

Relatos Casos Clínicos

PO - (UM17-1419) - A PNEUMONIA QUE NÃO RESOLVE- PNEUMONIA ORGANIZATIVA RECIDIVANTE

Cátia De Quina Pires¹; Joana Baptista¹; Sofia Madanelo¹

1 - USF Santa Joana

TÍTULO- A PNEUMONIA QUE NÃO RESOLVE- PNEUMONIA ORGANIZATIVA RECIDIVANTE

Enquadramento: A pneumonia Organizativa (PO) é uma doença intersticial e o diagnóstico fundamenta-se na observação de um quadro histopatológico sugestivo, com distribuição focal e temporalmente uniforme, há fibrose intraluminal nos espaços aéreos distais, a par da inflamação intersticial crónica. A arquitetura do pulmão encontra-se preservada. Pode ter causa conhecida ou sobrevir sem causa identificável. Pode ser secundária a infeções pulmonares, a doenças do tecido conjuntivo, imunológicas, ou secundária a hipersensibilidade medicamentosa. O tratamento centra-se na corticoterapia prolongada. A associação com imunossuppressores justifica-se se recidiva/iatrogenia dos corticóides.

Descrição do caso: Homem de 77 anos, com antecedentes pessoais de Hipertensão arterial, Cardiopatia isquémica, Insuficiência cardíaca, Dislipidémia, Diabetes Mellitus tipo 2, Hiperuricémia, ex-fumador e inserido numa família alargada. Medicação habitual com alopurinol, dabigatran, furosemida, rosuvastatina e januvia. A 12 de Novembro de 2014 recorreu a uma consulta aberta por tosse e dispneia com um mês de evolução sendo medicado em contexto de pneumonia à esquerda, com necessidade de ajustes na antibioterapia. Em reavaliações posteriores apresentava tosse residual por vezes com pieira, apesar de melhoria imagiológica e auscultatória. A 11 de fevereiro de 2016 inicia novo quadro de dispneia, tosse seca, e astenia com 2 semanas de evolução. Ao exame objetivo, apirético, Sat. O₂ 86%, FC 60 bpm e com diminuição do murmúrio vesicular bilateralmente. Realizada nebulização com salbutamol sem grande melhoria clínica. No dia seguinte, o utente traz Rx do tórax revelando pneumonia pan-lobar à direita, sendo enviado ao serviço de urgência, tendo ficado internado 21 dias. Realizou exame direto da expetoração para BK, aspirado brônquico com pesquisa de BK e cultura de micobacterias negativos. A TAC do tórax revelou “extensas consolidações alveolares dispersas sobretudo à direita, inespecíficas a sugerir pneumonia”. Fez azitromicina e amoxicilina+ácido clavulânico (5 dias) e piperacilina/tazobactam (14dias) com evolução favorável. Posteriormente teve mais 3 recidivas (sob corticoterapia) com necessidade de internamento, tendo a última TAC confirmado recidiva do padrão multiconsolidativo de tipo nodular com halo em vidro despolido. Realizou ainda novo estudo microbiológico em amostras de expetoração novamente negativos; serologias, estudo imunológico e de auto-imunidade também negativos. Efectou biópsia transtorácica guiada por TAC que revelou suspeita de pneumonia organizativa, em parte com “*Acute Fibrinous Organizing Pneumonia*”, sem aspetos de infeção fúngica ou neoplasia. Teve alta com lepicortinolo 30 mg id e suspendeu estatina por possível papel etiológico para PO. Tem consulta de reavaliação de pneumologia a 30 de Janeiro de 2017.

Discussão: Frequentemente em termos clínicos, a PO é designada como a pneumonia que não resolve, e o caso supracitado foi exemplo disso. A manutenção da tosse, pieira e cansaço reportaram o pensamento clínico noutra sentida, e o Médico de Família foi crucial na orientação e estudo destas recidivas de infiltrados imagiológicos, após tentativas de medicação sintomática e com recurso a antibioterapia com sucesso temporário. As consultas de acompanhamento hospitalares têm permitido chegar a um enquadramento etiológico, e o Médico de família é fundamental no seguimento deste utente, estando atento a eventuais recidivas futuras.