opacidades reticulares, periféricas e bilaterais.

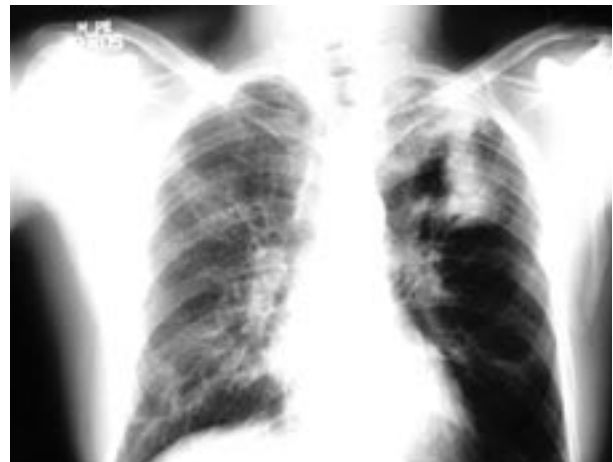


Figura 5 – Radiografia de tórax mostrando imagem de hipotransparência em lobo superior esquerdo.

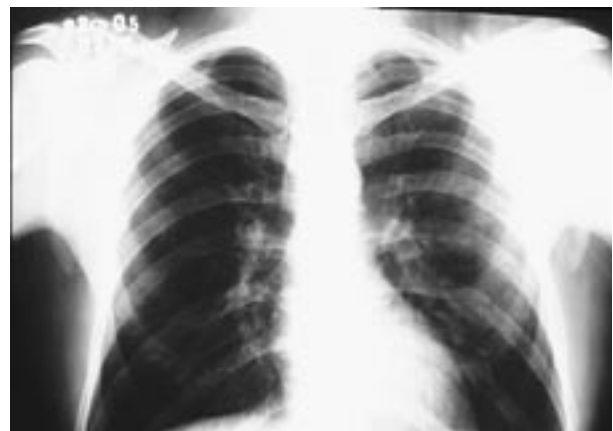


Figura 6 – Radiografia de tórax, realizada após tratamento com medicação antiparasitária, mostrando desaparecimento das anormalidades anteriormente descritas.

DISCUSSÃO

As doenças pulmonares eosinofílicas constituem um grupo heterogêneo de afecções, que possuem em comum o acometimento pulmonar por infiltrados, associados a eosinofilia sangüínea e/ou no escarro.¹ Embora sua ocorrência não seja incomum, as possibilidades etiológicas são relativamente limitadas. O Quadro 1 enumera as principais etiologias descritas nesses casos.

Quadro 1 – Principais causas de doença pulmonar eosinofílica.

- Pneumonia eosinofílica crônica
- Aspergilose broncopulmonar alérgica
- Síndrome de Churg-Strauss
- Pneumonia eosinofílica relacionada com medicamentos
- Pneumonia eosinofílica relacionada com infecções parasitárias

A pneumonia eosinofílica crônica é uma entidade clínica rara, caracterizada por infiltração alveolar e intersticial eosinofílica de causa desconhecida. Pode ocorrer em qualquer faixa etária e sexo, embora seja mais freqüente em mulheres de meia-idade.² Os sintomas incluem dispnéia progressiva, tosse, febre baixa, sudorese noturna e emagrecimento e a radiografia de tórax demonstra um processo alveolocondensante bilateral extenso, no qual as lesões tendem a ocorrer, preferencialmente, na periferia dos pulmões; este padrão é descrito por muitos autores como sendo um negativo fotográfico do edema agudo de pulmão.³ O tratamento é à base de corticóide, que rapidamente suprime tanto o quadro clínico como o radiológico.

A aspergilose broncopulmonar alérgica é uma reação de hipersensibilidade a antígenos do *Aspergillus*, especialmente *A. fumigatus*, que ocorre quando os brônquios tornam-se colonizados pelo fungo.⁴ Durante as exacerbações agudas, podem aparecer infiltrados transitórios, especialmente nos lobos superiores e ao longo dos feixes broncovasculares centrais. Entretanto, a doença se manifesta, principalmente, em pacientes que apresentam asma brônquica do tipo extrínseco ou alérgico, o que não é o caso.

