

# Reacções tissulares hiperérgicas

Nota sôbre um caso

por

GUILHERME DE OLIVEIRA

COIMBRA  
1 9 3 8

RC  
MNCT  
616  
OLI



Ao Ex.<sup>mo</sup> Sr. Prof. DOUTOR CELESTINO DA COSTA

com muita admiração e gratidão.

**Homenagem do autor**



# Reacções tissulares hiperérgicas

## Nota sôbre um caso

Sob a influência dos conceitos modernos de alergia tem-se modificado muito a interpretação de certos processos mórbidos e em especial das doenças infecciosas. Hoje já não se pode tomar como certo o princípio da imutabilidade das reacções entre um agente patogénico e o organismo vivo como no-lo transmitiu a era da patologia celular. De facto os velhos conceitos etiológicos já não servem para explicar muitos processos biológicos em que reacções especiais dos tecidos desempenham um grande papel independentemente do agente patogénico e por isso os nossos conhecimentos de hoje sôbre a alergia vieram abrir brecha nas ideias duma rígida especificidade causal, que parece não existir.

Na verdade é bem conhecida a diversidade de perturbações que certos agentes podem ocasionar no organismo a tal ponto que somos obrigados a admitir que para além da acção própria dos agentes, existe

Embora já muito longe do tempo em que fomos bolseiros no estrangeiro do Instituto para a Alta Cultura aprez-nos registar aqui o nosso profundo reconhecimento pelos benefícios que nos prestou tão útil Instituição e pela confiança com que nos honrou mesmo até no momento em que por motivos alheios à sua e à nossa vontade, fomos forçados a abandonar o nosso estágio. A ela devemos o gôsto pela investigação científica e a parte mais importante da nossa cultura médica.



INSTITUTO PARA  
A ALTA CULTURA

RC  
MNCI  
616  
CLI

outro factor, inerente ao organismo, que pode fazer variar duns casos para os outros a expressão patológica que aquêles sòzinhos poderiam despertar. Têm-se apontado como exemplo desta disposição especial tissular as formas variadas como um processo pneumónico se apresenta à nossa observação (LAUSCHE). Por outro lado tem-se verificado, nestes últimos tempos, que substâncias aparentemente inofensivas de natureza proteica podem, em determinadas condições, produzir inflamações chamadas hiperérgicas.

Estes fenómenos têm sido estudados clínica e anatomopatologicamente. Por vezes estas reacções são generalizadas a todo o organismo, porém isto nem sempre acontece e então assiste-se à localização do processo em determinado órgão sem rebate sôbre os outros órgãos ou sistemas. Assim nestes últimos tempos têm-se descrito alguns casos de infecções pulmonares de evolução fugaz e que consistem em infiltrações, por vezes macissas, dum lobo inteiro e que são acompanhadas de elevada eosinofilia. Estes casos têm sido colocados no quadro das hiperergias localizadas.

