



Granulomatose pulmonar de corpo estranho em um usuário crônico de cocaína em pó

Shruti Khurana¹, Ankit Chhoda², Sandeep Sahay³, Priyanka Pathania⁴

1. Lady Hardinge Medical College, New Delhi, India.
2. Maulana Azad Medical College, Department of Internal Medicine, New Delhi, India.
3. Houston Methodist Lung Center, Houston (TX) USA.
4. Jack C. Montgomery VA Medical Center, Department of Pulmonary Medicine, Muskogee (OK) USA.

Recebido: 1 setembro 2016.
Aprovado: 31 outubro 2016.

Trabalho realizado no Houston Methodist Lung Center, Houston (TX) USA.

RESUMO

Descrevemos o caso de um homem de 33 anos de idade, usuário crônico de cocaína em pó, que apresentava dispneia, febre, sudorese noturna e perda de peso significativa. A TCAR de tórax revelou nódulos centrolobulares, dando uma impressão inicial de tuberculose miliar. Por isso, o paciente passou a receber tratamento empírico com quatro tuberculostáticos. Quatro semanas depois, apesar do tratamento antituberculose, o paciente continuou a apresentar os mesmos sintomas. Foi então realizada a biópsia pulmonar transbrônquica. A análise histopatológica da amostra obtida revelou granuloma de corpo estranho birrefringente. A história de uso de cocaína por inalação, a presença de nódulos centrolobulares e os achados histopatológicos de corpos estranhos confirmaram o diagnóstico de granulomatose pulmonar de corpo estranho. Este relato destaca o fato de que a granulomatose pulmonar de corpo estranho deve ser incluída no diagnóstico diferencial de perfis clínicos que se assemelham a tuberculose.

Descritores: Pulmão; Granuloma de corpo estranho; Transtornos relacionados ao uso de cocaína.

INTRODUÇÃO

Os médicos frequentemente deparam com abuso de cocaína na prática clínica. É a principal causa de mortes relacionadas com drogas ilícitas em todo o mundo.⁽¹⁾ O abuso de cocaína se dá por diversos métodos, mas o mais comum é a inalação da cocaína em pó. Complicações pulmonares, tais como alveolite, barotrauma, talcose, pneumonia em organização, enfisema bolhoso e fibrose pulmonar, são frequentemente relatadas como resultado do fumo de cocaína (crack) ou do uso de cocaína por via intravenosa.⁽²⁾ No entanto, até o momento, há apenas um relato de granulomatose pulmonar de corpo estranho (GPCE) secundária ao uso de cocaína inalatória.⁽³⁾

RELATO DE CASO

Um homem hispânico de 33 anos de idade e compleição mediana foi admitido em nosso instituto. Ele se queixava de dispneia, febre, sudorese noturna e rápida perda de peso (18 kg ao longo de quatro meses). Um achado positivo pertinente na anamnese inicial foi o fato de que o paciente havia viajado para um país onde a tuberculose é endêmica. O exame físico não revelou nenhum desconforto agudo e nenhum estigma de abuso de drogas injetáveis. O paciente estava febril ($\leq 38,5^{\circ}\text{C}$) e apresentava pressão arterial = 124/72 mmHg, FC = 76 bpm, FR = 18 ciclos/min e constante $\text{SpO}_2 = 98\%$ em repouso. A primeira contagem total de leucócitos foi de 8.200 células/ μl , com reação neutrofílica predominante. Os resultados da hemocultura foram negativos para microrganismos aeróbios e anaeróbios. Os resultados do teste toxicológico de urina e do teste de HIV foram negativos. A radiografia e a TCAR de tórax revelaram micronódulos bilaterais cujo tamanho variava de 1 a 3 mm e cuja distribuição era centrolobular (Figura 1). Um

ensaio de IFN- γ e uma baciloscopia de escarro para a detecção de BAAR foram realizados a fim de descartar a possibilidade de infecção micobacteriana. Embora os resultados tenham sido negativos para tuberculose, a alta suspeita clínica da doença levou ao início do tratamento empírico com quatro tuberculostáticos. Quatro semanas depois, o paciente retornou ao pronto-socorro com piora da falta de ar. Uma nova TCAR revelou nódulos centrolobulares semelhantes sem melhora radiológica (Figura 2). Na ocasião, foi realizada uma broncoscopia com biópsia pulmonar transbrônquica para avaliar melhor os micronódulos pulmonares. O exame do lavado broncoalveolar, com coloração de Ziehl-Neelsen, não revelou BAAR. A análise histopatológica do espécime obtido por meio da biópsia pulmonar transbrônquica revelou múltiplos granulomas com material birrefringente no centro (Figura 3), confirmando o diagnóstico de GPCE. O paciente negou veementemente o uso de drogas injetáveis. Infelizmente, o quadro evoluiu com novo declínio da função pulmonar. Após fibrose progressiva ao longo do ano seguinte, o paciente morreu de insuficiência respiratória crônica.

