

ASMA E DPOC EM PACIENTES COM BRONQUIECTASIAS NÃO FIBROCÍSTICAS: ETIOLOGIA DE BRONQUIECTASIA OU SUPERPOSIÇÃO DE DOENÇAS?

Marcela Pinheiro de Alencar Vilar*, Maria Luiza Paiva da Silva, Beatriz Diniz Oliveira, Thiago Bomfim de Saboia e Mara Rúbia Fernandes de Figueiredo.

Universidade de Fortaleza - Ceará, Brasil.

Objetivos:

Analisar a coexistência e a relação etiológica da asma ou da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) com a bronquiectasia não fibrocística.

Métodos:

A presente revisão de literatura foi realizada conforme pesquisa feita nas bases de dados PubMed e Scielo, utilizando asma, bronquiectasia, DPOC, asthma, COPD e Bronchiectasis como Descritores em Ciências da Saúde (DECS), os quais foram utilizados juntamente com operadores booleanos nas seguintes combinações: Bronquiectasia AND Asma AND DPOC; DPOC OR asma AND "etiologia de bronquiectasia"; Bronchiectasis AND asthma; Bronchiectasis AND COPD. Foram incluídos nove artigos entre 2012 e 2021.

Resultados:

A bronquiectasia é caracterizada pela dilatação irreversível e destruição dos brônquios, causada por infecção, ocorrendo um círculo vicioso concomitante a um processo de inflamação crônica das vias aéreas, resultando na ineficácia da expectoração do paciente e dano pulmonar estrutural progressivo. De acordo com análises epidemiológicas, há a presença de bronquiectasia em 50-60% dos pacientes asmáticos graves e há o aumento da taxa de hospitalização e mortalidade quando em concomitância à DPOC. Dessa forma, evidenciou-se essencial a identificação das comorbidades associadas à asma e à DPOC. Entretanto, ainda são incertas as associações entre as presentes patologias, visto que os estudos são inconclusivos acerca da relação de causalidade e da sobreposição entre elas. Todas possuem sinais e sintomas comuns, como hipersecretividade de muco, depuração mucociliar prejudicada e obstrução do fluxo aéreo. Quando se correlacionam, contribuem entre si para a piora do quadro clínico, uma vez que comprometem o clearance mucociliar, conseqüentemente há estagnação do muco, o qual, se relacionado à possíveis patógenos presentes, pode desempenhar papel na patogênese e manutenção das bronquiectasias. A asma é caracterizada pela presença de inflamação eosinofílica, porém recentemente foi observado também, em pacientes com asma grave, um infiltrado neutrofílico. Assim, a presença de neutrófilos persistentes e altos níveis de proteases e de quimiocinas pode favorecer a instalação da bronquiectasia, uma vez que causa lesão na parede brônquica, caracterizada pela destruição dos cílios e epitélio brônquico. Já com a DPOC, a bronquiectasia apresenta certa semelhança em suas manifestações, como a tosse crônica produtiva, a dispneia e uma reversibilidade incompleta da obstrução das vias aéreas. Mesmo possuindo diferentes fisiopatologias, há evidências de um fenótipo único entre elas, o que propicia frequentes infecções severas das vias respiratórias pela colonização de microorganismos patógenos, com ênfase na *Pseudomonas aeruginosa*. Em

contrapartida, alguns estudos mostram que há casos em que a bronquiectasia surge antes do diagnóstico de asma ou DPOC, assim como há os em que ela se manifesta depois. Com a dificuldade de diferenciação entre os sintomas comuns, não se consegue determinar se a bronquiectasia é uma consequência dessas doenças pulmonares obstrutivas ou se ela estaria presente previamente e não identificada precocemente.

Conclusão:

É certo que a coexistência da bronquiectasia não fibrocística com a asma ou DPOC indica pior prognóstico, aumento das taxas de hospitalização e de mortalidade, mas a relação de causalidade entre elas ainda é inconclusiva. Existem teorias que buscam relacionar essas patologias, porém é incerto se os achados evidenciados são suficientes para a concretização dessa interação.