

Qual o seu diagnóstico?

Dor torácica e tumoração cutânea em criança de 9 anos de idade.

Chest pain and cutaneous tumor in 9-year-old child.

Daniel Leme da Cunha¹, Bernardo Tessarollo², Mário Francisco Soares Jr³, Yara de Figueiredo Rocha⁴, Agnaldo José Lopes⁵.

DADOS CLÍNICOS

Criança de 9 anos de idade, feminina, com queixas de dor torácica à esquerda e emagrecimento de 5 kg em dois meses. Ao exame físico, notava-se tumoração cutânea em região anterior do hemitórax esquerdo, de consistência pétreia, dolorosa e medindo cerca de 5 cm de diâmetro, além de linfonodomegalias palpáveis, de consistência fibrosa, localizadas nas regiões cervical e axilar esquerdas. A criança foi internada para investigação, sendo submetida a uma tomografia computadorizada, seguida de biópsia da massa torácica.



Figura 1 – Topograma mostrando opacidade de limites imprecisos, localizada nos terços superior e médio do hemitórax esquerdo.



Figura 2 – Tomografia computadorizada do tórax (janela para osso) demonstra massa pulmonar com invasão da parede torácica.



Figura 3 – Tomografia computadorizada do tórax de alta resolução (janela para pulmão) evidencia massa bem-definida, localizada no pulmão esquerdo.



Figura 4 – Tomografia computadorizada do tórax (janela para mediastino) demonstra massa com densidade de partes moles e captação heterogênea de contraste.

1. Médico residente do Serviço de Radiologia e Diagnóstico por Imagem do Hospital Universitário Pedro Ernesto – Universidade do Estado do Rio de Janeiro; Professor Assistente da Faculdade de Medicina da Universidade Severino Sombra.

2. Médico em treinamento do Serviço de Radiologia e Diagnóstico por Imagem do Hospital Universitário Pedro Ernesto – Universidade do Estado do Rio de Janeiro; Professor Assistente da Faculdade de Medicina da Universidade Severino Sombra.

3. Médico residente do Serviço de Radiologia e Diagnóstico por Imagem do Hospital Universitário Pedro Ernesto – Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

4. Médica residente do Serviço de Radiologia e Diagnóstico por Imagem do Hospital Universitário Pedro Ernesto – Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

5. Médico do Serviço de Pneumologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto – Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Trabalho realizado no Serviço de Radiodiagnóstico do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), e no Serviço de Radiologia do Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São Paulo.

Endereço para correspondência: Dr. Daniel Leme da Cunha. Rua Miguel de Frias, 77, Bloco 2, apto 1403, Icaraí, CEP 24230-008, Niterói, RJ.

Recebido em 01/12/2006 e aceito em 23/12/2006, após revisão.

Resposta do dilema

DIAGNÓSTICO

O exame anatomopatológico revelou processo inflamatório crônico com presença de microabscessos e de estruturas filamentosas, eosinofílicas e dispostas em “grãos”. Conclusão: actinomicose.

COMENTÁRIOS

A actinomicose é uma afecção supurativa e crônica causada por bactéria anaeróbia ou microaerófila, gram-positiva, denominada *Actinomyces israelii*. A doença é largamente distribuída em todo o mundo, mas ocorre, com maior frequência, nas regiões tropicais e subtropicais das Américas e África. Predomina no sexo masculino, especialmente em alcoólatras, e no grupo etário entre 20 e 40 anos, sendo rara na criança e no idoso.^{1,2}

O *Actinomyces* é habitante normal do organismo humano, sobretudo em áreas onde há condições de anaerobiose, como, por exemplo, os sulcos gengivodentários, criptas amigdalíneas, dentes cariados e trato gastrointestinal. Além da má higiene oral, o microtraumatismo também é fator importante na patogênese da enfermidade, sendo geralmente secundário ao hábito de mascar gravetos ou às lesões decorrentes de manipulação dentária. Nos tecidos, os germes se conglomeram e formam massas de filamentos radiados – os grânulos de enxofre – que, em material histológico, dão o clássico aspecto de “ray fungus”.^{1,2}

