

## PNEUMONIA INTERSTICIAL DEVIDA À LEPTOSPIROSE: RELATO DE UM CASO

Vicente AMATO Neto (1), Isaac TCHERNIACOVSKI (2) e José Luís da Silveira BALDY (2)

### RESUMO

Tiveram os Autores a oportunidade de caracterizar pneumonia intersticial devida à infecção por *Leptospira icterohaemorrhagiae*. A alteração pulmonar fez parte de conjunto de manifestações comumente presentes no decurso da leptospirose e chegou a ser confundida com a motivada pela tuberculose miliar. Icterícia não ocorreu e a evolução no sentido de cura não envolveu expressiva gravidade. Com a comunicação efetuada, pretenderam colaborar para um melhor conhecimento das lesões pulmonares eventualmente relacionadas com a leptospirose e que são merecedoras de conveniente sistematização. Como infecções bacterianas ou distúrbios de ordem metabólica podem também ser responsáveis por agressões aos pulmões, quando a leptospirose é a afecção fundamental, julgaram interessante comentar o caso observado, pois a pneumonia intersticial a ele pertinente não sofreu influências independentes do processo mórbido causado pela *Leptospira icterohaemorrhagiae*.

### INTRODUÇÃO

Múltiplos sintomas e alterações orgânicas de diversos tipos são atribuíveis à leptospirose. No entanto, as manifestações relativas ao aparelho respiratório não têm merecido, comumente, abordagens destacadas, provavelmente porque elas em geral não são proeminentes na maioria das infecções desprovidas de gravidade e, também, em virtude da maior expressão habitualmente inerente a distúrbios referentes a outros setores.

Em publicações que encerram análises globais sobre a leptospirose, como nas de autoria de AUSTONI<sup>2</sup>, EDELWEISS<sup>3</sup> e SILVA<sup>5</sup>, assim como em apreciações mais específicas (WANG & col.<sup>6</sup>), queixas de anormalidades de diferentes ordens, pertinentes ao aparelho citado, estão consignadas por exames laboratoriais e radiológicos: expectoração hemoptóica ou mucopurulenta, tosse, hemoptise, dor torácica, epistaxe, dispnéia, cianose, taquipnéia, estertores pulmonares, bronquite, traqueíte, pneumonia, broncopneumonia, pleurite, infiltrado pulmonar, aumen-

to das imagens hilares, nódulos disseminados, acentuação do desenho dos pulmões, opacidade e presença de leptospiros no escarro e no líquido pleural. Convém salientar que o caráter hemorrágico de determinados comprometimentos é freqüentemente ressaltado em tais comunicações.

Como é facilmente perceptível, a diversidade de processo afigura-se patente, tornando desejável adequada sistematização, apoiável em mais definidos conhecimentos patogênicos e fisiopatológicos. Por outro lado, devemos enfatizar que nem sempre é viável distinguir com segurança os teores de participação de infecções bacterianas e de anomalias metabólicas, representadas, por exemplo, pela uremia.

Tivemos a oportunidade, recentemente, de reconhecer, em doente acometido de maneira não muito acentuada, a ocorrência de indiscutível pneumonia intersticial, sem dúvida puramente dependente da infecção leptospirótica. A influência de outras causas ficou, em face sobretudo das características

Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira". Serviço de Doenças Transmissíveis, São Paulo, Brasil

- (1) Diretor do Serviço de Doenças Transmissíveis  
(2) Médico do Serviço de Doenças Transmissíveis

clínicas e da evolução, encarada como improvável e esse fato, aliado à hipótese de tuberculose miliar, aventada com destaque, tornaram conveniente, acreditamos, efetuar a presente comunicação, que contém exclusivamente o intuito de contribuir para melhor conhecimento da questão ainda carente de maiores subsídios e de judiciosa catalogação.

