



Revista Portuguesa de Pneumologia

ISSN: 0873-2159

sppneumologia@mail.telepac.pt

Sociedade Portuguesa de Pneumologia
Portugal

Carreira, S.; Lopes, A.; Pinto Basto, R.; Faria, I.; Pontes da Mata, J.
Aspergilose pulmonar necrotizante: a propósito de dois casos clínicos
Revista Portuguesa de Pneumologia, vol. 17, núm. 2, marzo-abril, 2011, pp. 80-84
Sociedade Portuguesa de Pneumologia
Lisboa, Portugal

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169722524008>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Rev Port Pneumol. 2011;17(2):80-84



revista portuguesa de
PNEUMOLOGIA
portuguese journal of pulmonology

www.revportpneumol.org

CASO CLÍNICO

Aspergilose pulmonar necrotizante: a propósito de dois casos

S. Carreira*, A. Lopes, R. Pinto Basto, I. Faria e J. Pontes da Mata

Serviço de Pneumologia 2, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE - Hospital Pulido Valente, Lisboa

Recebido em 15 de Junho de 2010; aceite em 7 de Setembro de 2010

PALAVRAS-CHAVE

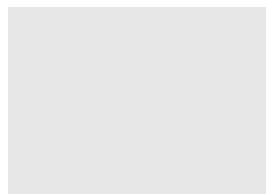
Aspergilose pulmonar
necrotizante;
Aspergillus fumigatus

Resumo

Os autores apresentam dois casos clínicos de aspergilose pulmonar necrotizante, que faz parte de um espectro de condições clínicas provocadas pela *Aspergillus*. A aspergilose pulmonar necrotizante (APN) corresponde à destruição do pulmão pelo *Aspergillus*, geralmente *A. fumigatus*. O diagnóstico é feito através da demonstração histológica de invasão tecidual pelo *Aspergillus* ou em cultura². Pela dificuldade em obter um diagnóstico definitivo, são necessários os seguintes critérios de diagnóstico que, quando reunidos, são suficientes para confirmar a doença: aspectos clínicos e radiológicos consistentes com o diagnóstico de pneumonia inflamatória (PCR, VS) e marcadores serológicos positivos para *Aspergillus* em amostras do aparelho respiratório. Deve ser feita uma abordagem activa, micobacterioses não tuberculosas, histoplasmoses cavitárias e outras doenças que elevam o grau de suspeição desta patologia e realizar os exames necessários para confirmar a forma a iniciar terapêutica atempadamente.

© 2010 Publicado por Elsevier España, S.L. em nome da Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. Todos os direitos reservados.

Aspergilose pulmonar necrotizante: a propósito de dois casos clínicos



radiological findings, elevation of inflammatory markers and either for *Aspergillus* or the isolation of *Aspergillus* from respiratory s non tuberculosis mycobacteriosis, cavitary histoplasmosis and c excluded. It is necessary to raise the level of suspicion and perf tests in order to start therapy and avoiding disease progression.

© 2010 Published by Elsevier España, S.L. on behalf of Sociedade Portuguesa de Pneumologia. All rights reserved.

Introdução

Denomina-se aspergilose pulmonar o conjunto de patologias pulmonares provocadas pelo fungo *Aspergillus*¹. São conhecidas cerca de 200 espécies deste fungo, no entanto apenas algumas provocam doença no Homem¹. As mais frequentes são: *A. fumigatus* (75-85%), *A. flavus* (5-10%), *A. niger* (1,5-3%) e *A. terreus* (2-3%)¹. O *Aspergillus* encontra-se amplamente distribuído, sobretudo em restos orgânicos em putrefacção, poeiras, alimentos e sistemas de ventilação^{1,2}. A transmissão faz-se por inalação dos esporos que se depositam no aparelho respiratório^{1,2}.

