

## **Complicações agudas na Doença Falciforme: Síndrome Torácica Aguda (STA)**

### **Autores e Afiliação:**

Flávia Leite Souza Santos. Médica Assistente da Divisão de Hematologia e Hemoterapia do Departamento de Clínica Médica da FMRP/USP; Ana Cristina Silva Pinto. Médica Assistente da Divisão de Hematologia e Hemoterapia do Departamento de Clínica Médica da FMRP/USP; Fabíola Traina. Docente da Divisão de Hematologia e Hemoterapia do Departamento de Clínica Médica da FMRP/USP.

### **Área:**

Unidade de Emergência / Subárea: Clínica Médica.

**Data da última alteração:** segunda, 24 de julho de 2017

**Data de validade da versão:** quarta, 29 de agosto de 2018

### **Definição / Quadro Clínico:**

A síndrome torácica aguda (STA) se caracteriza por opacidade pulmonar nova na radiografia de tórax associada a um ou mais dos seguintes: dispneia, tosse, dor torácica, leucocitose e febre. Em crianças, geralmente é precedida por febre, enquanto nos adultos, o pródromo costuma ser um evento vaso-oclusivo, que evolui para STA em 24 a 72 horas após seu início. O quadro clínico depende da idade do paciente. Crianças com idade inferior a 10 anos apresentam febre, sibilos e tosse com maior frequência, enquanto em adultos prevalece a dor torácica e a dispneia. Em crianças a incidência é sazonal (predomínio no inverno), o que sugere associação com infecções respiratórias comuns durante a infância. A radiografia de tórax geralmente mostra velamento principalmente em lobos inferiores, mas, em crianças, não é raro acometimento isolado de lobos médio ou superior. A STA pode surgir como complicação em pacientes internados por outros motivos como CVO e pós-operatório. A mortalidade em adultos é maior.

## Diagnóstico:

A história clínica e exame físico devem induzir o médico a pensar em STA. É importante lembrar que os sinais e sintomas podem anteceder a alteração radiológica e, portanto, uma imagem radiográfica inicialmente normal não deve excluir o diagnóstico. Havendo a suspeita de STA o caso deve ser conduzido como tal e, posteriormente, a imagem deve ser reavaliada.

## Exames Complementares:

- Radiografia de tórax;
- Gasometria arterial se saturação de oxigênio  $\leq 94\%$  em ar ambiente;
- Hemocultura e cultura de escarro;
- Hemograma completo e contagem de reticulócitos;
- Ureia e creatinina;
- Enzimas hepáticas;

## Tratamento:

Tratamento: O tratamento tem como objetivo evitar ou reverter a insuficiência respiratória e para isso é fundamental o diagnóstico e início precoce das medidas descritas. O tratamento eficiente pode evitar danos pulmonares permanentes.

- Internação hospitalar e acompanhamento conjunto da equipe de hematologia;
- Hidratação deve ser realizada com cautela, especialmente em adultos que já apresentam comprometimento cardíaco;
- Analgesia (vide controle da dor o capítulo de crise vaso-oclusiva);
- Suplementação de oxigênio se saturação de oxigênio inferior a 95% em ar ambiente;
- Broncodilatadores em pacientes com broncoespasmo;
- Antibioticoterapia: associação de cefalosporina de terceira geração (ex.: ceftriaxona) ou penicilina (nos casos mais leves) com macrolídeo (ex.: eritromicina, claritromicina) para cobertura de germes atípicos. Havendo suspeita clínica de H1N1 também deve ser prescrito antiviral;

- Transfusão: Nem todo paciente necessitará de transfusão. Pacientes pouco sintomáticos e sem hipoxemia podem não precisar de transfusão, mas devem ser constantemente reavaliados. A transfusão está indicada para pacientes com hipoxemia e sintomas moderados a graves. Os valores de Hb pós transfusionais devem ser  $\leq 10\text{g/dL}$ , sem obrigatoriedade de manter  $\text{HbS} < 30\%$ . A escolha entre transfusão simples ou transfusão de troca dependerá principalmente dos níveis de Hb do paciente.

A transfusão simples, com o objetivo de elevar a Hb para níveis próximos de  $10\text{g/dL}$  e deste modo melhorar a oxigenação do tecido pulmonar, é geralmente indicada quando o paciente demonstra níveis de Hb muito baixos que inviabilizem a transfusão de troca imediata, e quando o paciente apresenta piora discreta da anemia e hipoxemia moderada ( $\text{PaO}_2$  entre 90 e  $70\text{mmHg}$ ).

A transfusão de troca está indicada na progressão do infiltrado pulmonar, principalmente se mais de um lobo é acometido, e na hipoxemia moderada a grave. Apesar de não haver benefício demonstrado de manter a Hbs inferior a 30% na STA, pode-se utilizar essa meta para pacientes com quadros muito graves e/ou em ventilação mecânica.

- Fisioterapia respiratória e espirometria de incentivo.
- Profilaxia anti-trombótica: É recomendada para todo adulto com doença falciforme e manifestações vaso-oclusivas.
- Seguimento: Após a alta o paciente deve ter retorno ambulatorial, onde deve ser iniciado tratamento com hidroxiureia (HU) como profilaxia de novos episódios.

### Referências Bibliográficas:

- 1-Howard J, Hart N, Roberts-Harewood M, et al. Guideline on the management of acute chest syndrome in sickle cell disease. Br J Haematol. 2015;169(4):492-505.
- 2- Novelli EM, Gladwin MT. Crises in Sickle Cell Disease, CHEST 2016; 149(4):1082-1093.