

Relatos de Casos

PNEUMONIA POR *Pseudomonas aeruginosa* ADQUIRIDA NA COMUNIDADE POR ADULTO PREVIAMENTE HÍGIDO COM IMAGEM RADIOLÓGICA SUGESTIVA DE TUBERCULOSE PULMONAR – RELATO DE CASO

COMMUNITY-ACQUIRED *Pseudomonas aeruginosa* PNEUMONIA IN A PREVIOUSLY HEALTHY ADULT WITH RADIOLOGY SUGGESTIVE OF PULMONARY TUBERCULOSIS – A CASE REPORT

DÉBORA CERQUEIRA CALDERARO*, FERNANDO DAS MERCÊS DE LUCAS JÚNIOR*

RESUMO

É rara a pneumonia por *Pseudomonas aeruginosa* adquirida na comunidade por pacientes adultos previamente hígidos. Sua apresentação clínica é variável. Relata-se aqui o caso de um paciente cuja evolução clínica foi favorável após diagnóstico e tratamento com antibioticoterapia prolongada apropriada, cuja apresentação clínica e achados radiológicos e tomográficos levaram à hipótese diagnóstica inicial de tuberculose pulmonar.

Palavras-chave: Pneumonia; *Pseudomonas aeruginosa*; Relatos de Casos.

INTRODUÇÃO

A etiologia da pneumonia adquirida na comunidade, segundo estudos epidemiológicos geralmente realizados em pacientes que necessitam de internação hospitalar, é determinada em aproximadamente metade dos casos.¹ Há poucos relatos de pneumonia por *Pseudomonas aeruginosa* adquirida na comunidade por pacientes adultos previamente hígidos, sendo sua apresentação clínica e radiológica variável.²⁻⁵ No caso aqui relatado, o paciente apresentava quadro clínico e achados radiológicos sugestivos de tuberculose pulmonar, com pesquisa de bacilo álcool-ácido resistente em seis amostras de escarro negativa. Diante disto, fez-se necessária a realização de investigação invasiva a partir de fibrobroncoscopia para o esclarecimento do diagnóstico etiológico, que foi de pneumonia por *Pseudomonas aeruginosa*. Após instituição de tratamento antimicrobiano adequado, o paciente evoluiu com melhora clínica e radiológica.

RELATO DO CASO

Relata-se o caso de um paciente de 61 anos de idade, do sexo masculino, casado, nascido e residente em Belo Horizonte, previamente hígido, internado no Hospital Militar de Minas Gerais em setembro de 2000, que vinha apresentando, há aproximadamente 30 dias, tosse, ora seca ora com expectoração de secreção amarelada, adinamia, astenia, febre vespertina, sudorese noturna e emagrecimento de 10kg. O exame clínico revelava um paciente emagrecido, ligeiramente taquipnéico, com crepitações pulmonares tele-inspiratórias em ápice de hemitórax direito. No acompanhamento apresentava febre diária ves-

pertina. A propedêutica revelou anemia de doença crônica leve, além de pesquisa de BAAR (bacilo álcool-ácido resistente) negativa em seis amostras significativas de escarro, que apresentava numerosos bastonetes gram negativos ao exame microbiológico qualitativo. A radiografia de tórax evidenciava condensação alveolar cavitada em segmento apical posterior de lobo superior direito (Fig. 1).

A tomografia computadorizada helicoidal e de alta resolução de tórax mostrou a presença de extenso foco de consolidação alveolar com broncograma aéreo, localizada em lobo superior direito, com halo de opacidade em vidro fosco circundante e grande área de escavação central (Fig. 2).



Figura 1 - Radiografia de tórax com condensação alveolar cavitada em segmento apical posterior de lobo superior direito.

*Especialista em Clínica Médica pela Residência em Clínica Médica do Hospital da Polícia Militar Hospital da Polícia Militar de Minas Gerais

Endereço para correspondência
Rua Joaquim Camargos, 283 – Centro – Contagem –MG.
Cep: 32041-440. Fax: 3398-9082.
E-mail: cercal@ig.com.br

