

Qual o seu diagnóstico?

Infecção em paciente imunocomprometido.

Infection in an immunocompromised patient.

*André Melo Rocha¹, Clara Aguiar Gomes¹, Luiza Werneck¹,
Carlos Dadalto Elias¹, Marcos Vieira Godinho¹, José Fernando Zanier².*

DADOS CLÍNICOS

Paciente masculino, 47 anos, procurou o Serviço de Nefrologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) queixando-se de tosse não produtiva e dispnéia quarenta e cinco dias após transplante renal. O paciente estava em uso de ciclosporina A, micofenolato-mofetil e prednisona.

Apresentava-se em regular estado geral, corado, hidratado, acianótico e febril. Aparelho respiratório com roncos esparsos. Aparelho cardiovascular e ab-

dome sem alterações. Exames laboratoriais: creatinina = 2,81mg/dL; uréia = 150mg/dL; LDH = 241UI; Glicemia = 66mg/dL; sódio = 135mEq/L; potássio = 4,7mEq/L; leucócitos = 7900/mm³ (bastões = 1%); hematócrito = 33,5%; hemoglobina = 10,7g/dL; plaquetas = 183000/mm³; TAP = 77,6%; INR = 1,29; PTT = 36 (relação = 1,02).

A tomografia computadorizada evidenciou focos de atenuação em vidro fosco difusamente distribuídos e áreas de consolidação no lobo superior direito, lobo médio e lobos inferiores, notadamente à direita. Havia ainda derrame pleural bilateral e ausência de linfonodomegalias mediastinais (Figuras de 1 a 6).



Figura 1 – Topograma da TC de tórax demonstra opacidades parenquimatosas distribuídas difusamente



Figura 2 – TC de tórax (janela para pulmão) mostrando, nos lobos superiores, áreas de consolidação associadas a vidro fosco.

1. Médico residente do Serviço de Radiologia e Diagnóstico por Imagem do Hospital Universitário Pedro Ernesto – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

2. Professor Adjunto da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

Trabalho realizado no Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Não há conflito de interesse.

Endereço para correspondência: André Melo Rocha. Serviço de Radiologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto. Av. Boulevard 28 de setembro, 77, Térreo, Vila Isabel, CEP 20551-031, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Tel: (21) 2587-6446.

Recebido em 17/08/2009 e aceito em 15/09/2009, após revisão.

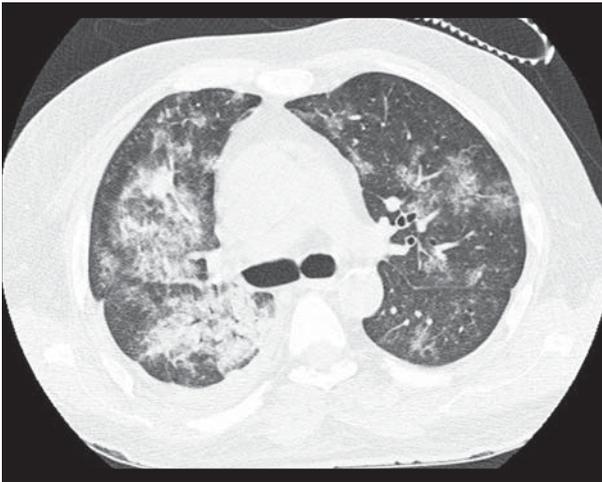


Figura 3 – TC de tórax (janela para pulmão) evidenciando focos com atenuação em vidro fosco e áreas de consolidação difusas pelo parênquima.

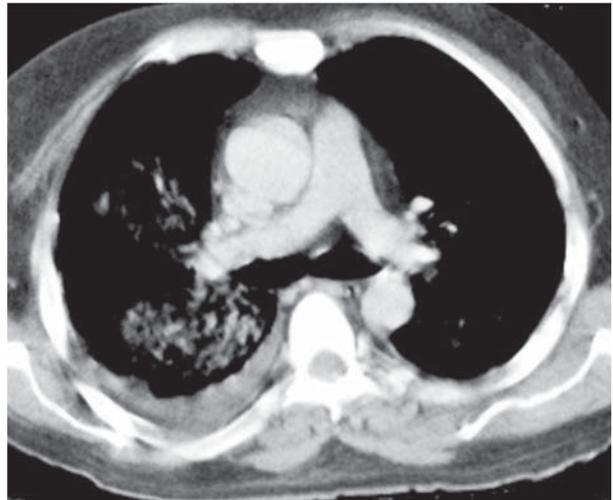


Figura 5 – TC de tórax (janela para mediastino): derrame pleural e consolidação à direita.

