

Relato de caso

Nódulos pulmonares múltiplos em um paciente com infecção pelo HIV

Multiple pulmonary nodules in a patient with HIV infection

Thaís Emanuele Leite Ribeiro¹, Denis Muniz Ferraz¹, Teresinha Yoshiko Maeda¹, Agnaldo José Lopes¹, Fabiana Rocha Ferraz², Danielle de Barros Carneiro³, Antônio Ambrósio de Oliveira Neto⁴, Rafael Daher⁵, José Manoel Jansen¹.

RESUMO

O padrão de múltiplas lesões pulmonares é uma apresentação radiológica comum em pessoas infectadas pelo HIV. As causas possíveis para este podem ser divididas dentro de duas categorias: infecções e neoplasias. Os autores descrevem o caso de um paciente de 53 anos de idade com carcinoma adenóide cístico de nasofaringe, múltiplos nódulos pulmonares e infecção pelo HIV.

Descritores: carcinoma adenóide cístico, nasofaringe, nódulos pulmonares, HIV.

ABSTRACT

The pattern of multiple pulmonary lesions is a common roentgenographic presentation in HIV-infected persons. The possible causes for this can be divided into the following two categories: infections and neoplasms. The authors describe the case of a 53 year-old man with adenoid cystic carcinoma of the nasopharynx, multiple pulmonary nodules, and HIV infection.

Keywords: adenoid cystic carcinoma, nasopharynx, pulmonary nodules, HIV.

Introdução

A ocorrência de múltiplos nódulos pulmonares em portadores do vírus HIV não é incomum. Várias condições patológicas podem determinar o seu aparecimento, tais como doenças infecciosas e neoplásicas.

O sarcoma de Kaposi e o linfoma não-Hodgkin são as neoplasias que mais freqüentemente acometem

os pulmões de pacientes com AIDS. Embora a associação de outras neoplasias não diagnósticas de AIDS e o vírus HIV ainda seja controversa, são observadas apresentações clínicas e evoluções incomuns, sugerindo que a concomitância com a infecção pelo vírus HIV altera o curso destas doenças¹.

Os autores descrevem um caso de carcinoma adenóide cístico de nasofaringe com metástases

1. Serviço de Pneumologia e Tisiologia do HUPE/UERJ.
2. Serviço de Otorrinolaringologia do HUPE/UERJ.
3. Serviço de Radiologia do HUPE/UERJ.
4. Serviço de Anatomia Patológica do HUPE/UERJ.
5. Serviço de Radioterapia do CUCC/UERJ.

Endereço para correspondência: Agnaldo José Lopes. Rua José do Patrocínio, 290/405 Grajaú 20560-160 Rio de Janeiro - RJ. Tels.: (21) 2587-6537, 98536162. E-mail: phel.lop@uol.com.br

Artigo recebido em 29/07/2004 e aceito para publicação em 11/08/2004, após revisão.

pulmonares em portador do vírus HIV e discutem o diagnóstico diferencial.

Relato do caso

Homem de 53 anos, negro, solteiro, diarista, natural do Rio de Janeiro, sabidamente HIV-positivo há sete anos, assintomático, internado no Hospital Universitário Pedro Ernesto para investigação de nódulos pulmonares múltiplos. Cerca de sete meses antes, iniciou quadro de tosse seca, cefaléia frontal, dor em região maxilar, febre alta e dispnéia aos grandes esforços. Nessa época, o paciente foi tratado com amoxicilina por 14 dias, tendo evoluído com melhora sintomática.

Relatava dois episódios de pneumonia, sendo o primeiro deles na infância e o segundo há quatro anos, e dois episódios de sinusite no último ano. Referia duas fístulas anais com resolução espontânea. Era tabagista de 7 maços-ano e etilista de 3 garrafas de cerveja/dia. Referia uso ocasional de maconha e cocaína por via inalatória e homossexualismo.