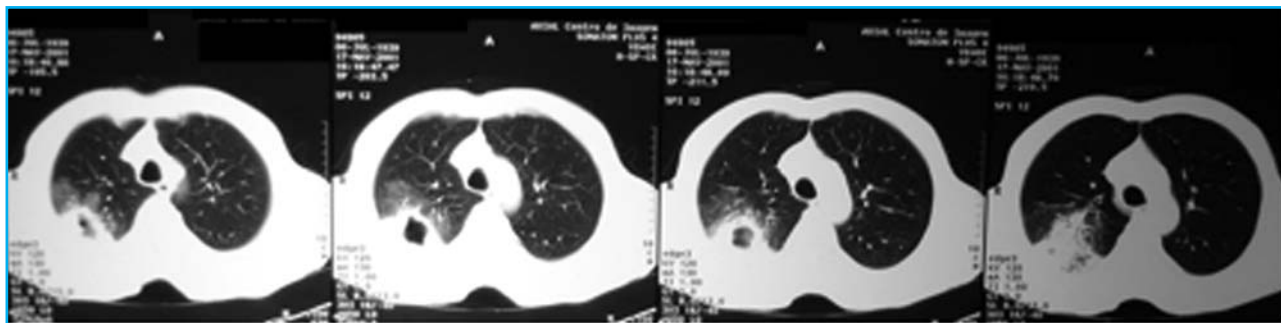


Figura 2 - Tomografia computadorizada helicoidal e de alta resolução de tórax - presença de extenso foco de consolidação alveolar com broncograma aéreo, localizada em lobo superior direito, com halo de opacidade em vidro fosco circundante e grande área de escavação central.

As hemoculturas foram negativas. À fibrobroncoscopia observaram-se laringe com secreção grumosa amarelada, traquéia com secreção fibrinosa aderida à mucosa e brônquio de lobo superior direito edemaciado e com sangramento fácil ao toque. Foi feito lavado broncoalveolar, em que a pesquisa de BAAR e fungos, o gram, o PCR para microbactérias e a cultura para BK (bacilo de Koch) foram negativos e a cultura para bactérias revelou crescimento significativo ($>10^4$ UFC) de *Pseudomonas aeruginosa* sensível apenas a ceftazidime, cefepime e imipenem. Diante do achado tomográfico, que sugeria infecção necrotizante, foi iniciada antibioticoterapia empírica com ceftriaxone e clindamicina, substituídos após resultado do BAL e devido à ausência de melhora clínica por cefepime, sendo mantida cobertura para anaeróbios com metronidazol até completar 21 dias de tratamento. Após início de antimicrobianos adequados, o paciente evoluiu com normalização da curva térmica e melhora clínica. A tomografia de tórax de controle, realizada após término do tratamento, evidenciou regressão da consolidação do segmento posterior do lobo superior direito, com persistência de cavitação de paredes finas, bem como espessamento de paredes brônquicas e alguns preenchimentos bronquiolares, sugerindo boa resposta terapêutica e fase final de resolução do processo (Fig. 3).

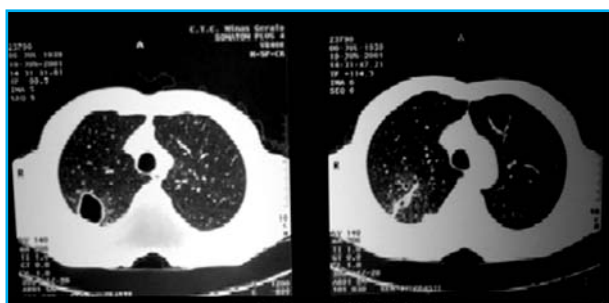


Figura 3 - Tomografia de tórax realizada após término do tratamento - regressão da consolidação do segmento posterior do lobo superior direito com persistência de cavitação de paredes finas, bem como espessamento de paredes brônquicas e alguns preenchimentos bronquiolares, sugerindo boa resposta terapêutica e fase final de resolução do processo.

DISCUSSÃO

É possível determinar a etiologia da pneumonia adquirida na comunidade em aproximadamente metade dos casos.¹ A maioria dos estudos epidemiológicos tem sido desenvolvida em pacientes internados.¹ Estudos recentes apontam a etiologia por bastonetes gram negativos (incluindo a *Pseudomonas aeruginosa*) em 1% a 9% dos casos, sendo mais freqüente em pacientes idosos, especialmente portadores de neoplasias malignas, doenças estruturais pulmonares ou que fizeram uso recente de antimicrobianos ou drogas imunossupressoras.¹⁻⁵ Há poucos relatos de pneumonia adquirida na comunidade causada por *Pseudomonas aeruginosa* em pacientes previamente hígidos.²⁻⁵ A apresentação clínica e a evolução desses doentes são variáveis, havendo relatos de pacientes que se apresentaram com sepse grave com evolução rapidamente fatal² ou favorável³ ou com quadros subagudos que apresentaram remissão completa da doença após instituição de terapêutica adequada.^{4,5} Hatchette *et al.*² encontraram 11 casos de pneumonia por *Pseudomonas aeruginosa* adquirida na comunidade por pacientes previamente hígidos na literatura desde 1968. Observaram que essa doença acometeu pacientes entre 30 e 45 anos de idade, sendo cinco deles tabagistas (20 a 48 maços/ano), com apresentação clínica variável, com tosse, dor pleurítica, expectoração e, em metade dos casos, hemoptise. O lobo pulmonar acometido mais freqüentemente (dois terços dos casos) foi o lobo superior direito. Deles, 54,5% estavam hipotensos e 67% apresentavam hipoxemia arterial à admissão, 75% necessitaram de intubação traqueal até 48 horas após admissão. Mais de 92% dos pacientes apresentaram bacteriemia e em 83% dos casos isolou-se *Pseudomonas aeruginosa* na amostra de escarro. A taxa de mortalidade foi de 33%, sendo o tempo médio de evolução entre a admissão e o óbito de 11 horas.

