

Caso Clínico

Junho de 2012

Analice Val de Paula

Pneumologia e Alergia Pediátrica

Hospital Infantil João Paulo II e Felício Rocho

Anamnese

- LRMC
- 1 ano e 3 meses
- Sexo masculino
- 11 kg
- Natural e proveniente: Belo Horizonte

Anamnese

- Lactente sibilante de difícil controle
- Respirador oral
- Acompanhamento com a Pneumologia
Pediátrica desde os 2 meses
- Estava em uso : Beclometasona 1000mcg/dia
Montelukaste 5mg/dia
Budesonida nasal

Anamnese

Março/2012: mãe suspende medicamentos inadvertidamente



Internação: 27 a 31/março: sibilância e pneumonia viral



Alta com prescrição de todos os medicamentos anteriores + salbutamol: só usa salbutamol xarope

Anamnese

Manteve tosse, sibilância e taquipnéia, com piora progressiva



Dia 06/04- CTI HIJPII
Insuficiência respiratória e Pneumonia



Permaneceu 20 dias, sendo que 10 dias na VM.
Salbutamol e prednisolona em tempo prolongado.

Anamnese

Período que ficou no CTI realizada propedêutica:

- Avaliado pela otorrinolaringologia: 70% de obstrução adenoideana
- Broncoscopia: laringe com processo inflamatório acentuado e úlceras na subglote

Anamnese

- Realizada TQT para preservar vias aéreas em 18/04
- Alta do CTI: 28/04

Anamnese

- Na enfermaria, apesar do uso diário do salbutamol, beclometasona, prednisolona em redução e montelucaste, criança mantia quadro de sibilância, com exarcebações importantes, grande quantidade de secreção em vias aéreas e dependência de O₂ na macro 1-2 L/min.
- Tempo total de sibilância > 1 mês

Exame físico

Irritado, de difícil exame, hipocorado (1-2+).

ACV: BNRNF em 2T sem SS FC: 120-140 bpm

Pulsos amplos, perfusão adequada

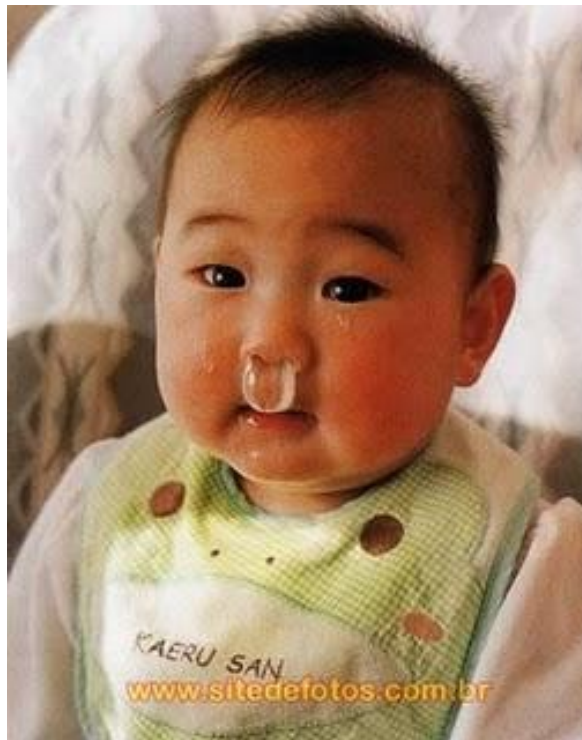
AR: MV rude com crepitações grosseiras e sibilos esparsos, FR: 40-60 irpm, com esforço leve

(TSD₁, BTA₁) Sat O₂: 85-89% em ar ambiente, e 95-99% com O₂ na macro a 1-2L/min na TQT

