

# Pulmão do Cuspidor de Fogo

## *Fire-Eater's Lung*

Apresenta-se o caso de um homem de 31 anos, fumador sem outras doenças conhecidas. É agente comercial numa empresa de produtos de higiene e, desde há 3 meses, iniciou a prática de cuspir fogo em espectáculos de rua.

Recorre ao Serviço de Urgência (SU) por dor torácica anterior direita com características pleuríticas, tosse seca e febre (40°C), quadro que iniciou poucas horas após a aspiração do líquido “água de fogo” (composto por derivados do petróleo) durante uma performance a cuspir fogo.

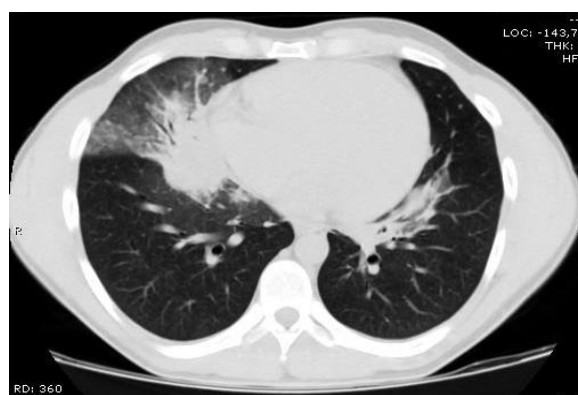
Do estudo realizado, apresentava aumento dos marcadores inflamatórios e hipotransparência do lobo médio na radiografia torácica, pelo que teve alta medicado com azitromicina 500mg uma vez dia. Por persistência e agravamento dos sintomas, recorre novamente ao SU 3 dias depois. Objectivadas febre e crepitações no 1/3 inferior do hemitórax direito. TAC torácica a mostrar consolidação do segmento anterior do lobo inferior esquerdo e do segmento medial do lobo médio (Figuras 1 e 2), com áreas de baixa densidade (-77HU) - seta da figura 1-, áreas em vidro despolido no lobo médio (Figura 2) e ainda algumas opacidades lineares nos segmentos basais dos lobos inferiores. Apresentava também aumento franco dos marcadores analíticos de inflamação, com leucocitose 16000/ $\mu$ L, neutrofilia e PCR 233 mg/L. A gasimetria arterial excluiu insuficiência respiratória. Assumiu-se Pneumonia Lipóide Exógena Aguda com possível sobreinfecção, pelo que iniciou amoxicilina-clavulanato após colheita de rastreio séptico. Realizou broncofibroscopia, que não revelou alterações da mucosa brônquica, e colheu lavado brônquico (LB), tendo-se observado células muco-secretoras, macrófagos alveolares e escassos polimorfonucleares. Não foi isolado agente infeccioso e apresentou evolução clínica e analítica favorável, tendo tido alta após 4 dias de internamento, a completar antibioterapia empírica em ambulatório.

A Pneumonia Lipóide Exógena é uma entidade rara, que resulta da inalação e/ou aspiração de substâncias lipídicas, podendo ocorrer de forma crónica ou aguda, sendo esta última uma condição rara e consequente de aspiração acidental de uma grande quantidade de material lipídico num curto espaço de tempo<sup>1</sup>. Os sintomas mais comuns são tosse, dor torácica, dispneia, febre e hemoptises, sendo habitual surgirem nas primeiras 12 horas após aspiração da substância<sup>1</sup>. O melhor método de imagem para o diagnóstico é o TAC de alta resolução, que frequentemente mostra consolidação e/ou áreas em vidro despolido, habitualmente bilateral e nos lobos inferiores (quando unilateral o pulmão direito é o mais afectado), podendo ainda observar-se espessamentos septais interlobulares<sup>2</sup>. O achado imagiológico mais característico é a presença de consolidação com áreas de baixa densidade (entre -150 a -30HU), fenómeno que se deve à atenuação da gordura<sup>1-4</sup>. O estudo citológico do lavado broncoalveolar pode evidenciar macrófagos xantomatosos, o que corrobora o diagnóstico. Contudo, este achado não é específico e os falsos negativos são frequentes<sup>1,3</sup>. O diagnóstico é baseado na histórica clínica e nos achados imagiológicos e citológicos, sendo que nenhum isoladamente faz o diagnóstico<sup>1</sup>. Dado ser uma entidade pouco frequente, com poucos casos descritos, o tratamento baseia-se na experiência clínica, sendo essencial: a evicção do agente

Figura 1. TAC torácica (janela mediastínica). Consolidação com áreas de baixa densidade no lobo médio (seta)



Figura 2. TAC torácica (janela pulmonar). Consolidação do lobo médio e padrão periférico em vidro despolido. Consolidação do segmento anterior do lobo inferior esquerdo



causal; o tratamento de suporte e das complicações, nomeadamente sobreinfecção bacteriana. O uso de corticóides é controverso devendo ser reservado para as situações clínicas mais graves<sup>1-2</sup>.

No nosso caso não foi possível constatar os macrófagos típicos no LB. Atendendo à evolução favorável, pareceu-nos desnecessário expor o doente a métodos mais invasivos, até porque a história clínica e os achados imagiológicos característicos apoiam fortemente o diagnóstico.

## Bibliografia

1. Marchiori E, Zanetti G, Mano CM, Hochhegger B. Exogenous lipid pneumonia. Clinical and radiological manifestations. *Respir Med*, 2011; 105(5): 659–66
2. Pielaszkiwicz-Wydra M, Homola-Piekarska B, et al. Exogenous lipid pneumonia – a case report of a fire-eater. *Pol J Radiol*, 2012; 7(4):60-4.
3. Gondouin A, Manzoni P, Ranfaing E et al. Exogenous lipid pneumonia: a retrospective multicentre study of 44 cases in France. *Eur Respir J*, 1996; 9: 1463–9
4. Betancourt SL, Martinez-Jimenez S, Rossi SE, Truong MT, Carrillo J, Erasmus JJ. Lipoid pneumonia: spectrum of clinical and radiologic manifestations. *AJR Am J Roentgenol* 2010; 194:103-9

## Diagnóstico: Pulmão do Cuspidor de Fogo

Rute M. Ferreira, J. Vasco Barreto

*Serviço de Medicina Interna do Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos. Portugal*

Correspondência: [ruteat.morais@gmail.com](mailto:ruteat.morais@gmail.com)

Como citar este artigo: Ferreira RM, Vasco Barreto J. Pulmão do Cuspidor de Fogo. *Gálicia Clin* 2014; 75 (1): 44

Recibido: 4/11/2013; Aceptado: 19/12/2013