A síndrome de Churg-Strauss é uma enfermidade rara, de etiologia desconhecida, caracterizada por vasculite necrosante, infiltração tecidual eosinofílica e granulomas extravasculares.⁵ Nos pulmões, as alterações radiológicas mais freqüentes variam desde condensações fugazes a infiltrado nodular bilateral ou doença intersticial difusa. Entretanto, diferentemente do caso apresentado, todos os pacientes com a síndrome, com

raras exceções, têm asma e envolvimento sistêmico, incluindo-se pele, coração, trato gastrintestinal e sistema nervoso.

Nas últimas décadas, reações pulmonares induzidas por uso de medicamentos têm sido relatadas, com freqüência crescente. Diversos antibióticos, quimioterápicos e antiinflamatórios têm sido implicados como causas de broncoespasmo, pneumonite e eosinofilia sangüínea.⁵ No caso em questão, entretanto, não havia história de exposição a medicamento ou substância capaz de desencadear pneumonia eosinofílica.

Alguns helmintos (particularmente o *Ascaris lumbricoides* e o *Strongyloides stercoralis*), por suas características evolutivas de passagem através dos pulmões em um dos estágios de seu ciclo reprodutivo, podem causar comprometimento respiratório nos pacientes infectados. As larvas rompem os capilares pulmonares dos alvéolos, provocando hemorragia e infiltração pulmonar. O decurso pode ser agudo e autolimitado ou, repetindo-se o ciclo enteropulmonar, tornar-se crônico. O quadro clínico típico é a síndrome de Löffler, caracterizada por tosse seca, dispnéia, sibilos, desconforto retroesternal e febre baixa. As alterações radiológicas habituais são múltiplas lesões, pouco delimitadas, do tipo alveolocondensante, migratórias ou evanescentes. Mais raramente, nos casos mais graves, podem-se observar pneumonia franca e bronquiectasias. A eosinofilia sangüínea também é um achado freqüente na estrogiloidíase, devido às características biológicas do parasita. Índices de 40% ou mais de eosinófilos são encontrados na contagem relativa, devendo-se salientar, no entanto, que nos casos de hiperinfecção a eosinofilia é discreta, podendo mesmo o número de eosinófilos estar dentro ou abaixo dos limites normais. O encontro de larvas no escarro, ou a presença de grande número de larvas filariformes nas fezes, confirma o diagnóstico.^{6,7,8}

No caso em questão, chama a atenção a dificuldade para se estabelecer o diagnóstico, algumas vezes confundido com pneumonia comunitária ou asma de difícil controle. Dessa forma, os autores enfatizam, diante de um caso de pneumonia de resolução arrastada, a necessidade de se aventar a hipótese de síndrome de Löffler, considerando a grande prevalência das parasitoses, em nosso meio, e a facilidade em se confirmar o diagnóstico.

REFERÊNCIAS

1. Zille AI, Perin C, Geyer GR, Hetzel JL, Rubin AS. Pneumonia eosinofílica crônica. *J Pneumol* 2002; 28(5): 281-4.
2. Allen JN, Davis WB. Eosinophilic lung disease. *Am J Respir Crit Care Med* 1994; 150: 1423-38.
3. Gaensler EA, Carrington CB. Peripheral opacities in chronic eosinophilic pneumonia: the photographic negative of pulmonary edema. *AJR* 1977; 128: 1-13.
4. Lopes AJ, Jansen U, Capone D, Jansen JM. Aspergilose pulmonares. *Pulmão-RJ* 2004; 13(1): 34-44.
5. Pereira LFF. Doenças pulmonares eosinofílicas. In: Cukier A, Nakatani J, Morrone N (eds.) – *Pneumologia: Atualização e Reciclagem*. Vol. 2. Atheneu 1998; 353-66.
6. Siqueira-Batista R, Gomes AP, Faria EC, Santos SS, Igreja RP. Acometimento pulmonar nas moléstias parasitárias. *Pulmão-RJ* 2002; 11(2): 85-94.
7. Lillington GA. *Diagnóstico das doenças pulmonares*. 3ª ed. Interlivros 1989; 446-54.
8. Lopes AJ, Jansen U, Capone D, Noronha AJ, Maeda TY, Jansen JM. Pneumopatias infecciosas. In: Coura JR (ed.) – *Dinâmica das Doenças Infecciosas e Parasitárias*. Vol. 1. Guanabara Koogan 2005; 319-44.