DISCUSSÃO

Os pulmões são frequentemente afetados pelo abuso de cocaína, independentemente do método de administração. A apresentação clínica e os achados radiológicos são variados e altamente inespecíficos.⁽⁴⁾ A GPCE é uma doença rara, e sua verdadeira incidência é desconhecida. É comumente secundária à injeção intravenosa de comprimidos farmacêuticos pulverizados contendo ligantes insolúveis, tais como talco, celulose, amido e outros adulterantes usados nas ruas. As minúsculas partículas se alojam no leito vascular e no interstício e causam apenas granulomas e fibrose.⁽⁵⁾ Antes deste relato, houve apenas um relato de

Endereço para correspondência:

Sandeep Sahay. Houston Methodist Lung Center, Suite 1001, Smith Tower, 6550 Fannin Street, ZIP 77030, Houston, TX, USA.
Tel.: 1 713 363-9587. E-mail: ssashay@houstonmethodist.org
Apoio financeiro: Nenhum.

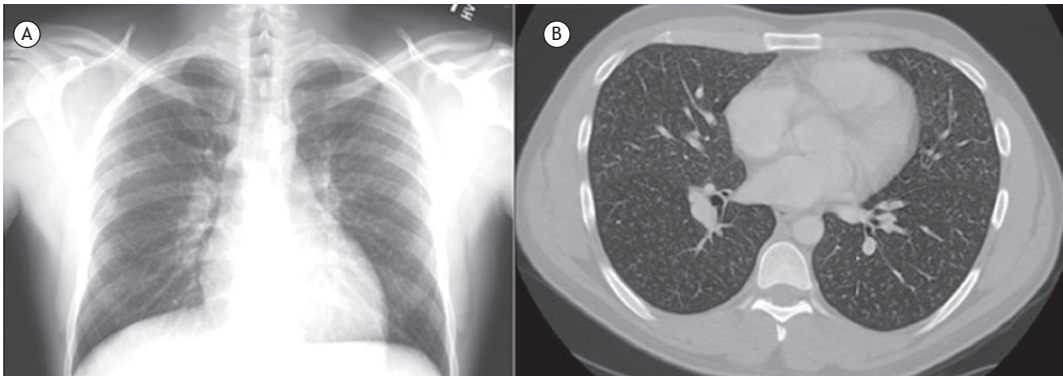


Figura 1. Em A, radiografia de tórax mostrando sombras micronodulares. Em B, TC de tórax mostrando nódulos centrolobulares em ambos os campos pulmonares.

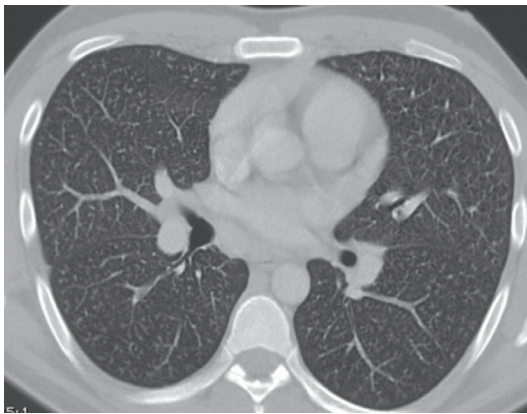


Figura 2. TC de tórax mostrando a persistência de nódulos centrolobulares em campos pulmonares bilaterais após quatro semanas de tratamento com tuberculostáticos.