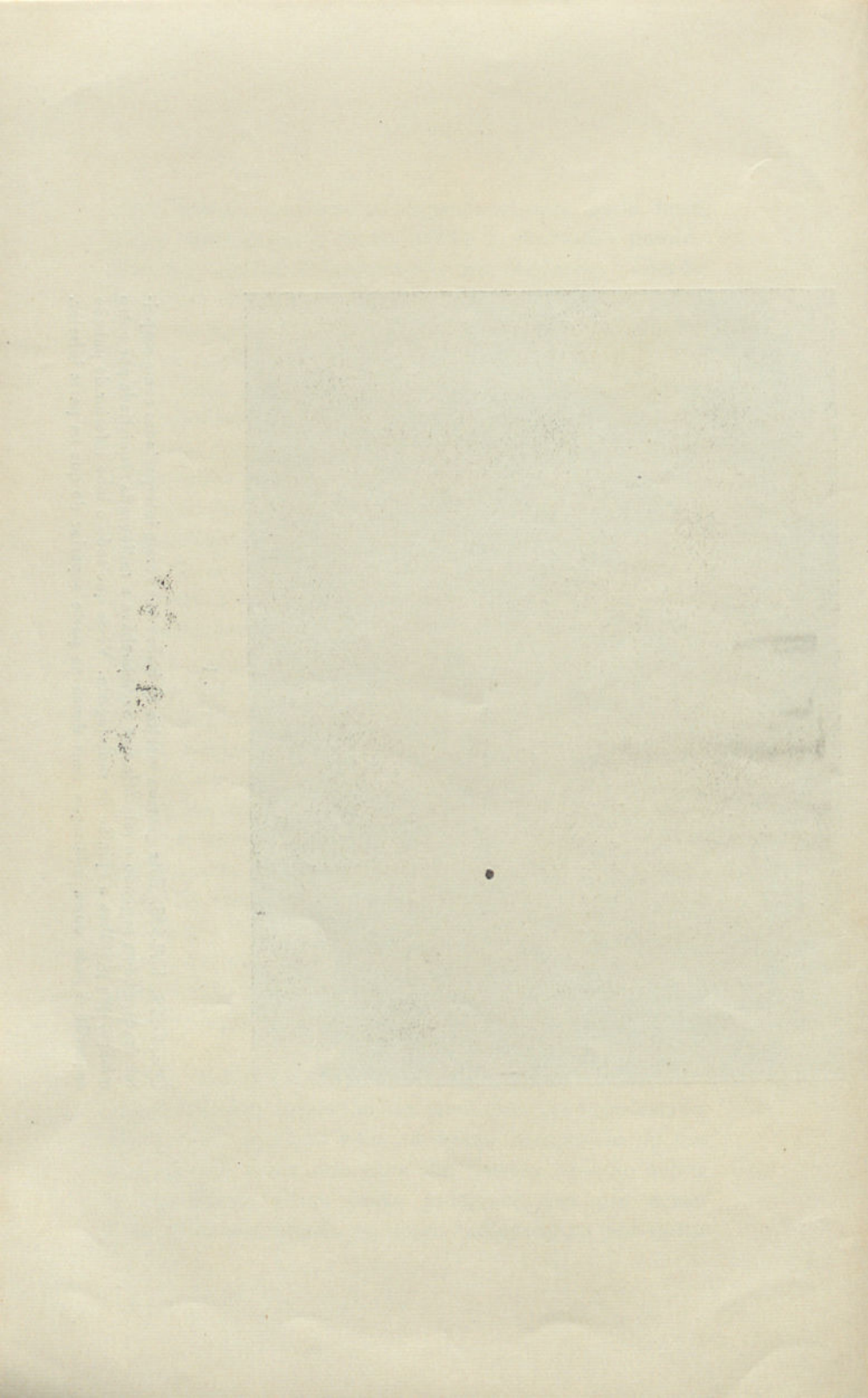
Ora estes casos, por que são pouco conhecidos, podem, por vezes, pelas características de que se rodeiam, dar origem a grandes dificuldades de diagnóstico. Por ser assim e porque na literatura portuguesa, que eu saiba, não existem casos dêstes, e também porque são muito raros no estrangeiro, julgo útil a publicação do caso clínico que se segue.

Um indivíduo de sexo masculino, de 41 anos de idade, casado, industrial de lanifícios, em bom estado físico e de nutrição veio ao nosso consultório no dia 4 de Junho dêste ano para lhe darmos opinião sôbre o significado duma lesão pulmonar que por acaso tinha sido encontrada no écran radioscópico por outro



FIG. 1

Obs. 7-929. I-VI-938. Esta gravura mostra as lesões que foram interpretadas como suspeitas de carcinoma segundo o relatório que acompanhava a radiografia requisitada por outro médico, que perfilhou a opinião do radiologista. Vê-se que todo o lobo inferior do pulmão esquerdo é sede duma infiltração mais densa na parte superior do que na parte inferior.





médico no decorrer de uma consulta sôbre o estado do seu aparelho cárdio-vascular.

