

Hidatidose: descrição de um caso

Hisbello da Silva Campos¹ e Giovanni Antonio Marsico²

1. Médico do Centro de Referência Prof. Hélio Fraga, da Campanha Nacional Contra a Tuberculose, MS.
2. Cirurgião de tórax do Instituto de Tisiologia e Pneumologia da Universidade do Rio de Janeiro.
Endereço para correspondência: Rua Joana Angélica, 47/102, Ipanema, RJ.

Pulmão - RJ I; 70-72,1991

História clínica

Identificação: VR, 75 anos, masc., br., casado, aposentado, natural da Itália.

Compareceu à consulta médica em outubro de 1988, queixando-se de dor no hemitórax direito e restrição aos movimentos respiratórios. Informava que, cerca de 10 dias antes, havia apresentado quadro de febre e dor torácica na mesma região. Foi medicado com antitérmico e penicilina, sem melhora significativa. A dor não tinha características precisas e a febre desapareceu. A radiografia do tórax (figura 1), feita por ocasião desta consulta, revelou imagem compatível com derrame pleural no hemitórax direito e uma imagem circular, com cerca de 8 cm de diâmetro, no lobo inferior do pulmão direito.

Informava que, 28 anos antes, havia sido submetido a cirurgia abdominal para drenagem de um cisto hidático no fígado. Era hipertenso moderado, controlado com o uso regular de alfa-metil-dopa. Negava qualquer outra doença prévia, bem como tabagismo e etilismo. Tinha o hábito de comer queijo feito de leite de cabra (Pecorino), regularmente.

Ao exame físico, apresentava-se lúcido, orientado no tempo e no espaço, anictérico, acianótico e apirético. Gordura corporal preservada. O exame do aparelho respiratório revelava macicez na base do hemitórax direito (HTD) e abolição do murmúrio vesicular na mesma área. Na ausculta cardíaca, observava-se RCR2T, sem ruídos adventícios e frequência de 82 bpm. A pressão arterial era de 150 x 80 mmHg. Abdome e membros sem alterações.