#### RELATO DO CASO

O paciente N.P.S., com 14 anos de idade, do sexo masculino, branco, brasileiro, residente na Capital do Estado de São Paulo, procurou o Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira" no dia 2-3-1970 e foi internado no Serviço de Doenças do Aparelho Respiratório. Na ocasião, referiu que adoecera de forma abrupta, há cinco dias, quando passou a ser acometido de febre, com exacerbações vespertinas; depois de 72 horas, tornaram-se também presentes dor à deglutição, prostração, tosse, dispnéia, dor torácica à inspiração profunda e expectoração de secreção amarelada ou sanguinolenta. Anorexia, dor abdominal e discreta diarreia foram outras manifestações referidas.

Ao exame físico, o estado geral não estava comprometido e ficaram apuradas as seguintes alterações: presença de dispnéia, evidência de toxemia, temperatura axilar de 39,5°C, frequências do pulso e cardíaca de 120 por minuto, frequência respiratória de 40 por minuto, aumento de volume das amígdalas palatinas e hepatoesplenomegalia, sendo o fígado e o baço palpáveis, respectivamente, a três e a um centímetros dos rebôrdos costais. Quanto ao aparelho respiratório, havia expansibilidade pulmonar diminuída e submacicez, com frêmito tóraco-vocal e murmúrio vesicular menos intensos que os normais, nas partes inferiores dos campos pulmonares.

No setor de atendimento de emergência, foi estabelecido o diagnóstico de broncopneumonia e, por isso, o paciente mereceu internação no Serviço de Doenças do Aparelho Respiratório. Diante do resultado do exame radiológico do tórax, tuberculose miliar passou a ser a afecção considerada como mais provável, o que conduziu a início de tratamento específico. Dois dias depois, em virtude da negatividade de pesquisas de bacilos álcool-ácido-resistentes no escarro, da

existência de mialgias difusas e de nítida dor à compressão das panturrilhas, e, ainda, da informação de contato com água de enchente em ocasiões próximas, decidiu-se pela transferência do doente para o Serviço de Doenças Transmissíveis.

Diversos exames subsidiários não mostraram anormalidades e estiveram representados pelas provas de Coombs direta e indireta, pelas pesquisas do fenômeno LE e de crioaglutininas no soro, pela reação de Widal, pela análise bacteriológica das fezes e pela hemocultura. O hemograma indicou neutrofilia com desvio à esquerda e anaesinofilia e, paulatinamente, evoluiu para normalização, restando anemia, consubstanciada sobretudo na diminuição da quantidade de hemoglobina, que sofreu progressiva atenuação. Aumento da velocidade de hemossedimentação, leucocitúria fugaz, elevadas mucoproteinemia e uremia e positividade de 1/256 referente ao teste de imunofluorescência indireta relativo à toxoplasmose constituíram outras verificações dignas de registro. No décimo-terceiro dia posterior ao começo da doença, reação de soro-aglutinação para o diagnóstico da leptospirose propiciou definição etiológica do processo mórbido em foco, pois resultou positiva a 1/12.800 no que concerne à *Leptospira icterohaemorrhagiae*.

Ao atendimento inicial, o exame radiológico do tórax evidenciou redução da expansibilidade pulmonar, discreta elevação do diafragma e menor transparência nas áreas correspondentes aos pulmões, causada por alteração com aspecto reticulado em associação com pequenos pontos opacos; essas modificações eram mais nítidas à esquerda, inferiormente, sendo que nessa localização estavam perceptíveis manchas brancas conglomeradas, de tamanhos não acentuados (Fig. 1).

As queixas referidas pelo doente e os distúrbios constatados ao exame físico foram-se atenuando após a internação, até que alta hospitalar teve lugar decorridos nove dias. A segunda apreciação radiológica deixou patente o quase total desaparecimento do processo intersticial e apenas pequenas manchas disseminadas e a diminuição da transparência na metade inferior do campo pulmonar esquerdo persistiam (Fig. 2); a derradeira análise, efetuada duas semanas depois do início dos sintomas, comprovou o retorno

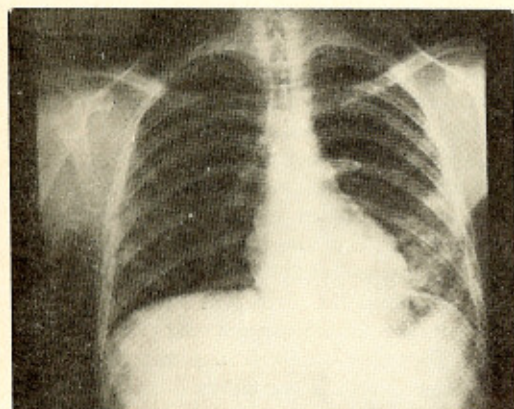


Fig. 1 — Exame radiológico do tórax de paciente com leptospirose, efetuado cinco dias após o início das manifestações clínicas: aspecto compatível com o diagnóstico de pneumonia intersticial, mais acentuada à esquerda.

