

Qual o seu diagnóstico?

Massa intratorácica em paciente HIV+.

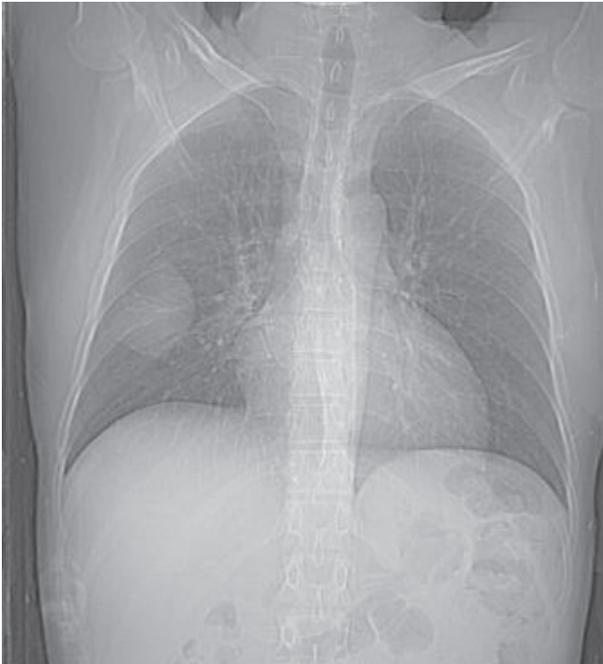
Intrathoracic mass in a HIV+ patient.

*Bernardo Tessarollo¹, Daniel Leme da Cunha², Mário Francisco Soares Jr³,
Agnaldo José Lopes⁴, Roberto Mogami⁵.*

DADOS CLÍNICOS

Paciente masculino de 43 anos, portador do vírus HIV, chega ao ambulatório com queixas de febre, tosse e discreta dor torácica à direita. Traz consigo uma radiografia, que mostra massa intratorácica posterior à direita. O paciente foi internado para investigação, sendo submetido a uma tomografia computadorizada, seguida de biópsia guiada.

ASPECTO RADIOLÓGICO



Figuras 1A e B – Escanogramas mostrando opacidade arredondada, periférica, localizada na região posterior do hemitórax direito.

1. Médico em treinamento do Serviço de Radiologia e Diagnóstico por Imagem do Hospital Universitário Pedro Ernesto – Universidade do Estado do Rio de Janeiro; Professor Assistente da Faculdade de Medicina da Universidade Severino Sombra.

2. Médico residente do Serviço de Radiologia e Diagnóstico por Imagem do Hospital Universitário Pedro Ernesto – Universidade do Estado do Rio de Janeiro; Professor Assistente da Faculdade de Medicina da Universidade Severino Sombra.

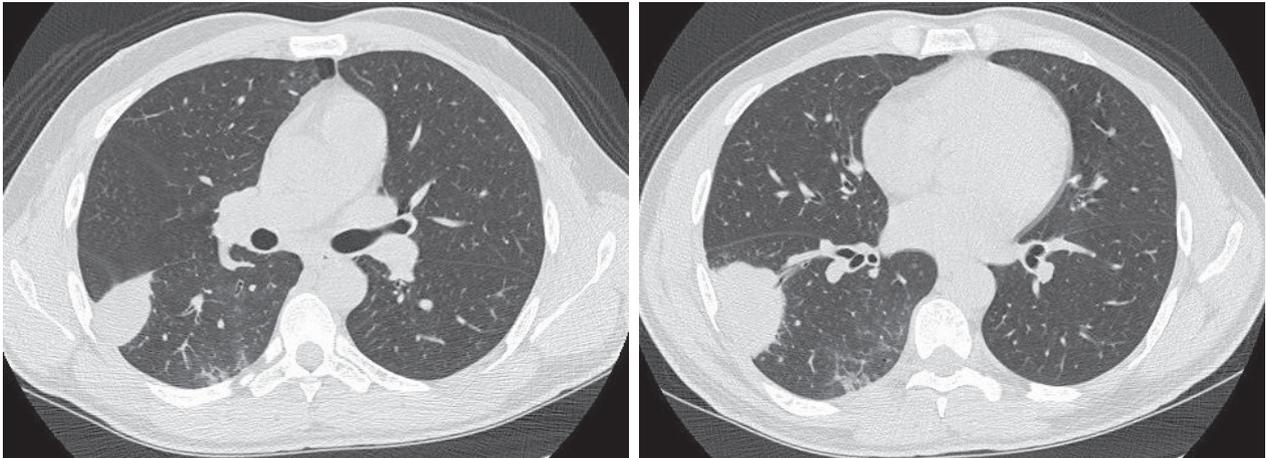
3. Médico residente do Serviço de Radiologia e Diagnóstico por Imagem do Hospital Universitário Pedro Ernesto - Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