Há três formas clássicas de apresentação clínica da actinomicose – cérvico-facial, abdominal e torácica – que respondem por 50%, 25% e 15% dos casos, respectivamente.³ Outras formas de apresentação são a multifocal, a cutânea, a cerebral e a pericárdica.^{4,5}

A forma torácica é causada pela via usual de infecção que é a aspiração do conteúdo oral. Raramente há propagação direta de doença cérvico-facial, do esôfago ou subdiafragmática.⁶ Doenças de base no pulmão, como atelectasia ou outras infecções, são fatores predisponentes. Clinicamente há dor torácica, tosse persistente, hemoptise, perda de peso e febre baixa.

Na forma torácica, os achados nas radiografias convencionais são inespecíficos. Mais frequentes são as condensações e as massas que, em geral, estão localizadas nos lobos inferiores e periféricamente, possivelmente refletindo o papel da broncoaspiração na patogênese da doença. Estas lesões são geralmente

unilaterais e, algumas vezes, apresentam escavação de permeio. Embora as lesões pulmonares sejam geralmente circunscritas, há uma tendência a progredir sem respeitar limites anatômicos de lobos; as razões que justificam este achado são incertas, mas podem estar relacionadas à atividade proteolítica da bactéria.⁵

Atualmente a tomografia computadorizada (TC) tem se mostrado como ferramenta importante no diagnóstico da actinomicose. O achado mais comum é o de consolidação segmentar com áreas de baixa atenuação de permeio; estas áreas, ao exame histopatológico, representam microabscessos ou ectasias brônquicas com material necrótico. Formações cavitárias podem ser observadas em até 40% dos exames de TC. Além da lesão pulmonar, outro achado muito frequente é o espessamento pleural adjacente, notado em mais de 70% dos casos.⁴

Na primeira metade do século passado, uma das particularidades da actinomicose era o fato de ser uma das poucas doenças que se propagavam pelos três planos – pulmão, pleura e parede. Assim, eram frequentes os achados de empiema, invasão do mediastino e reação periosteal ou lesões osteolíticas em costelas e vértebras. Nas últimas décadas, à exceção do acometimento mediastinal, essas anormalidades foram raramente descritas. Kwong e colaboradores, em 1992, avaliando oito pacientes com a enfermidade, detectaram linfonodomegalias mediastinais e acometimento ósseo em 75% e 12% dos casos, respectivamente.⁷ Cheon e colaboradores, em 1998, estudando 22 casos de actinomicose, notaram a presença de linfonodomegalias mediastinais em 45% dos pacientes; entretanto, nenhum doente apresentou invasão de parede torácica ou destruição de costelas à TC.⁴ É possível que o uso precoce de antibióticos de amplo espectro em casos conhecidos ou, até mesmo, em casos ainda não diagnosticados como sendo de actinomicose, possa estar modificando substancialmente o padrão clínico e radiológico da doença, especialmente se considerarmos que *A. israelii* é altamente sensível a uma ampla variedade de antibióticos.

Apesar dos achados comuns da TC na actinomicose torácica, o diagnóstico diferencial das lesões pulmonares deverá incluir, obrigatoriamente, a tuberculose, as infecções fúngicas e o câncer de pulmão.

