



ARTIGO ESPECIAL

Bronquiectasias: será necessária a investigação etiológica?

A. Amorim^{a,*} e J. Gracia Róldan^b

^aServiço de Pneumologia, Hospital São João - EPE, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, Portugal

^bServiço de Pneumologia, Hospital Universitari Vall d' Hebron, Barcelona; Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, Espanha

Recebido em 26 de agosto de 2010; aceite em 28 de setembro de 2010

PALAVRAS-CHAVE

Bronquiectasias;
Etiologia;
Investigação

Resumo

As bronquiectasias (BE) e caracterizam-se por uma dilatação e destruição irreversível das paredes brônquicas. São a expressão morfológica de uma grande variedade de patologias.

A verdadeira prevalência das BE é desconhecida, contudo sabe-se que são frequentes nos países de Terceiro Mundo devido a infecções pulmonares. A sua prevalência nos países desenvolvidos é também significativa em consequência da maior capacidade de diagnóstico, da sua associação com doenças de prevalência elevada e da maior cronicidade de algumas das patologias subjacentes.

Durante as últimas décadas tem havido pouco interesse na investigação das BE, exceptuando as consequentes à fibrose quística. Uma das razões relaciona-se com o pressuposto de que o tratamento é comum a todos os doentes com BE, independentemente da etiologia subjacente. Vários trabalhos nesta última década demonstraram que a obtenção de um diagnóstico etiológico modifica a abordagem e o tratamento numa percentagem relevante de doentes e consequentemente o seu prognóstico.

Recomenda-se actualmente a investigação sistemática da etiologia, principalmente das doenças que poderão responder a um tratamento específico.

© 2010 Publicado por Elsevier España, S.L. en nome da Sociedade Portuguesa de Pneumologia. Todos os direitos reservados.

KEYWORDS

Bronchiectasis;
Aetiology;
Investigation

Bronchiectasis: do we need aetiological investigation?

Abstract

Bronchiectasis (BE) is characterized by irreversible dilation and damage to the bronchial walls. It is a morphological expression of a large variety of pathologies.

*Autor para correspondência.

Correio electrónico: adelinamorim@gmail.com (A. Amorim).

The true prevalence of BE is unknown. It is known, however, that in Third World countries it is common due to lung infections. Its current prevalence in developed countries is rather significant due to a greater capacity for diagnosis, its association with highly prevalent diseases and to a greater chronicity of some of the underlying pathologies.

Over the last few decades there has been little interest in the investigation of BE, unless it is associated with cystic fibrosis. One of the reasons is the presupposition that treatment is the same for all patients diagnosed with BE, regardless of the underlying aetiology. Several works carried out over the last decade show that a diagnosis based on aetiology changes both the approach and the treatment of BE within a relevant percentage of patients, with a consequent change in the prognosis.

Currently, systematic investigation into the aetiology of BE is recommended, particularly in those disorders that respond to specific treatment.

© 2010 Published by Elsevier España, S.L. on behalf of Sociedade Portuguesa de Pneumologia.

All rights reserved.

Introdução

As bronquiectasias (BE) caracterizam-se por uma dilatação e destruição irreversível das vias aéreas, associada a um ciclo vicioso de inflamação, infecção recorrente e lesão brônquica.

As BE são muitas vezes descritas como uma doença pulmonar mas será mais adequado considerar que são a expressão patológica de uma grande variedade de doenças. No entanto, a sua etiologia ainda é desconhecida em muitos casos.

Passaram quase 2 séculos desde que René Laënnec fez a primeira descrição de um doente com BE¹, mais de 80 anos desde que Jean Athanase Sicard introduziu a broncografia como método diagnóstico², mais de 50 anos desde que Reid descreveu e classificou as BE com base nos achados histológicos e broncográficos³ e aproximadamente 20 anos da progressiva substituição da broncografia pela tomografia computadorizada de alta resolução (TACAR) como método de diagnóstico.

Ao longo do último século foram descritos várias síndromes/patologias associadas a BE: o síndrome de Mounier-Kuhn em 1932⁴, a fibrose quística (FQ) em 1944⁵, o síndrome de Williams-Campbell em 1960⁶, o síndrome das unhas amarelas em 1964⁷, a panbronquiolite difusa em 1969⁸, o síndrome de Young em 1970⁹, o síndrome de Lady-Windermere em 1992¹⁰.

Durante as últimas 2 décadas do século xx foram reconhecidas várias associações entre BE e doenças sistémicas como artrite reumatóide, doença intestinal inflamatória e SIDA¹¹. Muito recentemente, foi descrita a associação entre a doença renal poliquística autossómica dominante e BE¹².

Nos finais da década de 80, Barker definiu as BE como “uma doença órfã”¹³, em alusão à definição usada para doenças que tinham sido alvo de um esquecimento científico e de um desinteresse na investigação terapêutica, como consequência de uma suposta baixa prevalência¹⁴.

Epidemiologia

Há poucos estudos sobre a prevalência real das BE. No passado, a tuberculose, a tosse convulsa e o sarampo

foram causas significativas de BE. A melhoria das condições sociais, o desenvolvimento de antibióticos de largo espectro, o tratamento adequado da tuberculose pulmonar, a vacinação infantil tem certamente contribuído para um decréscimo das BE pós-infecciosas nos países desenvolvidos. Por outro lado, vários factores têm contribuído para um aumento da prevalência de casos de BE nestes mesmos países: a maior capacidade de diagnóstico com o uso da TACAR, o reconhecimento de novas causas de BE de alta prevalência, como a SIDA, o reconhecimento das BE como complicação de transplantes cardíacos, pulmonares e de medula óssea e a maior sobrevivência de doentes com FQ e défices imunológicos.

Nos anos 40 e 50 foi descrita no Reino Unido uma prevalência de 77-130/100.000 habitantes^{15,16}. Um estudo recente, realizado nos EUA, calculou uma prevalência de 52/100.000 adultos. A prevalência foi superior nas mulheres em todas as idades, o que está de acordo com diversos outros estudos¹⁷.

Foram descritas prevalências muito mais elevadas em algumas comunidades: 16/1000 em crianças nativas de uma região do Alasca, 15/1000 em crianças aborígenes da Austrália e 1/6000 crianças na Nova Zelândia¹⁸⁻²⁰. Estas diferenças são essencialmente devido às condições socioeconómicas, mas equaciona-se a possibilidade de haver factores genéticos subjacentes.

Existem apenas 2 estudos que estimaram a incidência. Na Finlândia havia uma incidência anual de 0,5/100.000 crianças com menos de 15 anos e de 3,9/100.000 no total da população e na Nova Zelândia foi estimada uma incidência de 3,7/100.000 crianças com menos de 15 anos^{21,22}.

Um estudo realizado nos EUA revelou que os custos do tratamento por doente foram superiores ao das doenças cardíacas e DPOC¹⁷. Dados do Reino Unido indicam que 78% dos doentes com BE que recorrem ao serviço de urgência são internados e que um terço tem pelo menos uma agudização anual que precisa de hospitalização, com uma duração média de 10,5 dias, superior à estimada para outras patologias como a asma e a DPOC²³. Por fim, noutra estudo constatou-se que 25% dos doentes morreram nos 9 anos após o primeiro internamento em que foi documentada a existência de BE²⁴.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4213920>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4213920>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)