

Hidatidose manifestada por quadro de supuração pulmonar

P. Ramos*, F. Lucas**, A. Ventura***, M. Riscado***

Resumo

Os autores descrevem o caso de um doente de 26 anos com quadro clínico e radiológico sugestivo de processo supurativo pulmonar (abscesso pulmonar vs. pneumonia necrotizante). A existência de uma hidatidose pulmonar infectada foi suspeitada pela demonstração radiológica duma cavitação pulmonar com resíduos móveis (sinal do nenufar) e o diagnóstico confirmado por toracotomia. A supuração de um quisto hidático pulmonar como primeira manifestação da doença é uma situação rara, determinando por vezes, dificuldades na abordagem diagnóstica e terapêutica adequadas.

Palavras chave: hidatidose; supuração pulmonar; sinal do nenufar.

Abstract

The authors describe the case of a 26 year old male with clinical and radiological features suggesting a pulmonary suppurative disease (pulmonary abscess vs. necrotizing pneumonia). In spite of the antibiotic treatment the features of a serious grave infection lasted unchanged. An Echinococcus pulmonary infection was suspected upon the findings of a pulmonary cavitation with movable residues (water lily sign), and confirmed after thoracotomy. Hydatid lung infection is a rare finding that can be difficult to recognise, delaying the diagnostic and therapeutic approach.

Key words: hydatid cyst disease; lung abscess; water lily sign.

Introdução

A hidatidose é uma infecção parasitária largamente reconhecida e estudada. A infecção dum quisto hidático pulmonar é uma situação menos comum¹, podendo quan-

do não suspeitada provocar dificuldade na elaboração diagnóstica e instituição da terapêutica como o demonstra o caso descrito.

Caso clínico

Homem de 26 anos, raça branca, pintor, residente em Lisboa. O quadro clínico inicia-se cerca de uma semana antes da admissão, com um episódio paroxístico de tosse persistente, e uma pequena hemoptise (episódio único), seguido de vómita abundante, de cor branca e cheiro fétido. Embora temporariamente aliviado inicia de modo progressivo, nos seis dias subsequentes, um quadro caracterizado por pontada torácica localizada na base do hemitórax esquerdo, dificuldade respiratória e febre elevada (39,7°C.) que motiva o recurso ao Serviço de Urgência.

À observação o doente apresentava-se confuso, desidratado, com febre elevada (39,2°C.), sudação profusa e palidez cutânea, submacicez à percussão da base do hemitórax esquerdo e diminuição do murmúrio vesicular na mesma área.

A investigação laboratorial revelou uma leucocitose com neutrofilia

(19.800/mm³; 92%), ausência de eosinofilia e uma V.S. de 56mm/l¹hora. Bioquímica sem anomalias. H.I.V. 1 e 2 negativos. O Rx do tórax P.A. demonstrava uma imagem sugestiva de cavitação, interessando a base do hemitórax esquerdo, que no quadro apresentado foi interpretada como provável abscesso pulmonar vs. pneumonia necrotizante. A expectoração não revelou qualquer microorganismo no exame directo ou cultural e foi negativa a pesquisa de bacilos ácido-alcool resistentes.

Pelas dimensões e contorno irregular da cavitação associada à gravidade do quadro clínico, efectuou TAC torácica às três horas de internamento, que revelou uma imagem arredondada (9cm) cavitada, com nível hidroaéreo e resíduos móveis com a mudança de posição (sinal do nenufar característico do quisto hidático) localizada no lobo inferior esquerdo.

Dada a evidência de um quisto hidático pulmonar parcialmente drenado por fistulização bronquica e pelo quadro infeccioso associado, estabeleceu-se o diagnóstico provisório de quisto hidático pulmonar infectado. Sob terapêutica antibiótica I.V. de largo espectro (ceftazidima, netilmicina e metronidazol) efectuou toracotomia nas 24 horas subsequentes à admissão.