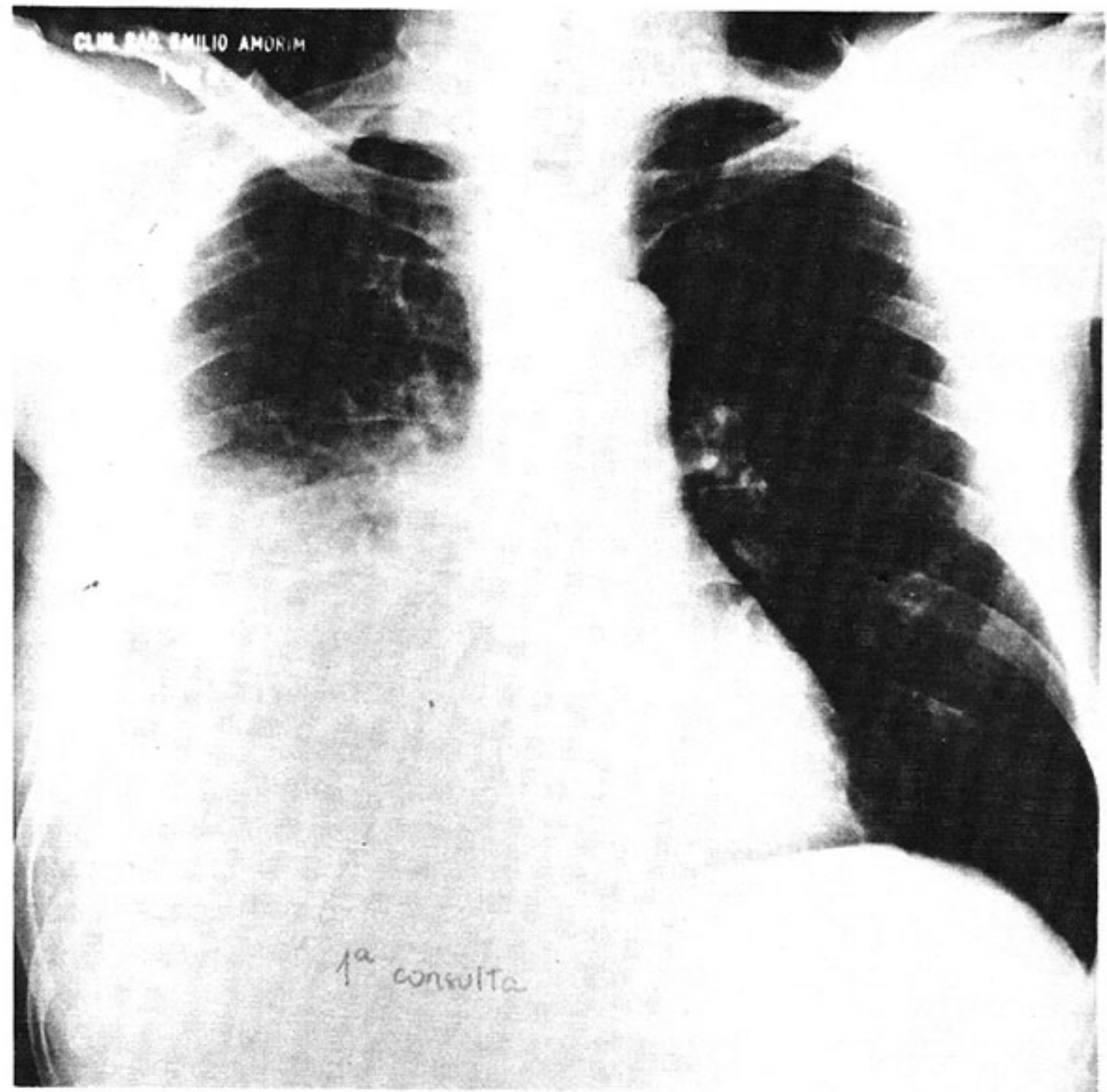


Figura 1a. Radiografia do tórax na primeira consulta (PA).