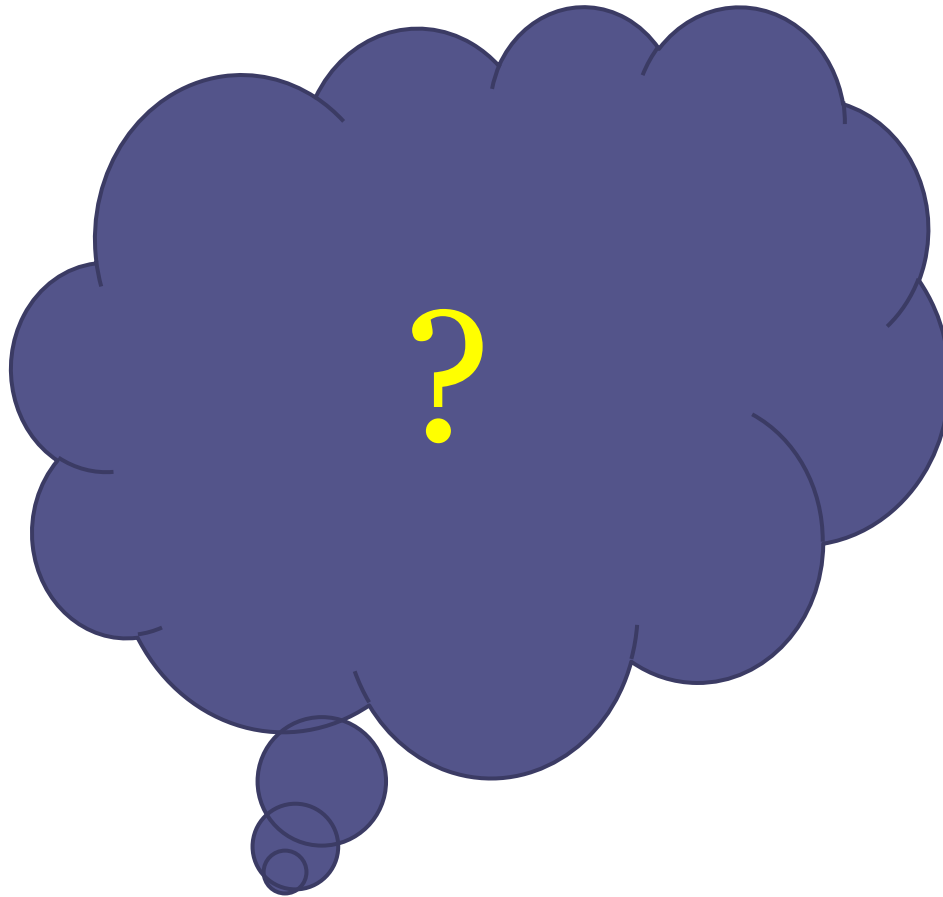
Abd: normotenso, fígado a 3 cm

Exame físico

Criança extremamente catarral, secreção abundante em VA e TQT



Diagnóstico



Exames

Phmetria e teste do suor prévios normais.

Tc de tórax prévia: baixa resolução

10/05: Hb: 8,5 Ht: 26% VCM: 64 HCM: 20

GL: 9 800 Segm: 25% Eos: 12% Linf: 58% Mon:

