Pneumonite por hipersensibilidade: a importância do radiologista na abordagem multidisciplinar para este diagnóstico

Hypersensitivity pneumonitis: the importance of the radiologist in the multidisciplinary approach to its diagnosis

Luiz Felipe Nobre¹, Leila John Marques Steidle¹

Pneumonite por hipersensibilidade engloba um conjunto de doenças de acometimento pulmonar com predomínio dos acha-
dos histopatológicos (infiltrado inflamatório linfocitário, granulo-
mas não caseosos e focos de bronquiolite obliterante, além de fi-
brose nas fases mais crônicas)¹–³ predominantemente distribuí-
dos em torno das pequenas vias aéreas, conforme demonstrado
no excelente artigo de correlação publicado por Torres et al.⁴ neste
número da Radiologia Brasileira. Esta localização dos achados
reflete resposta à inalação repetida de diversas substâncias anti-
gênicas, usualmente orgânicas, como fungos, bactérias termofíli-
cas e penas de pássaros¹–². Pulmão do fazendeiro e pulmão dos
criadores de pássaros são formas consagradas de pneumonite por
hipersensibilidade, no entanto, a cada dia novas e curiosas expo-
sições são descritas, como o pulmão do saxofonista, que ocorre
com a exposição a fungos residentes no bocal deste instrumento.

Clinicamente, a doença pode se apresentar nas formas aguda,
subaguda ou crônica. Formas aguda e subaguda apresentam sint-
tomas sistêmicos, simulando um quadro gripal ou asmático. A
forma crônica ocorre nos indivíduos com maior reexposição anti-
gênica e cursa com fibrose intersticial mais acentuada, dispneia,
hipoxemia, baqueteamento digital e restrição funcional pulmonar.
Esta forma geralmente está associada à falta de identificação do
antígeno e inclui-se no diagnóstico diferencial com outras pneumo-
patias intersticiais idiopáticas¹–⁵, sendo muitas vezes impossível
esta diferenciação, mesmo com estudo histopatológico.

Os estudos epidemiológicos internacionais de pneumonite por
hipersensibilidade são muito variáveis. No Brasil, estima-se uma
ocorrência de 3% a 13% entre as doenças intersticiais pulmona-
res⁶. Estudo realizado em São Paulo, SP, com 99 casos confir-
mados por biópsia pulmonar, aponta para a exposição a fungos
domésticos e pássaros como agentes causadores mais frequen-
tes⁶. Também em nossa experiência em Santa Catarina encon-
tramos a doença mais frequentemente ocorrendo com a exposi-
ção antigênica a fungos, com destaque para mofo domiciliar, e
em criadores de pássaros.

Não existem critérios definidos para o diagnóstico da pneu-
monite por hipersensibilidade. Na prática, a correlação entre his-
tória clínica e funcional compatível, exposição identificada, linfo-
citose acentuada no lavado broncoalveolar, biópsia compatível
e achados sugestivos na tomografia computadorizada de alta reso-
lução do tórax são fundamentais¹–³,⁷.

O afastamento do antígeno é decisivo para o tratamento da
pneumonite por hipersensibilidade. Alguns autores têm tentado
chamar a atenção para a importância da exposição ao mofo no
ambiente doméstico, causa de PH certamente subestimada uni-
versalmente. Uma inspeção detalhada do ambiente é a etapa mais
importante para a determinação da localização específica da ex-
posição e para o desenvolvimento de estratégias de controle.

Desta forma, a abordagem multidisciplinar é definitiva para o
diagnóstico desta doença, conforme muito bem frisado por Torres
et al.⁴, sendo fundamental a correlação entre as características
clínicas, nexo causal de exposição, achados tomográficos e as-
pectos histopatológicos.

Neste contexto, a tomografia computadorizada exerce papel
fundamental na demonstração de achados sugestivos da doença.
Embora não patognomônicos, devem sugerir a possibilidade de
pneumonite por hipersensibilidade no diagnóstico diferencial, e o
radiologista, atento e conhecedor desses achados, deve sempre
buscar história compatível de exposição respiratória. Sobretudo
na fase aguda/subaguda da doença, a presença de nódulos centro-
lobulares em vidro fosco e o padrão de atenuação em mosaico
sem redistribuição vascular devem levantar a suspeita de pneu-
monite por hipersensibilidade. No primeiro caso, o principal diag-
nóstico diferencial é com a bronquiolite respiratória dos fuman-
tes, o que facilita o raciocínio, uma vez que a pneumonite por
hipersensibilidade raramente ocorre em tabagistas. No segundo
caso, o principal diagnóstico diferencial é com a pneumonia in-
tersticial não específica, que também costuma ter associação com
dados clínicos diversos da pneumonite por hipersensibilidade.

Conforme também discutido no artigo de Torres et al.⁴, a pre-
sença de hiperinflação focal de lóbulos pulmonares secundários de
permeio a alterações pulmonares difusas reforça a suspeição de
pneumonite por hipersensibilidade, traduzindo bronquiolite celular
ou constritiva, secundária às alterações bronquíolocêntricas. Esta

¹ Doutores, Professores Adjuntos de Radiologia e Pneumologia do Departa-
mento de Clínica Médica da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Flo-
rianópolis, SC, Brasil.

Autor correspondente: Dr. Luiz Felipe Nobre. E-mail: luizfelipenobresc@gmail.com.
é uma daquelas doenças em que o radiologista aumenta sua credibilidade junto aos colegas de outras especialidades, pois a suspeição diagnóstica pode ser feita no serviço de radiologia, a partir de um achado tomográfico sugestivo, buscando-se uma história de exposição compatível, que não raramente pode ter passado despercebida em anamnese não dirigida. Uma sugestão diagnóstica criteriosa, baseada num achado de imagem indicativo, pode fazer um radiologista famoso!

REFERÊNCIAS

1. Selman M, Pardo A, King TE Jr. Hypersensitivity pneumonitis: insights in diagnosis and pathobiology. Am J Respir Crit Care Med. 2012;186:314–24.

2. Girard M, Lacasse Y, Cormier Y. Hypersensitivity pneumonitis. Allergy. 2009;64:322–34.

3. Rubin AS, Santana ANC, Costa AN, et al. Diretrizes de doenças pulmonares intersticiais da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. J Bras Pneumol. 2012;38(Supl 2):S1–S133.

4. Torres PPT, Moreira MAR, Silva DGST, et al. Aspectos tomográficos e histopatológicos da pneumonite por hipersensibilidade: ensaio iconográfico. Radiol Bras. 2016;49:112–6.

5. Lacasse Y, Selman M, Costabel U, et al. Classification of hypersensitivity pneumonitis: a hypothesis. Int Arch Allergy Immunol. 2009;149:161–6.

6. Bagatin E, Pereira CAC, Afiune JB. Doenças granulomatosas ocupacionais. J Bras Pneumol. 2006;32(Supl 1):S69–S84.

7. Lacasse Y, Selman M, Costabel U, et al. Clinical diagnosis of hypersensitivity pneumonitis. Am J Respir Crit Care Med. 2003;168:952–8.