4. Médico do Serviço de Pneumologia e Tisiologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

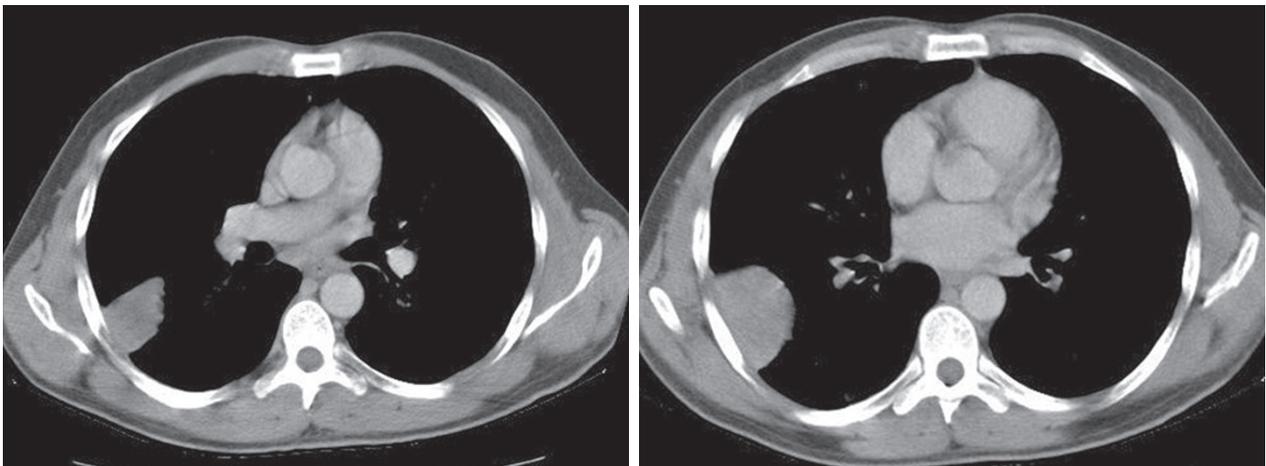
5. Professor Adjunto da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Caso do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ. Não existe conflito de interesse ou fonte de fomento para este estudo.

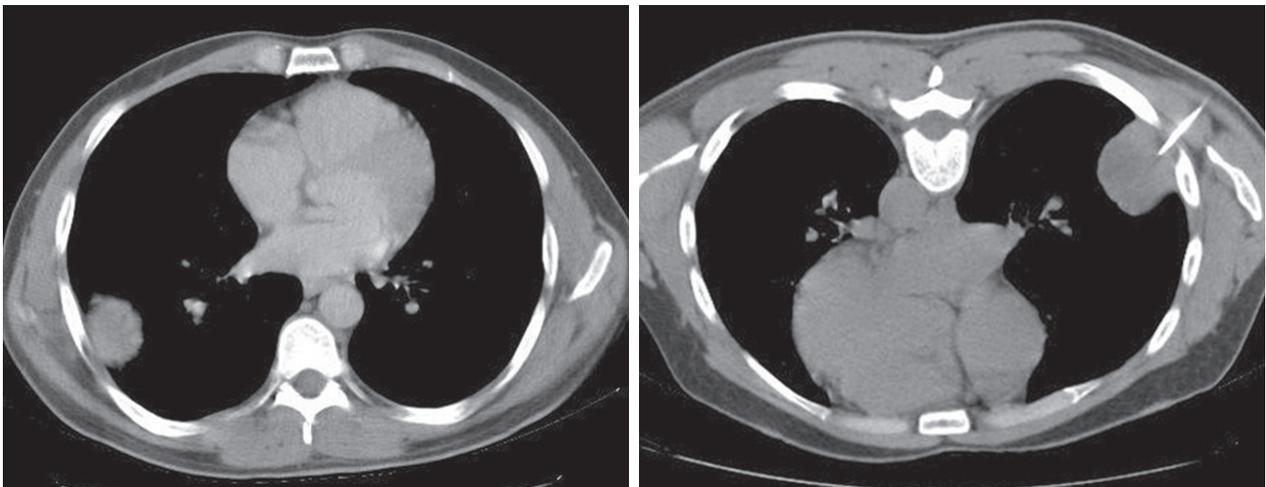
Endereço para correspondência: Bernardo Tessarollo. Serviço de Radiologia e Diagnóstico por Imagem do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Av. Vinte e Oito de Setembro, 77, CEP 20551-030, Rio de Janeiro, Brasil. Tel: (55) 21 2587-6446, e-mail: btessa@gmail.com
Recebido em 19/06/2006 e aceito em 29/06/2006, após revisão.