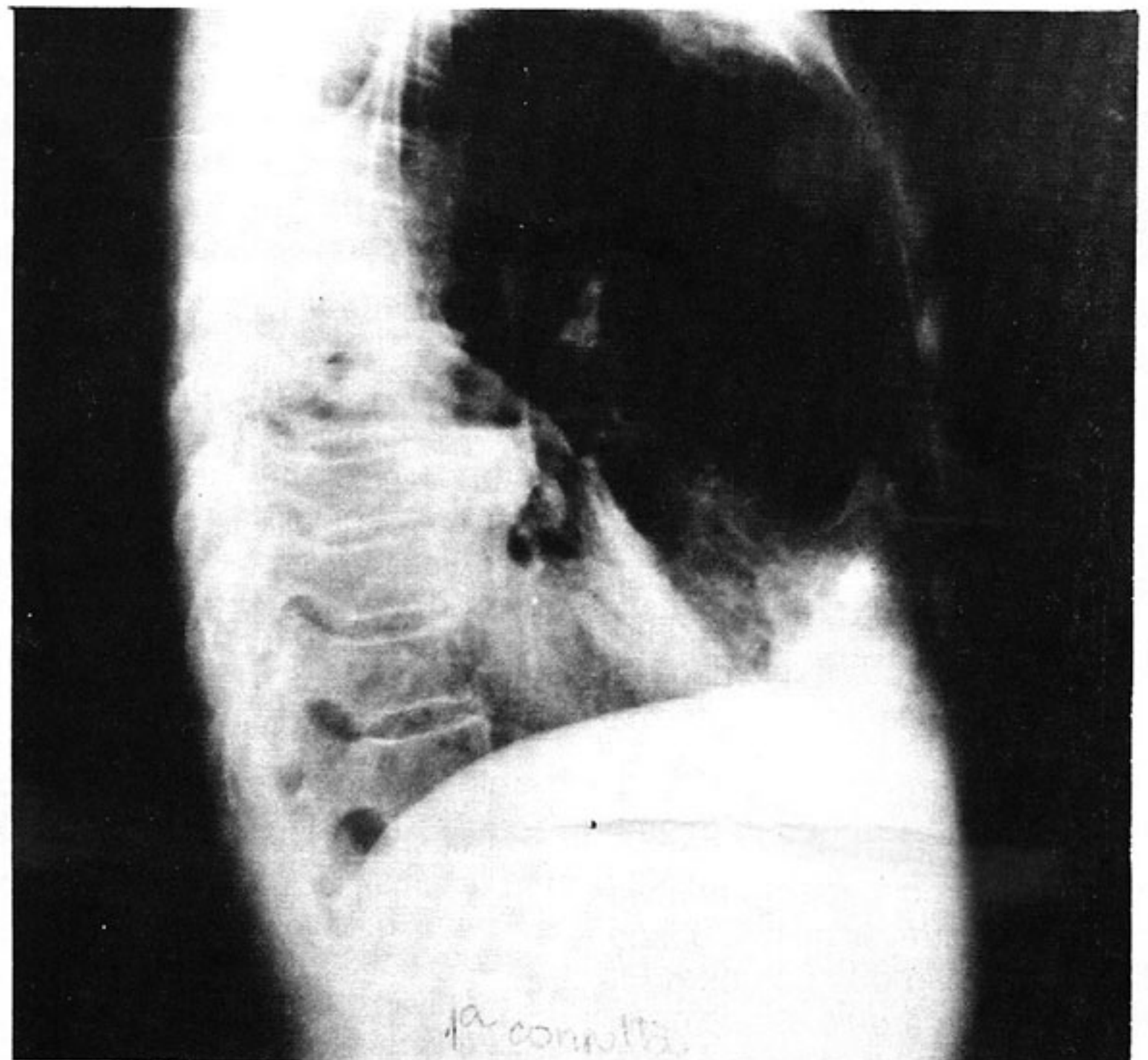


Figura 1b. Radiografia do tórax na primeira consulta (perfil).

