

## CASO CLÍNICO

# Aspergilose pulmonar necrotizante: a propósito de dois casos clínicos

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, Portugal

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. Esta patologia faz parte de um espectro de condições clínicas provocadas pela inalação de esporos do fungo *Aspergillus*. A aspergilose pulmonar necrotizante (APN) corresponde a um processo indolente de destruição do pulmão pelo *Aspergillus*, geralmente *A. fumigatus*. O diagnóstico definitivo faz-se através da demonstração histológica de invasão tecidual pelo *Aspergillus* e do seu crescimento em cultura<sup>2</sup>. Pela dificuldade em obter um diagnóstico definitivo foram estabelecidos os seguintes critérios de diagnóstico que, quando reunidos, são fortemente indicativos de APN: aspectos clínicos e radiológicos consistentes com o diagnóstico, elevação dos parâmetros inflamatórios (PCR, VS) e marcadores serológicos positivos para *Aspergillus* ou isolamento de *Aspergillus* em amostras do aparelho respiratório. Deve ser feita a exclusão de tuberculose activa, micobacterioses não tuberculosas, histoplasmose cavitária e coccidiomicose. É necessário elevar o grau de suspeição desta patologia e realizar os exames de diagnóstico indicados de forma a iniciar terapêutica atempadamente.

© 2010 Publicado por Elsevier España, S.L. em nome da Sociedade Portuguesa de Pneumologia. Todos os direitos reservados.

### KEYWORDS

Necrotizing pulmonary  
aspergillosis;  
*Aspergillus fumigatus*

### Necrotizing pulmonary aspergillosis: regarding two clinical cases

#### Abstract

The authors present two case reports of necrotizing pulmonary aspergillosis. This disease is part of a spectrum of clinical conditions caused by the inhalation of *Aspergillus* spores. The necrotizing pulmonary aspergillosis (NPA) corresponds to an indolent, destructive process of the lung due to invasion by *Aspergillus* species, usually *A. fumigatus*. The diagnosis is confirmed by a histological demonstration of tissue invasion by *Aspergillus* species and its growth on culture. Due to the difficulty in confirming the diagnosis, the following diagnosis criteria were established and when combined are highly indicative of NPA: characteristic clinical and

\*Autor para correspondência.

Correio electrónico: sbcarreira@gmail.com (S. Carreira).

radiological findings, elevation of inflammatory markers and either serological results positive for *Aspergillus* or the isolation of *Aspergillus* from respiratory samples. Active tuberculosis, non tuberculosis mycobacteriosis, cavitary histoplasmosis and coccidioidomycosis should be excluded. It is necessary to raise the level of suspicion and perform the adequate diagnostic 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*<sup>1</sup>. São conhecidas cerca de 200 espécies deste fungo, no entanto apenas algumas provocam doença no Homem<sup>1</sup>. As mais frequentes são: *A. fumigatus* (75-85%), *A. flavus* (5-10%), *A. niger* (1,5-3%) e *A. terreus* (2-3%)<sup>1</sup>. O *Aspergillus* encontra-se amplamente distribuído, sobretudo em restos orgânicos em putrefacção, poeiras, alimentos e sistemas de ventilação<sup>1,2</sup>. A transmissão faz-se por inalação dos esporos que se depositam no aparelho respiratório<sup>1,2</sup>.

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 prévia<sup>1</sup>. Num indivíduo saudável a inalação, geralmente, não provoca doença.

## 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.º C, eupneico e com saturação periférica de O<sub>2</sub> de 98% (FIO<sub>2</sub> 21%); sem alterações da auscultação pulmonar.

Analiticamente apresentava: Hb-11,8 g/dl (anemia normocrômica e normocítica); Leucócitos-21,4x10<sup>9</sup>/L (Neutrófilos-69%, Linfócitos-15%); PCR-5,8 mg/dL; VS-102 mm na 1.ª hora; VIH 1 e 2 negativos.

A telerradiografia de tórax postero-anterior (PA) e perfil mostrou hipotransparência heterogénea de contorno mal definido no campo pulmonar esquerdo e subida da hem cúpula homolateral (fig. 1).

Colocaram-se as hipóteses de diagnóstico de reactivação de tuberculose pulmonar, pneumonia adquirida na comunidade e neoplasia do pulmão. O doente iniciou terapêutica com levofloxacina mas, pela manutenção da febre, a antibioterapia foi alterada para piperacilina/tazobactam e gentamicina.

As hemoculturas e os exames bacteriológico e micobacteriológico da expectoração foram negativos. Realizou broncofibroscopia que revelou sinais

inamatórios generalizados e os exames bacteriológico e micobacteriológico do lavado broncoalveolar (LBA) foram negativos. A tomografia computadorizada (TC) do tórax mostrou área de condensação no campo pulmonar esquerdo, com imagem cavitada no seu interior (fig. 2).

Durante o internamento registou-se um importante agravamento clínico e radiológico.

Realizou nova broncofibroscopia que mostrou manutenção dos sinais inflamatórios, sobretudo no lobo inferior esquerdo (LIE). O exame micológico do LBA revelou muitas colónias de *Aspergillus fumigatus*. A biopsia brônquica foi compatível com processo inflamatório crónico e confirmou a presença de *Aspergillus fumigatus*.

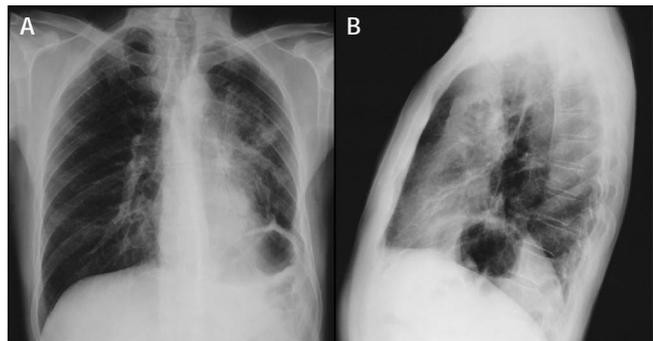


Figura 1 Telerradiografia de tórax PA e perfil esquerdo à entrada.



Figura 2 Tomografia computadorizada (TC) do tórax inicial.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4213957>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4213957>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)