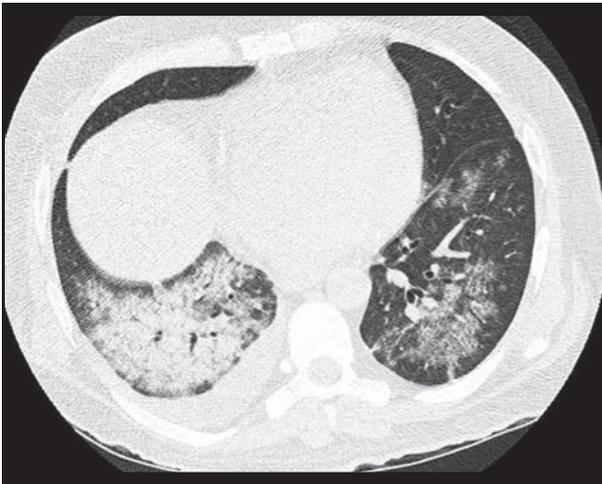


Figura 4 – TC de tórax (janela para pulmão) evidenciando focos com atenuação em vidro fosco e áreas de consolidação nos lobos inferiores.

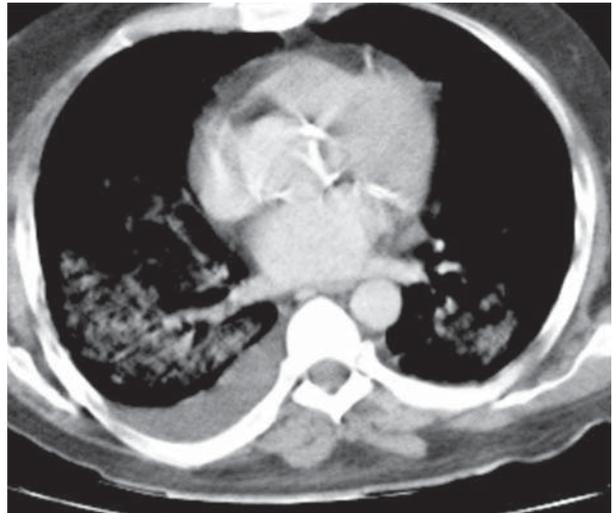


Figura 6 – TC de tórax (janela para mediastino): derrame pleural e áreas de consolidação, notadamente à direita.

DIAGNÓSTICO

O paciente iniciou antibioticoterapia, porém não houve melhora do quadro pulmonar. Foi realizada antigenemia para citomegalovírus que foi inconclusiva. Optou-se então pela realização do lavado bronco-alveolar que diagnosticou citomegalovirose.

COMENTÁRIOS

O citomegalovírus (CMV) foi descrito em 1956 e pertence ao mesmo grupo dos herpesvírus. Nos centros urbanos, mais da metade da população possui anticorpos específicos para o CMV. O vírus pode manter-se em estado de latência, com capacidade de reativar-se mais tarde. A transmissão pode ocorrer por: 1) via parenteral; 2) contato direto inter-humano ou via materno-fetal (intra-uterina, canal do parto ou amamentação); 3) transplante de medula óssea ou órgãos sólidos.¹

A apresentação pulmonar é mais frequente nos pacientes imunodeprimidos. Os principais fatores de risco são transplante e corticoterapia a longo prazo. No caso de transplante de órgão sólidos e de medula óssea, a infecção aparece 30-100 dias após o trans-

plante. O quadro clínico caracteriza-se por tosse seca, dispneia e febre, assemelhando-se a pneumonias de outra etiologia.^{1,2}

Na radiografia simples de tórax, os achados consistem em opacidades bilaterais associadas a múltiplos nódulos pulmonares, os quais são tipicamente menores que 5mm.

Na tomografia de alta resolução, os achados mais comuns são consolidações, opacidades em vidro fosco e nódulos menores que 10mm. Estes últimos podem ter distribuição randômica, subpleural ou centrolubular, estando algumas vezes associados a halo com atenuação em vidro fosco.²

O diagnóstico pode ser feito por imunofluorescência indireta aplicada ao lavado bronco-alveolar. No histopatológico, pode se observar macrófagos pulmonares contendo inclusões intranucleares típicas. Outra técnica é a antigenemia para CMV, que pode ser detectável uma a quatro semanas antes do início dos sintomas da doença.³

No caso descrito, o paciente, no vigésimo quinto dia de internação, evoluiu com graves complicações respiratórias e óbito.

REFERÊNCIAS

1. Tarantino AB. Doenças Pulmonares. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. p.937.
2. Muller N, Silva IS. Imaging of the Chest. Expert Radiology Series. Philadelphia: Elsevier, 2008. p.1608.
3. Gasparetto EL, Ono SE, Escussato DL, Souza CA, Rocha GM, Inoue C, et al. High-resolution computed tomography findings in pulmonary complications after bone marrow transplantation: iconographic essay. Radiol Bras 2005;38(6):439-45.