No exame físico, o paciente encontrava-se lúcido e orientado, corado, hidratado, acianótico e anictérico; a temperatura axilar era de 36,5°C, pressão arterial de 100/60 mmHg, frequência cardíaca de 120 bpm e frequência respiratória de 20 irpm. Havia linfonodos palpáveis bilateralmente em cadeia cervical posterior, de consistência fibroelástica, móveis e medindo cerca de 1 cm de diâmetro. Ausculta respiratória: murmúrio vesicular universalmente

Figura 1 – Radiografia de tórax realizada quatro anos antes da admissão mostra múltiplos nódulos pulmonares (setas).



Figura 2 – Radiografia de tórax da admissão evidencia aumento significativo no tamanho dos nódulos em relação à radiografia anterior (setas).

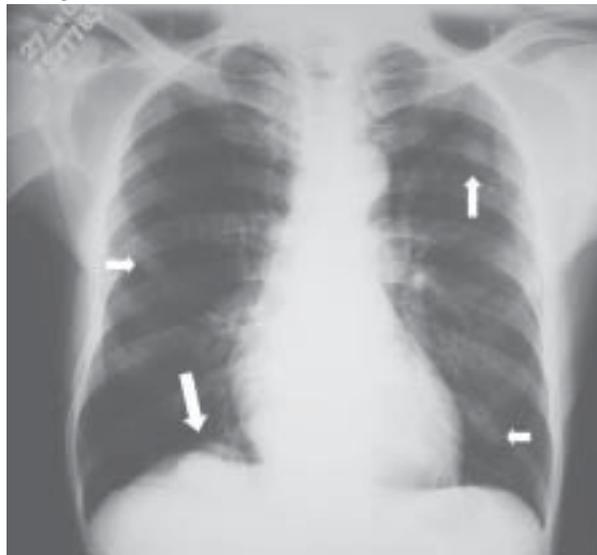


Figura 3 – TCAR de tórax com corte abaixo do nível da bifurcação traqueal mostra a presença de dois nódulos pulmonares.



audível, sem ruídos adventícios. O restante do exame físico não mostrava alterações.

A radiografia do tórax realizada quatro anos antes da admissão já demonstrava a presença de nódulos pulmonares (Figura 1). Na internação, o estudo radiológico do tórax e a tomografia computadorizada com protocolo de alta resolução (TCAR) evidenciavam aumento no número e tamanho desses nódulos (Figuras 2, 3 e 4).

Demais exames complementares: o hemograma mostrava hematimetria = 3,1 milhões/mm³, hematócrito = 28%, leucometria = 4.070/mm³ com 1% de bastões e 42% de linfócitos e contagem de plaquetas = 233.000/mm³. Contagem de linfócitos T CD4⁺ = 240/mm³. Carga viral = 93.000 cópias.

Figura 4 – TCAR de tórax com corte ao nível das bases pulmonares mostra nódulo em lobo inferior direito em posição justa-diafragmática.



Figura 5 – TC de cavidades paranasais evidencia lesão expansiva em parede lateral esquerda da nasofaringe.



PPD = 14 mm. As pesquisas de BAAR em três amostras de escarro induzido foram negativas. A broncoscopia foi normal e o exame do lavado broncoalveolar foi negativo para pesquisas de BAAR, fungo e células neoplásicas. A biópsia de linfonodo cervical mostrou linfadenite crônica com hiperplasia folicular.

No quinto dia de internação, o paciente iniciou quadro de febre, rinorréia purulenta e dor maxilar à esquerda, sendo diagnosticado sinusite e iniciado amoxicilina + clavulanato. Após quatro dias de antibioticoterapia, como havia pouca melhora do

Figura 6 – Material de biópsia de cavum: nicho de células tumorais com aspecto de “queijo suíço”. Diagnóstico: carcinoma adenóide cístico com subtipo histológico cribriforme.