REFERÊNCIAS

1. Rigopoulos D, Mavridou M, Nicolaidou E, Antoniou C, Stratigos A, Katsambas A. Mycetoma due to actinomycetes: a rare entity in Europe. *Intern J Dermatol* 2000;39:557-8.
2. McGinnis MR. Mycetoma. *Dermatol Clin* 1996;14:97-104.
3. Zitsch RP. Actinomycosis: a potential complication of head and neck surgery. *Am J Obstet Gynecol* 1999;180:265-70.
4. Cheon JE, Im JG, Kim MY, Lee JS, Choi GM, Yeon KM. Thoracic actinomycosis: CT findings. *Radiology* 1998;209:229-33.
5. Schwartz J, Baum GL. Pulmonary actinomycosis. *Semin Roentgenol* 1977;5:58-63.
6. Jansen JM, Maeda TY, Noronha Filho AJ, Lopes AJ, Capone D, Siqueira HR, et al. Prática pneumológica: 101 casos selecionados do dia-a-dia. São Paulo – Rio de Janeiro – Belo Horizonte: Atheneu; 1998. 608 p.
7. Kwong JS, Müller NL, Godwin JD, Aberle D, Grymaloski MR. Thoracic actinomycosis: CT findings in eight patients. *Radiology* 1992;183:189-92.

Ponto de vista do paciente

Asma – A voz do paciente.

Asthma - Patient's voice.

Karla Mendonça Rodrigues¹, Airam Neiva Nascimento Vieira¹, Fátima Emerson², Mariana Epaminondas Emerson², Neide Freire Pereira².

Certa vez, perguntaram a Tom Jobim porque ele havia escolhido a música. E ele respondeu: “foi por causa da asma, que me fazia ficar muito tempo em casa”. Esta é uma colocação interessante, evidenciando duas faces de uma mesma moeda, ou seja, de como a doença o limitou, mas terminou por resultar em algo positivo em sua vida. Infelizmente, o desfecho nem sempre é assim, tão positivo.

A asma é uma doença inflamatória crônica, acompanhada de episódios recorrentes de sintomas respiratórios. Sendo assim, o primeiro passo é compreender que ter um diagnóstico de doença crônica implica numa doença prolongada, que em vez de curada, deve ser gerida (Blanchard, 1982). A asma, como outras doenças crônicas, necessita do implemento de ações visando diminuir ou anular o impacto sobre seu portador. O melhor caminho para isso é, sem dúvida, a promoção da saúde, por meio da capacitação do paciente no controle de sua doença.

De acordo com a OMS, cerca de 100 a 150 milhões de pessoas sofrem de asma em todo o mundo. No Brasil, calcula-se que aproximadamente 10% da população sejam portadores da doença. Nos Estados Unidos, a avaliação de 62.171 crianças, com idade inferior a 18 anos, verificou que as portadoras de asma tinham duas vezes mais incapacidade que as com outras doenças crônicas. Além disso, foram comparados dados anteriores de 1969 e verificou-se que a incapacidade pela asma havia aumentado 232%, enquanto que nas outras doenças crônicas este dado ficou em 113%. Estudo comparando crianças com e sem asma mostrou que aquelas com asma têm: 3,1 vezes mais prescrições médicas; 1,9 vezes mais consultas médicas; 2,2 vezes mais idas às urgências e 3,5 vezes mais hospitalizações (JM Nogueira, 2004).

Paradoxalmente, a despeito dos altos índices de prevalência, custos e da morbidade, asmáticos sofrem discriminação no que diz respeito à distribuição de medicamentos na rede pública. Casos de asma leve se

agravam e portadores de asma grave não conseguem controlar sua doença, por falta de condições financeiras e de acesso aos medicamentos de alto custo.

Do ponto de vista do paciente, o tratamento da asma é de difícil compreensão e execução. Os medicamentos constituem alvos de preconceitos (corticofobia, bombinhas, etc.) e têm técnica de uso complexa. As co-morbidades provocam conseqüências desagradáveis e tendem a agravar o curso da asma. O tratamento implica em mudança de hábitos e de estilo de vida, nem sempre fáceis de se colocar em prática. A conseqüência é a não adesão, seja recusando a medicação, seja abusando do uso de medicações aliviadoras ou rejeitando os corticóides inalados, por medo de possíveis efeitos adversos, bem como não aderindo às mudanças ambientais recomendadas.