A cirurgia confirmou a existência dum quisto hidático localizado nos segmentos basal interno e basal anterior do lobo inferior esquerdo, sem conteúdo líquido e um derrame pleural importante, contendo "membranas germinativas" (fistulização brônquica e pleural). O quisto foi excisado na totalidade e apresentava-se supurado. O exame histológico confirmou uma infecção piogénica de um quisto hidático pulmonar. O exame directo e cultural do

* Interno do Internato Complementar de Medicina Interna

** Interna do Internato Complementar de Radiologia

*** Assistente Hospitalar Graduado

pús colhido no acto operativo foi negativo. O pós-operatório decorreu sem complicações, com a rápida resolução do quadro infeccioso apresentado à entrada.

A serologia para *Echinococcus granulosus* efectuada por hemaglutinação indirecta revelou um título positivo de 1/3.280. O doente iniciou mebendazol, 100mg t.i.d. que manteve nos seis meses seguintes, tendo retomado sem limitações a sua actividade profissional.

Discussão

A hidatidose é uma infecção parasitária largamente reconhecida e estudada. A afecção pulmonar representa cerca de 40% das localizações conhecidas, podendo em cerca de 20% dos casos ocorrer a ruptura do quisto hidático desenvolvido². A supuração dum quisto hidático pulmonar como primeira manifestação da doença, à semelhança do caso apresentado, é uma situação rara, ocorrendo segundo a literatura em cerca de 7-17% das rupturas quísticas². A semelhança clínica com outros quadros supurativos agudos pulmonares (abscesso pulmonar e pneumonia necrotizante) determina frequentemente dificuldades na abordagem diagnóstica e na instituição rápida da terapêutica adequada^{1,3,4,5}.

A identificação da vômica, que surge caracteristicamente num indivíduo previamente saudável, associada a um episódio súbito de tosse produtiva com emissão em quantidade variável, de um líquido de sabor salgado é a ocor-

rência fundamental para o diagnóstico^{2,5}. Quando possível, o exame directo da vômica é muito útil podendo revelar ao microscópio as características "membranas germinativas"^{2,5}.

Na situação particular de infecção da cavidade quística o agente infeccioso responsável raras vezes é isolado, provavelmente pela dificuldade na colheita de material. O ambiente particular do local da infecção, bem como o próprio procedimento cirúrgico poderão justificar igualmente a relativa dificuldade encontrada no isolamento dos microorganismos implicados^{1,2,3,5}. Os agentes infecciosos mais frequentemente encontrados são contudo o *Haemophilus influenzae* e o *Staphylococcus aureus*^{1,2,6},

O diagnóstico diferencial com outras patologias de curso e evolução semelhante, nomeadamente a pneumonia e/ou abscesso pulmonar, poderá ser rapidamente efectuado através da demonstração de "membranas germinativas" num exame directo da expectoração^{1,5}. Na impossibilidade, são igualmente importantes a documentação radiológica do quisto e as suas características particulares (cavidade com resíduos móveis; e sinal do nenufar característico do quisto hidático). Uma serologia positiva para *Echinococcus granulosus* em título significativo (quando superior a 1/320) ainda que só possível num tempo diagnóstico posterior é também muito útil.

A terapêutica é cirúrgica, devendo ser efectuada a profilaxia das recidivas com mebendazol ou albendazol^{2,3,6}.

Bibliografia

1. Desmond CS, Wolf R. Presentation of Echinococcus infection as lung abscess. *Tropical and Geographical. Medicine* 1991;43:297-299.
2. Aytac A, Yurdakal Y, Olga R. Pulmonary hydatid disease: report of 100 cases. *Annals of Thoracic Surgery* 1977;23:145-151.
3. Schantz PM, Okelo GBA. Up-to-date review of human infection with Echinococcosis. *Tropical and Geographical. Medicine* 1990;42: 505-518.
4. Thomov V. Contribution au problème de l'infection echinococcique pulmonaire aerogene. *Archivos Internationales de la Hidatidose* 1956;16:539-546.
5. Bakir F. (1982). Serious complications of hydatid disease of the lung. *American Review of Respiratory Disease* 1982; 96: 483-493.
6. Davidson CR. Hydatid cysts of the lung. *American Journal of Surgery* 1955;89: 1042-1053.