As manifestações clínicas decorrentes da infecção dependem da virulência do fungo, da intensidade da exposição, do estado imunológico do doente e da presença de patologia pulmonar prévia¹. Num indivíduo saudável a inalação, geralmente, não provoca doença.

inamatórios generalizados e micobacteriológico do lavado b negativos. A tomografia com mostrou área de condensação com imagem cavitada no seu int

Durante o internamento re agravamento clínico e radiológico

Realizou nova broncofibroscop dos sinais inflamatórios, sobretudo (LIE). O exame micológico do L de *Aspergillus fumigatus*. A biop com processo inflamatório crón de *Aspergillus fumigatus*.

Caso clínico 1

Um doente do sexo masculino, 47 anos, caucasiano, soldador naval, ex-fumador (50 U.M.A.) com hábitos etanólicos acentuados, foi internado por quadro com cerca de um mês de evolução, de tosse com expectoração mucopurulenta, febre vespertina não quantificada, astenia, anorexia e emagrecimento de cerca de 6 Kg. Dos antecedentes pessoais salientava-se: tuberculose pulmonar aos 31 anos e reactivação aos 43 anos com posterior lobectomia superior esquerda por nódulos pulmonares (tuberculomas).

À entrada encontrava-se emagrecido, hemodinamicamente estável, com temperatura timpânica de 37,7° C, eupneico e com saturação periférica de O₂ de 98% (FiO₂ 21%); sem alterações da auscultação pulmonar.

Analiticamente apresentava: Hb-11.8 g/dl (anemia

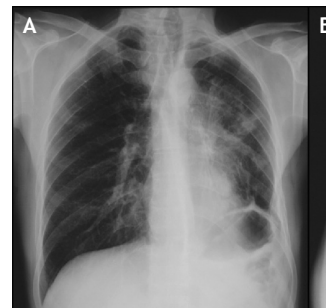
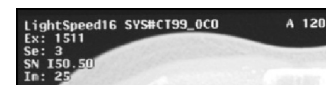


Figura 1 Telerradiografia de tórax mostrando uma área de condensação e uma imagem cavitada no seu interior.



A IgG para *Aspergillus* foi de 106 mg/L e o galactomannan no soro positivo (0,51 ng/ml).

Assim, o diagnóstico estabelecido foi de aspergilose pulmonar necrotizante e o doente iniciou terapêutica com voriconazol, com apirexia ao segundo dia. Teve alta referenciado à consulta externa e medicado com itraconazol 200 mg de 12/12 h, por não estar disponível, na farmácia hospitalar, a formulação oral do fármaco voriconazol.

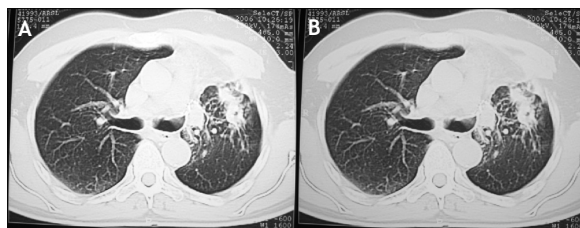


Figura 3 Tomografia computadorizada (TC) do tórax com 5 meses de terapêutica.

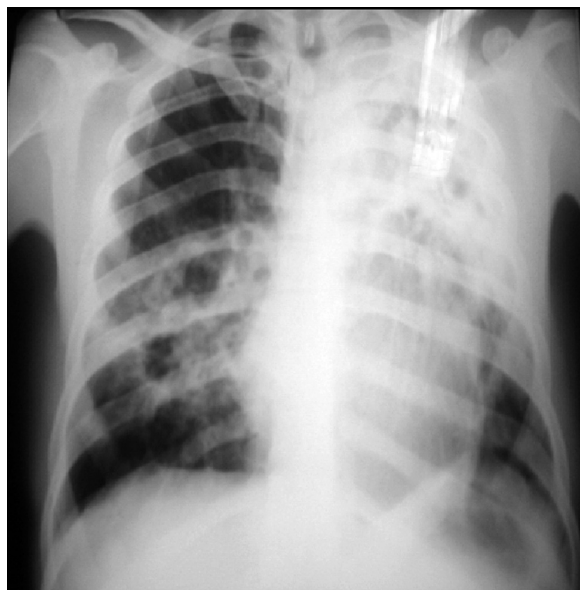


Figura 4 Telerradiografia de tórax PA à entrada.

