

A IMPORTÂNCIA DA LEPTOSPIROSE NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE PNEUMONIAS COMUNITÁRIAS EM TEMPOS PÓS-ENCHENTE

HELENA DOS REIS BARCELLOS¹; VICTOR CARPENA SCHUCH²; ELISA FREITAS NEVES BERTOLDI³

¹Universidade Católica de Pelotas – helenarbarcellos@gmail.com

²Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – victorschuch@gmail.com

³Universidade Católica de Pelotas – elisa.neves@ucpel.edu.br

1. INTRODUÇÃO

A enchente ocorrida em maio de 2024 no estado do Rio Grande do Sul trouxe desafios aos mais variados campos do conhecimento. À medicina, certamente, não foi diferente: nos últimos tempos, as atenções foram bastante direcionadas à conscientização sobre cólera, febre tifóide, hepatite A, giardíase, acidentes com animais peçonhentos e – principalmente – leptospirose.

A leptospirose é uma doença zoonótica causada por espiroquetas pertencentes à ordem Spirochaetales e à família Leptospiraceae e, epidemiologicamente, é uma patologia que costuma ser subestimada na maioria dos países (LOSCALZO *et al*, 2024, p. 1417).

A transmissão das espiroquetas pode acontecer por contato direto com urina, sangue ou tecidos de um animal infectado ou – mais frequentemente – por contaminação ambiental. Inclusive, surtos podem surgir após inundações ou enchentes – situações em que pessoas podem ser expostas a águas contaminadas com urina de animais infectados (LOSCALZO *et al*, 2024, p. 1417).

Os órgãos mais comumente afetados pela doença são componentes do sistema nervoso central, fígado, rins, músculo esquelético e pulmões (IM *et al*, 1898, p. 955).

Nos pulmões, o acometimento vascular característico da doença ocasiona hemorragia alveolar, que resulta em imagem radiográfica de tórax com opacidades ou até mesmo com consolidações (HANSELL *et al*, 2010, p. 220). Contudo, tanto as opacidades quanto as consolidações também são, por essência, as manifestações radiográficas das pneumonias (HANSELL *et al*, 2010, p. 205), o que pode induzir o médico ao erro. Além disso, sintomas pulmonares podem ser o principal problema clínico em pacientes com leptospirose (IM *et al*, 1898, p. 956), aumentando as chances de se confundir o quadro com uma pneumonia.

O objetivo do presente trabalho é evidenciar a importância de se construir uma robusta história do paciente na anamnese, para que a leptospirose seja cogitada como diagnóstico diferencial diante de opacidades ou consolidações na radiografia de tórax – tão essencial no contexto pós-enchentes.

2. METODOLOGIA

A metodologia utilizada na elaboração deste trabalho foi a revisão bibliográfica narrativa, de modo que se buscou estabelecer por qual razão se pode confundir um quadro de leptospirose com um quadro de pneumonia comunitária, e por que a anamnese é tão importante para diferenciá-los, especialmente em momentos que sucedem catástrofes climáticas como a ocorrida em maio do corrente ano, no Rio Grande do Sul.

Para tanto, foram consultados livros consagrados de semiologia médica, clínica médica e radiologia torácica, além de artigos encontrados na plataforma “SciELO”, obtidos pela busca com os descritores “leptospirose humana”.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A leptospirose é descrita como uma doença bifásica, sendo que a primeira fase é denominada leptospirêmica ou septicêmica. Nessa fase – que dura entre 3 e 10 dias –, apresenta-se um quadro de início abrupto, marcado por febre alta, isto é, acima de 38,6°C (PORTO, 2019, p. 110), que pode vir acompanhada de cefaleia, mialgia, calafrios, anorexia, náuseas, vômitos, sufusão conjuntival e alteração do sensorio. É nessa fase também que o paciente pode apresentar sintomas respiratórios, como tosse, dispneia e hemoptise. Inclusive, no estudo publicado por Im *et al* (1989), os sintomas respiratórios estavam presentes em 67% dos pacientes analisados, demonstrando não serem uma manifestação rara da doença. Ainda, menos frequentemente, podem ocorrer hemorragias cutâneas, esplenomegalia, linfadenomegalia e icterícia. Durante essa fase, as espiroquetas do *Leptospira interrogans* podem ser encontradas no sangue.

