

PNEUMONIA LIPÍDICA EM UM LACTENTE

LIPID PNEUMONIA IN AN INFANT

Eugênio Fernandes Magalhães¹, Anna Luiza Pires Vieira¹,
Claudinei Leôncio Beraldo², Bruna Suelen Raymundo Luz³

RESUMO

Revista HCPA. 2012;32(3):354-357

¹Serviço de Pediatria, Hospital das Clínicas Samuel Libânio (HCSL), Universidade do Vale do Sapucaí (UNIVÁS).

²Serviço de Pneumologia, HCSL, UNIVÁS.

³Faculdade de Medicina, UNIVÁS.

Contato:

Eugênio Fernandes Magalhães
pneumoped@ig.com.br
Pouso Alegre, MG, Brasil

Lactente de seis meses apresentava pneumonia refratária a diferentes antimicrobianos previamente utilizados. Houve melhora clínica, mas havia persistência de lesão pulmonar no radiograma de tórax. Obteve-se a informação do uso prévio de óleo mineral devido à constipação eventual. Realizou-se broncoscopia, lavado bronquíolo-alveolar e exame anatomopatológico definindo o diagnóstico como Pneumonia Lipídica. A pneumonia lipídica deverá sempre ser considerada no diagnóstico diferencial de pneumonia de evolução prolongada sem resposta ao tratamento com antimicrobianos para germes comuns e naqueles casos suspeitos de tuberculose. É importante que os pais sejam orientados sobre o uso de óleo mineral em lactentes e crianças previamente constipadas, devido ao risco de aspiração e posterior pneumonia.

Palavras-chave: pneumonia; pneumomia lipídica; lactente

ABSTRACT

A six-month old infant had pneumonia and a resistance to previously-used antimicrobials. There was clinical improvement, but a radiogram discovered a persistent pulmonary lesion in the chest. We discovered a previous use of mineral oil to combat a bout of suspected constipation. This revelation led us to performing a bronchoscopy, a bronchoalveolar lavage-alveolar procedure, and other pathological examinations, all of which led us to conclude that the condition was a form of lipid pneumonia. Thus, lipid pneumonia should always be considered in the differential diagnosis of prolonged evolving pneumonia when not responding to treatment with antimicrobials for common germs. It should also be considered in those cases of suspected tuberculosis. Because of the risk of aspiration and subsequent pneumonia, it is important that parents with infants and children be instructed on the use of mineral oil when addressing constipation in their offspring.

Keywords: pneumonia; pneumonia lipid; infant

A pneumonia lipídica (PL) trata-se de uma inflamação intersticial crônica proliferativa do parênquima pulmonar (1), resultante da aspiração e/ou inalação de material lipídico para a árvore traqueobrônquica (2), sendo que na criança a forma mais comum é a exógena, por aspiração de óleo mineral, usado no tratamento de constipação intestinal (3). Relata-se o caso de um lactente com pneumonia lipídica exógena secundária ao uso

de óleo de mineral por constipação intestinal.

RELATO DE CASO

A.L.A, 6 meses, feminino, natural e procedente de Alfenas – MG. Lactente apresentou quadro de febre associado à tosse produtiva e coriza hialina, além de anorexia e irritabilidade. Procurou o pediatra, sendo diagnosticada otite e medicada com Cefaclor e Paracetamol.

Houve melhora clínica, entretanto, reiniciou com febre além de desconforto respiratório, gemência e prostração importante. Ao exame físico apresentava-se hipocorada, desidratada, taquidispneica (FR 49), febril (38,4º). Propedêutica pulmonar com crepitações em terço médio de hemitórax direito. Demais aparelhos normais. Realizada radiografia de tórax (figura 1), recebendo o diagnóstico de pneumonia e sendo medicada com Ceftriaxone e Oxacilina. Leucograma demonstrava discreta leucocitose (12.900 leucócitos) e hemocultura se mostrou negativa. Paciente ainda mantinha quadro febril com tosse produtiva e dispneia após cinco dias do início do esquema antimicrobiano. Realizou-se nova radiografia de tórax com persistência da imagem anterior. Optou-se por um novo esquema terapêutico com Vancomicina. Realizada tomografia de tórax (figura 2) que demonstrou extensas áreas de consolidação com broncograma aéreo predominando nas porções inferiores e posteriores dos pulmões. Investigou-se doença do refluxo gastroesofágico através de cintilografia que demonstrou três episódios moderados de refluxo. Recebeu alta hospitalar sendo então encaminhada ao ambulatório de pneumologia para avaliação. A criança encontrava-se afebril havia quatro dias, se apresentava assintomática e não fazia uso de nenhuma medicação. Na história clínica, quanto ao uso de medicações prévias, obteve-se a informação do uso de óleo mineral devido à constipação eventual.

