

PNEUMOCISTOSE EM PACIENTE COM SIDA

PNEUMOCISTOSIS IN AIDS PATIENT

Vanessa Barsotti¹, Marcos Vinícius da Silva²**RESUMO**

Relato de caso de paciente com SIDA, sem uso prévio de terapia anti-retroviral, internado com diagnóstico de pneumopatia a esclarecer. O quadro clínico e laboratorial era sugestivo de pneumocistose, sendo introduzida terapêutica com cotrimoxazol e hidrocortisona. O paciente apresentou boa evolução com regressão dos sintomas.

Descritores: AIDS, pneumocistose, *Pneumocystis jirovecii*.

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) tornou-se importante problema de saúde pública nas últimas décadas, sendo responsável, hoje, por grande número de internações e óbitos. Com a introdução da terapia anti-retroviral potente (HAART), em 1998, e o emprego de profilaxias primárias para as infecções oportunistas, houve grande redução na mortalidade e morbidade associadas à infecção pelo vírus de imunodeficiência humana (VIH).

Atualmente, existem cerca de 42 milhões de pessoas no mundo vivendo com VIH/SIDA. A cada dia 12 mil pessoas contaminam-se com esse vírus. O maior número de casos encontra-se na região Sub-Sahariana da África e Leste Europeu. No Brasil, temos, aproximadamente, 240 mil casos notificados.¹

Muitas são as doenças oportunistas que aparecem na SIDA, sendo as mais comuns a pneumonia por *Pneumocystis jirovecii*, o sarcoma de Kaposi, criptosporidiose, herpes simples, toxoplasmose, criptococose, infecções pelo complexo *Mycobacterium avium*, *Microsporidium* e citomegalovírus.²

As complicações pulmonares são causas comuns de morbidade e mortalidade em pacientes com SIDA, sendo mais frequentes as de natureza infecciosa.

A pneumonia por *Pneumocystis jirovecii*, ou pneumocistose (PCP), é a causa mais comum de doença pulmonar difusa aguda na SIDA. O *Pneumocystis jirovecii* foi recentemente reclassificado por análise genômica como fungo (Figura 1).³

A PCP começa abruptamente com febre, taquipnéia e tosse sem secreção. A dispnéia é importante, de início subagudo, com perda de peso, sibilos e fadiga. Sem tratamento, o estado do paciente agrava-se, podendo evoluir para o óbito.

A suspeita diagnóstica fundamenta-se na presença de febre e tosse seca em pacientes com SIDA. Alterações pulmonares na radiografia de tórax, tais como: infiltrado intersticial difuso e perihilar, lesões nodulares, pneumotórax e derrame pleural auxiliam o diagnóstico, que é confirmado pela identificação do parasita no escarro, lavado broncoalveolar ou na biópsia pulmonar. A gasometria arterial mostrando hipoxemia ($\text{PaO}_2 < 70$ mmHg) e dosagem da desidrogenase láctica (DHL) aumentada auxiliam no diagnóstico.⁴

O tratamento é realizado classicamente empregando-se cotrimoxazol (trimetoprim-sulfametoxazol) e corticosteróide. A pentamidina ou a clindamicina associada à primaquina são alternativas de segunda escolha na terapêutica desta pneumopatia.⁵

A quimioprofilaxia para pneumocistose é indicada para os pacientes com contagem de linfócitos T CD_4^+ abaixo de 200 células/mm³ (profilaxia primária) ou para aqueles que com a mesma cifra de linfócitos T CD_4^+ que já tiveram um episódio de PCP prévio (profilaxia secundária). Esta medida deve ser mantida por tempo indeterminado ou até que a contagem de linfócitos T CD_4^+ ultrapasse a contagem de 200 células/mm³, sustentada por mais de três meses. Justifica-se tal conduta porque aproximadamente 60% dos pacientes com SIDA apresentam recidivas de PCP no primeiro ano após o primeiro episódio da doença, fato este que aumenta consideravelmente a morbimortalidade dessa doença. O principal motivo para o uso padronizado de quimioprofilaxia nesses casos é a não erradicação do *P. jirovecii*, mesmo após tratamento, predispondo os pacientes imunossuprimidos a infecções graves de repetição.

A droga de escolha para a profilaxia também é o cotrimoxazol, na dose de 800mg de sulfametoxazol e 160mg de trimetoprim ao dia, três vezes por semana. Contra-indicações relativas para seu uso são: o surgimento de hipersensibilidade cutânea e/ou intolerância gástrica. As reações adversas graves podem constituir contra-indicação absoluta, tais como leucopenia grave e Síndrome de Stevens Johnson.

