

# Caso Clínico

## Case Report

Sandra Simões<sup>1</sup>  
Arsénio Santos<sup>2</sup>  
Teresa Vaio<sup>3</sup>  
Sara Leitão<sup>2</sup>  
Rui M Santos<sup>4</sup>  
Nascimento Costa<sup>5</sup>

### Tuberculose miliar e febre Q em doente imunocompetente

#### *Miliary tuberculosis and Q fever in an immunocompetent patient*

Recebido para publicação/received for publication: 08.10.01

Aceite para publicação/accepted for publication: 08.12.12

#### Resumo

A tuberculose miliar é a forma de doença progressiva resultante da disseminação hematogénea maciça do *Mycobacterium tuberculosis* (MT). Afecta imunodeprimidos e idosos e tem manifestações clínicas insidiosas e inespecíficas. O caso clínico descrito refere-se a um homem adulto, sem imunodeficiência, com infecção simultânea por *Coxiella burnetti* e MT.

A raridade desta associação e a sua forma de apresentação sublinham a necessidade de alto grau de suspeição clínica para a formulação dos diagnósticos, sendo este o segundo caso descrito na literatura.

Rev Port Pneumol 2009; XV (2): 325-329

**Palavras-chave:** Tuberculose miliar, febre Q, tratamento.

#### Abstract

Miliary tuberculosis is a progressive disease resulting from the massive hematogeneous dissemination of *Mycobacterium tuberculosis*. Immunocompromised and elderly patients are the most affected. A case of an immunocompetent 45 year old man, with miliary tuberculosis and a simultaneous infection by *Coxiella burnetti* is presented.

The clinical presentation demands a high awareness for the presence of tuberculosis. The rarity of this association, only one case reported in literature, appears to be a fortuity coincidence.

Rev Port Pneumol 2009; XV (2): 325-329

**Key-words:** Miliary tuberculosis, Q fever, treatment.

<sup>1</sup> Interna do Internato Complementar de Medicina Interna

<sup>2</sup> Assistente Graduado(a) de Medicina Interna

<sup>3</sup> Assistente de Medicina Interna

<sup>4</sup> Chefe de Serviço de Medicina III e Professor Auxiliar da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

<sup>5</sup> Director de Serviço de Medicina III e Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Serviço de Medicina III – Hospitais da Universidade de Coimbra – Coimbra

## Introdução

A tuberculose afecta o Homem desde o princípio da sua história e, embora até à década de 80 do século passado, fosse encarada como um problema dos países de menores recursos, é uma doença global afectando populações em todo o Mundo. Ressurgiu nessa década associada à infecção pelo VIH, criou resistência aos antibacteriais e tornou-se um grave problema de saúde pública, não poupando os países mais desenvolvidos<sup>1,2,3</sup>. Uma das suas formas de apresentação é a tuberculose miliar, expressão originalmente usada pelos anatomopatologistas e, mais tarde, também na descrição de radiografias do tórax, designa actualmente as formas de doença progressiva, com disseminação hematogénica maciça do MT, para os pulmões e outros órgãos, mesmo na ausência de achados anatomopatológicos ou radiológicos<sup>4</sup>. Classicamente era descrita em crianças até seis meses após a primoinfecção e em adultos jovens imunodeprimidos por reactivação da doença. Actualmente, afecta preferencialmente doentes idosos e adultos imunodeprimidos<sup>5</sup>.

A febre Q é uma infecção provocada pela *Coxiella burnetti*, com distribuição mundial, transmitida por ingestão ou inalação de produtos animais contaminados, tendo maior incidência em residentes em meio rural e em veterinários. Tem um período de incubação até um mês e as suas manifestações clínicas são geralmente inespecíficas, podendo apresentar evolução aguda ou crónica. Na sua apresentação aguda manifesta-se como uma síndrome gripal ou pneumonia, mas também pode ocorrer hepatite e encefalite. Na sua forma crónica pode surgir endocardite<sup>6,7</sup>.

## Caso clínico

Apresenta-se o caso clínico de um indivíduo do sexo masculino de 45 anos, raça branca, casado, residente em ambiente rural, empregado de balcão, admitido por pneumonia refractária à terapêutica.

Internado desde há 13 dias noutra instituição hospitalar por pneumonia da base esquerda, tinha efectuado terapêutica, sucessivamente, com amoxicilina/ácido clavulânico, ertapenem e piperacilina/tazobactam. Tinha queixas de tosse com expectoração mucosa, febre elevada, toracalgia na base do hemitórax esquerdo, dispneia, sudorese nocturna, astenia, anorexia e emagrecimento de 7 kg, com um mês de evolução e antecedentes pessoais de pneumonia há cinco anos, história de comportamentos sexuais de risco, hábitos alcoólicos moderados, sem história de tabagismo ou toxicod dependência. Os antecedentes familiares eram irrelevantes.

Ao exame físico apresentava febre (38,9°C), frequência respiratória de 32 ciclos por minuto, frequência cardíaca de 110 batimentos por minuto, TA de 105/80 mmHg, e o índice de massa corporal era de 20,1 kg/m<sup>2</sup>. A auscultação cardíaca era regular e não existiam sopros. À auscultação pulmonar havia diminuição acentuada do murmúrio vesicular no terço inferior do campo pulmonar esquerdo. Existia também diminuição das vibrações vocais e macicez à percussão nessa localização. As cadeias ganglionares não mostravam adenopatias palpáveis e o exame abdominal não tinha alterações.

As análises revelaram anemia normocrómica normocítica (hemoglobina – 11,8 g/dl; VGM – 86,0 fl, HCM – 29,3 pg/cel; Htc – 34,7%), plaquetas de 422 000/μl e leucócitos de 6300/μl (neutrófilos – 78,4%, linfócitos – 11,3%). VS e PCR elevadas, de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4214169>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4214169>

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