Foram feitos novos exames: dosagem de anticorpos séricos com valores dentro da normalidade e dosagem de cloro no suor e anti-HIV que foram negativos. Realizou-se broncoscopia: lavado bronquíolo-alveolar (LBA) e anatomopatológico que evidenciou macrófagos com lipídeos no interior, definindo o diagnóstico como Pneumonia Lipídica. Como a paciente mantinha-se em bom estado geral, optou-se pelo seguimento clínico sem a necessidade de medicações, somente sessões de fisioterapia respiratória.



Figura 1 - Radiografia de tórax com opacidade tipo alveolar em terço médio de hemitórax direito.

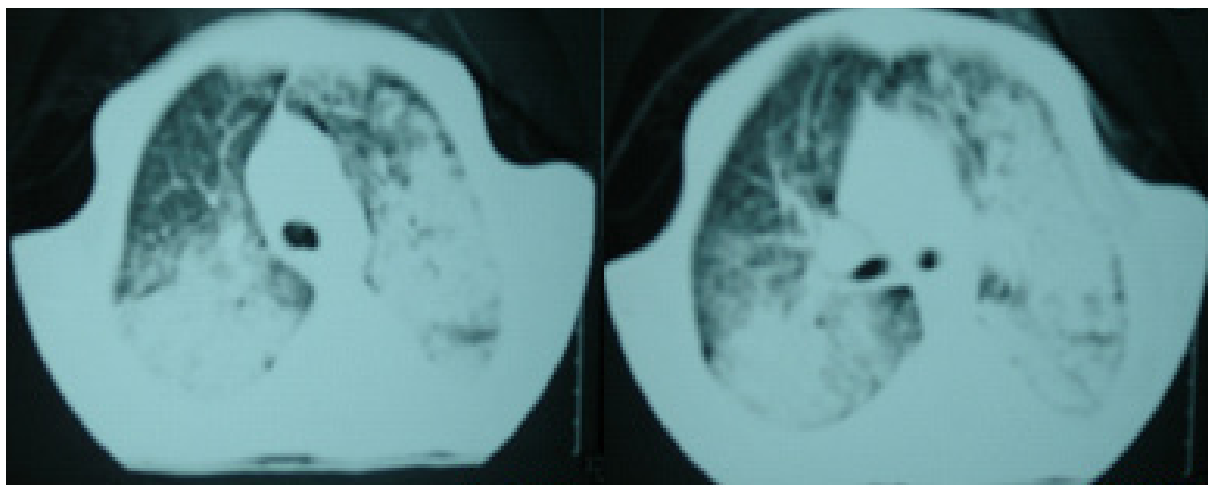


Figura 2 - Tomografia de Tórax com extensas áreas de consolidação com broncograma aéreo predominando nas porções inferiores e posteriores dos pulmões.

DISCUSSÃO

O óleo mineral não é um produto inócuo, sua baixa volatilidade e elevada viscosidade podem contribuir para inibir o reflexo da tosse e prejudicar a motilidade mucociliar, aumentando a probabilidade da sua aspiração e subsequente diminuição da depuração do trato respiratório (1,4). O óleo aspirado é emulsificado e gotas microscópicas aparecem como lipídeos livres, ou são fagocitados pelos macrófagos alveolares. Esses, repletos de óleo, alcançam o septo interlobular através dos canais linfáticos. Assim, ocorre o espessamento da parede alveolar, e algumas dessas chegam a ser destruídas. Após apoptose e necrose dos macrófagos, há retorno do óleo à luz alveolar, sendo novamente fagocitado por outros macrófagos. Em um estágio posterior, a proliferação fibrótica pode resultar na diminuição do volume pulmonar (6,8). A apresentação clínica é variável, podendo ter a forma de pneumonia aguda, pneumonia crônica ou a forma localizada (1,4,5).

As características clínicas, laboratoriais e radiológicas da PL são semelhantes à da pneumonia bacteriana, sendo a maioria dos casos de PL inicialmente tratada como tal e às vezes, também, como tuberculose (1,6). Como ocorrido neste relato, após exame clínico e exames complementares a paciente foi tratada com Ceftriaxone e Oxacilina e, sem resposta, optou-se pelo uso de Vancomicina, já que acreditou-se em pneumonia por germe resistente. A pneumonia lipídica deverá sempre ser considerada no diagnóstico diferencial de pneumonia crônica refratária ao tratamento com antimicrobianos e nos casos suspeitos de tuberculose, principalmente em lactentes ou crianças em uso de óleo mineral (1,5,6).

A incidência de PL ainda é desconhecida. Talvez a doença não seja tão rara assim, porque, na maioria dos casos relatados, especialmente em crianças, não teve a princípio o diagnóstico de PL, sendo tratados como pneumonia bacteriana ou tuberculose. No Brasil, este tipo de pneumonia é considerado raro, talvez devido à dificuldade em realizar o diagnóstico e, também, pela subnotificação dos casos (6). Cerca de metade dos casos são assintomáticos, sendo incidentalmente diagnosticados por meio de radiografia de tórax realizada por outro motivo (7).

