

BRONQUIECTASIA: PASSADO, PRESENTE E FUTURO

Marina Alvarez, Fabio Vanderlei Ribeiro de Freitas, Suellem Santana Pita, Thaís Rodrigues do Rosário, Fátima Mitsie Chibana Soares

marina.alvarez@uel.br, fatimachibana@uel.br

Palavras-chave: bronquiectasia; doença relacionada a imunoglobulina G4; fibrose cística.

A bronquiectasia, caracterizada por dilatação das vias aéreas, é uma condição clínica associada a várias doenças. Por muitos anos, sua causa foi ignorada, e seu tratamento teve como foco o controle das exacerbações infecciosas. Novas tecnologias diagnósticas possibilitaram melhor investigação de sua etiologia e tratamentos específicos, influenciando positivamente sua evolução. O objetivo do trabalho é mostrar como o diagnóstico etiológico precoce pode influenciar o prognóstico, a partir do relato de dois casos de bronquiectasias do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina, visando ao melhor diagnóstico e tratamento das bronquiectasias. O primeiro caso é de uma mulher de 80 anos em acompanhamento por bronquiectasia, inicialmente atribuída a uma tuberculose, tratada empiricamente há 12 anos. Havia história de tosse produtiva crônica, pneumonias de repetição e broncoespasmo. Foi reinvestigada para tuberculose devido a episódios de hemoptise, com resultado negativo. Em 2021, teve episódios de exacerbação infecciosa, realizando investigação para possível deficiência na imunidade, quando apresentou dois testes de iontoforese > 90, confirmando-se fibrose cística. O segundo caso é de uma mulher de 51 anos com diagnóstico de bronquiectasia e asma desde os 18 anos. Em 2020, apresentou várias exacerbações, tratadas com antibióticos, quando se confirmou imunodeficiência, com IgG4 abaixo do normal em várias dosagens. A bronquiectasia caracteriza-se por remodelamento permanente das vias aéreas, desde dilatações sutis até alterações císticas. Está relacionada a um ciclo vicioso de destruição parenquimatosa, em que uma infecção inicial associada ao acúmulo de secreção nas vias aéreas prejudica o sistema de defesa, tornando o indivíduo mais suscetível a novas infecções. A inflamação crônica destrói as paredes brônquicas, gerando um quadro clínico de tosse com expectoração, dispneia, sibilância e hemoptise (Imam e Duarte, 2020). Dentre as causas, há a fibrose cística e a deficiência de imunoglobulinas. A fibrose cística é uma

doença genética em que há pneumonia e sinusite de repetição, com secreção espessa que obstrui as vias aéreas, culminando em extensas bronquiectasias (Flume, Chalmers e Olivier, 2018). Geralmente inicia-se na infância, mas pode ocorrer na vida adulta. Já a deficiência de IgG4 é uma condição imunomediada, na qual ocorrem lesões inflamatórias, fibrose e infiltração IgG4 no parênquima pulmonar (Castralli et al, 2021). Ambas as condições são causas tratáveis de bronquiectasia e devem ser consideradas no diagnóstico diferencial das condições fibroinflamatórias. O diagnóstico de bronquiectasia é confirmado através da tomografia de alta resolução de tórax, que demonstra sua presença e avalia sua extensão. A utilização disseminada deste exame de imagem é, possivelmente, o principal fator do aumento do diagnóstico das bronquiectasias (Pereira et al, 2019). Já para investigação etiológica, diversos exames complementares podem ser solicitados: dosagem de imunoglobulinas, teste do cloreto de sódio no suor, culturas de escarro e detecção de mutações genéticas (CFTR). É recomendado que seu manejo seja realizado em centros de referência, onde se torna possível a sua abordagem de forma multidisciplinar (Pereira et al, 2019). O tratamento das bronquiectasias tem vários pontos: manejo das exacerbações e terapia preventiva (focados nas infecções bacterianas), higiene brônquica (hidratação, nebulização, fisioterapia), uso de broncodilatadores e tratamentos específicos de acordo com a etiologia (Pereira et al, 2019). Considerando-se seu caráter progressivo e irreversível, são importantes a investigação etiológica e o tratamento direcionado. No futuro, é possível que a população de pacientes com bronquiectasias seja significativamente reduzida devido ao diagnóstico precoce de muitas causas que têm tratamento, resultando em melhor qualidade de vida e maior sobrevida, e prevenindo gastos excessivos com terapias e internações.

REFERÊNCIAS

- CASTRALLI, H. A. et al. Doença relacionada ao IgG4: relato de caso. **Hematology, Transfusion and Cell Therapy**, v. 43, out. 2021. Supl. 1.
- FLUME, P. A.; CHALMERS, J. D.; OLIVIER, K. N. Advances in bronchiectasis: endotyping, genetics, microbiome and disease heterogeneity. **Lancet**, v. 392, n. 10150, p. 880-890, set. 2018.

IMAM, J. S.; DUARTE, A. G. Non-CF bronchiectasis: Orphan disease no longer. **Respiratory Medicine**, v. 166, n. 105940, mar. 2020.

O'DONNELL, A. E. Bronchiectasis update. **Current Opinion in Infectious Diseases**, v. 31, n. 2, p. 194-198, abr. 2018.

PEREIRA, M. C. et al. Consenso brasileiro sobre bronquiectasias não fibrocísticas. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 45, n. 4, jul./ago. 2019.