5% plaq: 572 000

PPD: não reator

IgM: 139 IgG: 1620 IgE: 55 C3: 186 C4: 25

IgA: 336

Exames

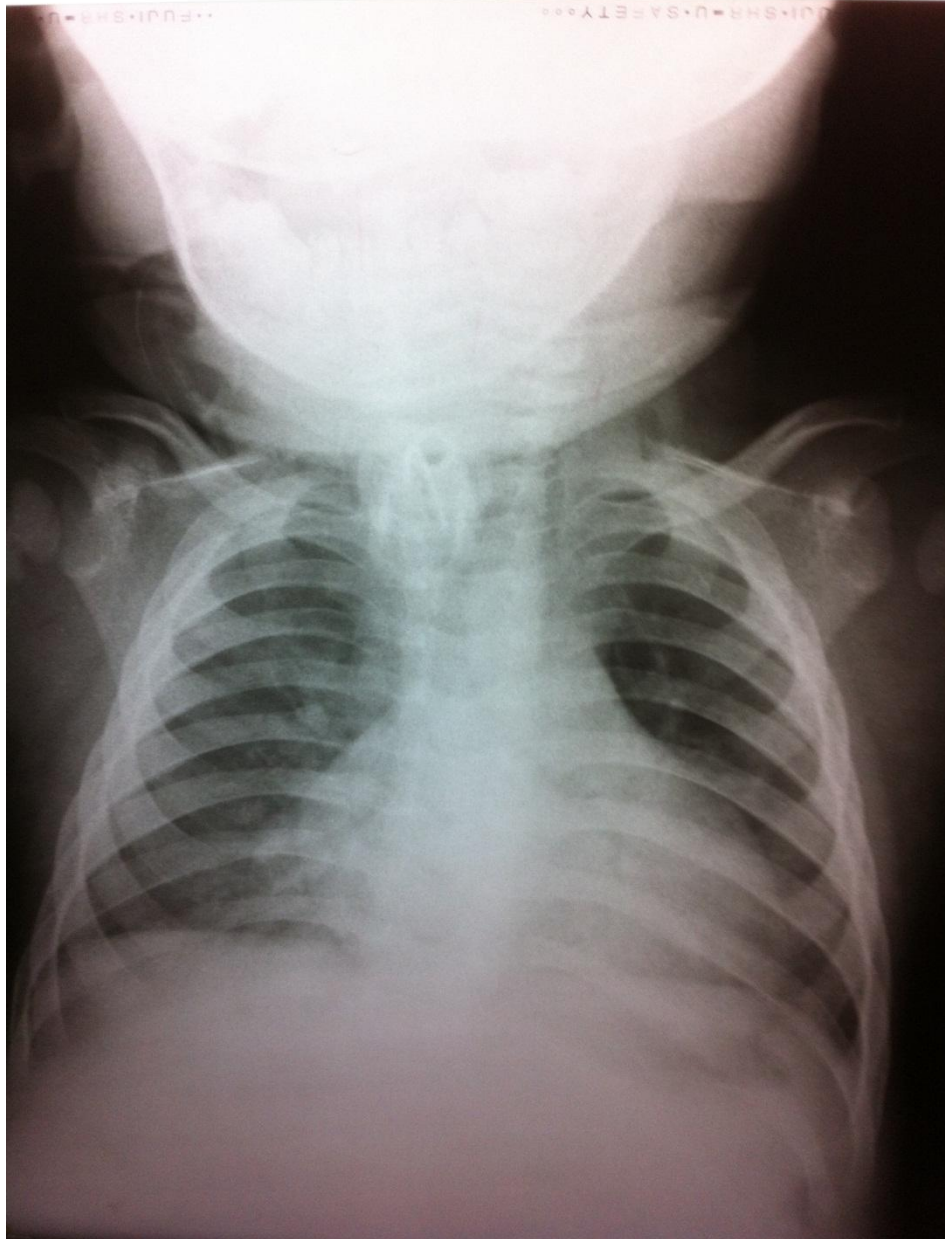
Ecocardiograma (11/05): PSAP: 43 e aumento leve de VD