O médico surpreendido pela extensão das lesões que nada indicava existirem mandou o doente a um radiologista. Êste perante uma radiografia pensou em várias hipóteses, aceitando como mais admissível a de neoplasma pulmonar. Esta opinião como outras alvoçou a família, os amigos e o próprio doente que se apresentou à nossa consulta dando sinais evidentes da neurose do mêdo. A contrastar com tudo isto êste individuo não tinha queixas físicas como nunca as teve durante a sua vida. Não tinha tosse nem expectoração; não tinha anorexia nem estava emagrecido e não sentia quaisquer dores nem tinha sensações estranhas em qualquer parte do corpo. Disse ter uma temperatura sub-febril (37,5 37,3 etc.) desde que foi ao primeiro médico. Interrogado sôbre possíveis antecedentes causais ou adjuvantes do aparecimento de tal lesão contou apenas que na manhã do dia 1 de Junho dêste ano, em que se propoz vir da sua terra a Coimbra, fez um grande esforço ao ajudar a levantar um fardo pesado após o que se sentiu um ponco dispneico e vertiginoso. Poude a despeito disso guiar o seu automóvel, bem disposto, num percurso de 60 quilómetros. Foi sempre saudável. Há dois anos porém mandou dosear a ureia no sangue encontrando-se uma taxa de 0,84. Passados alguns dias de regimen dietético próprio esta taxa baixou para 0,58 e tem-se mantido desde então à volta dêste número e às vezes mais baixa.

O exame físico dêste doente ainda mais nos surpreendeu. Não notámos sinais físicos pulmonares de relêvo. No pulmão esquerdo pareceu-nos encontrar o murmúrio vesicular um pouco diminuído e havia ligeira submacicez. De resto nenhum ruído adventício que

nos pudesse dar alguma indicação especial. O mesmo não aconteceu quando colocámos o doente atrás do écran radioscópico.

A massa hilar esquerda encontrava-se muito volumosa e empastada e dela irradiavam cordões grosseiros para a região intercleido-hilar e para a base do pulmão.

Em relação de continuidade com o hilo doente notava-se a existência duma zona de infiltração tissular que se dirigia ligeiramente para cima e para fora atingindo o plano costal. Para baixo desta zona e fazendo corpo com ela notava-se uma infiltração mais tenue até ao terço inferior do pulmão. O campo hilo-pulmonar direito não apresentava radioscopicamente nada de especial. Em face do aspecto da lesão pensámos num abcesso como hipótese mais provável.

Cuidamos de consolar o doente na convicção firme de que o seu estado não era de mau prognóstico. Uma radiografia feita no mesmo dia confirmou por largo o exame radioscópico e despertou ao nosso radiologista a ideia de abcesso pulmonar confirmando assim as nossas suspeitas. Uma contagem de glóbulos, a determinação da fórmula leucocitária e do índice de sedimentação vieram-nos dar a solução do problema. O doente a par das suas lesões de aparência brutal tinha uma eosinofilia sanguínea muito elevada (16%) e um índice de sedimentação baixo (4,5 Westergreen). Foi feita uma análise das fezes que não revelou a existência de parasitas. Fizemos de pronto o diagnóstico de inflamação hiperérgica pulmonar e instituímos a terapêutica pelo cálcio por via endovenosa e esclarecemos o doente sobre a rápida evolução do seu mal. O tempo veio-nos confirmar as nossas ideias.

Uma radiografia feita quatro dias depois mostrou uma acentuada regressão do processo ao mesmo tempo

