

**Relato de Caso**

## **Hemorragia pulmonar por leptospirose de instalação rápida.**

Pulmonary hemorrhage for leptospirose of rapid instalment.

*Luiz Guilherme Ferreira da Silva Costa<sup>1</sup>, Tânia Lopes Brum<sup>2</sup>, Maria da Glória C. R. M. de Barros<sup>3</sup>,  
Carolina Mendes da Silva<sup>4</sup>, Elizângela de Abreu Brito<sup>4</sup>.*

### **RESUMO**

A leptospirose é uma doença infecto-contagiosa, caracterizada por comprometer diversos órgãos, sendo frequente o acometimento pulmonar, com incidência de 20 a 70% dos casos. Pode se manifestar como pneumonia intersticial ou até mesmo como hemorragia pulmonar difusa. Esta se traduz por dispnéia progressiva, hipoxemia, hemoptise e infiltrados pulmonares. As formas graves estão se tornando cada vez mais comuns, apresentando rápida evolução para hemoptise maciça, seguida de insuficiência respiratória e morte por asfixia. Relatamos o caso de uma paciente com leptospirose, que evoluiu rapidamente com hemorragia pulmonar e insuficiência respiratória, necessitando de tratamento em unidade de terapia intensiva.

**Descritores:** leptospirose, formas graves, hemorragia alveolar.

### **ABSTRACT**

Leptospirosis is infectious and contagious disease characterized by compromise many organs, the pulmonary involvement is common, affecting about 20-70%. This can occur from interstitial pneumonia to diffuse pulmonary hemorrhage. This is reflected by progressive dyspnea, hypoxemia, hemoptysis and pulmonary infiltrates. Severe forms are becoming increasingly common, with fast progression to massive hemoptysis, followed by respiratory failure and death by asphyxia. This case report of leptospirosis that developed quickly with pulmonary hemorrhage and respiratory failure, requiring treatment in intensive care unit.

**Keywords:** leptospirosis, severe forms, alveolar hemorrhagic.

### **INTRODUÇÃO**

A leptospirose é uma doença infecto-contagiosa, de início agudo, causada por espiroquetas do gênero *Leptospira interrogans*, de distribuição variada pelo mundo, acometendo animais domésticos e silvestres.<sup>1</sup> O homem adquire esta moléstia ao entrar em contato com águas pluviais contaminadas pela urina do rato.<sup>2</sup> No homem, a doença pode comprometer diversos órgãos, sendo que 20% a 70% dos pacientes apresentam acometimento pulmonar.<sup>3</sup>

No Brasil, alguns trabalhos foram publicados descrevendo o comprometimento pulmonar na leptospirose, que pode se manifestar como uma simples pneumonia intersticial ou, em casos extremos, como hemorragia pulmonar difusa. Clinicamente, traduz-se por dispnéia progressiva, hipoxemia, hemoptises e infiltrados pulmonares na radiografia de tórax, o que configura o quadro de hemorragia alveolar. Na leptospirose, a hemorragia alveolar aparece precocemente, em geral na primeira semana de doença, às vezes de forma oculta, e evolui

1. Especialista em Pneumologia e Tisiologia.

2. Especialista em Clínica Médica e Geriatria.

3. Residente em Clínica Médica do São José do Avaí (HSJA), Itaperuna, RJ.

4. Acadêmica de Medicina da Universidade Iguazu (UNIG), Campus V, Itaperuna, RJ.

Trabalho realizado no Centro de Terapia Intensiva do Hospital São José do Avaí (HSJA), Itaperuna, RJ. Não há conflito de interesse.

**Endereço para correspondência:** Luiz Guilherme Ferreira da Silva Costa. Rua Satiro Garibaldi, 358, Centro, CEP 28300-000, Itaperuna, RJ, Brasil.  
Tel.: 22-81265281. E-mail: guigario@hotmail.com.

Recebido em 02/05/2009 e aceito em 21/06/2009, após revisão.

comumente para cura em poucos dias. Porém, formas graves vêm ocorrendo com maior frequência, caracterizando-se pela rápida evolução para hemoptise maciça, seguida de insuficiência respiratória e morte por asfixia.