Os sintomas mais comumente descritos são tosse não produtiva, febre, taquipneia, dispneia, dificuldade de ganho ponderal, infecções respiratórias recorrentes e cianose (6,7). As manifestações clínicas da PL variam

de assintomático a insuficiência respiratória e morte, de acordo com a quantidade, qualidade e duração da aspiração (1). As alterações radiológicas podem variar de infiltrado peri-hilar a extensas áreas de consolidação com broncograma aéreo predominando nas porções inferiores e posteriores dos pulmões (1-7). Na radiografia e TC de tórax (figura 1) da paciente em questão, observou-se opacidade tipo alveolar em terço médio de hemitórax direito.

As alterações da TC de tórax, ainda que associadas às alterações clínicas, são apenas indicativas de PL. O diagnóstico definitivo é realizado por intermédio do lavado broncoalveolar (LBA), cujo aspecto macroscópico é opalescente, com halo de gordura, indicando alveolite com predomínio de macrófagos espumosos apresentando gotículas de gordura intracitoplasmática e extracelular (1). Entretanto, somente o exame citoquímico com Sudan, que cora em laranja a gordura presente no meio extracelular e nos vacúolos citoplasmáticos dos macrófagos, confirma o diagnóstico (6). No caso relatado, prosseguiu-se a investigação, com a análise microbiológica do LBA, apresentando macrófagos com lipídeos no interior, definindo o diagnóstico como Pneumonia Lipídica.

O tratamento é a suspensão imediata do óleo mineral. Outras medidas terapêuticas pertinentes incluem a correção da hipoxemia, dos transtornos nutritivos e o tratamento da infecção, caso estejam presentes, além de fisioterapia respiratória para a remoção da gordura pulmonar (1).

A dificuldade de definir a princípio o diagnóstico de PL pode ser definida, a exemplo da nossa paciente, pela omissão da informação de ingestão de óleo no momento da primeira consulta. Na maioria das vezes, exceto na anamnese dirigida, esse dado é questionado somente após a obtenção de resultados de exames complementares indicando pneumonia lipídica (8). Assim, os pacientes passam a ser tratados como pneumonia bacteriana ou tuberculose.

Muitos cuidadores oferecem medicamentos fitoterápicos a suas crianças, acreditando que, por esses serem substâncias naturais, não representam risco à saúde humana. Em consequência disso, muitos omitem a informação do uso dessas substâncias por não conceituá-las como “remédio”, impossibilitando o diagnóstico se tais substâncias forem o agente etiológico da moléstia (9).

REFERÊNCIAS

1. Sias SMA, Ferreira AS, Daltro PA, Caetano RL, Moreira JS, Quirico-Santos T. Evolução da pneumonia lipóide exógena em crianças: aspectos clínicos e radiológicos e o papel da lavagem broncoalveolar. *J Bras Pneumol*. 2009;35(9):839-45.
2. Laughlen GF. Studies of pneumonia following naso-pharyngeal injections of oil. *Am J Pathol*. 1925;(1):407-15.
3. Sharma A, Ohri S, Bambery P, Singh S. Idiopathic endogenous lipoid pneumonia. *Indian J Chest Dis Allied Sci*. 2006;48(2):143-5.
4. Bandla HPR, Davis SH, Hopkins NE. Lipoid pneumonia: a silent complication of mineral oil aspiration. *Pediatrics*. 1999;103(2):1-4.
5. Kumar M, Biswal N, Bhuvaneswari V, Srinivasan, S. Persistent pneumonia: underlying cause and outcome. *Indian J Pediatrics*. 2009;76(12):1223-6.
6. Sias SMA, Quirico-Santos, T. Pneumonia lipóide na criança: revisão da literatura. *Pulmão. (RJ)* 2009; (Supl. 1):S9-S16.
7. Betancourt SL, Martinez-Jimenez S, Rossi SE, Truong MT, Carrillo J, Erasmus JJ. Lipoid pneumonia: spectrum of clinical and radiologic manifestations. *AJR Am J Roentgenol*. 2010;194(1):103-9.
8. Rabahi MF, Ferreira AA, Madeira JGP, Galvão PM, Pinto AS. Pneumonia lipóide secundária ao uso prolongado de óleo de prímula. *J Bras Pneumol*. 2010;36(5):657-61.
9. Veiga Jr. VF. Estudo do consumo de plantas medicinais na Região Centro-Norte do Estado do Rio de Janeiro: aceitação pelos profissionais de saúde e modo de uso pela população. *Rev Bras Farmacogn*. 2008;18(2):308-13.

Recebido: 19/03/2012

Aceito: 14/09/2012