à normalidade (Fig. 3). Além de tratamento de caráter sintomático, somente houve administração de 1.200.000 unidades de penicilina benzatínica, pela via intramuscular.

#### DISCUSSÃO

Os fatos relatados permitem, acreditamos, registrar os comentários a seguir enumerados.

1) Os dados clínicos e laboratoriais coletados afiguraram-se plenamente compatíveis com a natureza leptospirósica do acometimento; a reação de soro-aglutinação específica, por seu turno, forneceu o rótulo etio-

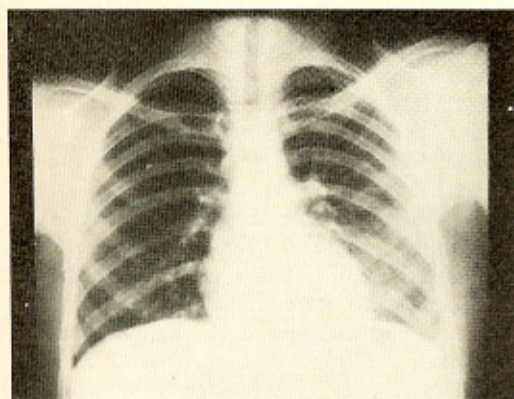


Fig. 2 — Exame radiológico do tórax de paciente com leptospirose, efetuado sete dias após o início das manifestações clínicas: é perceptível acentuada atenuação do comprometimento intersticial.

lógico, através de teor de positividade altamente expressivo. O distúrbio pulmonar, bilateral, assumiu indiscutivelmente o aspecto de pneumopatia com agressão intersticial e os exames radiológicos não permitiram, em termos práticos, dúvidas a respeito.

2) A confusão com tuberculose miliar, formalizada inclusive por médicos familiarizados com patologias inerentes ao aparelho respiratório, é circunstância que precisa ser destacada. Ela foi facilitada por ocorrências de naturezas clínicas, tais como, em especial, a febre, a tosse, a dispnéia, a taquipnéia, o comprometimento do estado geral, a toxemia e a hepatoesplenomegalia, e

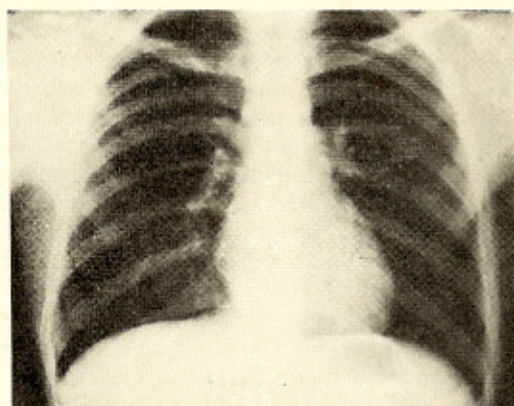


Fig. 3 — Exame radiológico do tórax de paciente com leptospirose, efetuado catorze dias após o início das manifestações clínicas: é perceptível que o comprometimento intersticial não está mais presente.

também pelas alterações radiograficamente detectadas.

Essa modalidade de interpretação, que encerrou equívoco, não deve ser encarada como inusitada e, sobre o assunto, as comunicações de AREAN<sup>1</sup> e de POH & SOH<sup>4</sup> foram clara e suficientemente alertadoras.