O objetivo deste trabalho é relatar e discutir o caso de um paciente que apresentou hemorragia pulmonar de instalação rápida, como complicação da infecção por *Leptospira*, sendo acompanhado no centro de terapia intensiva do Hospital São José do Avaí, Itaperuna, RJ.

## RELATO DE CASO

Paciente masculino, 46 anos, branco, solteiro, natural de Itaperuna (RJ), deu entrada no Pronto Socorro do Hospital São José do Avaí com queixa de febre (39°C), cefaléia frontal, mialgia, náusea e dor abdominal difusa, de início há 48 horas. Apresentava escoriações em pé direito e relatava contato com água de enchente, sete dias antes do início dos sintomas. De relevante, na história patológica pregressa, havia relato de intoxicação por carbamato, há quatro meses. História de tabagismo (carga tabágica de 30 maços-ano) e etilismo crônico. Ao exame físico da admissão, apresentava-se em bom estado geral, lúcido e orientado, desidratado (+2/+4), com hiperemia conjuntival, eupnéico, acianótico, anictérico e afebril. PA = 130x80mmHg, FC = 100 bpm. Exames cardiovascular, pulmonar e abdominal sem alterações. Membros inferiores com pulsos presentes, panturrilhas livres e escoriações em pé direito. Foram solicitados: radiografia de tórax (Figura 1), exames laboratoriais e pesquisa de leptospira em campo escuro. De significativo ao exame laboratorial, foi encontrado: leucócitos = 15.900/mm<sup>3</sup> (bastões = 9%, segmentados = 70%, linfócitos = 17%); hematócrito = 31%; hemoglobina = 11,1g%; plaquetas = 79.000/mm<sup>3</sup>; uréia = 31,8 mg/dL; creatinina = 1,3 mg/dL; sódio = 135 mEq/L; potássio = 3,2 mEq/L; bilirrubina total = 1,3 mg/dL (direta = 0,6 e indireta = 0,7); pesquisa de *Leptospira* negativa. Foi iniciada penicilina cristalina na dose de 3 milhões, IV, de 4/4 horas, hidratação venosa e sintomáticos. Após 24 horas, evoluiu com hemoptóicos e insuficiência respiratória aguda, sendo, então, transferido para o centro de terapia intensiva (Figura 2). Foi submetido a ventilação não invasiva; porém, devido à não resposta ao tratamento, foi intubado e acoplado a prótese ventilatória. Foram colhidas hemoculturas e mantida penicilina cristalina, devido à forte suspeita diagnóstica de leptospirose. Evoluiu com estabilidade hemodinâmica, com funções excretoras preservadas, melhora dos parâmetros ventilatórios, sendo extubado após quatro dias. Nas amostras de hemocultura, não houve crescimento algum, assim como na cultura do aspirado traqueal. A sorologia por microaglutinação para leptospirose foi positiva. Após 11 dias da admissão, foi admitida alta hospitalar por melhora dos sintomas e do quadro radiológico (Figura 3).

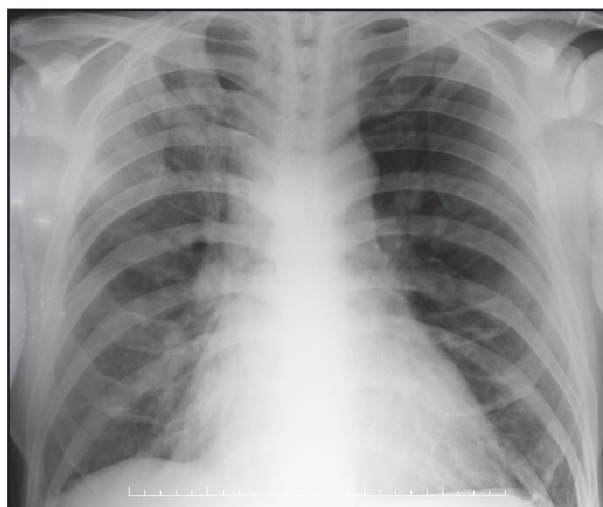


Figura 1 - Radiografia de tórax (PA) inicial sem alterações.



Figura 2 - Radiografia de tórax (PA) 24 horas após a internação evidenciando infiltrados alveolares em ambas as bases.