Em ambulatório registou-se m...
Do ponto de vista imagiológico...
fibróticas residuais do pulmão...
terapêutica com itraconazol du...

Caso clínico 2

Um doente do sexo masculino...
indigente, não fumador, com há...
foi avaliado por quadro clínico...
mucosa e episodicamente hem...
inespecífica, mialgias, sudore...
cerca de um mês de evolução...
pessoais: tuberculose pulmona...
da terapêutica, ressecção atípi...
(LSE) por cavidade residual e n...
tratamento completo.

Tinha tido um internamento...
Traqueobronquite aguda.

À entrada encontrava-se...
hemodinamicamente estável...
periférica de O₂ de 97% (FiO₂ 21...
apresentava murmúrio vesicu...
aumento do tempo expiratório.

A telerradiografia de...
hipotransparência heterogênea...

Colocaram-se as hipóteses de...
de tuberculose pulmonar, infe...
com sequelas de tuberculos...
pulmonar necrotizante.

Análiticamente apresentava: f...
hora; VIH 1 e 2 negativos. O...
micobacteriológico (directo e...
foram negativos. A tomografia...
revelou tórax assimétrico com...
lesões cavitadas e hiperdensid...
inferior direito (LID) e nódulos...

O doente foi submetido a br...
status pós-ressecção atípica...
por tecido duro, nacarado, s...
Aspergillus. O exame micológ...
colónias de *Aspergillus fumig*...
LBA foi positivo (8,7 ng/ml).
se identificou o fungo. As pr...
fumigatus foram negativas.

Aspergilose pulmonar necrotizante: a propósito de dois casos clínicos

sérico. Isolou-se, igualmente, *Aspergillus fumigatus* na expectoração.

Perante o diagnóstico de aspergilose pulmonar necrotizante iniciou terapêutica, em internamento, com itraconazol ajustado ao peso do doente (100 mg 12/12 h), com melhoria clínica e laboratorial. Teve alta, referenciado à consulta externa.

Ao sexto mês de terapêutica encontrava-se assintomático, com regressão completa dos parâmetros inflamatórios. Radiologicamente apresentava alterações pulmonares com destruição tipo fibrótico à esquerda.

Ao 14.º mês de terapêutica mantinha-se estável, tendo suspenso a terapêutica com itraconazol.

Discussão

A aspergilose pulmonar necrotizante (APN) ou semi-invasiva é uma forma pouco reconhecida de aspergilose pulmonar. Foi descrita, pela primeira vez, em 1981^{2,3}. Corresponde a um processo indolente de destruição do pulmão pelo fungo *Aspergillus*, geralmente *A. fumigatus*. Diferencia-se da aspergilose invasiva por não ocorrer invasão vascular e disseminação para outros órgãos^{1,2}. Afecta, sobretudo, pessoas de meia-idade e idosos. Os principais factores de risco são: doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), sequelas de tuberculose pulmonar, ressecção pulmonar, fibrose rídica, pneumoconioses, fibrose quística (FQ), enfarte pulmonar e sarcoidose. Os estados de imunossupressão ligeira, como diabetes mellitus, desnutrição, alcoolismo, doenças do conectivo e corticoterapia de longa duração, também constituem situações de risco acrescido^{1,2,4}.

A evolução é, geralmente, indolente e os principais sintomas são: tosse com expectoração, toracalgia, febre e emagrecimento¹⁻⁵. Também se pode manifestar por hemoptise de pequeno volume ou grave^{2,4-6}.

