

## Introdução

A prática desportiva moderada regular cursa com uma estimulação do sistema imunitário. Este efeito deixa de se fazer sentir quando o exercício tem intensidade ou duração elevadas, podendo condicionar uma depressão das defesas imunitárias<sup>1</sup>.

As infecções respiratórias são as mais comuns em atletas<sup>1-3</sup>.

A pneumonia adquirida na comunidade (PAC) é uma inflamação aguda do parênquima pulmonar de origem infecciosa adquirida em ambulatório, por indivíduos imunocompetentes, tendo como via de transmissão mais comum a inalatória<sup>1</sup>.

As pneumonias são, frequentemente, de causa viral ou bacteriana, e o *Streptococcus pneumoniae* é o agente etiológico mais frequente<sup>1</sup>.

## Caso Clínico

### Identificação

43 anos, atleta federado de triatlo, sexo masculino, caucasiano.

Não fumador.

Volume de treino: 18 horas/semana.

### Antecedentes Pessoais

Rinite alérgica.

Sem medicação habitual.

### Doença Actual

Dois dias após ter realizado a Maratona de Sevilha, inicia quadro de toracalgia do tipo pleurítico na região posterior do hemitórax direito, dispneia e febre, associadas a episódio de lipotímia pelo que recorreu ao SU do HFF.

### Exame objectivo:

Temperatura axilar: 38°C

AP: Diminuição do MV na base do hemitórax direito, fúrvores subcrepitanes.

### Diagnóstico

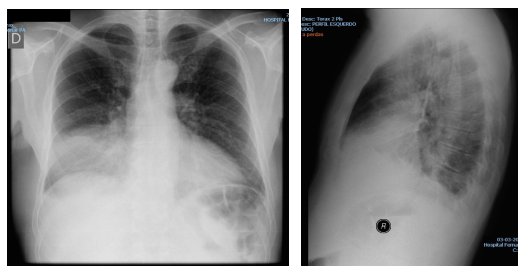
Pneumonia Adquirida na Comunidade e Insuficiência Respiratória Parcial. PSI/PORT score: 53 pontos, classe de risco II; CURB-65: 0 pontos.

### Exames complementares diagnóstico iniciais

Leucocitose com neutrofilia, aumento da PCR (29 mg/dl).

Gasimetria arterial em FiO<sub>2</sub> 21% com hipoxémia (pO<sub>2</sub> 64 mmHg).

Iniciou antibioterapia empírica com ceftriaxone e claritromicina.



**Figura 1** – Imagem de hipotransparência no terço inferior do hemitórax direito com opacificação do seio cardiofrénico direito e imagens de hipotransparência heterogénea paracardiaca esquerda (radiografia de tórax em PA e perfil esquerdo).



**Figura 2** – Extenso processo pneumónico na metade inferior do lobo superior direito, com envolvimento do lobo médio e inferior direito, com broncograma aéreo e derrame pleural, e imagens de espessamentos brônquicos à esquerda (TC de tórax)

### Outros exames complementares de diagnóstico

Hemocultura: isolamento de *Streptococcus pneumoniae* multissensível.

Serologias: agentes atípicos, vírus da hepatite e VIH negativas.

### Tratamento

Ceftriaxone, mucolítico, anti-álgico e broncodilatador. Oxigenoterapia.

Reabilitação respiratória, com treino de readaptação ao esforço.

### Evolução

Registou-se melhoria clínica, laboratorial, gasimétrica e radiológica durante o internamento.

Teve alta ao fim de 9 dias, sem queixas, e exame objectivo sem alterações.

Sem leucocitose, PCR normal. GSA em FiO<sub>2</sub> 21% com pO<sub>2</sub> de 94 mmHg.

### Follow-up a 5 meses

Assintomático. Exame objectivo normal. Sem limitação funcional.

Normalização analítica e da TC de tórax de controlo.

Provas de função respiratória: pletismografia e estudo de difusão de CO normais.

Plano: administração da vacina anti-pneumocócica e vacina anti-gripe.

## Discussão

Este caso clínico ilustra como um indivíduo saudável, imunocompetente, praticante regular de exercício, ao fim de uma prova com duração elevada como a maratona, pode ter quebra das defesas imunitárias que predispõem ao aparecimento de um quadro clínico infeccioso grave<sup>1,2</sup>.

Os índices de previsão de gravidade de evolução de pneumonias PSI e o CURB-65 indicavam, neste caso, hipótese de tratamento em ambulatório (nível de evidência II). No entanto, por indicação clínica, foi internado (hipoxémia, pneumonia multilobar, derrame pleural e sintomas não controlados – toracalgia/dispneia)<sup>4,5</sup>.

Nestas circunstâncias um diagnóstico precoce é importante, pois permite um início atempado da terapêutica e, deste modo, evitar complicações.

## BIBLIOGRAFIA

1. Santos L, Longo C. Infecções respiratórias em atletas: quando, como, e porquê atuar? Rev. Medicina Desportiva Informa. 2014 5(1): 18-21; 2. Nieman DC. Exercise, upper respiratory tract infections, and the immune system. Med Sci Sports Exerc. 1994 Feb;26(2):128-39; 3. Malm C. Susceptibility to infections in elite athletes: the S-curve. Scand J Med Sci Sports. 2006; 16: 4-6; 4. Lim WS, et al. British Thoracic Society guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults: update 2009. Thorax 2009; 64(Suppl III): iii1-iii55; 5. Ribeiro C, Ladeira J, Gaio AR, Brito MC. Pneumonia pneumocócica - serão os novos scores mais precisos a prever eventos desfavoráveis? Rev Port Pneumol. 2013;19:252-259.

## DOWNLOAD:

dianasantosferreira@gmail.com