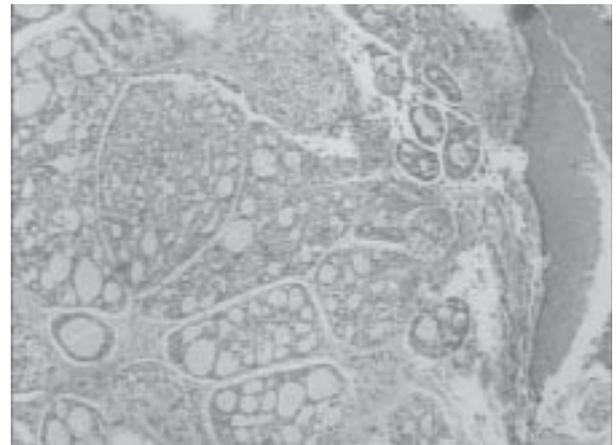
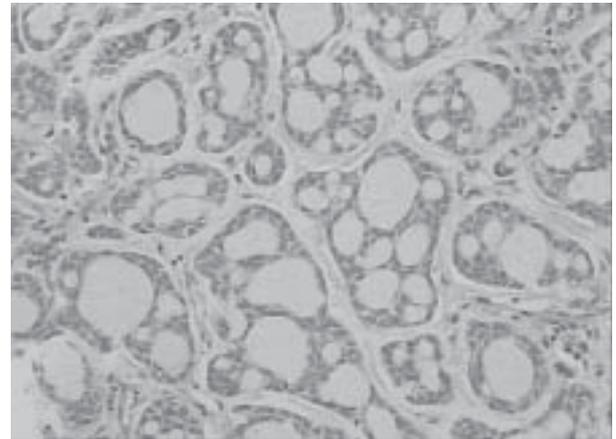


Figura 7 – Material de biópsia pulmonar demonstra a metastatização do carcinoma adenóide cístico.



quadro sinusal, foi feita uma tomografia computadorizada de cavidades paranasais que mostrou volumosa massa em topografia de nasofaringe (Figura 5). O paciente foi submetido à biópsia dessa massa, via transnasal e, posteriormente, à ressecção de nódulo pulmonar. O estudo anatomopatológico desses materiais estabeleceu a natureza maligna da lesão: carcinoma adenóide cístico (Figuras 6 e 7). Foi então iniciada radioterapia paliativa da lesão primária (Figuras 8 e 9).

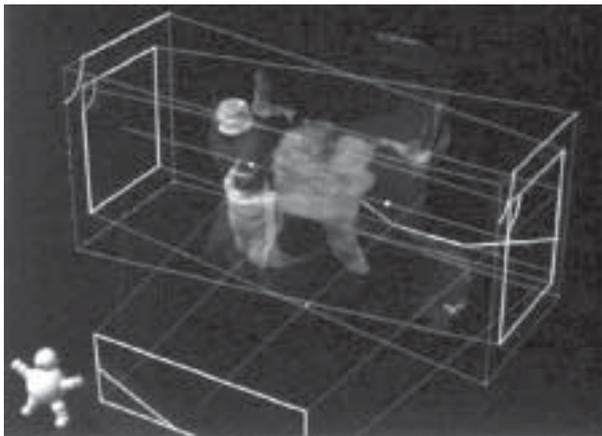
Discussão

As doenças infecciosas e neoplásicas que envolvem os pulmões permanecem como causas importantes de morbidade e mortalidade em pacientes infectados com o vírus HIV. Apesar de a radiografia simples do tórax ser tipicamente o primeiro exame de imagem realizado nestes casos, a TCAR do tórax também pode ser feita, particularmente quando a radiografia mostra achados inespecíficos ou questionáveis. Múltiplos nódulos pulmonares estão

Figura 8 – TC de cabeça e pescoço com reconstrução tridimensional (pré-radioterapia) mostra a localização da massa tumoral.



Figura 9 – TC de cabeça e pescoço com reconstrução tridimensional demonstra o mapeamento pré-radioterapia.



entre os achados tomográficos mais comuns, e podem ser secundários a um grande número de infecções e neoplasias relacionadas ao HIV. Entretanto, a confirmação do diagnóstico etiológico pode ser extremamente difícil e, algumas vezes, impossível² (Quadro 1).

Na interpretação da TCAR, torna-se importante determinar o tamanho e a distribuição dos nódulos pulmonares, que podem ajudar a distinguir entre

as possíveis causas infecciosas e neoplásicas em pacientes HIV-positivos. Em estudo de Edinburg e cols.³, 84% dos pacientes com infecção oportunista tinham predominância de nódulos menores que 1 cm de diâmetro, ao passo que 82% dos pacientes com neoplasia tinham predominância de nódulos maiores que 1 cm. Nesse mesmo estudo, a distribuição dos nódulos também foi um fator discriminante: enquanto 88% dos pacientes que apresentaram distribuição peribroncovascular tinham sarcoma de Kaposi, 65% daqueles com infecção oportunista tinham distribuição centrilobular dos nódulos.