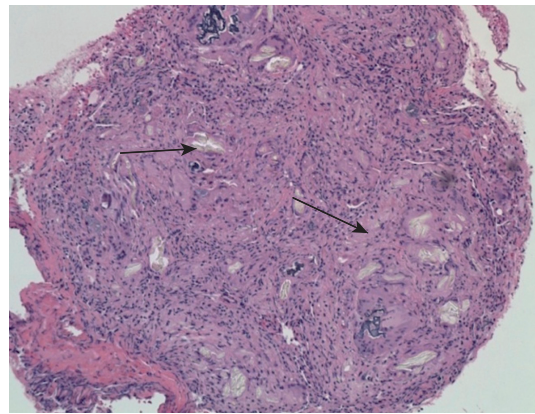


Figura 3. Fotomicrografia do espécime obtido por meio de biópsia transbrônquica (tecido pulmonar), mostrando material de corpo estranho birrefringente (seta esquerda), além de formação de granuloma (seta direita) ao redor do material de corpo estranho (H&E; aumento: 40x).

caso de GPCE em um usuário de cocaína em pó (por via intranasal), cuja causa foi o enchimento de celulose.⁽³⁾ Radiologicamente, a GPCE pode se apresentar em forma de pequenos nódulos centrolobulares difusos, massas conglomeradas, opacidades em vidro fosco difusas e enfisema panlobular nos lobos inferiores.⁽⁶⁾ Como nosso paciente inalava cocaína, o aparecimento de nódulos centrolobulares na TC de tórax foi coerente com doença das pequenas vias aéreas, e não tuberculose miliar, que geralmente se apresenta em forma de nódulos aleatórios. É prudente levar em conta doenças granulomatosas raras, tais como GPCE, em pacientes com história de abuso de drogas injetáveis ou inalatórias. A GPCE pode

ser subaguda (com febre, perda de peso ou hemoptise) ou crônica (com dispneia e declínio progressivo da função pulmonar).⁽⁷⁾ Dentre as complicações tardias estão hipertensão pulmonar, *cor pulmonale*, enfisema panlobular e, raramente, insuficiência respiratória com necessidade de transplante pulmonar.^(8,9) Não existe tratamento específico para GPCE. Em alguns pacientes, houve estabilização dos sintomas após a cessação do uso de drogas e resolução dos sintomas agudos com o uso de corticosteroides.⁽¹⁰⁾ A pedra angular do tratamento ainda é evitar a exposição.

REFERÊNCIAS

- Restrepo CS, Carrillo JA, Martínez S, Ojeda P, Rivera AL, Hatta A. Pulmonary complications from cocaine and cocaine-based substances: imaging manifestations. *Radiographics*. 2007;27(4):941-56. <https://doi.org/10.1148/rg.274065144>
- Tseng W, Sutter ME, Albertson TE. Stimulants and the lung: review of literature. *Clin Rev Allergy Immunol*. 2014;46(1):82-100. <https://doi.org/10.1007/s12016-013-8376-9>
- Cooper CB, Bai TR, Heyderman E, Corrin B. Cellulose granuloma in the lungs of a cocaine sniffer. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1983;286(6383):2021-2. <https://doi.org/10.1136/bmj.286.6383.2021-a>
- Almeida RR, Zanetti G, Souza AS Jr, Souza LS, Silva JL, Escuissato DL, et al. Cocaine-induced pulmonary changes: HRCT findings. *J Bras Pneumol*. 2015;41(4):323-30. <https://doi.org/10.1590/S1806-37132015000000025>
- Ellis SJ, Cleverley JR, Müller NL. Drug-induced lung disease: high-resolution CT findings. *AJR Am J Roentgenol*. 2000;175(4):1019-24. <https://doi.org/10.2214/ajr.175.4.1751019>
- Marchiori E, Lourenço S, Gasparetto TD, Zanetti G, Mano CM, Nobre LF. Pulmonary talcosis: imaging findings. *Lung*. 2010;188(2):165-71. <https://doi.org/10.1007/s00408-010-9230-y>
- Paré JP, Cote G, Fraser RS. Long-term follow-up of drug abusers with intravenous talcosis. *Am Rev Respir Dis*. 1989;139(1):233-41. <https://doi.org/10.1164/ajrccm/139.1.233>
- Shlomi D, Shirit D, Bendayan D, Sahar G, Shechtman Y, Kramer MR. Successful lung transplantation for talcosis secondary to intravenous abuse of oral drug. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2008;3(2):327-30. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2012.11.004>
- Weinkauff JG, Puttagunta L, Nador R, Jackson K, LaBranche K, Kapasi A, et al. Long-term outcome of lung transplantation in previous intravenous drug users with talc lung granulomatosis. *Transplant Proc*. 2013;45(6):2375-7. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2012.11.004>
- Smith RH, Graf MS, Silverman JF. Successful management of drug-induced talc granulomatosis with corticosteroids. *Chest*. 1978;73(4):552-4. <https://doi.org/10.1378/chest.73.4.552>