**ANÁLISE DA PNEUMONITE POR HIPERSENSIBILIDADE COMO IMPORTANTE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: RELATO DE CASO**

Eduardo de Carvalho Carneiro1; Ilvanete Tavares Beltrão2

1 Discente do Curso de Medicina da FAHESP/IESVAP

2 Docente do Curso de Direito da FAHESP/IESVAP

Área temática: Atenção à saúde; email do autor: educrv2@hotmail.com

**INTRODUÇÃO:** A pneumonite por hipersensibilidade (PH) ou alveolite alérgica extrínseca é caracterizada como uma doença intersticial difusa, associada a formação de granulomas e de natureza inalatória, com diversos fatores desencadeadores, tanto antígenos orgânicos quanto inorgânicos implicados. São classificadas quanto ao início da manifestação dos sintomas mediante a exposição ao fator causal, sendo elas aguda, subaguda e crônica. Há prevalência da doença é controvérsia, decorrente, principalmente, do fato dos poucos casos e da subnotificação dos casos, estimando-se em torno de 2% a 12% na população mundial. Não há preferência por sexo ou idade. Fisiopatologicamente, a pneumonite por hipersensibilidade se comporta como uma reação de hipersensibilidade do tipo IV, surgindo através de reações estimuladas por antígenos específicos de Células T. O antígeno é captado por células da resposta inata, como macrófagos ou neutrófilos, as quais agem como APC (Células Apresentadoras de Antígenos) e ativam células T CD4+ específicas para os antígenos. As células T estimuladas tomam a via Th1 e passam a migrar para a área com alta concentração de antígenos, onde ocorre a liberação citocinas inflamatórias como interferon-γ (IFN-γ), IL-1, IL-2 e IL-6. Assim, com o aumento das citocinas, ocorre, consequentemente, inflamação local pelo aumento da permeabilidade vascular e pela migração e ativação de outras células pró-inflamatórias. **RELATO DE CASO:** Paciente do sexo masculino, 28 anos de idade, autônomo, solteiro. Refere dispneia progressiva e cansaço aos mínimos esforços com início há cerca de 2 anos, associado à tosse improdutiva e dor torácica, perda de peso e apresentou episódios de febre não aferida, sem resposta a antibioticoterapia empírica. Nega qualquer comorbidade ou episódio semelhante anterior, além disso, não realizava uso de medicação contínua. Nega tabagismo, alcoolismo ou uso de drogas ilícitas. Ao exame, apresentava-se em regular estado geral, normocorado, afebril, dispneico, anictérico e acianótico. Na ausculta pulmonar observou-se murmúrio vesicular diminuído em ambos os hemitórax, associado a creptos bibasais, ausculta cardíaca sem alterações. Avaliação inicial por meio de exames complementares não demonstrou aumento da proteína C reativa (0,5 mg/dL, valor de referência < 1,0 mg/dL), leucograma com eosinofilia leve e demais exames de rotina não demonstraram distúrbios específicos. Radiografia do tórax evidenciou um infiltrado intersticial difuso bilateralmente. Realizada tomografia computadorizada de tórax para seguimento da investigação, evidenciou-se opacidades reticulares e em vidro fosco em ambos os hemitórax, espessamento dos septos inter e intralobulares, discretas broquiloectasias e áreas de aprisionamento aéreo, achados tomográficos compatíveis com pneumopata intersticial não-especificada bilateral com fibrose. O teste de funções pulmonar-espirometria- revela capacidade vital forçada (FVC) de 24% e volume expiratório forçado (FEV) de 27%, não reversível ao uso de broncodilatador, sugestivo de distúrbio respiratório restritivo severo. Realizada biópsia pulmonar por toracotomia cujo exame histopatológico revelou fibrose intersticial com infiltrado inflamatório constituído predominantemente por células mononucleares. bronquialização do epitélio alveolar, também se observa hiperplasia do BALT compatível com pneumonite crônica de padrão intersticial, dispondo da hipótese diagnóstica de pneumonite por hipersensibilidade (PH). Para comprovação do provável diagnóstico foi realizado um teste alérgico ao qual evidenciou intolerância às penas, ao qual havia apresentado na anamnese queixa de grande quantidade de penas de pássaros proveniente da casa do vizinho. A dosagem de IgE total apresentou-se elevada (321 UI/mL, valor de referência <179 UI/mL). Foram realizadas diversas dosagens de outros marcadores para exclusão de outras hipóteses diagnósticas, tais como teste de escarro para tuberculose (negativo), HIV-1 e HIV-2 (não reagente), ANTI-HBs quantitativo (reagente), HBC (não reagente), ANTI-HBC IgM e IgG (não reagente), HVC (não reagente), HBs Ag (não reagente), fator reumatoide (não reagente), fator anti-nuclear (não reagente), além de uma radiografia dos seios da face para exclusão de alguma alteração anatômica de vias áreas superiores. Foi instituído o tratamento para pneumonite por hipersensibilidade com azatioprina na dose de 50 mg e prednisona 20 mg, via oral, 1x ao dia. **CONCLUSÃO:** A pneumonite por hipersensibilidade pode variar de apresentação clínica consoante a frequência, o tipo e duração da exposição, concentração, susceptibilidade do hospedeiro, gravidade da resposta imunológica e sequelas da reação inflamatória. O caso clínico apresentado refere-se a uma doente não tabagista, exposto durante anos a antígenos das aves, com episódios recorrentes de dispneia interpretados como bronquite e pneumonia, e que foi internada por insuficiência respiratória grave. A sintomatologia é sugestiva da PH crônica, que se apresenta tipicamente de um modo insidioso com episódios discretos de sintomas agudos. Por fim, é de suma importância a abordagem da pneumonite por hipersensibilidade como diagnóstico diferencial naqueles pacientes com episódios de bronquite e pneumonia de repetição, pois o diagnóstico precoce associado a correta retirada do fator desencadeador propicia ao paciente melhor qualidade de vida.