Figura 3 - Radiografia de tórax (PA) 11 dias após, mostrando resolução radiológica.

## DISCUSSÃO

O acometimento pulmonar não é uma complicação incomum da leptospirose, com incidência de 20 a 70% dos casos; portanto, é de extrema relevância a

avaliação pulmonar criteriosa desses pacientes. O envolvimento pulmonar é caracterizado por pneumonite hemorrágica, com lesão primária no nível das células endoteliais pulmonares.<sup>6</sup> Os sintomas pulmonares mais frequentes são tosse, hemoptise e dor torácica.<sup>7,8</sup> Hemoptise foi observada em 3% a 25% dos casos da maioria dos estudos, embora exista relato de 50%.<sup>9</sup> Importante ressaltar é que a ausência de hemoptise não é indicativa de menor extensão das lesões pulmonares.<sup>9</sup> As anormalidades radiológicas torácicas ocorrem, frequentemente, de três a nove dias após o início da doença. Em todos os pacientes, as alterações foram bilaterais, sem distribuição lobar e, em cerca de 50%, estavam

envolvidas, principalmente, as regiões periféricas dos pulmões.<sup>7,8</sup> O tratamento da hemorragia alveolar deve ser iniciado o mais precocemente possível, com oxigenoterapia e ventilação com pressão positiva ao final da expiração, visando evitar a síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) e hemoptises maciças.<sup>10-14</sup>

Portanto, é necessário atentar ao exame do aparelho respiratório, acompanhado de exame radiológico de tórax seriado e gasometria arterial. Isto é importante, tendo em vista a rápida realização do diagnóstico e a imediata conduta terapêutica diante de complicação pulmonar, fator este decisivo para o prognóstico do paciente.

## REFERÊNCIAS

1. Levett PN. Leptospirosis. *Clin Microbiol Rev* 2001;14:296-326.
2. Feigin RD, Anderson DE. Human leptospirosis. *Crit Rev Clin Lab Sci* 1975;5:413-67.
3. Carvalho JEM. Comprometimento pulmonar na leptospirose. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense; 1989.
4. Gonçalves AJR, Carvalho JEM, Silva LBG, et al. Hemoptises e síndrome da angústia respiratória aguda como causa de morte na leptospirose. Mudança dos padrões clínicos e anátomo-patológicos. *Rev Soc Bras Med Trop* 1992;25:261-70.
5. Du Couëdic L, Courtin JP, Poubeau P, Tanguy B, Di Francia M, Arvin-Berod C. Hemorragies intra-alveolaires patentes et occultes au cours des leptospiroses. *Rev Mal Respir* 1998;15:61-7.
6. Huttner MD, Pereira HCP, Tanaka RM, Pneumonia por leptospirose. *J Pneumol* 2002;28:229-32.
7. Teglia OF, Battagliotti C, Villavicencio RL, Cunha BA. Leptospiral pneumonia. *Chest* 1995;108 :874-5.
8. O Neil KM, Rickman LS, Lazarus AA. Pulmonary manifestations of leptospirosis. *Rev Infect Dis* 1991;13:705-9.
9. Carvalho JEM, Marchiori ES, Silva JBG, Souza Netto BA, Tavares W. Comprometimento pulmonar na leptospirose. *Rev Soc Bras Med Trop* 1992;25:21-30.
10. Carvalho JEM, Moraes IN, Ferreira AS. Estudo do lavado broncoalveolar em pacientes com comprometimento pulmonar na leptospirose. *J Bras Pneumol* 2004;30(2) :134-9.
11. Costa E, Costa YA, Lopes AA. Formas graves de leptospirose : aspectos clínicos, demográficos e ambientais. *Rev Soc Bras Med Trop* 2001 ;34(3):261-7.
12. Marchiori E, Borges IT, Carvalho JEM, et al. Leptospirose forma pulmonar hemorrágica – tomografia computadorizada de alta resolução. *Rev Imagem* 2002;24:83-7.
13. Bethlen EP, Carvalho CRR. Pulmonary leptospirosis. *Curr Opin Pulm Med* 2000;6:436-41.
14. Garcia MAM, Damia AD, Villanueva RM, et al. Pulmonary involvement in leptospirosis. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2000;19:471-4.