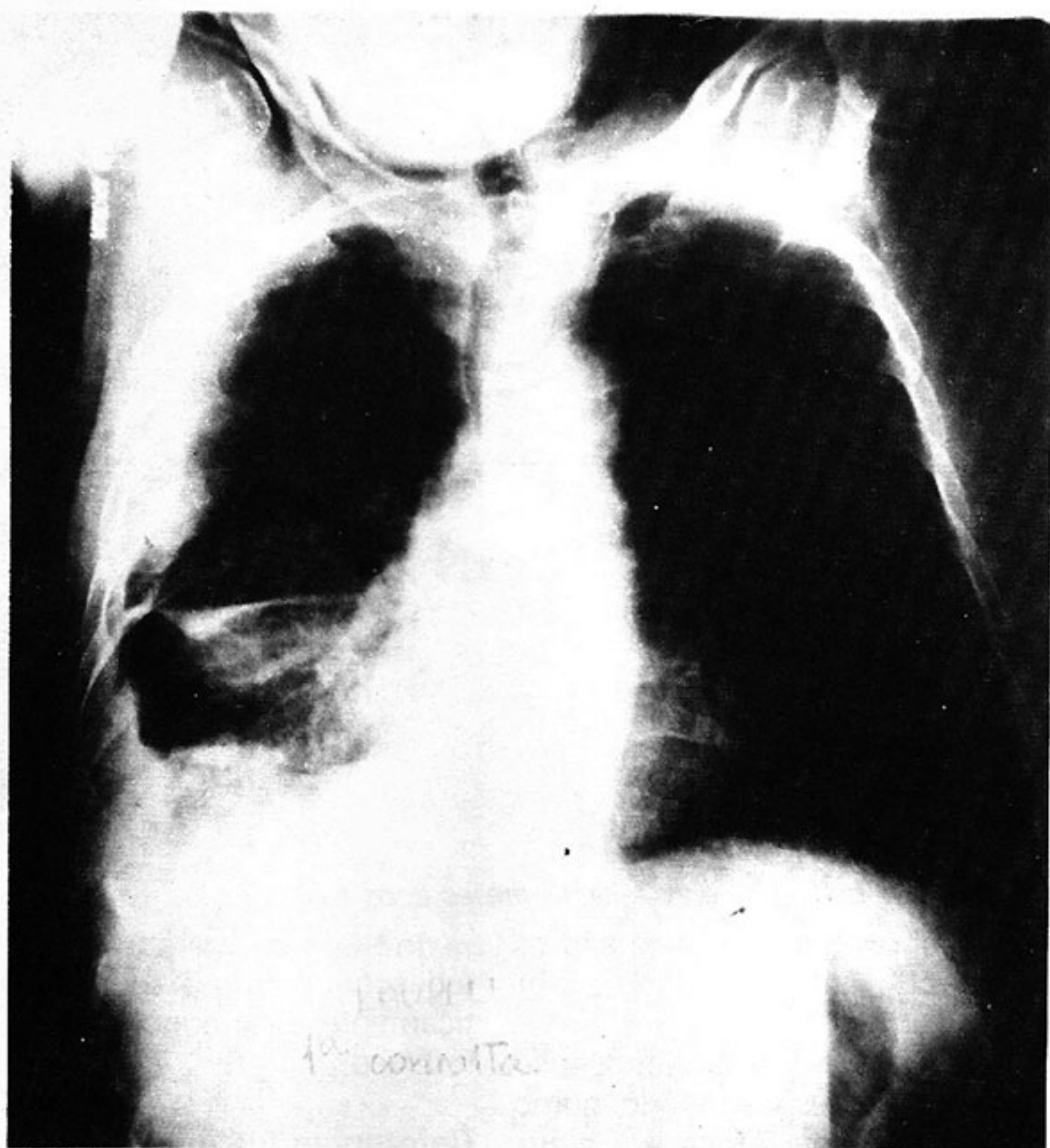


Figura 1c. Radiografia do tórax feita por ocasião da primeira consulta (Laurell).

Conduta e evolução

Toracocentese com biópsia pleural. Foram feitas 7 punções nas regiões posterior e lateral do HTD, na tentativa de retirar amostra de líquido pleural para exame. Apenas uma deu saída à pequena quantidade de líquido (+ 5 ml), de aspecto amarelo-turvo. Na ocasião foi feita biópsia pleural.

Os exames citológicos e bacteriológicos do material obtido foram negativos e, no exame bioquímico do líquido pleural, que sugeria o diagnóstico de empiema, chamava atenção o nível baixo de glicose (5 mg%).

Dentre os exames hematológicos (hemograma e coagulograma) apenas o número de eosinófilos era anormal, e também chamava atenção (54%).

A apresentação do quadro pleural, associada à informação de cirurgia prévia por cisto hidático hepático e à baixa concentração de glicose no líquido pleural e alta eosinofilia sangüínea, levou à formulação da seguinte hipótese diagnóstica: cisto hidático supra-hepático que rompeu o diafragma, esvaziando seu conteúdo na cavidade pleural. Para confirmá-la, na manhã do dia programado para a cirurgia — descorticação pulmonar — foi feito exa-

me ultra-sônico do abdome e do tórax (figura 2). Este exame não confirmou a suspeita diagnóstica, evidenciando, segundo o laudo, diafragma íntegro, nenhuma evidência de processo cístico na região supra-hepática ou no pólo superior do fígado. Mantev-se, então, a programação cirúrgica inicial. Entretanto, durante o ato cirúrgico, constatou-se que a hipótese diagnóstica anterior estava correta.

