

CASO CLÍNICO/CLINICAL CASE

O papel do LBA na identificação de Pneumonia a *Pneumocystis carinii*

BAL on *Pneumocystis carinii* Pneumonia

C. PARDAL, P. ROSA, R. FERNANDES, L. ANDRADE, C. LONGO

Unidade de Pneumologia: Dra. Cecília Longo
Serviço de Anatomia Patológica: Dra. Saete Silva
Hospital Fernando Fonseca

IDENTIFICAÇÃO

S.S., do sexo masculino, de 56 anos de idade, raça caucasiana, motorista de táxi, natural de Lisboa, residente na Amadora, casado.

MOTIVO DE INTERNAMENTO

Febre, dispneia, queda do estado geral, emagrecimento.

DOENÇA ACTUAL

Cerca de um mês antes do internamento, o doente inicia tosse seca, dispneia de esforço de agravamento progressivo, toracalgia sem características pleuríticas, febre (38-38,5° C), anorexia, astenia e emagrecimento

de cerca de 10 Kg. Nega sudorese nocturna, expectoração hemoptoica ou hemoptises.

Por agravamento da dispneia, já em repouso recorre ao Serviço de urgência, tendo ficado internado.

ANTECEDENTES PESSOAIS

Desde a infância refere crises acessuais de pieira pouco frequentes relacionadas com episódios de infecções respiratórias.

Há 7 anos refere internamento no Hospital dos Capuchos por diarreia, tendo tido alta, segundo o doente sem diagnóstico.

Hepatite C diagnosticada há 2 anos.

Hiperplasia da próstata diagnosticada há 1,5 ano.

Nega antecedentes ou contactos com Tuberculose.

Refere hábitos tabágicos até há cerca de 25 anos de uma carga tabágica de 4 UMA.

Nega hábitos etanólicos e de toxicofilia.
Heterossexual com várias parceiras.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Irrelevantes.

EXAME OBJECTIVO

Doente consciente, lúcido, orientado no espaço e no tempo, colaborante.

Mau estado geral.

Mucosas coradas, escleróticas anictéricas.

FC: 95/min, TA: 130-85 mmHg, FR 24/min, T. axilar: 38,5° C.

Do restante exame objectivo apenas se salienta à auscultação pulmonar um murmúrio vesicular rude, sem ruídos adventícios.

EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO

Hemograma: HG: 14,2 gr/dl, GV: 5000000/mm, Ht: 40,7% GB: 6500/mm (N:76%, E:2,0%, L:14%, B: 0,7%, M 6,4%) VS 45

Bioquímica: glucose: 154 mg/dl
Ureia: 26, creatinina: 0,9mg/100ml
GOT: 52, GPT: 46, LDH: 768

Exame bacteriológico da expectoração directo e cultural: negativo

Pesquisa de BAAR na expectoração: (3 amostras): negativo

Gasometria arterial: sem O₂: pH:7,51; PCO₂:27,1; PO₂:61,9; HCO₃:21,8; Sat O₂ 93,6%

Teleradiografia do tórax: padrão retículo-micronodular bilateral, mais evidente nos 2/3 inferiores de ambos os hemitórax (Figs. 1 e 2).

TAC Torácica: espessamento de arcadas interlobares e do interstício interlobular na periferia de ambos os

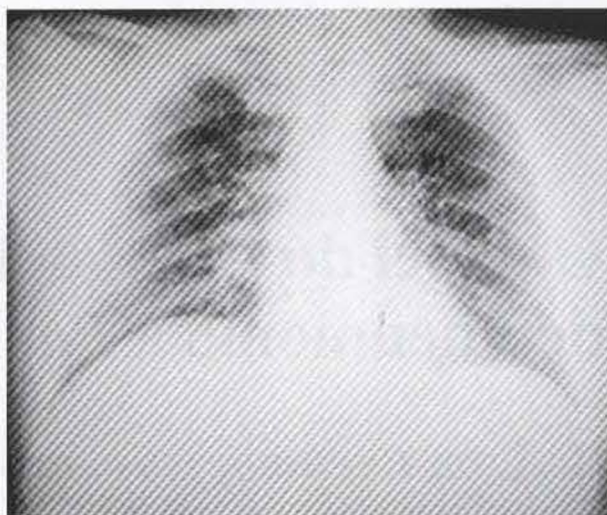


Fig. 1 – Teleradiografia de tórax em incidência pósterio-anterior.



Fig. 2 – Teleradiografia de tórax, perfil direito.

pulmões, com algumas áreas em vidro despolido (Figs. 3 e 4).

Estudo Funcional Respiratório: síndrome ventilatório restritivo, aumento das resistências aéreas, Transferência alvéolo-capilar de CO diminuída.

VIH 1: Positivo

Broncofibroscopia: cordas vocais, traqueia, carina sem alterações.

ABD e ABE: mucosa com hiperemia generalizada



Fig. 3 – TAC torácica.



Fig. 4 – TAC torácica

Conclusão: sinais inflamatórios generalizados.

Secreções brônquicas: negativas para células neoplásicas,

Pesquisa de BAAR: negativa

Lavado broncoalveolar: *Pneumocystis carinii* (Fig. 5).

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Pneumonia a *Pneumocystis carinii* em doente com SIDA.

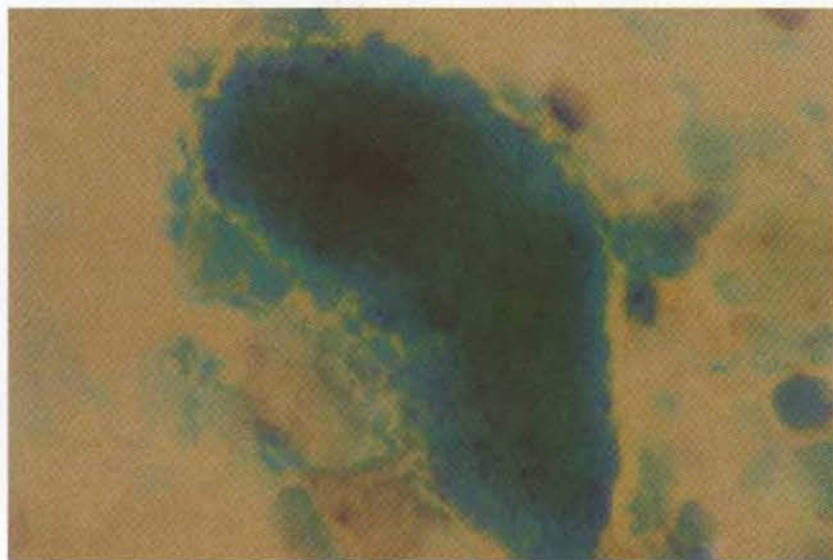


Fig. 5 – LBA com agregados de material espumoso alveolar característico de PPC (coloração Papanicolaou, x 400).