O misticismo que rodeia a doença contribui para estas dificuldades, na medida em que os doentes podem ser estigmatizados, o tratamento inalado rejeitado, inclusive por pessoas formadoras de opinião, transformando a interação social do paciente em mais uma fonte de stress.

Um grande entrave ao tratamento é a dificuldade no reconhecimento da gravidade da doença e a necessidade de manter tratamento contínuo nos períodos assintomáticos. O ideal é que a educação se inicie mesmo nas formas leves da doença, para evitar que se agrave, mas que seja dirigida a todos os pacientes e familiares para, assim, funcionar em sua plenitude na promoção da saúde.

Por tudo isso, a implementação de programas de educação dos pacientes é fundamental, devendo

1. Autoras dos depoimentos

2. Médicas voluntárias da Associação Brasileira de Asmáticos.

Endereço para correspondência: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ASMÁTICOS (ABRA): CNPJ n° 008.220.085/0001-93, fundada em 14 de novembro de 1992, é uma entidade sem fins lucrativos, localizada em sala gentilmente cedida pela Policlínica Geral do Rio de Janeiro à Avenida Nilo Peçanha 38, Sobrelaja, Centro, Rio de Janeiro, RJ, CEP 20020-100, com telefone n°: (21) 2210-2810.

Recebido em 21/11/2006 e aceito em 13/12/2006, após revisão.

englobar o conhecimento correto da doença, o reconhecimento dos sintomas, as atitudes a tomar em cada situação e a auto-gestão da medicação. Este processo pode ser obtido através da monitoração com uso de medidores de PFE (Pico de Fluxo Expiratório), bem como por meio do gerenciamento clínico baseado nos sintomas do paciente.

Ouçamos, então, a voz de duas jovens portadoras de asma em seus depoimentos:

1º DEPOIMENTO

“Não tive asma na infância ou na adolescência, embora tenha irmãos com este problema. Aos 26 anos, engravidei pela primeira vez e comecei a ter crises de tosse à noite, chiado e falta de ar, que me obrigavam a ficar sentada, sem dormir a noite toda. Pela manhã, tudo melhorava e, durante o dia, não sentia nada.

Nessa época, não tinha noção do que eu tinha: eu me queixava com a obstetra que dizia que não era nada e me receitava nebulizações com soro fisiológico. Como de nada adiantou, procurei um médico especialista que me disse o que eu não queria ouvir: eu tinha asma brônquica. Ele não me explicou muito sobre a doença, mas fui medicada e melhorei. Passei o resto da gravidez me sentindo bem, mantive o remédio, e até me esquecia que tinha asma.

Minha filha nasceu bem e agradei a Deus por ela não ter asma. Equivocadamente, interrompi o tratamento com o corticóide inalatório, temendo prejudicá-la na amamentação. Hoje tenho consciência de que não posso interromper o tratamento, mesmo estando sem sintomas.

A boa fase não durou dois meses: voltei a ter chiados, falta de ar, me obrigando a voltar a procurar o médico. Ele me recomendou a mesma medicação, mas, com o tempo, não controlava mais a minha asma. Procurei então outro médico, tentando encontrar outra forma de tratamento, ou um remédio “milagroso” que resolvesse meu problema. Foi aí que recebi as primeiras orientações sobre a asma: saí da crise. Mesmo assim, eu pensava que o que realmente me “curava” eram as nebulizações com broncodilatador, pois sentia alívio. Mas, com o passar do tempo, fui ficando muito triste: as crises não iam embora, eu estava dependente das nebulizações, vivia em pronto-socorros e procurava o médico várias vezes ao mês. Eu também me automedicava e repetia receitas com cortisona, fazia nebulizações que me davam alívio. Tentei a homeopatia, mas, como não melhorei, desisti.