O diagnóstico etiológico da pneumonia adquirida na comunidade (PAC) requerendo internação hospitalar pode ser obtido por métodos não invasivos, como o exame do escarro e hemoculturas e por métodos invasivos, como o lavado broncoalveolar¹, utilizados nesse caso.

A hemocultura tem sensibilidade de 11% nesses casos¹, tendo sido negativa no caso em questão. A cultura quantitativa do lavado broncoalveolar tem sensibilidade entre 42 e 93% (média: 73%) e especificidade de 42 a 93% (média: 82%).¹

Em pacientes que apresentam lesões radiológicas cavitárias, com baciloscopias no escarro negativas, há necessidade de propedêutica invasiva⁶, no caso em discussão, a fibrobroncoscopia com lavado broncoalveolar. O exame de escarro e o lavado broncoalveolar foram realizados devido à suspeita clínica de tuberculose pulmonar, sendo ambos negativos para BAAR e apresentando bacilos gram negativos que se revelaram *Pseudomonas aeruginosa* ao estudo microbiológico, tendo sido a resposta a tratamento adequado (conforme perfil de sensibilidade ao antibiograma) rápida, com remissão clínica e laboratorial dos achados relacionados à doença. O tratamento da pneumonia geralmente é iniciado empiricamente, constando geralmente de antimicrobianos, com eficácia para os patógenos mais frequentes, que são o *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *C. pneumoniae*, e *M. pneumoniae*, não incluindo o espectro para gram negativos entéricos e *P. aeruginosa*. Nesse caso, diante de achado radiológico sugestivo de pneumonia necrotizante, foi iniciado empiricamente tratamento com espectro para bastonetes gram negativos e anaeróbio, contudo, sem resposta clínica adequada, sendo necessária a adequação de terapêutica conforme perfil de sensibilidade do germe isolado ao antibiograma.

SUMMARY

Community-acquired *Pseudomonas aeruginosa* pneumonia in previously healthy adults is uncommon. The clinical presentation is nonspecific. We report the case of a patient that survived after correct diagnosis and prolonged therapeutics with appropriate antibiotics, whose clinical presentation and findings on chest roentgenogram and computed tomography had led us to the initial diagnostic consideration of pulmonary tuberculosis.

Key words: Pneumonia; *Pseudomonas aeruginosa*; Case Reports.

Agradecimentos

Aos Doutores Maria Luiza Bernardes Silva e Cid Sérgio Ferreira, pela realização e interpretação dos exames de imagem.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Consenso Brasileiro de Pneumonias em Indivíduos Adultos Imunocompetentes. J Pneum 2001; 27 (Suppl 1): S1-S40.
2. Hatchette TF, Gupta R, Marrie TJ. *Pseudomonas aeruginosa* community-acquired pneumonia in previously healthy adults: case report and review of the literature. Clin Infect Dis 2000; 31: 1349-56.
3. Fishman H, Eaton B, Lipson A, Delaney MD. Primary *Pseudomonas pneumonia* in a previously healthy man. South Med J 1983; 76 (2): 260-2.
4. Hoogwerf BJ, Khan MY. Community-acquired bacteremic *Pseudomonas pneumonia* in a healthy adult. Am Rev Respir Dis 1981; 123: 132-4.
5. Vikram HR, Shore ET, Venkatesh PR. Community acquired *Pseudomonas aeruginosa pneumonia*. Conn Med 1999; 63 (5): 271-3.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Controle da tuberculose – uma proposta de integração ensino-serviço. 5a ed. Rio de Janeiro: FUNASA / CRPHF / SBPT