ECG: não mostrou sobrecarga de VD

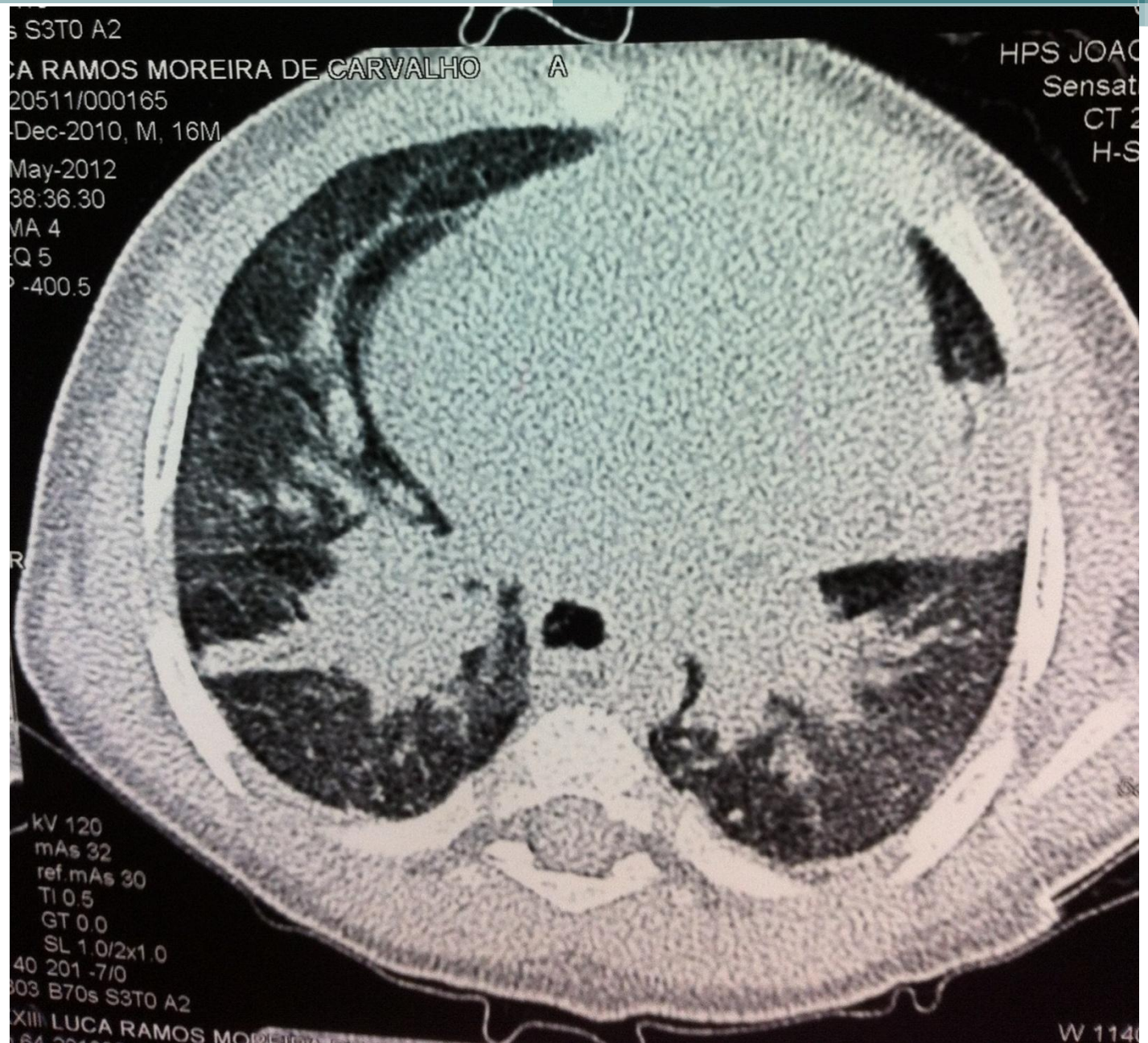
EPF 12/05: cistos de giardia lamblia

Cultura de aspirado traqueal 10/05: Haemophilus influenzae

Exames



Exames



Exames



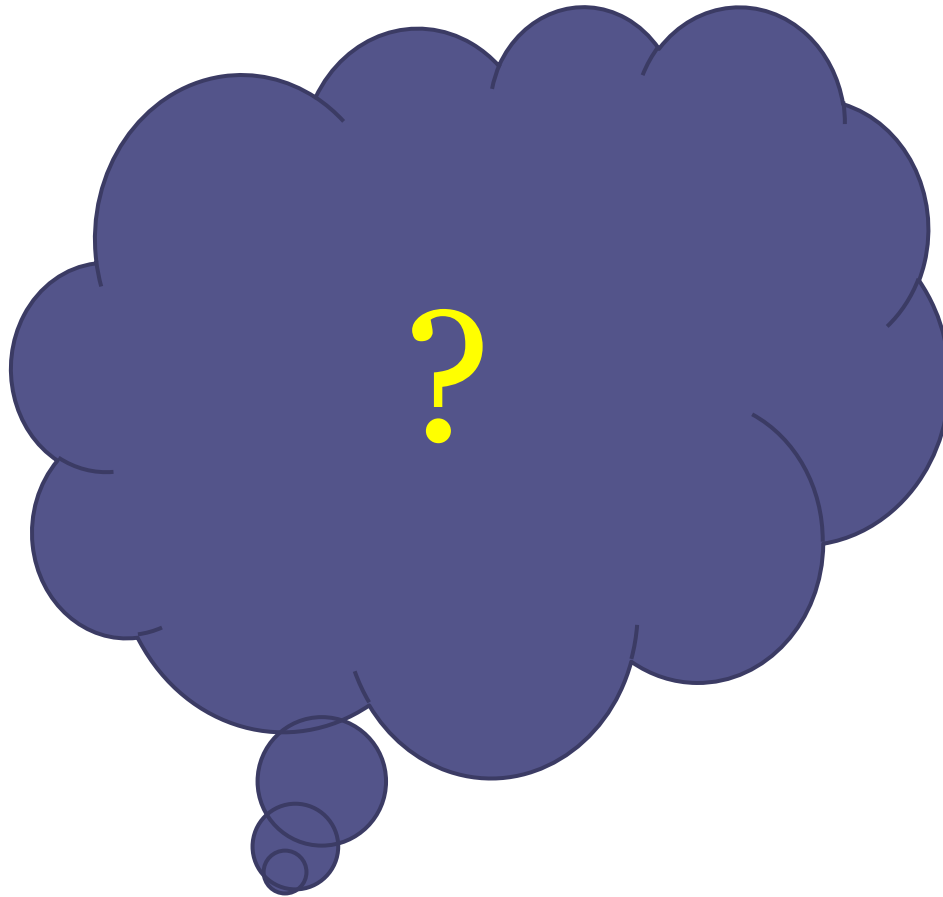
Exames



Exames

TC de tórax 11/05/12: presença de espessamentos peribrônquicos difusos, com áreas atelectasiadas intercaladas com áreas de condensação.