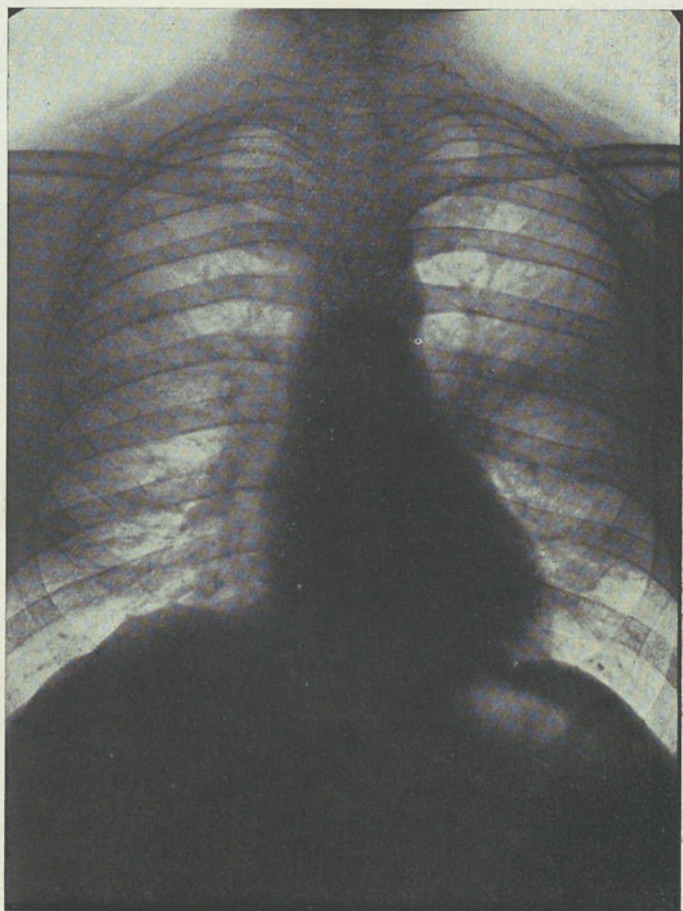


FIG. 2

Obs. 117. 4-VI-938. A gravura mostra as lesões reveladas por uma radiografia feita, a nosso pedido, no dia em que o doente nos procurou pela primeira vez, pelos radiologistas Srs. Drs. Francisco Batoréu e Pais Mamede. Esta radiografia foi o ponto de partida para o nosso diagnóstico. As lesões ocupam os dois terços superiores do lobo inferior esquerdo e a região bilar. Verifica-se porém, que já não são tão extensas nem tão nítidas como antes. A eosinofilia era, ainda assim, de 16<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.



que a eisinofilia baixou para 4<sup>0</sup>/. Por fim uma radiografia feita oito dias depois de iniciado o tratamento mostrou o desaparecimento completo das lesões. No decorrer do tratamento a curva térmica normalisou-se e o doente teve alta no dia 14 de Julho.

Onde se lê 14 de Julho na 5.<sup>a</sup> linha da página 9  
deve ler-se 14 de Junho

Ainda assim nos regosijamo-nos de ter ido a tempo e podermos assim esclarecer um caso dêstes ainda em evolução e que causou, como é natural, grandes apreensões ao doente e ao médico que casualmente lhe encontrou o processo.

Casos idênticos têm sido descritos por LOEFFLER, ENGEL, SPITZNER, LEITNER, STEIGER, BUSCHE e outros. As opiniões divergem sôbre a natureza dêstes processos. Enquanto que alguns autores admitem uma relação

(1) Esta radiografia que nos foi apresentada não nos deu indicações para o diagnóstico que já tínhamos feito dias antes. Serviu-nos porém para confirmação imediata do mesmo diagnóstico.

Deve-se ao receio do doente que estejamos na sua posse. Êle quis ouvir mais uma vez a opinião do seu primeiro médico. Êste embaraçado com a interpretação do caso, não o soube informar, motivo porque ficou combinado entre ambos uma consulta a um médico notável do país. Dissuadimos o doente desta intenção insistindo na nossa opinião já formada e o doente ofereceu-nos a radiografia.

THE UNIVERSITY OF CHICAGO  
LIBRARY  
540 EAST 57TH STREET  
CHICAGO, ILL. 60637  
U.S.A.

que a eisinofilia baixou para 4<sup>0</sup>/. Por fim uma radiografia feita oito dias depois de iniciado o tratamento mostrou o desaparecimento completo das lesões. No decorrer do tratamento a curva térmica normalisou-se e o doente teve alta no dia 14 de Julho.

Como nota curiosa, devemos citar que o doente, depois de lhe termos diagnosticado a sua inflamação alérgica, nos entregou a radiografia requisitada pelo primeiro médico que o tinha observado, que apresentava lesões maiores do que a nossa primeira radiografia feita apenas quatro dias depois daquela (1). É natural que a sua eosonofilia também tivesse sido maior, sendo certo que esta nos casos raros descritos no estrangeiro atinge cifras que vão até 30<sup>0</sup>/. Infelizmente o estudo do sangue não foi feito na altura em que as lesões se apresentavam no seu máximo.

Ainda assim nós regosijamo-nos de ter ido a tempo e podermos assim esclarecer um caso dêstes ainda em evolução e que causou, como é natural, grandes apreensões ao doente e ao médico que casualmente lhe encontrou o processo.

Casos idênticos têm sido descritos por LOEFFLER, ENGEL, SPITZNER, LEITNER, STEIGER, BUSCHE e outros. As opiniões divergem sôbre a natureza dêstes processos. Enquanto que alguns autores admitem uma relação

(1) Esta radiografia que nos foi apresentada não nos deu indicações para o diagnóstico que já tínhamos feito dias antes. Serviu-nos porém para confirmação imediata do mesmo diagnóstico.