A segunda fase é chamada de fase imune. Sua duração não é bem estabelecida pela literatura, mas, de acordo com Im *et al* (1989, p. 958) ela sucede um período praticamente assintomático de 1 a 3 dias. Nela, surgem anticorpos do tipo imunoglobulinas M (IgM), que determinam a formação de imunocomplexos circulantes que podem causar colapso circulatório, meningite e outros distúrbios (HÜTTNER; PEREIRA; TANAKA, 2002, p. 230). Essa fase conta com manifestações clínicas variáveis, além do surgimento de espiroquetas na urina.

Feita tal conceituação, faz-se necessário esclarecer que a distinção entre essas duas fases não costuma ser tão clara, pois os casos mais leves da doença nem sempre incluem a fase imune, enquanto a forma grave também pode ser monofásica e fulminante (LOSCALZO *et al*, 2023, p. 1419).

Inclusive, também se faz necessário distinguir didaticamente a leptospirose leve da leptospirose grave.

Os pacientes com a forma leve da leptospirose podem ficar assintomáticos ou levemente doentes, com um quadro semelhante ao gripal, autolimitado, que se resolve dentro de 7 a 10 dias, independentemente de terapia antimicrobiana (LOSCALZO *et al*, 2023, p. 1419).

Os pacientes com a forma grave, por outro lado, desenvolvem um quadro que progride rapidamente e está associado a uma taxa de letalidade de até 50%, conhecido como Síndrome de Weil. Essa síndrome é composta pela tríade hemorragia, icterícia e lesão renal aguda, sendo que a hemorragia acomete mais comumente o trato gastrointestinal, o trato urogenital, a pele e os pulmões. Inclusive, é da hemorragia pulmonar que decorrem os sintomas respiratórios nos pacientes com leptospirose, isto é, a tosse, a dor torácica, a dispneia e a hemoptise – assim como os estertores que podem ser revelados na ausculta, a macicez ou submacicez à percussão e os achados radiográficos de opacidades ou consolidações (figura 1).

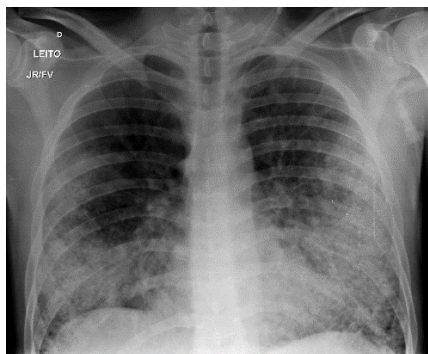


Figura 1: Consolidações resultantes de hemorragia alveolar por leptospirose em paciente masculino, de 23 anos, com história de contato com a água das enchentes de Porto Alegre.

Fonte: Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, 20/05/2024.

A pneumonia, por sua vez, consiste na infecção do parênquima pulmonar. De acordo com Loscalzo (2023, p. 1011), o paciente com pneumonia geralmente apresenta: febre, taquicardia, calafrios, sudorese, tosse seca ou produtiva – podendo também, em certos casos, apresentar hemoptise –, dispneia e dor torácica. Além disso, até 20% dos pacientes podem apresentar sintomas gastrointestinais, como de náuseas, vômitos e diarreia, e podem aparecer também fadiga, cefaleia, mialgias e artralgias (LOSCALZO, 2023, p. 1011).

Conforme ensina Loscalzo (2023, p. 1009), na pneumonia, mediadores inflamatórios liberados por macrófagos e neutrófilos podem criar um vazamento capilar alveolar que resulta em preenchimento alveolar por exsudato. Tal preenchimento é o que ocasiona a maior parte dos sintomas característicos da pneumonia, além de ser responsável pelos estertores que podem ser revelados na ausculta, pela macicez ou submacicez à percussão e pelos achados radiográficos de opacidades ou consolidações (figura 2). Isso significa que o exsudato na pneumonia ocasiona achados tanto de exame físico quanto radiográficos muito semelhantes àqueles causados pela hemorragia alveolar na leptospirose.

