

Valor do Hemograma nos Episódios Febris

Vicente Odone Filho

O hemograma é certamente um dos recursos laboratoriais inespecíficos mais empregados no processo de definição de possíveis quadros infecciosos.

Assim sendo, tomemos como base o caso de Lucas, um garoto de três anos com febre há 48 horas. Nessa situação deseja-se saber se ele apresenta uma infecção viral ou bacteriana, se é necessária a solicitação de um hemograma e se, em havendo linfocitose ou aumento de segmentados, isso favoreceria uma infecção viral ou bacteriana. É necessário igualmente sabermos qual a segurança que um resultado de hemograma poderia oferecer nessa diferenciação e de uma maneira um pouco ampliada, na exclusão de moléstias de outra natureza, particularmente de origem neoplásica.

Os padrões clássicos de reações às infecções bacterianas e virais são bem conhecidos: em infecções bacterianas têm-se leucocitose com neutrofilia, algumas vezes com desvio à esquerda e, em infecções virais, poderemos ter linfocitose, eventualmente linfopenia e presença de linfócitos atípicos. Nessa criança, previamente hígida, com suspeita clínica de uma infecção aguda, de 48 horas de duração, a maioria dos casos não malignos de leucocitose são causados por infecções estafilocócicas e pneumocócicas. Essa é uma verdade estatística que orienta muito em termos de análise. Elevações leucemóides superiores a cinquenta mil leucócitos por milímetro cúbico podem ocorrer em infecções mais graves, especialmente pelos próprios estafilococos e pneumococos, bem como por hemófilos, salmonelas ou meningococos.

Reações leucemóides de natureza linfóide são observadas em doenças como caxumba, varicela, adenovírus, CMV, coqueluche e eventualmente em tuberculose. Esses são padrões extremos de elevado grau de suspeição. Todavia, entre eles, distribuem-se padrões intermediários de difícil interpretação isolada.

Contagens leucocitárias periféricas muito elevadas, acima de 100.000 por milímetro cúbico podem refletir quadros infecciosos, mas habitualmente são secundárias a leucemias agudas ou crônicas. Leucocitoses de 20 a 100.000 milímetros cúbicos podem também estar presentes em infecções parasitárias. Outras causas não malignas que poderiam determinar leucocitose são as reações de hipersensibilidade.

Algumas alterações são extremamente sugestivas de quadro leucêmico: hemoglobina muito baixa, plaquetopenia acentuada e leucocitose elevada.

Todavia, de modo não desprezível, leucócitos abaixo de 5.000 por milímetro cúbico ocorrem respectivamente em 30 e 39% das crianças com leucemia linfóide aguda e leucemia mielóide aguda à apresentação.

Nos anos de 1980 a 1982, analisando todas as crianças que chegaram com leucemia à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 7% delas não apresentavam quadros clínico e laboratorial, claramente sugestivos de sua moléstia de base. Estas crianças haviam recebido, em função de sintomas vagos como artralguas, algum tipo de tratamento para doenças de cunho reumatológico, inclusive esteróides, os quais, por serem drogas extremamente úteis no manuseio das leucemias linfocíticas agudas, em esquemas de combinação, condicionavam grande atraso na definição precisa do quadro ao serem empregadas isoladamente, com as conseqüências indesejáveis e óbvias decorrentes desse atraso, até modificação potencial do estado de risco da leucemia.

Assim sendo, embora os casos absolutamente típicos sejam de condução mais fácil, os quadros intermediários, que representam a maioria das situações, jamais podem ser vistos de modo dissociado no contexto clínico e laboratorial.

Como exemplo ilustrativo adicional dessa dificuldade, discutiremos brevemente outra situação de apresentação comum e que confere incerteza analítica similar. São as adenomegalias cervicais. Aquelas ântero-superiores, agudas, acompanhados de dor, calor, rubor, flutuação e febre sugerem fortemente uma moléstia infecciosa. No outro extremo, linfonodos cervicais de localização mais baixa, especialmente supraclaviculares, com aumento gradativo, indolores, sem calor local, rubor ou flutuação, com tendência à confluência, provavelmente representem doenças neoplásicas. Mas entre esses dois extremos existe um elenco enorme de alterações intermediárias, na maioria das vezes representando a situação na qual o paciente chega ao profissional, as quais tanto podem pender a um ou outro desses lados, diametralmente opostos.

Foram realizados, no Hospital da Universidade de São Paulo, três grandes estudos clínicos em três situações nosológicas distintas: doentes com neoplasia maligna, crianças de pronto socorro e crianças de enfermaria de doenças não-crônicas. Esses estudos procuravam analisar, em crianças com febre, a ocorrência de doenças infecciosas bacterianas ou virais, identificadas conclusivamente através de culturas, e os parâmetros laboratoriais inespecíficos que permitissem sua diferenciação. Esses estudos, conduzidos com grandes populações, com e sem moléstias de base, revelaram simplesmente o seguinte resultado: impossibilidade de diferenciação conclusiva quanto ao agente genérico potencial, baseando-se apenas em achados laboratoriais inespecíficos. O que reforça o conceito de que um exame isolado jamais pode ser analisado de modo dissociado da observação clínica cuidadosa e nunca permite que outros recursos pertinentes sejam negligenciados.

Leitura recomendada:

1. Myeloid leukemoid reactions in children. Holland, P & Mauer, AM. Am J Dis Child, 105:568, 1963.
2. Leukemoid reactions to mumps virus. Garcia, R & Rasch, CA. N Engl J Med, 271:251, 1964.
3. Acute nonlymphocytic leukemia in 171 children. Choi, S-L & Simone, JV. Med Pediatr Oncol, 2:119, 1976.
4. Crianças com leucemia linfocítica aguda inapropriadamente tratadas por artrite ao diagnóstico. Peixoto, V; Cristofani, LM; Odone Filho, V et al. Poster apresentado no II Congresso Brasileiro de Reumatologia Pediátrica, São Paulo, SP, maio de 1987.