

Pneumatocele Gigante: Um Achado Inesperado

Giant Pneumatocele: An Unexpected Finding

Maria do Carmo Fevereiro, Sofia Cardoso, Fátima Lampreia, António Godinho¹

Apresentamos o caso de uma mulher de 85 anos, dependente para as actividades de vida diária, levada ao Serviço de Urgência por prostração e dificuldade respiratória com respiração ruidosa, controlada após aspiração de secreções mucopurulentas e sangue vivo em moderada quantidade. A admissão apresentava-se prostrada, hemodinamicamente estável, com murmúrio vesicular abolido no hemitórax direito. A avaliação analítica demonstrou leucocitose neutrofilica $30,8 \times 10^9/L$, 93%N; PCR 45,4 mg/L. Realizou telerradiografia de tórax (Fig. 1) com pneumatocele ocupando a quase totalidade do hemitórax direito, com hipotransparência sobreposta sugestiva de condensação pneumónica. Apesar de institucionalizada foi medicada empiricamente como pneumonia adquirida na comunidade com amoxicilina + ácido clavulânico e azitromicina. Realizou tomografia computadorizada de tórax (Fig. 2): Volumosa bolha gasosa de parede fina no campo pulmonar direito com 125 x 143 x 91 mm, condicionando atelectasia compressiva sugestiva de pneumatocele. Apesar das medidas terapêuticas instituídas, assistiu-se a agravamento clínico progressivo, verificando-se o óbito.

Os pneumatoceles são cavidades de paredes finas preenchidas por ar que se desenvolvem no parênquima pulmonar. Geralmente ocorrem na sequência de um processo infeccioso pneumónico, mas também após trauma ou ingestão de hidratos de carbono.¹ Resultam da inflamação e edema dos bronquíolos distais com formação de um fenómeno valvular com aprisionamento de ar, distensão do espaço alveolar distal e destruição das paredes alveolares com aparecimento de cavidades quísticas.² Os agentes microbiológicos mais frequentemente envolvidos são: *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Escherichia coli*, *Serratia marcescens*, *Klebsiella pneumoniae*, adenovírus e *Mycobacterium tuberculosis*. Raramente são visíveis na telerradiografia inicial, tornando-se aparentes após o quinto dia de doença.³ O tratamento dirige-se à cau-

Palavras-chave: Achados Incidentais; Doenças do Pulmão; Quistos

Keywords: *Cysts; Incidental Findings; Lung Diseases*

¹Serviço de Medicina 1.4 - Centro Hospitalar de Lisboa Central, Hospital de São José, Lisboa, Portugal



Figura 1: Telerradiografia de tórax AP: demonstrando nos dois terços inferiores do campo pulmonar direito, imagem ovalada globalmente bem definida, hipertransparente na sua porção superior e hipertensa inferiormente, sem nível hidro-aéreo. Estes aspectos são sugestivos de volumoso pneumatocele, na provável dependência do lobo inferior. Associa-se opacidade inferior em toalha sugestiva de condensação pneumónica

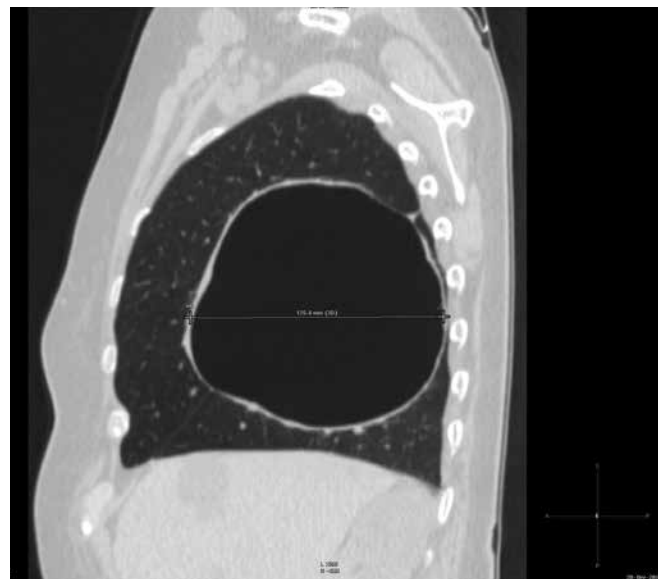


Figura 2: Tomografia computadorizada de tórax, em corte sagital, demonstrando volumoso pneumatocele residual à direita, de parede discretamente espessada e irregular, sem nível hidro-aéreo

sa subjacente, sendo as complicações raras e a evolução favorável com resolução completa e sem sequelas. A abordagem cirúrgica limita-se ao desenvolvimento de complicações: pneumatocele de tensão, pneumotórax, pneumatocele infectado.^{4,5} A mortalidade é baixa e relacionada com a pneumonia de base. ■

Protecção de seres humanos e animais: Os autores declaram que não foram realizadas experiências em seres humanos ou animais.

Direito à privacidade e consentimento informado: Os autores declaram que nenhum dado que permita a identificação do doente aparece neste artigo.

Conflitos de interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Fontes de financiamento: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Correspondência: Maria do Carmo Fevereiro - carmofevereiro@yahoo.com

Serviço de Medicina 1.4 - Centro Hospitalar de Lisboa Central - Hospital de São José, Lisboa, Portugal
Rua José António Serrano, 1150-199 Lisboa

Recebido: 10/02/2015

Aceite: 05/06/2015

Referências

1. McGarry T, Giosa R, Rohman M, Huang CT. Pneumatocele formation in adult pneumonia. *Chest*. 1987; 92:717-20
2. Leinwand MJ. Infections of the lung, pleura and mediastinum: surgical perspective. *eMedicine*. [Accessed January 15, 2015] Available from: <http://www.emedicine.com>.
3. Kim SH, Chung YT, Lee KD, Seon KY, Lee JH, Lee SH, et al. Infected pneumatocele following anaerobic pneumonia in adult. *Korean J Intern Med*. 2005;20:343-5.
4. Serebrisky D, Atlas AB, Boyer D. Pneumatocele. *eMedicine*. [Accessed January 15, 2015] Available from: <http://www.emedicine.com>.
5. Imamoğlu M, Cay A, Koşucu P, Özdemir O, Cobanoğlu U, Orhan F, et al. Pneumatocèles in postpneumonic empyema: an algorithmic approach. *J Pediatr Surg*. 2005;40:1111-7.