



**22 A 26**  
**DE OUTUBRO**  
**DE 2024**  
FLORIANÓPOLIS - SC



## Trabalhos Científicos

**Título:** Bronquiolite Obliterante Associado A Pneumonia

**Autores:** ANA PAULA MACHADO FRIZZO (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), KAMILA CAMPOS KABRAL (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), MARIANA CARALINE CASTELO BRANCO DUARTE (UNIG - CAMPUS V), JÉSSICA DE ABREU ARRUDA (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), LUISA LESSA RAMOS KELLY (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), LORENA DE FREITAS GOTTARDI (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), MARIANA BASTOS GOMES NOLASCO (UNIG - CAMPUS V), MARIANNA FURLAN PINHEIRO (UNIG - CAMPUS V), RACHEL MARIA BASTOS SILVA (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), JÚLIA LYRA BRASIL VIANA (UNIG CAMPUS V), ANDRÉ LUIZ JARDIM ALVES (UNIG CAMPUS V), BÁRBARA MOREIRA GOMES DUTRA MOTA (UNIG CAMPUS V), GISELA CARVALHO VELASCO (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), ISABEL ZAGO VIEIRA LESSA (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), MARIANA NOVAES LEITE DUARTE DE CASTRO (UNIG CAMPUS V)

**Resumo:** A bronquiolite obliterante (BO) é uma doença pulmonar rara e grave que afeta predominantemente lactentes e crianças pequenas. É definida como uma doença clínica na qual ocorre obstrução crônica de pequenas vias aéreas secundária a uma agressão grave no trato respiratório inferior. Dessa forma a lesão provoca grau variável de inflamação e fibrose. A consequência disso é a diminuição do diâmetro ou total oclusão das vias aéreas terminais comprometendo significativamente a função respiratória. Lactente, 1 ano, masculino, é levado em atendimento de urgência com queixa de tosse associada a sibilância, desconforto respiratório, taquipneia, negando febre. Inicialmente, apresentou hemograma com leucopenia e linfocitose, corroborando diagnóstico de bronquiolite. Após, houve complicação do quadro com pneumonia bacteriana, uma vez que houve progressão para desconforto respiratório grave, queda na saturação de oxigênio com necessidade de suporte de oxigenioterapia, persistência da tosse e da sibilância, além de apresentar agora ruídos adventícios (roncos e estertores difusos) principalmente à direita, com consequente admissão em unidade de terapia intensiva (UTI). Considerando pneumonia associada à bronquiolite, iniciou-se antibiótico e corticoterapia sistêmicos, além de broncodilatador inalatório (beta dois de curta duração). Mediante refratariedade ao tratamento, solicita-se tomografia de tórax (TC) que apresentou atenuação em mosaico difuso, com áreas de aprisionamento aéreo em lobos inferiores, corroborando diagnóstico de bronquiolite obliterante pós infecciosa (BOPI). Embora a prevalência da BOPI ser desconhecida, acredita-se que a epidemiologia desta doença é essencialmente referente à distribuição de infecções graves do trato respiratório inferior em crianças, especialmente as de etiologia adenoviral. Portanto, é possível concluir que o nível socioeconômico relacionado à precariedade sanitária, falta de higiene, tabagismo, aglomeração populacional são fatores de risco muito importantes, visto que essas condições contribuem para a transmissão de doenças virais (incluindo a infecção pelo adenovírus). Dessa maneira, a hipótese diagnóstica BOPI deve ser aventada quando houver persistência dos sintomas obstrutivos com sibilância, crepitações, tosse e dispneia após uma infecção com pneumonia viral, como o caso do paciente descrito acima, além da necessidade e observação de achados típicos em tomografia de tórax (mosaicismo e áreas de aprisionamento aéreo). Sua presença determina áreas cicatriciais em tecido pulmonar, onde uma parte considerável das crianças evolui com sintomas persistentes e obstrução nas provas de função pulmonar, tornando-se impreterível a continuação da fisioterapia para assegurar qualidade de vida no médio e longo prazo para tal paciente.