Figuras 2A e B – Tomografia computadorizada do tórax, de alta resolução (janela para pulmão), evidencia massa periférica, bem-definida, localizada no pulmão direito.



Figuras 3A e B - Tomografia computadorizada do tórax (janela para mediastino) demonstra massa periférica com densidade de partes moles e captação heterogênea do meio de contraste.



Figuras 4A e B - Tomografia computadorizada do tórax (janela para mediastino) demonstra massa periférica com densidade de partes moles e captação heterogênea do meio de contraste, em A. Em B, nota-se a punção guiada da lesão.

Resposta do dilema

DIAGNÓSTICO

O estudo citológico e o cultivo do material punccionado firmaram o diagnóstico de criptococose pulmonar (“toruloma”).

COMENTÁRIOS

Há, aproximadamente, 250.000 espécies de fungos conhecidas, porém, não mais de cerca de 200 estão relacionadas a doenças humanas. Estes agentes patogênicos normalmente têm vida livre no ambiente e não dependem do homem, ou de animais hospedeiros intermediários, para sobreviver. Praticamente em todos os casos, as micoses humanas dependem de uma fonte exógena e são adquiridas através de inalação, ingestão ou implante traumático.¹

O *Cryptococcus neoformans* é um fungo dimórfico que se apresenta sob a forma de levedura, tanto no seu *habitat* natural quanto em homens e animais parasitados. Não há qualquer evidência de sua transmissão de homem para homem, ou de animal para homem. O maior risco comprovado de contaminação é por meio da exposição repetida a fezes secas de pombo; em muitos casos, é possível definir claramente essa exposição. A infecção primária ocorre por via respiratória, com a inalação de microrganismos aerossolizados. Essas formas inaladas são de pequeno tamanho, menos de 4µm, o que favorece a formação de aerossóis que alcançam as vias aéreas periféricas.²

A criptococose apresenta caráter multicêntrico, tanto do ponto de vista clínico quanto radiológico. Três são as formas de apresentação clínica mais comuns: pulmonar regressiva, pulmonar progressiva e disseminada.

O caso radiológico em questão ilustra a forma pulmonar progressiva da criptococose, que se apresenta como massa periférica repleta de células fúngicas. É o antigamente chamado “toruloma”, pois a denominação anterior do *Cryptococcus neoformans* era *Torula hystolytica*.³ Radiologicamente, é a forma que mais se confunde com tumor de pulmão, caracterizando-se, habitualmente, por lesão única que compromete mais os lobos inferiores e que se localiza, quase sempre, na periferia. Não se observa tendência a linfonodomegalia mediastinal, cavitação, calcificação ou derrame pleural neste tipo de apresentação da micose.⁴

Chama a atenção, neste caso, o fato do paciente ser HIV-positivo, já que, na presença de comprometimento imunológico, há forte tendência ao aparecimento de formas invasivas e disseminadas que possuem outro tipo de manifestação radiológica.

No decurso da AIDS, a observação geral é de que apenas em pequeno número dos casos a criptococose é a condição definidora da doença - cerca de 1 a 2%.¹ A principal manifestação é a meningite, que é seguida, em frequência, por comprometimento pulmonar e por doença sistêmica (disseminada). Nos pulmões, a mais comum apresentação radiológica é a infiltração intersticial, que pode tomar a forma predominantemente reticular, ou a micronodular ou, o que é mais freqüente, a mista – retículo-nodular. A extensão do comprometimento é variável, geralmente aumentando com a progressão. Com o tempo, a invasão alveolar ocorre, podendo ser muito expandida. Também é possível a forma de nódulos maiores, geralmente em pequeno número, com até 4cm e que podem escavar.^{1,4}

REFERÊNCIAS

1. Jansen JM, Lima DB, Paiva DD, Lopes AJ, Capone D, Noronha A et al. Pneumo-AIDS. Rio de Janeiro: Revinter; 2004. 235 p.
2. American Thoracic Society. Fungal infection in HIV-infected persons. Am J Respir Crit Care Med 1995;152:816-22.
3. 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. 608 p.
4. 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. 360 p.