

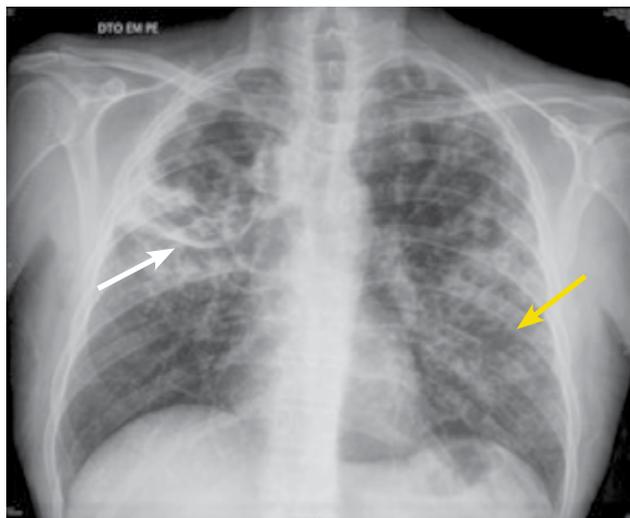
Pulmão ou queijo suíço?

Lung or swiss cheese?

A. Araújo, M. Gôja, A. Pereira, R. Saraiva

A tuberculose (T) pulmonar afecta preferencialmente os segmentos apicais e dorsais dos lobos superiores e apicais dos lobos inferiores. A sua expressão radiológica inclui formas cavitárias, pneumónicas, endobrônquicas, atípicas, miliares e pseudotumorais.¹ A radiografia (RX) do tórax constitui a primeira abordagem diagnóstica da sua avaliação mas a Tomografia Axial Computorizada (TAC) é superior no seu diagnóstico. Esta permite evidenciar alterações do parênquima que só eram antigamente objectivadas pelo estudo anatomopatológico.¹

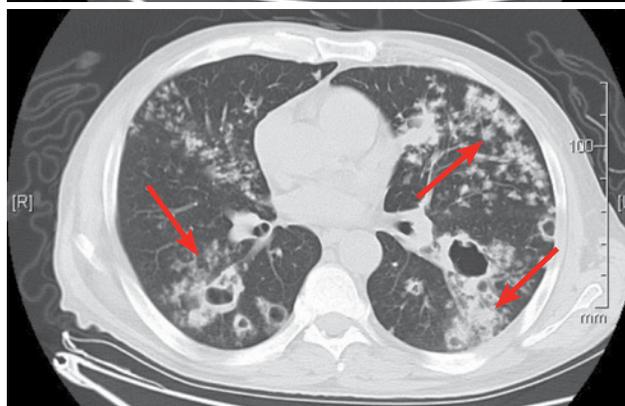
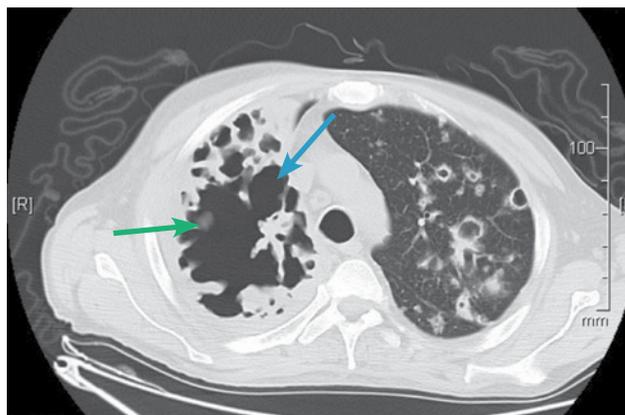
Homem de 48 anos, camionista, sem antecedentes patológicos, sem hábitos tabágicos, alcoólicos ou toxicómanos e com história epidemiológica inocente



RX tórax: Opacidade retículo-nodular ocupando o lobo superior do hemicampo direito com imagem compatível com parede de cavitação (seta branca) e infiltrado retículo-nodular nos 2/3 inferiores do hemicampo esquerdo (seta amarela) altamente sugestivo de disseminação broncogénica de T.³

FIG. 1

Serviço de Medicina 1 do Hospital de Santo André, Leiria- EPE,
Recebido para publicação a 22.02.11
Aceite para publicação a 17.09.11



TAC Tórax: Lobo pulmonar superior direito ocupado por uma lesão cavitada medindo 140 mm de diâmetro (seta verde), com localização mais superior individualiza-se outra cavidade medindo 34 mm a qual está rodeada por outras cavidades satélites de diâmetro ≤ 30 mm (seta azul). Nas restantes áreas pulmonares, observam-se focos de disseminação broncogénica, identificando-se múltiplos nódulos de características broncopneumónicas confluentes. Muito dessas lesões também são cavitadas (seta vermelha).

FIG. 2

que recorreu ao Serviço de Urgência por astenia, tosse produtiva crónica em contexto de perda ponderal de 14%. Referia febre de difícil controlo. Ao exame físico, salientava-se um aspecto emagrecido, febre e feriores bilaterais mais evidentes à esquerda. A primeira investigação médica mostrou linfopenia, neutrofilia,

Proteína C reactiva elevada e RX do tórax suspeito (Fig. 1). Perante este quadro, o doente foi internado para estudo: a forte suspeita de T levou à pesquisa de bacilos ácido-alcóol resistentes (BAAR) na expectoração que se revelou positiva. A TAC do tórax (Fig. 2) mostrou pulmões gravemente lesados. A prova de Mantoux arreactiva e a linfopenia motivaram a realização de serologias do vírus da imunodeficiência humana que foram negativas. O doente, submetido a terapêutica quádrupla e paracetamol fixo, manteve picos febris diários matutinos. Repetido o exame directo ao 14º e 21º dia de internamento houve sempre presença de BAAR. O teste de resistência aos antibióticos tendo sido negativo instituiu-se toma vigiada.

A cavitação é devida à liquefacção e drenagem de *caseum* de um granuloma.² A sua disseminação broncogénica, com implantação de bacilos noutras zonas do pulmão leva ao desenvolvimento de infiltrados distantes.³ Este caso corrobora as estatísticas nacionais que afirmam que 65% dos doentes são isentos de factores de risco.⁴ Reforça ainda o conceito de elevado potencial de transmissão na comunidade já que o doente tuberculoso com cavitação corresponde à principal fonte de infeção e é o responsável pela disseminação da doença na comunidade.² ■

Bibliografia

1. Capone D, Jansen JM, Lopes AJ, do Couto Sant'Anna C, Soares MO, dos Santos Pinto R, Ribeiro de Siqueira H, Marchiori E e Capone RB. Diagnóstico por imagem da tuberculose pulmonar. *Pulmão RJ* 2006;15(3):166-174.
2. Campos HS. Etiopatogenia da tuberculose e formas clínicas. *Pulmão RJ* 2006; 15 (1): 29-35.
3. Bombarda S, Figueiredo CM, Funari MBG, Júnior JS, Seiscento M e Filho MT. Imagens em tuberculose pulmonar. *J Pneumol* 2001; 27(6).
4. Programa nacional de luta contra a tuberculose. Março 2010 (Portugal).