Deve-se ao receio do doente que estejamos na sua posse. Êle quis ouvir mais uma vez a opinião do seu primeiro médico. Êste embarçado com a interpretação do caso, não o soube informar, motivo porque ficou combinado entre ambos uma consulta a um médico notável do país. Dissuadimos o doente desta intenção insistindo na nossa opinião já formada e o doente ofereceu-nos a radiografia.

estreita entre estas reacções tissulares e a tuberculose, outros pretendem que se trata de fenómenos puramente de natureza alérgica.

Os autores estão porém de acôrdo sôbre o significado da eosinofilia, que todos consideram como a expressão duma hipersensibilidade alérgica do organismo tomando assim um valor enorme para o diagnóstico destas afecções. Ela não pode ser confundida com a eosinofilia que acompanha outros estados patológicos porque não atinge neles por via de regra cifras tão elevadas e ainda porque não domina a sua sintomatologia que por ser rica elucida fâcilmente o clínico. Estão neste caso as eosinofilias post-infecciosas, as eosinofilias parasitárias, as que se registam no estado de resolução das pneumonias lobares e na asma brônquica, etc.

No que diz respeito às relações dêstes infiltrados fugazes com outras afecções, nomeadamente com a tuberculose, ainda não foi possível chegar a conclusões certas. É certo que alguns autores (LOEFFLER, LEITNER, SCHWARTZ e outros) admitem a possibilidade dêstes processos constituirem uma forma de reacção alérgica tuberculosa.

O que embaraça porém os autores é a dificuldade de contribuir com uma prova objectiva para a confirmação das suas ideias. Cabe lembrar aqui que muitas vezes se podem confundir fenómenos de atelectasia com estes processos. A epituberculose que muitos autores põem ao lado da atelectasia como fenómeno a distinguir dos infiltrados alérgicos fugazes não tem razão de ser separada da última visto que aquela é uma consequência directa desta como bem o demonstrou ROESSLE.

Com tôda a probabilidade estes processos devem ser atribuidos a um estado de reacção hiperérgica tis-



sular do organismo. O mecanismo pelo qual se constituem as lesões, isto é, se produz a localização da hiperergia está ligado sobretudo às perturbações endotélio-vasculares. Sem estas não é possível o contacto do antigénio da corrente circulatória com os anticorpos fixados nas células endoteliais e nas camadas subendoteliais. As experiências de KNEPPER provaram que só depois de alterada a barragem constituída pelo endotélio se pode provocar a localização duma reacção hiperérgica. O mecanismo porém pelo qual o endotélio aumenta de permeabilidade ainda não se pode esclarecer. Parece contudo que os fenómenos de vaso-constricção e dilatação desempenham aqui um grande papel seguidos da acção directa do antigénio sobre o endotélio. O alergeno actua pela via dos nervos vasculares de modo a influenciar a circulação nos capilares préterminais e terminais provocando uma diminuição da velocidade da corrente sanguínea. Em virtude disto dá-se uma estagnação do sangue e aumenta a concentração do alergeno numa determinada região. Nestas condições o endotélio altera-se aumentando a sua permeabilidade e o alergeno pode reagir com os anticorpos fixados no endotélio e mais profundamente no subendotélio. A reacção tem o seu início nestas duas camadas e daqui atinge as camadas subjacentes dos capilares. Daqui resulta o edema, a dissociação e a degenerescência fibrinoide das fibras conjuntivas, lesões típicas dos processos alérgicos (ROESSLE, KLINGE e o.), e que dão lugar a estes aspectos congestivos como no nosso caso.

Ora estes fenómenos biológicos podem ser despertados por substâncias aparentemente inofensivas de natureza proteica, que uma vez introduzidas no organismo provocam por parte d'este a formação de anticorpos que mais tarde poderão reagir com o antigénio

correspondente dando lugar a reacções inflamatórias do tipo hiperérgico.

No nosso caso há um pormenor etiológico de grande importância.

