
RELATO DE CASO

Pneumoconiose - Relato de Caso

Diélly Cunha de Carvalho¹, Daniele Gehlen Klaus², Maria Zélia Baldessar³

Descrição do Caso

VDVB, 38 anos, masculino, há 5 anos trabalha com jatos de areia. Em julho/2007 paciente referiu dispnéia de instalação súbita, associada à tosse seca, sudorese noturna e astenia. Há 4 meses teve perda ponderal de 10 quilos. Foi internado em franca insuficiência respiratória. Não apresenta comorbidades nem faz uso de medicações.

Ao exame físico apresentou taquidispnéia (frequência respiratória: 40mpm), taquicardia (frequência cardíaca: 135bpm), tiragens intercostais, estertoração crepitante em bases pulmonares, diminuição de murmúrios vesiculares à direita e saturação de oxigênio de 86%. Ao RX de tórax havia condensações alveolares difusas bilaterais e de aspecto confluyente peri-hilar e basal direito. BAAR negativo. PPD não-reator. Ecocardiograma mostrou tronco da artéria pulmonar e calibre mantidos, fração de ejeção de 59% e prolapso de válvula mitral. À tomografia computadorizada, firmou-se o diagnóstico de pneumoconiose, devido à presença de micronódulos confluentes formando massas parenquimatosas e subpleurais, com presença de adenomegalia parahilar; cavitações ausentes. Medicações em uso no momento da internação: atrovent, berotec, meticorten, talofilina.

Após compensação da insuficiência respiratória e paciente teve alta hospitalar e foi orientado quanto à ir-

reversibilidade do caso e a possibilidade de transplante pulmonar.

Introdução

A pneumoconiose descreve a reação pulmonar não-neoplásica à inalação de poeiras minerais, partículas orgânicas, inorgânicas, gases e vapores químicos¹. A silicose constitui a doença ocupacional crônica mais prevalente do mundo^{2,3,4,5}, manifestando-se sob a forma de pneumoconiose fibrosante nodular lentamente progressiva. A silicose é uma doença pulmonar parenquimatosa associada à exposição ao dióxido de silício cristalino, presente na crosta terrestre. Pode atingir jateadores de areia, perfuradores de rochas, vidreiros, trabalhadores de pedras e do solo, de fundição, de cerâmica, de farinha de sílica, etc⁶. As lesões iniciais são constituídas por macrófagos repletos de poeira (sílica) que ficam depositados na pleura, parênquima e em região peribrônquica, formando nódulos com núcleo de colágeno, que confluem gerando massas de fibrose maciça progressiva (lesões de tecido conjuntivo hialinizado denso) com pouca inflamação, inclusive em região parahilar.

A exposição à poeira pode gerar tosse e produção de escarro devido a uma bronquite subjacente. Dispnéia clinicamente significativa e rapidamente progressiva pode estar presente, assim como alterações nas provas de função pulmonar. Nesses pacientes, há maior risco de infecção bacteriana. Antes de o diagnóstico de silicose ser firmado, deve-se descartar infecção micobacteriana, que em um número considerável de casos, cursa concomitantemente à silicose^{4,5,6}.

História ocupacional relacionada à exposição à sílica e os achados radiográficos sugestivos geralmente fazem o diagnóstico da doença^{6,7,8}.

1-Acadêmicas do Curso de Medicina da UNISUL – Universidade do Sul de Santa Catarina

2-Acadêmica do Curso de Medicina da UPF – Universidade de Passo Fundo

3-Médica/Mestre em Ciências da Saúde, Professora do Curso de Medicina da UNISUL e Coordenadora da Residência de Clínica Médica do HNSC – Hospital Nossa Senhora da Conceição

Como a silicose aguda apresenta perda progressiva da função pulmonar, o prognóstico é sombrio, sendo que a forma aguda pode ser rapidamente fatal. A forma crônica de fibrose maciça progressiva pode levar a um comprometimento progressivo e à insuficiência respiratória variáveis.

Metodologia

Relato de caso associado à revisão de artigos científicos de bases de dados (Scielo e Pubmed)

Discussão/Conclusão

Os métodos de imagem, em associação com a história ocupacional e exame clínico, são ferramentas muito importantes na avaliação das doenças respiratórias ambientais e ocupacionais^{6,7,8}. A tomografia computadorizada é o método diagnóstico de eleição, a qual pode evidenciar micronódulos centrolobulares e subpleurais, que com a evolução da doença, podem confluir gerando nódulos maiores e massas fibróticas no parênquima pulmonar⁷. E a associação de todos esses dados firmaram o diagnóstico de silicose do paciente em questão.

Se houver dúvidas quanto ao diagnóstico, pode-se solicitar biópsia pulmonar, que só está indicada na presença de alteração radiológica com ausência de dados na história ocupacional que sugiram a associação⁸.

O principal sintoma da silicose complicada é a dispnéia progressiva e incapacitante, sendo que nas fases avançadas há quadro de franca insuficiência respiratória, perda de peso e fraqueza², o que foi encontrado no paciente descrito neste caso. Com maior frequência, os pacientes portadores de silicose acelerada evoluem para a forma complicada da doença, com formação de grandes massas fibróticas².

Ferreira et al descreveram em seu estudo que 82,6% dos casos de silicose se devem ao jateamento de areia.

O tratamento da silicose consiste na terapia de suporte, oxigenioterapia e reabilitação⁵. Possibilidade de transplante pulmonar pode ser cogitada^{6,8}.

Assim, é essencial o questionamento sistemático e aprofundado das exposições ocupacionais a poeiras dos pacientes sob investigação de intersticiopatias, para que o diagnóstico e o tratamento sejam precocemente instalados e, conseqüentemente, haja o afastamento definitivo do trabalho¹, visto que este é o fator de risco determinante² para o desenvolvimento da doença. Dessa forma, quanto mais precoce for o diagnóstico e a interrup-

ção da exposição, melhor é o prognóstico do paciente⁸.

Sabe-se que não há terapia eficaz, portanto grandes esforços e investimentos devem ser empregados no sentido da prevenção e da divulgação de informações à população, para que se possa, a médio prazo, alcançar o objetivo de eliminação dessa doença⁵.

Referências bibliográficas:

1. Capitani EM, Algranti E. Outras Pneumoconioses. *Jornal Brasileiro de Pneumologia* 2006; 32(2):S54-S59.
2. Ferreira AS, Moreira VB, Ricardo HVM, Coutinho R, Gabetto JM, Marchiori E. Fibrose Maciça Progressiva em Trabalhadores expostos à Sílica. Achados na Tomografia Computadorizada de Alta Resolução. *Jornal Brasileiro de Pneumologia* 2006; 32(6):523-528.
3. Robins. *Patologia Estrutural e Funcional*. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
4. Capitani EM. A silicose (ainda) entre nós. *Jornal Brasileiro de Pneumologia* 2006; 32(6):xxxiii-xxxv.
5. Carneiro APS, Campos LO, Gomes MFCF, Assunção AA. Perfil de 300 trabalhadores expostos à sílica atendidos ambulatorialmente em Belo Horizonte. *Jornal Brasileiro de Pneumologia* 2002; 28(6):329-334.
6. Cecil. *Tratado de Medicina Interna*. 22.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
7. Meirelles GSP, Kavakma JI, Rodrigues RT. Imagem nas Doenças Ocupacionais Pulmonares. *Jornal Brasileiro de Pneumologia* 2006; 32(2):S85-S92.
8. Filho MT, Santos UP. Silicose. *Jornal Brasileiro de Pneumologia* 2006; 32(2):S41-S47.