Outra alternativa para a quimioprofilaxia é a pentamidina utilizada sob a forma de inalação, em nebulizador ultrassônico, na dosagem de 300mg, com intervalo entre as aplicações de 14-21 dias. Deve-se lembrar que 30% a 40% dos pacientes podem apresentar broncoespasmo durante o uso inalatório, geralmente contornável por nebulização prévia com broncodilatador. Os pacientes com esquema de profilaxia com pentamidina inalatória podem apresentar quadros atípicos de PCP, com infiltrados apicais pulmonares, devido à dificuldade da droga administrada desta forma atingir os lobos superiores dos pulmões. Esta via de administração também não previne as manifestações extrapulmonares do *P. jirovecii*. Na tentativa de contornar ambas as situações anteriores, pode-se tentar utilizar a pentamidina por via intravenosa, também na dose de 300mg com intervalo de 14-21 dias. Outra alternativa medicamentosa empregada na profilaxia é a dapsona, administrada por via oral, na dosagem de 100mg/dia, apesar de ter uso reservado para quando as duas opções anteriores estiverem contra-indicadas.⁶

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 9, n. 4, p. 19 - 21, 2007

1 - Acadêmica do curso de Medicina - CCMB/PUC-SP

2 - Professor do Depto. de Medicina - CCMB/PUC-SP

Recebido em 28/5/2007. Aceito para publicação em 23/8/2007.

Contato: vanessa_barsotti@hotmail.com

RELATO DE CASO

S.A.S., do sexo feminino, com 30 anos de idade, casada, com dois filhos, atividade de doméstica, escolaridade 1º grau completo, foi trazida ao Pronto-Socorro do Conjunto Hospitalar de Sorocaba (CHS) por estar apresentando tosse e febre há uma semana e intensa dispnéia há uma hora. Paciente referiu ser sabidamente HIV positivo há três meses. Referiu ter descoberto a patologia quando apresentou um episódio de paralisia de membros superior e inferior direitos, sendo diagnosticado neurotoxoplasmose após internação de 15 dias no Hospital Leonor Mendes de Barros. Há um mês desenvolveu lesões causadas por herpes-zóster no membro inferior direito, que após tratamento regrediram. Há uma semana passou a apresentar tosse seca, principalmente à noite, acompanhada de febre de 38,9°C. Negou estar em uso da Terapia Anti-retroviral.

Em relação aos antecedentes mórbidos pessoais negou alergia, referiu varicela na infância. Negou cirurgias anteriores. Seus dois filhos nasceram de parto normal. Negou transfusões sanguíneas. A paciente negou etilismo e referiu ser tabagista há 15 anos (15 anos/maço). Negou uso de drogas ilícitas.

Ao exame físico, a paciente apresentava-se em regular estado geral, orientada no tempo e espaço, contactuante,

corada, hidratada, acianótica, febril (temperatura axilar 38,6°C) e pressão arterial de 110X80 mmHg, anictérica, dispnéica (frequência respiratória de 28 irpm), eunutrída, sem gânglios palpáveis. Cavidade oral com dentes em bom estado de conservação, lesões sugestivas de monilíase. Na ausculta pulmonar observou-se murmúrio vesicular presente bilateralmente com sibilos e roncos difusos. Ao exame do aparelho cardiovascular, bulhas rítmicas normofonéticas em dois tempos, sem sopros, com frequência cardíaca de 90 bpm. Ao RX de tórax infiltrado intersticial bilateral (Figura 2).

RESULTADOS

A paciente foi internada e medicada com cotrimoxazol, três ampolas diluídas em soro glicosado 5%, por via venosa de 6/6 horas; hidrocortisona 100mg pela mesma via de 8/8horas; Fluconazol 200mg E.V. de 12/12 horas e medicações sintomáticas.

A determinação da DHL foi de 560 U/L (valor normal < 400 U/L). A paciente apresentou melhora progressiva. O exame físico inicial, onde a ausculta pulmonar era com roncos e sibilos foi gradativamente substituída por murmúrio vesicular sem ruídos adventícios e, após dez dias de terapêutica, a paciente recebeu alta hospitalar para acompanhamento ambulatorial.