Trata-se de um indivíduo que vive de há muito num ambiente de poeiras de lã, que podem ter funcionado como alergeno de modo que o indivíduo se encontrava em estado alérgico. Num dado momento o seu equilíbrio alérgico rompeu-se em virtude de qualquer acção banal, que aqui pode ter sido o esforço excepcional que fez na manhã do dia 1 de Junho para ajudar a levantar um fardo pesado.

O valor das determinantes mecânicas para a localização da hiperérgia foram já bem estudadas por KNEPPER e KLINGE, e estes autores não dão menos valor a estas do que às acções químicas ou biológicas.

O nosso caso cabe, pelo menos aparentemente, ao lado dos descritos por ENGEL e SPITZNER. O primeiro autor observou no Japão, nos meses de Maio e Junho, doentes com infiltrações pulmonares fugazes, que êle julga serem provocadas pelo pólen de determinadas plantas. Êle escolheu para esta doença, que êle considera um quadro mórbido com individualidade própria, o nome de edema pulmonar alérgico da primavera. Interessante para o nosso ponto de vista é também o caso de SPITZNER que além da localização pulmonar ainda mostrava outros sinais de hipersensibilidade alérgica. O doente apresentava edema fugaz e pruriginoso logo que se expunha ao frio. Estes casos e o nosso são exemplos clínicos de manifestações localizadas de hiperérgia que ainda há bem pouco tempo eram conhecidas apenas no domínio do campo experimental (KNEPPER).

Dar relêvo a estas observações clínicas tem pelo menos o mérito de tornar cada vez mais conhecidos

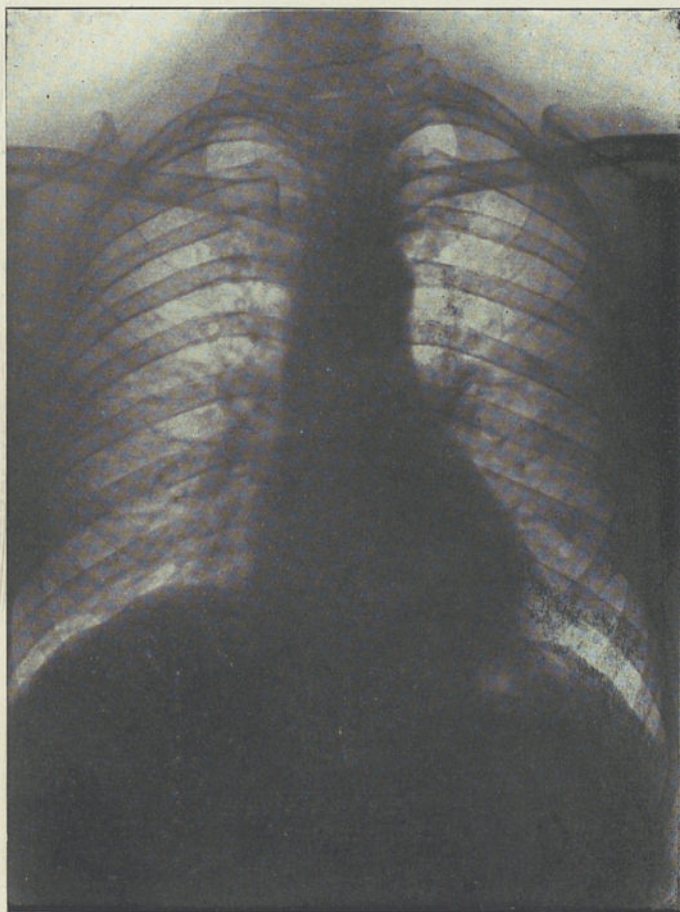


FIG. 3

Obs. 127. 8-VI-938. A gravura mostra a regressão quási completa das lesões. Dois dias depois a taxa da eosinofilia tinha descido para 4<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Cinco dias depois uma radiografia feita, pelos mesmos radiologistas, no dia em que se deu alta ao doente já não revelou lesões.



estes fenómenos cuja interpretação é tão difícil na prática como no seu mecanismo ainda sujeito às incertezas dos nossos conhecimentos. O futuro há-de dizer-nos, pelo estudo cuidadoso dêstes processos, se êles constituem um quadro sintomático de afecções mal conhecidas ou se exprimem, na verdade, entidades mórbidas perfeitamente individualizadas.



---

Comp. e imp. na Tipografia da Atlântida — COIMBRA