3) Pneumonias intersticiais são atribuídas à influência de múltiplos microrganismos e helmintos e, ainda, são encontráveis no decurso de doenças não infecciosas e parasitárias. Por isso, para que os fatores determinantes sejam seguramente revelados é necessário desenvolver judicioso diagnóstico diferencial. A leptospirose, então, precisará estar incluída entre as afecções cogitáveis; início súbito, febre, dor muscular, "injeção" conjuntival, hepatoesplenomegalia,



icterícia em alguns casos, leucocitose, neutrofilia com desvio à esquerda, taxas de uréia e de mucoproteína elevadas no sangue, proteinúria, leucocitúria, hematúria e cilindrúria, a par de informes que documentam a possibilidade de contaminação, são verificações, sem dúvida, valorizáveis.

4) Os distúrbios pulmonares notados no paciente que observamos apresentaram-se de forma bastante "pura" e, portanto, possibilitaram satisfatória caracterização, com exclusão da vigência de outros fatores etiológicos ou determinantes. A pneumonia intersticial verificada manifestou-se com clareza irrefutável e envolveu paralelamente às demais anormalidades presentes, consubstanciando ainda mais a conexão com a etiologia evidenciada.

5) Icterícia esteve ausente à evolução, o decurso no sentido de cura não envolveu expressiva gravidade e não pudemos interpretar com facilidade e segurança o grau de utilidade da penicilina administrada.

6) Para facilitar tarefas clínico-diagnósticas, torna-se muito conveniente indicar e demarcar os tipos de danos pulmonares relacionáveis com a leptospirose. As referências sobre eles comumente são isoladas e nem sempre bem caracterizadas ou separadas de comprometimentos colaterais, associados ou complicantes de condições prévias. Este nosso relato deixa patente que pneumonia intersticial é uma dessas modalidades de agressão.

No entanto, é lícito frisar que POH & SOH<sup>4</sup>, com base em exames radiológicos, indicaram a eventual ocorrência de quatro tipos de anomalias nos pulmões de doentes com leptospirose: a) lesões semelhantes a flocos de neve, pequenas, esparsas ou restritas a poucos espaços intercostais e, também, muito disseminadas e com maior frequência localizadas periféricamente; b) áreas confluentes de consolidação, diferentes das percebidas nas pneumonias pneumocócicas, uma vez que não são lobares ou segmentares; c) comprometimento solitário, com limites mal definidos; d) alterações da vasculatura. Complementarmente, afirmaram que combinações desses vários aspectos são encontráveis e que seqüelas não têm sido constatadas.

#### SUMMARY

##### *Interstitial pneumonia due to leptospirosis: Report of a case*

The Authors had the opportunity to mark with distinctive features an interstitial pneumonia due to infection produced by *Leptospira icterohaemorrhagiae*. The pulmonary change was part of a set of manifestations which commonly occur in leptospirosis and was initially taken for that produced by miliary tuberculosis. Jaundice did not occur. The course of the disease remained under good control.

With the present report, the Authors intend to contribute to a better understanding of the pulmonary lesions eventually related to leptospirosis, which deserve better attention.

As bacterial infections or metabolic disorders can also be responsible for injuries in the lungs in cases of leptospirosis, the Authors considered of relevant interest to comment on the case observed, for the interstitial pneumonia pertinent to the leptospirosis did not suffer other influence than the morbid condition produced by the *Leptospira icterohaemorrhagiae*.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. AREN, V. M. — Studies on the pathogenesis of leptospirosis. II — A clinicopathologic evaluation of hepatic and renal function in experimental leptospiral infections. *Lab. Invest.* 11:273-287, 1962.
2. AUSTONI, M. — *Le leptospirosi*. Tipografia del Seminario di Padova, 715 pp., 1953.
3. EDELWEISS, E. L. — *Leptospiroses humanas (contribuição ao seu estudo)*. Tese. Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre, 1962.
4. POH, S. C. & SOH, C. S. — Lung manifestations in leptospirosis. *Thorax* 25:751-755, 1970.
5. SILVA, R. M. — *Estudo clínico e laboratorial da leptospirose ictero-hemorrhagiae (doença de Weil)*. Tese. Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, 1966.
6. WANG, C. P.; CH'I, C. W. & LU, F. L. — Studies on anicteric leptospirosis: III — Roentgenologic observations of pulmonary changes. *Chin. Med. J. (Peking)* 84:298-306, 1965.