Realizou-se uma toracotomia póstero-lateral direita e o acesso à cavidade pleural foi feito através do 5.º espaço intercostal. O pulmão encontrava-se parcialmente encarcerado e uma volumosa tumoração ocupava o 1/3 inferior da cavidade pleural, limitada superiormente pelo lobo inferior do pulmão. Após serem desfeitas as aderências pleurais, foi possível visualizar uma comunicação entre o lobo direito do fígado e o lobo inferior do pulmão direito, através de um orifício no diafragma com cerca de 10 cm de diâmetro. O lobo hepático direito encontrava-se totalmente preenchido por vesículas amareladas, de tamanhos que variavam entre 0,2 e 8 cm de diâmetro, que extravazavam para o lobo inferior pulmonar, através da rup-

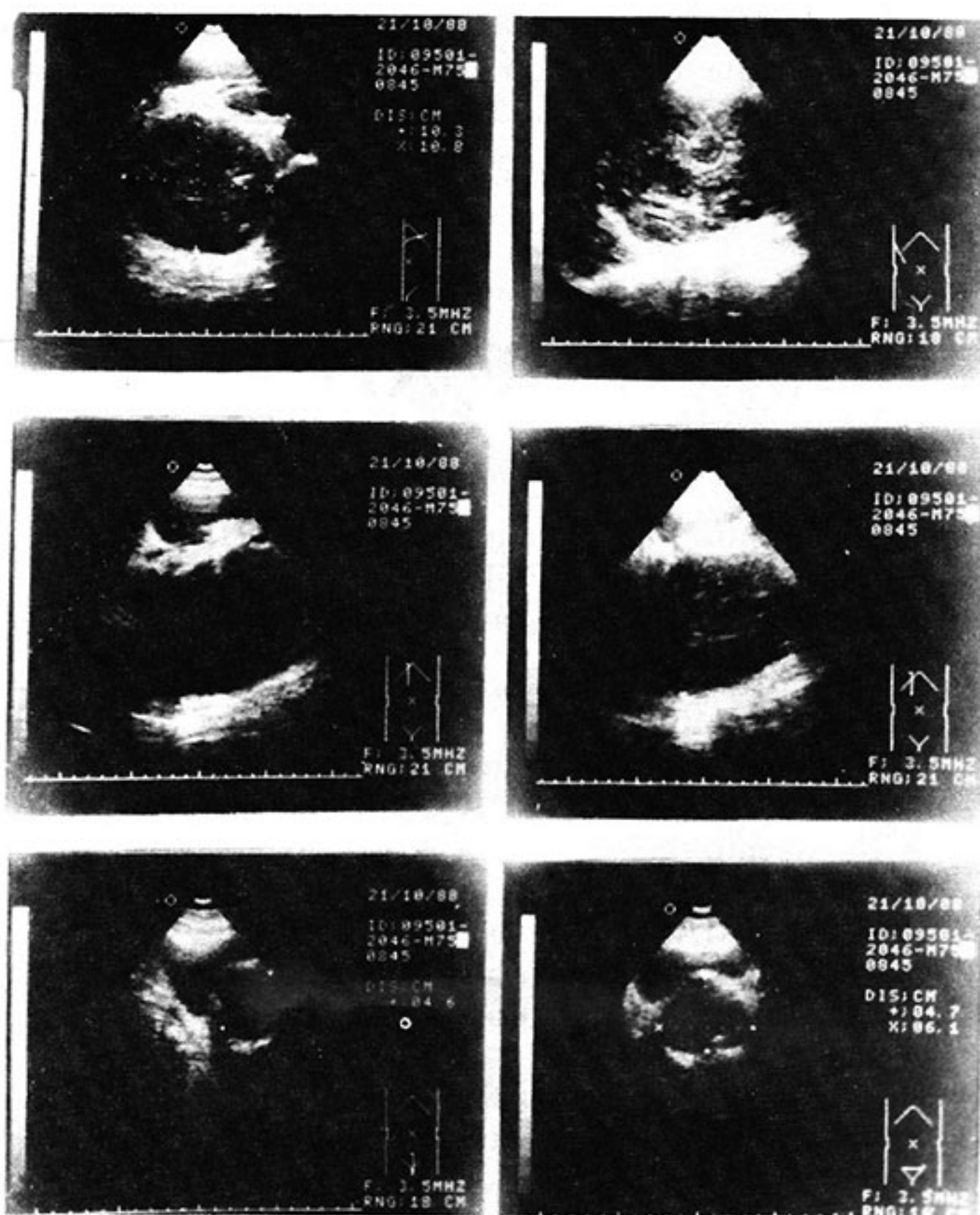


Figura 2. Exame ultra-sônico do tórax e do abdome feito no pré-operatório.