Quadro 1 – Causas de nódulos pulmonares múltiplos em pacientes infectados pelo vírus HIV.

Infecciosas	Tuberculose
	Criptococose
	Histoplasmose
	Aspergilose invasiva
	Pneumonia por <i>Pneumocystis carinii</i>
	Pneumonia por citomegalovírus
Neoplásicas	Pneumonia por <i>Staphylococcus aureus</i>
	Sarcoma de Kaposi
	Linfoma não-Hodgkin
	Metástases

No caso em discussão, chama a atenção, além dos nódulos pulmonares múltiplos, a cronicidade da doença, o que praticamente exclui as infecções por *P. carinii*, citomegalovírus e *S. aureus* como causas da doença pulmonar. Da mesma forma, a aspergilose invasiva, a apresentação mais importante da infecção por *Aspergillus* na AIDS, também manifesta na maioria das vezes com curso agudo e rapidamente progressivo, o que não é o caso.

Dentre as doenças infecciosas pulmonares que acometem os portadores do HIV, a tuberculose é uma das mais freqüentes e, por isso, deve ser sempre cogitada no diagnóstico diferencial de quase todos os padrões radiológicos possíveis. Os nódulos acinares tuberculosos geralmente medem entre 6 e 9 mm de diâmetro e podem ser suficientemente bem delimitados para justificar sua classificação como doença multinodular⁴. Outra lesão tuberculosa, o tuberculoma, muitas vezes calcificado, geralmente é único, porém relatam-se tuberculomas múltiplos com dimensões variando de 0,5 a 4 cm. No presente caso, a prova tuberculínica positiva e a cronicidade das lesões fortaleceram ainda mais a possibilidade de tuberculose pulmonar, apesar da ausência de outros indícios que sustentassem essa hipótese diagnóstica.

Na AIDS, a criptococose pode apresentar-se sob a forma de nódulos parenquimatosos. Esses nódulos, geralmente em pequeno número, podem ter até 4 cm e apresentar escavação⁵. Entretanto, a criptococose só costuma ocorrer em fase de intensa diminuição de linfócitos T CD4⁺ no sangue periférico (geralmente abaixo de 50/mm³), o que não é o caso.

Outra infecção, a histoplasmose, também é capaz de produzir nódulos pulmonares múltiplos em indivíduos infectados pelo HIV. Nestes casos, a tomografia computadorizada evidencia pequenos nódulos, de distribuição aleatória, que geralmente estão associados a linfonodomegalias mediastinais. Semelhante a criptococose, a histoplasmose é observada em doentes com grave comprometimento da imunidade celular⁶.

Além das infecções, as neoplasias também constituem causas de múltiplos nódulos pulmonares em pacientes HIV-positivos.

O sarcoma de Kaposi, apesar de ultimamente ser menos descrito em portadores do vírus HIV, pode causar nódulos pulmonares. Estes são geralmente de limites mal definidos, crescem ao longo das rotas linfáticas e estão associados a derrame pleural em até 50% dos casos⁵. A maioria dos pacientes com Kaposi pulmonar apresenta a doença na pele ou mucosas, o que não é o caso.

Outra neoplasia notada em pacientes HIV-positivos é o linfoma não-Hodgkin que, quando envolve o tórax, manifesta-se mais freqüentemente sob a forma de derrame pleural. Entretanto, também pode apresentar-se como múltiplos nódulos pulmonares. Estes nódulos, geralmente de limites bem definidos e de tamanho que varia entre 0,5 e 3 cm, são periféricos e predominam nas regiões subpleurais das bases pulmonares. Alguns pacientes são totalmente assintomáticos, mas a maioria (mais de 80%) apresenta manifestações denominadas de sintomas B – febre, sudorese noturna e perda ponderal importantes⁵.