Procurei então outro médico e foi aí que comecei a aprender realmente sobre minha doença: passei a frequentar as reuniões da associação de asmáticos, onde recebi orientações sobre a asma e aprendi a diferenciar remédios de alívio dos outros preventivos. A ABRA me ajudou muito, pois ali conheci outras pessoas, ouvi muitas histórias e experiências delas. Mas também foi quando percebi que minha asma não era comum e nem fácil de resolver, como a maioria que eu ouvia. Com o tempo soube que minha asma era grave e que eu fazia parte de uma

A Associação Brasileira de Asmáticos foi criada em 1992 e hoje possui cerca de 30 filiais no Brasil, para que a educação sobre a asma prevaleça sobre os preconceitos e para que pacientes e médicos possam caminhar em harmonia, na busca da educação para a saúde. Não por acaso, o lema da ABRA é “Educar para vencer a asma”.

minoria que possui uma asma assim como a minha. Chorei muito e me senti infeliz por isso, pois me via nova e sem saúde – eu que nunca tinha ficado doente antes disso!

Iniciei um tratamento, mas só melhorava com os corticóides orais – usava quase todos os dias. Quando parava, não demorava para a crise voltar novamente e começar a usar tudo de novo. Isso me deixava angustiada, pois não conseguia cuidar de minha casa, de minha filha, do meu marido – quase nem conseguia viver! Eu chorava muito! Fui perdendo a esperança de melhorar e comecei a ter efeitos colaterais da medicação. Iniciei também sessões de fisioterapia respiratória, que me ajudavam muito, mas não resolviam meu problema.

Aos 29 anos de idade, engravidei novamente, quando fui encaminhada para outro médico, mais experiente com gestantes asmáticas. Eu continuava o tratamento, mas agora com mais cuidado devido à gravidez. Tive uma gestação atribulada, as crises se repetiam e foram se agravando com o passar do tempo. Quanto estava com 36 semanas, recebi a notícia de que meu bebê estava morto. Aí vivi os piores momentos de minha vida: sofri a cirurgia para retirada do bebê e continuei o tratamento, mas nada me ajudava: mesmo fazendo o corticóide em dose alta, vivia em crise e precisava ser internada. Naqueles dias tive a certeza de que iria morrer por causa da asma e imaginava que Deus levaria meu filho para poupá-lo de perder sua mãe, ainda recém-nascido. Alimentava sentimentos mórbidos e tinha uma tristeza sem fim, o que piorava meu estado asmático.

Foi muito importante para mim o apoio que recebi da minha família, do meu esposo, da minha médica que me acompanhou bem de perto nessa fase. Fiz muitos exames, fui avaliada por outros especialistas: otorrinolaringologista, pneumologista, endocrinologista, etc. para avaliar o que agravava minha asma. Nenhum problema, nenhuma causa aparente. Tratei uma sinusite que poderia estar atrapalhando minha melhora. Nada adiantava. Eu fazia todo tipo de remédio e nada resolvia.

Fui informada pela minha médica que havia surgido um novo tipo de medicação que já era usada nos Estados Unidos com sucesso, mas que era muito cara. Confesso que fiquei feliz por ter uma nova esperança, contudo sem muito otimismo, pois continuava pensando que tudo que fizesse ou usasse não adiantaria muito, pois afinal já tinha usado todos os remédios e sem sucesso. Como era um remédio caro e como eu não tinha recursos, fui orientada para conseguir a medicação através da Defensoria

Pública e da Secretaria Estadual de Saúde, quando consegui uma resposta positiva.

Hoje estou na 5ª dose e melhorei muito: não uso mais corticóides orais, nunca mais tive crises fortes e não fui mais a um Pronto Socorro. Sinto muita esperança, pois estou saindo desta fase ruim: finalmente posso cuidar de minha filha, de minha casa e do meu marido. Sei que a asma não tem cura, mas que posso ficar controlada. Continuo meu tratamento, vou às reuniões da ABRA, mas agora sinto que estou feliz. Posso dizer que sempre há esperança enquanto se vive, mesmo que tudo pareça perdido e quando se esgotam todos os recursos e possibilidades.”