tura do diafragma. A cavidade, com cerca de 700 cc de volume, foi totalmente esvaziada e lavada com soro fisiológico. A ruptura do diafragma foi suturada e o pulmão direito descorticado. Procedeu-se, então, à ressecção parcial de 2 arcos costais e, a seguir, à marsupialização da cavidade hepática. Foram colocados 2 drenos na cavidade pleural, fechando-se, a seguir, a parede torácica por planos.

O pós-operatório transcorreu bem e o paciente teve alta 10 dias após a cirurgia. O cisto hidático foi lavado diariamente com solução anti-séptica, durante 16 meses, até seu total colapso. A radiografia do tórax feita então foi praticamente normal (figura 3).

Comentários

A hidatidose é causada pelo parasita *Echinococcus granulosus*, da classe dos Cestódios (platelmintos). Seus principais hospedeiros definitivos são o cão, a raposa, o lobo e o chacal; enquanto numerosos mamíferos, incluindo o homem, podem ser hospedeiros intermediários. Há dois tipos de doença hidática: variedade pastoril, que é a mais freqüente e na qual o hospedeiro intermediário habitual é o carneiro, o porco ou a vaca; e a forma silvestre, que, provavelmente, é causada por uma cepa diferente do platelmin-

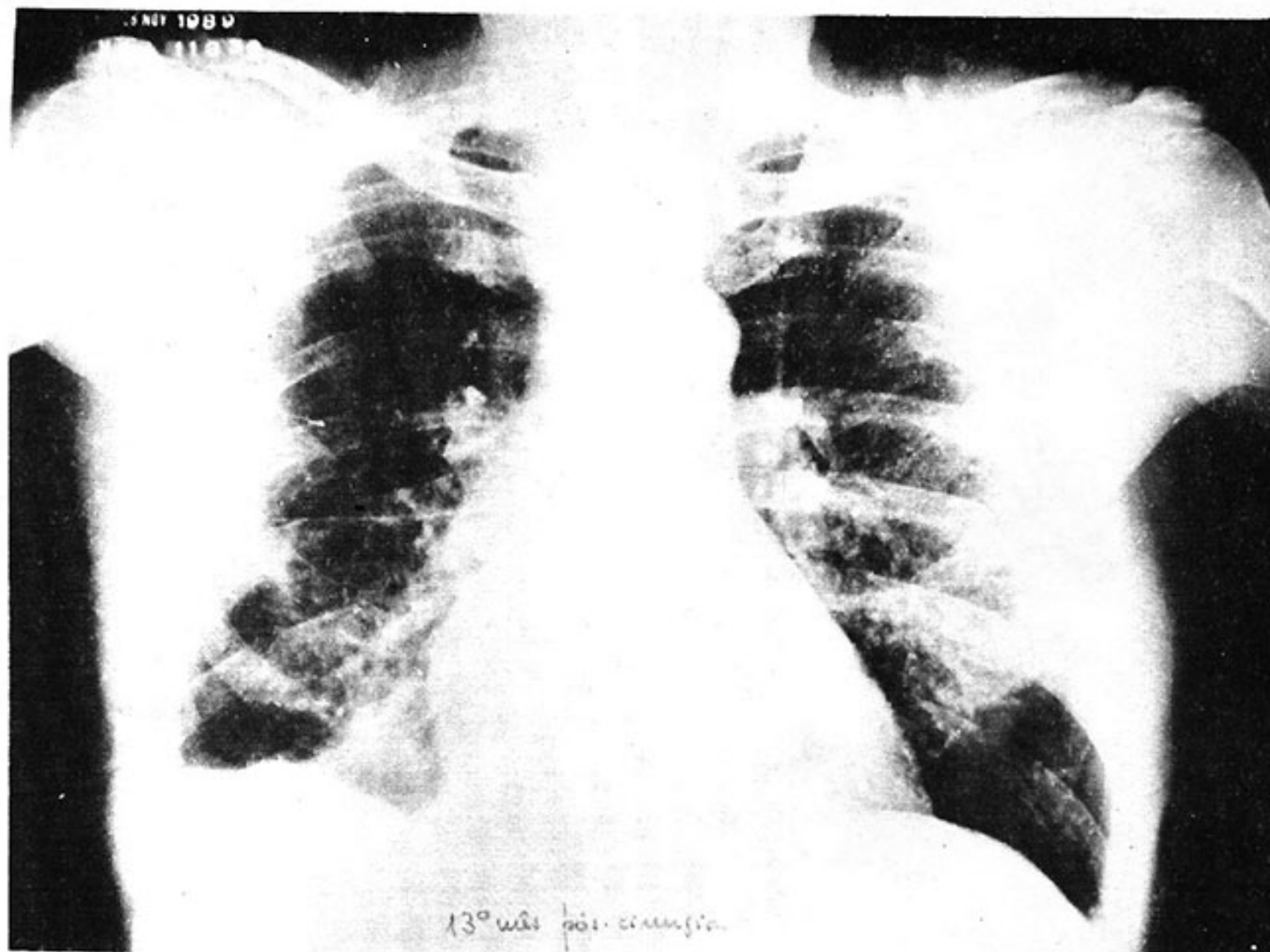


Figura 3. Radiografia do tórax feita 13 meses após a cirurgia.

to, na qual o veado e o alce são os hospedeiros intermediários habituais⁽¹⁾.