A associação de outras neoplasias não diagnósticas de AIDS e o vírus HIV ainda é controversa. Várias delas podem evoluir com disseminação hematogênica ou linfática para os pulmões e resultar na formação de nódulos parenquimatosos. Estes são em geral múltiplos, bilaterais, esféricos, bem circunscritos, de tamanhos variados e com distribuição cortical, predominando nas regiões inferiores dos pulmões¹.

O carcinoma adenóide cístico (CAC) representa uma neoplasia maligna incomum originada a partir das glândulas salivares maiores (parótidas, submandibulares

e sublinguais) ou menores (presentes no epitélio que reveste as vias aéreas superiores, traquéia e brônquios). Segundo Regezi e cols.⁷, o CAC tem sido relatado como um dos tumores biologicamente mais enganosos e frustrantes da região de cabeça e pescoço. Tal inferência fundamenta-se no comportamento clínico do mesmo haja visto seu lento crescimento em detrimento do alto índice de recidivas e do amplo potencial de invasão dos tecidos adjacentes. Além do mais, o CAC possui grande potencial de disseminação hematogênica, sendo o pulmão o sítio preferencial para metástases⁸.

Dentre todas as neoplasias malignas da glândula salivar, o CAC é responsável por cerca de 23%. A faixa etária de maior incidência encontra-se entre a 5^a e a 7^a décadas de vida, não apresentando predileção significativa por sexo. Sua associação com o vírus HIV é controversa⁹.

O tratamento de eleição do tumor primário, independentemente da sua localização, é o cirúrgico¹⁰. A radioterapia tem mostrado resultados promissores e desempenha um papel importante no controle das recidivas⁸. No caso apresentado, como o paciente já apresentava a doença em estágio avançado, optou-se pela radioterapia paliativa.

O presente caso ilustra bem uma situação clínica não incomum e que apresenta extenso diagnóstico diferencial: nódulos pulmonares múltiplos em paciente assintomático. A pista para o diagnóstico etiológico foi o aparecimento dos sintomas de vias aéreas superiores. Não fosse isso, o caso exigiria uma rotina de investigação muito mais ampla.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jansen JM, Maeda TY, Noronha Filho AJ, Lopes AJ, Capone D, Siqueira HR, et al. Prática pneumológica: 101 casos selecionados do dia-a-dia. São Paulo-Rio de Janeiro-Belo Horizonte: Atheneu; 1998. 608p.
2. Jain NK, Lie TH. Fever, multiple pulmonary nodules, and ulcerated skin lesions in a patient with AIDS. *Chest* 1995;107:553-5.
3. Edinburgh KJ, Jasmer RM, Huang L, Reddy GP, Chung MH, Thrompson A, et al. Multiple pulmonary nodules in AIDS: usefulness of CT in distinguishing among potential causes. *Radiology* 2000;214:427-32.
4. Lillington GA. Diagnóstico das doenças pulmonares. Rio de Janeiro: Interlivros; 1989. 495p.
5. Jansen JM, Lima DB, Paiva DD, Lopes AJ, Capone D, Noronha A, et al. Pneumo-AIDS – clínica, radiologia e patologia. Rio de Janeiro: Revinter; 2004. 235p.

6. Capone D, Mogami R, Miyagui T. Tomografia computadorizada de alta resolução nas doenças difusas pulmonares – correlação anatomopatológica. São Paulo – Rio de Janeiro – Ribeirão Preto – Belo Horizonte: Atheneu; 2003. 360p.
 7. Regezi JA, Sciubba JJ. Patologia bucal: correlações clinicopatológicas. 3a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. 382p.
 8. Amorim RFB, Silva LYC, Freitas RA. Evolução clínica agressiva de carcinoma adenóide cístico sólido. Rev Bras Patol Oral 2003;2(2):17-20.
 9. Sun EC, Curtis R, Melbye M, Goedert JJ. Salivary gland cancer in the United States. Cancer Epidemiol Biomarkers & Prevention 1999;8:1095-100.
 10. Campos CAH, Costa HOO. Tumores das glândulas salivares. In: Campos CAH, Costa HOO. Tratado de Otorrinolaringologia. São Paulo: Roca; 2002. p 155-76. ■
-