“2º DEPOIMENTO

“Eu tenho 46 anos e desde dois anos de idade sofro de asma. Lembro de tempos difíceis em que eu não entendia nada: vinham as crises e eu ficava desesperada, minha família também. Passava a crise, eu esquecia e sempre achava que estava curada, que tinha sido a última. Minha mãe fez simpatias e remédios, tomei de tudo: garrafadas, pós, etc., que ninguém procurava saber a procedência. É verdade que nessa época (hoje eu vejo) os médicos não tinham muitos recursos, a não ser tratar crises.

Quando cheguei na adolescência, conheci as emergências e começaram as internações. Meus pais não sabiam nada sobre a asma, mas tentavam me ajudar. Na verdade, esperavam por um remédio milagroso que me curasse. Nem sei quantas vezes me internei: às vezes acho que me acostumava à rotina do hospital e até me dava uma sensação de segurança, pois sabia que os médicos me ajudavam. Fazia nebulizações ou usava um broncodilatador em spray e não conseguia dar um passo sem ele.

Uma vez eu estava na sala de espera do hospital e ouvi uma pessoa contando que sua amiga havia morrido por causa da bombinha. Eu tentava não prestar atenção, mas não conseguia: ela contava em detalhes que sua amiga havia passado mal a noite toda, só usando a bombinha e quando de manhã chamaram a ambulância, encontraram a moça morta. E eu nunca esqueci do detalhe que ela insistia em repetir: havia quatro bombinhas vazias ao seu lado. Eu fiquei apavorada: queria deixar de usar o remédio, mas não sabia como, o que me deixava mais angustiada.

No final, meu organismo rejeitava a aminofilina e passei a ser dependente da cortisona. Em 1998, comecei

a me tratar com especialista, a que até então não tinha acesso. Nessa época, comecei a freqüentar as reuniões da ABRA e aprendi que eu tinha como prevenir, como cuidar de minha casa, como saber que a crise estava iniciando e tratar logo, para evitar as internações. Devagarzinho, comecei a melhorar: ainda usei o corticóide por mais alguns meses, mas consegui parar.

Hoje quando vou às reuniões da ABRA e vejo pais se informando, perguntando para os médicos, fico feliz, pois sei o quanto eu e meus pais sofremos por falta de informação. Há pouco tempo, tive contato com outras pessoas portadoras de asma grave e conversando com elas vi que na verdade elas se preocupavam com as crises, mas não com o tratamento da sua asma. Como meus pais, elas esperavam por um remédio milagroso.

Hoje sei que não existe mágica e que tratar não é só usar remédios, mas que depois de sofrer muito aprendi os cuidados com a minha casa, com a minha alimentação, conheço meus remédios e vou sempre ao médico, mesmo que esteja bem. Tenho hoje uma vida tranqüila, estou bem, não fui mais ao Pronto Socorro e nunca mais fiquei internada. Graças a Deus, há anos não sei o que é isso. Sei que minha asma é grave e que não posso deixar de tratar, mas aprendi também que mais grave ainda é a asma mal tratada.”

Pacientes tendem a buscar um tratamento definitivo que cure a doença e afaste seu sofrimento. Médicos enxergam a doença sob um ponto de vista científico, munidos de sua capacitação profissional, para utilizar os recursos farmacológicos disponíveis a favor da recuperação do doente. A ABRA tem o objetivo de conciliar estas posturas através da educação, conquistando todos os lados:

- O médico, peça chave como cuidador e educador;
- A equipe multidisciplinar: enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos, entre outros, como multiplicadores de todo o processo educativo;
- A família e os cuidadores dos asmáticos;
- A sociedade como um todo, mas em especial professores, empregadores e legisladores;
- O paciente, como elemento central para que, através da educação se conquiste a aderência ao tratamento, parte fundamental para se atingir o controle da asma e uma melhor qualidade de vida.