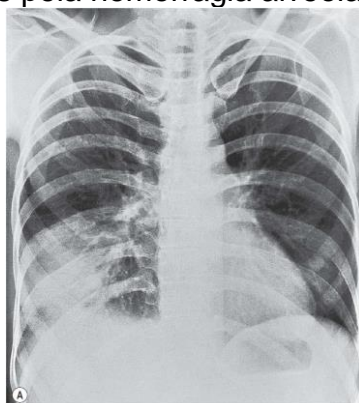


Figura 2: Consolidação resultante de pneumonia bacteriana.

Fonte: Imagem retirada do livro de Hansell *et al*, 2023, p. 97.

Não parece incorreto afirmar que os achados radiográficos característicos das patologias em tela são indistinguíveis.

Ademais, a clínica do paciente com leptospirose e a do paciente com pneumonia também podem ser extremamente parecidas.

Nesse contexto, uma boa anamnese acaba por mostrar-se – mais do que nunca – essencial. Afinal, não é por acaso que ela é dita por Porto (2019, p. 50) a

parte mais importante da medicina. A anamnese é quem pode revelar se o paciente foi exposto a alguma situação de risco, a partir de questionamentos – especialmente – acerca de ocupação e local de trabalho, viagens recentes, atividades físicas, residência e condições de moradia.

No estudo realizado por Im *et al* (1989), por exemplo, todos os 51 pacientes com leptospirose tinham histórico de trabalho em plantações de arroz alagadiças.

Ademais, Loscalzo (2023, p. 1418) afirma que a leptospirose também é uma doença de viajantes, já que diversos pacientes adquirem a infecção ao viajarem para países tropicais, onde praticam atividades de aventura, como *rafting* em corredeiras, caminhadas na selva e exploração de cavernas.

Além disso, Loscalzo (2023, p. 1418) também pontua que certos exercícios físicos praticados em água doce, como canoagem, windsurfe, natação e esqui aquático, colocam as pessoas em risco de infecção, havendo relato de diversos surtos subsequentes a eventos esportivos.

As condições de moradia do paciente, outrossim, podem revelar se ele tem acesso a saneamento básico, isto é, água tratada e rede de esgoto.

Por fim, diga-se que saber onde o paciente reside é um dado muito relevante para estabelecer se ele pode ter tido contato com águas contaminadas, principalmente no contexto das enchentes gaúchas. Ao saber o endereço do paciente, facilmente já se podia sobre uma possível exposição, já que mapas das áreas de risco eram publicados diariamente nos veículos de comunicação.

4. CONCLUSÕES

Diante de todo o exposto, resta claro que o quadro clínico da leptospirose pode ser bastante parecido com o de uma pneumonia, tanto pelo arcabouço sintomatológico, quanto pelos achados em exame físico e em radiografias.

O importante papel da anamnese fica evidente ante tal problemática, pois ela pode fornecer dados que contribuem para o diagnóstico correto, possibilitando a adoção de uma conduta mais assertiva, que certamente garantirá ao paciente melhor desfecho.

Evidentemente, haverá momentos em que ela não será suficiente, *per se*, para solver a questão, sendo necessário recorrer a métodos de diagnóstico definitivo para confirmar ou descartar a infecção por *Leptospira interrogans*.

Felizmente, testes rápidos de leptospirose estão disponíveis no SUS desde 2020, representando um grande aliado no enfrentamento de enchentes.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

HANSELL, D. M. *et al.* **Imaging of diseases of the chest**. – 5th ed. Reino Unido: Mosby / Elsevier, 2009.

HÜTTNER, M. D. *et al.* Pneumonia por leptospirose. **Jornal de Pneumologia**, v. 28, p. 229-232, 2002. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/jpneu/a/qT8wDJbLvJnTctwkkZZi7qG/?lang=pt&format=html#>.

IM, J. *et al.* Leptospirosis of the lung: radiographic findings in 58 patients.

American Journal of Roentgenology, v. 152, n. 5, 955-959, 1989. Disponível em: <https://www.ajronline.org/doi/epdf/10.2214/ajr.152.5.955>.

LOSCALZO, J. *et al.* **Medicina Interna de Harrison**. Porto Alegre: Artmed, 2023.

PORTO, C. C. **Semiologia médica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.