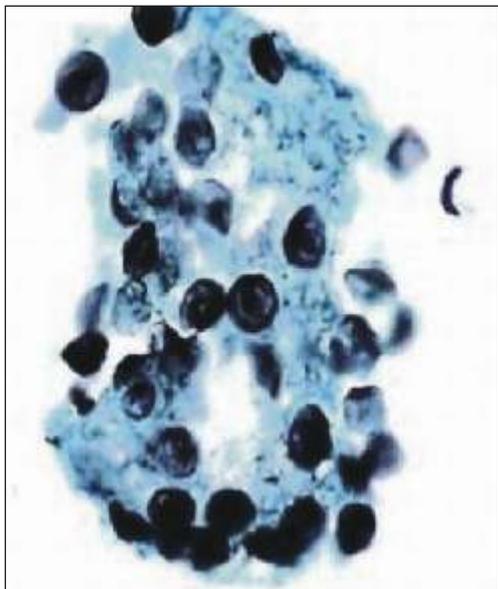


Figura 1. *Pneumocystis jirovecii* à tintura de Grocott, aumento de 100X.



Figura 2. RX de tórax da paciente com pneumocistose, mostrando infiltrado intersticial bilateral.

DISCUSSÃO

O presente relato de caso de pneumocistose em paciente imunodeprimido decorrente da infecção pelo vírus da SIDA é a manifestação respiratória mais comum em pacientes imunodeprimidos, sendo que alguns estudos mostraram que 75% dos pacientes com SIDA desenvolvem essa pneumopatia ao longo da evolução da doença de base.¹

A pneumocistose pulmonar pode apresentar-se com quadro clínico e radiológico incomum, mimetizando outras infecções próprias do paciente com SIDA, sendo de grande importância para o clínico conhecer as características dessa pneumonia e de outras que podem mimetizá-la para a pronta intervenção.

Pacientes imunossuprimidos com pneumopatia febril insidiosa suscitam múltiplos diagnósticos diferenciais, como as pneumopatias causadas pelas micobacterioses, a toxoplasmose pulmonar, as micoses, a doença citomegálica e as neoplasias, muitas vezes clínica e radiologicamente indistinguíveis.

Nos casos denominados “típicos” de infecção por *P. jirovecii*, as radiografias de tórax apresentam infiltrado intersticial bilateral, conforme apresentado neste relato de caso. Formas incomuns incluem abscessos, cavitações, lesões císticas, consolidações lobares, lesões nodulares, pneumotórax, pneumomediastino, derrame pleural e até mesmo RX de tórax normal. Mais raramente, há relatos de consolidações em lobos superiores (pacientes com profilaxia com pentamidina inalatória), formas miliares e alargamento de mediastino.

Quando o diagnóstico é tardio, a PCP está associada à pior evolução, e na ausência de tratamento é fatal. Clínicos e cirurgiões devem estar atentos à importância da propedêutica pulmonar invasiva e precoce caso necessário.

A observação clínica, unindo dados da anamnese,

exame físico e exames subsidiários, foi de importância fundamental no diagnóstico. A boa formação médica também é imprescindível nesses casos para a realização dos diagnósticos diferenciais e escolha da conduta mais adequada.

CONCLUSÃO

O correto diagnóstico e a introdução precoce do tratamento foram os responsáveis pela melhora clínica apresentada pela paciente, evoluindo bem durante a internação.

REFERÊNCIAS

1. Brito AM, Castilho EA, Szwarcwald CL. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. Rev Soc Bras Med Trop. 2001; 34(2):207-17.
2. Dhália C, Barreira D, Castilho EA. A Aids no Brasil: situação atual e tendências. Bol Epidemiol AIDS. 2000; 13(1):25-33.
3. Travis WD, Pittaluga S, Lipschik GY, Ognibene FP, Suffredini AF, Masur H, et al. Atypical pathologic manifestations of *Pneumocystis carinii* in the acquired immune deficiency syndrome. Review of 123 lung biopsies from 76 patients with emphasis on cysts, vascular invasion, vasculitis, and granulomas. Am J Surg Pathol. 1990;14:615-625.
4. Boiselle PM, Crans CA Jr, Kaplan MA. The changing face of *Pneumocystis carinii* pneumonia in AIDS patients. AJR Am J Roentgenol. 1999; 172:1301.
5. Rodriguez French A, Suarez M, Cornejo MX, de Iglesias MT, Roldan T. *Pneumocystis carinii* pneumonia in patients with AIDS at the Saint Thomas Hospital. Rev Med Panama. 1996; 21:4-10.
6. Fishman JA. Treatment of infection due to *Pneumocystis carinii*. Antimicrob Agents Chemother. 1998; 42:1309-14.