A hidatidose tem caráter endêmico em muitas regiões do mundo, como a Itália, Norte da África e Chipre. No caso atual, o paciente é originário da Itália, e para lá viaja regularmente; durante a 1.ª Guerra Mundial serviu no norte da África. Acreditamos que ele tenha sido infectado fo-

ra do Brasil, já que, aqui, a doença só é descrita no Rio Grande do Sul, praticamente, e ele nunca esteve naquele Estado.

Referência bibliográfica

1. Edelweiss, E. L.: Hidatidose. In: Veronesi R. (Ed) Doenças Infecciosas e Parasitárias. Editora Guanabara Koogan, 5.ª edição, 1972, p. 857-869.

CURSO DE ATUALIZAÇÃO TERAPÊUTICA EM PNEUMOLOGIA

Realizou-se entre 10 e 20 de junho, a PRIMEIRO CURSO DE ATUALIZAÇÃO EM PNEUMOLOGIA TERAPÊUTICA, organizado pela SPT-RJ.

O programa do curso constou de aulas sobre:

- ASMA BRÔNQUICA
 - Tratamento da crise
 - Tratamento da intercrise
- CARCINOMA BRÔNQUICO
 - Tratamento médico
 - Tratamento cirúrgico
- PNEUMONIAS
 - Tratamento das pneumonias da comunidade
 - Tratamento das pneumonias nosocomiais
- TUBERCULOSE
 - Avaliação do esquema RIP
 - Novas drogas e perspectivas de tratamento
- MICOSES
- PNEUMOPATIAS INTERSTICIAIS DIFUSAS
- FISIOTERAPIA
 - Fisioterapia "convencional"
 - Terapia da fadiga muscular respiratória
- RESPIRAÇÃO MECÂNICA
 - Mecanismos de interação aparelho-paciente
 - Aplicações e conseqüências
- REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA DO DPOC
 - Esquema farmacoterápico
 - Esquema fisioterápico
 - Suporte nutricional