Analicamente verifica-se uma elevação dos parâmetros inflamatórios¹. A telerradiografia de tórax pode revelar infiltrados uni ou bilaterais com ou sem cavitação e espessamento pleural sobretudo nos lobos superiores e segmentos superiores dos lobos inferiores^{1,2,4,5}. Pode observar-se, simultaneamente, em 50 % dos casos, um conglomerado de hifas, muco e detritos celulares numa cavidade pulmonar pré-existente, correspondente a um aspergiloma^{1,2}. A tomografia computadorizada (TC) do tórax confirma e caracteriza as alterações anteriormente descritas.

micobacterioses não tuberculosas e coccidiomicose^{2,7}.

O galactomannan e a PCR (polimerase) no lavado broncoalveolar e de sensibilidade cutânea para *A. fumigatus* confirmados no diagnóstico^{2,7}.

Após o diagnóstico deve iniciar-se terapêutica antifúngica². O tratamento actualmente recomendado é por via endovenosa ou oral^{8,9}. A dose é de 200 mg 12/12 h, com redução para metade nos indivíduos com insuficiência renal. O itraconazol pode ser uma alternativa². Nos dois casos a hepatotoxicidade foi adversa^{8,9}. A duração ideal do tratamento depende da extensão da doença, da doença de base e estado imunológico, por vezes ser necessária terapia prolongada.

O tratamento cirúrgico está reservado para casos com doença localizada ou imune competente².

O prognóstico não se encontra bem definido. Algumas séries verificou-se uma mortalidade de 70% aos dois anos.

Foram apresentados dois casos. O diagnóstico final foi de aspergilose pulmonar necrotizante. Ambos os doentes tinham factores de risco para a doença.

Apresentavam um quadro clínico relativamente indolente, salientando-se no primeiro caso houve um agravamento da doença relativamente acelerado durante o internamento.

No que concerne ao diagnóstico, o doente do primeiro caso foi diagnosticado durante o internamento com a terapêutica que pode originar falsos resultados de galactomannan.

Pelo facto de o tratamento ser prolongado e poder apresentar toxicidade, é necessária monitorização clínica e analítica. Ambos os doentes tiveram hábitos etilicópicos e registaram reacções adversas, nomeadamente náuseas e vómitos.

Apesar de se ter registado melhoria clínica significativa, as sequelas importantes.

A APN é uma patologia pouco conhecida e de difícil diagnóstico. O facto de ser uma

2. Soubani AO, Chandrasekar PH. The Clinical Spectrum of Pulmonary Aspergillosis. *Chest*. 2002;121:1988-99.
3. Saraceno JL, Phelps DT, Ferro TJ, Futerfas R, Schwartz DB. Chronic Necrotizing Pulmonary Aspergillosis: Approach to Management. *Chest*. 1997;112:541-8.
4. Franquet T, Müller NL, Giménez A, Guembe P, Torre J, Bagué S. Spectrum of Pulmonary Aspergillosis: Histologic, Clinical and Radiologic Findings. *RadioGraphics*. 2001;21:825-37.
5. Kim SY, Lee KS, Han J, Kim J, Kim TS, Choo SW, Kim SJ Semiinvasive Pulmonary Aspergillosis. *Am J Roentgenol*. 2000;174:795-8.
6. Denning DW. Chronic forms of pulmonary aspergillosis. *Clin Microbiol Infect*. 2001;7 (suppl.2):25-31.
7. Zmeili OS, Soubani AO. Pulmonary aspergillosis: update. *Q J Med*. 2007;100:317-24.
8. Sambatakou H, Dupont B, Lodder J, et al. Treatment of Subacute Invasive Pulmonary Aspergillosis. *Am J Medicine*. 2008;121:100-10.
9. Walsh TJ, Anaissie EJ, Denning DW, et al. Treatment of aspergillosis: clinical practice guidelines of the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 2008;46:327-60.