Diagnóstico



Tratamento

- Bronquite Bacteriana Protraída

Azitromicina 10mg/kg/dia → dose única diária
por 1 semana

3 semanas → nas 2^as, 4^as e 6^as feiras

Resultados

Com 1 semana de tratamento paciente saiu do O₂ e tolerou ar ambiente

Com cerca de 10 dias de tratamento paciente resolveu a sibilância e passou a apresentar apenas roncos de transmissão à ausculta, sem esforço respiratório

Melhora do aspecto e redução da quantidade de secreção!

Bronquite Bacteriana Persistente



Bronquite Bacteriana Persistente

- Doença Crônica Pulmonar Supurativa
- Infecção Endobronquial Persistente
- Bronquite Crônica
- Bronquite Protraída
- Pré-bronquiectasias

Bronquite Bacteriana Persistente

- Não há consenso quanto a nomenclatura ou quanto a definição.
- Pouca informação na literatura
 - Tratamento
 - Evolução desses pacientes
- Causa mais comum de tosse produtiva crônica

Bronquite Bacteriana Persistente

Definição

- Tosse produtiva crônica (>3 semanas) que resolve com antibioticoterapia adequada por 2 semanas e ausência de outros indicadores para diagnósticos alternativos.
- Presença de BAL positivo

Bronquite Bacteriana Persistente

- Encaminhados de serviços primários, com tosse persistente ou asma de difícil controle
- Lactentes
- Tosse persistente produtiva, sibilância e falta de ar

Bronquite Bacteriana Persistente

Fisiopatologia
“Ciclo Vicioso”



Comprometimento
dos mecanismos de
defesa pulmonar

Bactérias inaladas
permanecem nas
VA mais tempo
que o normal

Donnelly D et al. Outcomes in children treated for Persistent bacterial bronchitis. Thorax 2007;62:80-84

Bronquite Bacteriana Persistente

Fisiopatologia

- BAL : inflamação neutrofílica acentuada
- Ativação dos sistema imune inato?



células, n^o de neutrófilos e IL-8

Ciclo de inflamação crônica

Marchant JM et al. Prospective Assesment of Protacted Bacterial Bronchitis. Pediatric Pulmonology 43:1092-1099

Bronquite Bacteriana Persistente

Etiologia

1. *Haemophilus influenzae*
2. *Streptococcus pneumoniae*
3. *Moraxella catarrhalis*



SENÍVEIS A
AMOXICILINA+
CLAVULANATO

Donnelly D et al. Outcomes in children treated for Persistent bacterial bronchitis. Thorax 2007;62:80-84

Marchant JM et al. Prospective Assesment of Protacted Bacterial Bronchitis. Pediatric Pulmonology 43:1092-1099

Bronquite Bacteriana Persistente

Bronquiectasias: estágio tardio da BBP?

- Em proporção significativa de pacientes, a inflamação de vias aéreas inferiores acompanhadas da BBP podem levar a “bronquiectasias idiopáticas”

Bronquite Bacteriana Persistente

Bronquiectasias: estágio tardio da BBP?

- 1949, Field et al: broncoscopia em crianças com tosse crônica
- Aquelas com tosse produtiva crônica que não mostraram alterações no primeiro exame, 40% mostraram evidências de bronquiectasias após 3 anos.

Bronquite Bacteriana Persistente

Tratamento

- Não há consenso
- No início do processo, cursos curtos de ATB
- Maioria: meses ou anos de sintomas

Bronquite Bacteriana Persistente


Tratamento

- Antibióticos nebulizados
- Fisioterapia respiratória

Bronquite Bacteriana Persistente

Conclusão

Incidência aumentou nas últimas décadas

-  do uso de ATBs
- Pouca atenção para àqueles que podem se beneficiar

Bronquite Bacteriana Persistente

Conclusão

- Tratamento melhora a qualidade de vida
- Previne a evolução para bronquiectasias (?)
- Mais estudos são necessários

Obrigada

