

PNEUMONIA VIRAL E FÚNGICA EM PACIENTE EM SEGUIMENTO DE LEUCEMIA

Tórax e Oncologia

DADOS DO CASO

Autores: Aliane Ramalho da Silva;

Rita de Cássia Ribeiro Pereira;

Leonardo Assad Lomonaco;

Autor correspondente: Aliane Ramalho da Silva;

Palavras-Chave: COVID-19, Pneumonia por Pneumocystis;

URL: COVID-19, Pneumonia por Pneumocystis

DOI: 10.5935/2965-1980.2022v1n1a30

RESUMO

Paciente idosa, pós-quimioterapia, com febre, dispneia e anosmia. Teste RT-PCR para COVID-19 negativo. Na primeira tomografia computadorizada (TC) de tórax apresentou achados compatíveis com pneumonia viral por COVID-19. Já na segunda TC de tórax achados sugestivos de pneumonia por Pneumocystis Jirovecii.

HISTÓRICO CLÍNICO

Feminino, 66 anos, em seguimento de leucemia, apresentou febre, dispneia e anosmia. Internada por 14 dias com tratamento para COVID-19, inclusive corticoides, obteve alta com parâmetros normais. Uma semana após, evoluiu com febre, dispneia e dessaturação, necessitando de cuidados intensivos, RT-PCR para COVID negativo. Evoluiu com insuficiência respiratória e óbito.

ACHADOS RADIOLÓGICOS

A tomografia computadorizada (TC) de tórax mostrou pequeno derrame pleural bilateral, com consolidações atelectásicas (FIGURA 1) no parênquima pulmonar adjacente. Opacidades arredondadas em vidro fosco (FIGURA 2), associadas a espessamento septal, esparsas em ambos pulmões, predominante periféricas e mais evidentes no lobo superior direito. A nova TC de tórax evidenciou aumento do derrame pleural (FIGURA 3), agora de leve a moderado, com atelectasias passivas no parênquima pulmonar adjacente. Importante aumento das áreas de opacidades em vidro fosco, associados a espessamento septal, compatível com pavimentação em mosaico, estando agora distribuídas, difusamente, em ambos pulmões (FIGURA 3), notando-se surgimento de padrão reticular e discretos cistos do espaço aéreo de permeio (FIGURA 4) aos

achados descritos, além de opacidades consolidativas, mais evidentes no lobo médio e no segmento posterior do lobo superior direito. Destaca-se, surgimento de diminutos nódulos centrolobulares, mais evidentes nos lobos médio e superior direito, indicando preenchimento de vias aéreas distais. Presença de ectasia brônquica difusa e surgimento de derrame laminar.

DISCUSSÃO

A síndrome respiratória aguda grave por SARS-CoV-2, tornou-se emergência mundial de saúde pública. As infecções virais respiratórias predisõem ao desenvolvimento de infecções bacterianas e fúngicas secundárias. 30% dos pacientes com COVID-19 podem desenvolver pneumonia secundária sem etiologia identificada [1]. A pneumonia por Pneumocystis Jirovecii (PJP) é uma infecção fúngica oportunista com risco de vida em imunocomprometidos. Atualmente, os avanços nos tratamentos do câncer (novos medicamentos, quimioterapia intensiva) resultaram em aumento na incidência e mortalidade de PJP entre imunocomprometidos sem HIV [2]. A paciente foi submetida ao primeiro ciclo de quimioterapia para leucemia linfocítica crônica (LLC) e desenvolveu COVID-19 moderado. Um mês depois, aventa-se PJP de curso desfavorável pelo contexto clínico e de imagem. Pacientes com LLC apresentam resposta imune prejudicada, que afeta, principalmente, a imunidade humoral. Esta deficiência imunológica é exacerbada por um regime anti-leucêmico como a fludarabina, que induz linfocitopenia profunda e longa das células TCD4⁺. Esta imunodeficiência celular induz um risco de infecções oportunistas como a pneumocistose [3]. Além disso, a paciente fez uso de corticoterapia na primeira internação que é fator de suscetibilidade. Um estudo de coorte multicêntrico de

infecções fúngicas invasivas em pacientes com COVID-19 em terapia intensiva mostra uma incidência de 26,7% [1]. Clínica e radiologicamente, a infecção por COVID-19 e a PJP podem compartilhar várias características comuns: febre, fadiga, tosse seca, taquipneia, dispneia, dessaturação e ausculta torácica relativamente normal. A TC de tórax mostra opacidades em vidro fosco simétricas bilaterais em ambas, e espessamento do septo interlobular, dificultando o diagnóstico diferencial radiográfico [4]. Entretanto, a presença de lesões císticas do espaço aéreo, presentes na paciente do caso, corrobora o diagnóstico de PJP no segundo exame. O diagnóstico de PJP é desafiador, durante a pandemia de COVID-19, devido à sobreposição de características clínicas e radiológicas [3], bem como às limitações nos diagnósticos laboratoriais. O diagnóstico definitivo é confirmado ao encontrar o fungo em secreção respiratória, tecido ou em amostra de fluido de lavagem broncoalveolar [1]. Neste caso, não se pode descartar a possibilidade de pneumocistose como diagnóstico, visto a

piora clínica da paciente, associada a modificação do padrão morfológico diante do contexto clínico.

LISTA DE DIFERENCIAIS

Pneumonia por outros agentes virais;
Pneumonia por atípico;
Piora de COVID-19.

DIAGNÓSTICO

Pneumonia por COVID-19 e Pneumocistose;

APRENDIZADO

Este relato, está de acordo com os estudos que alertam que a infecção por COVID-19 e seus diagnósticos diferenciais, como Pneumocystis, devem ser investigados de forma sistemática, principalmente, em pacientes imunocomprometidos, evitando internações em ala COVID, e postergando o tratamento de doenças específicas, sendo relevante na redução da morbimortalidade nestes pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Ionut, Isaia Jeican, Patricia Inisca, Dan Gheban, et al. COVID-19 and Pneumocystis jirovecii Pulmonary Coinfection—The First Case Confirmed through Autopsy. *Medicina* 2021, 57, 302.
2. Mehdi Assal, Jerome Lambert, Laurent Chow-Chine, et al. Prognostic impact of early adjunctive corticosteroid therapy in non-HIV oncology or haematology patients with Pneumocystis jirovecii pneumonia: A propensity score analysis. *PLOS ONE*. April 22, 2021.
3. D. Mouren, C. Goyard, E. Catherinot, et al. COVID-19 and Pneumocystis jirovecii pneumonia: Back to the basics. *Respir. Med and Res* 79 (2021) 100814.
4. H, Snell LB, Simons R, Douthwaite ST, Lee MJ. Coronavirus disease 2019 and Pneumocystis jirovecii pneumonia: a diagnostic dilemma in HIV. *AIDS*, Publish Ahead of Print. *AIDS* 2020, Vol 34 N° 8.

IMAGENS

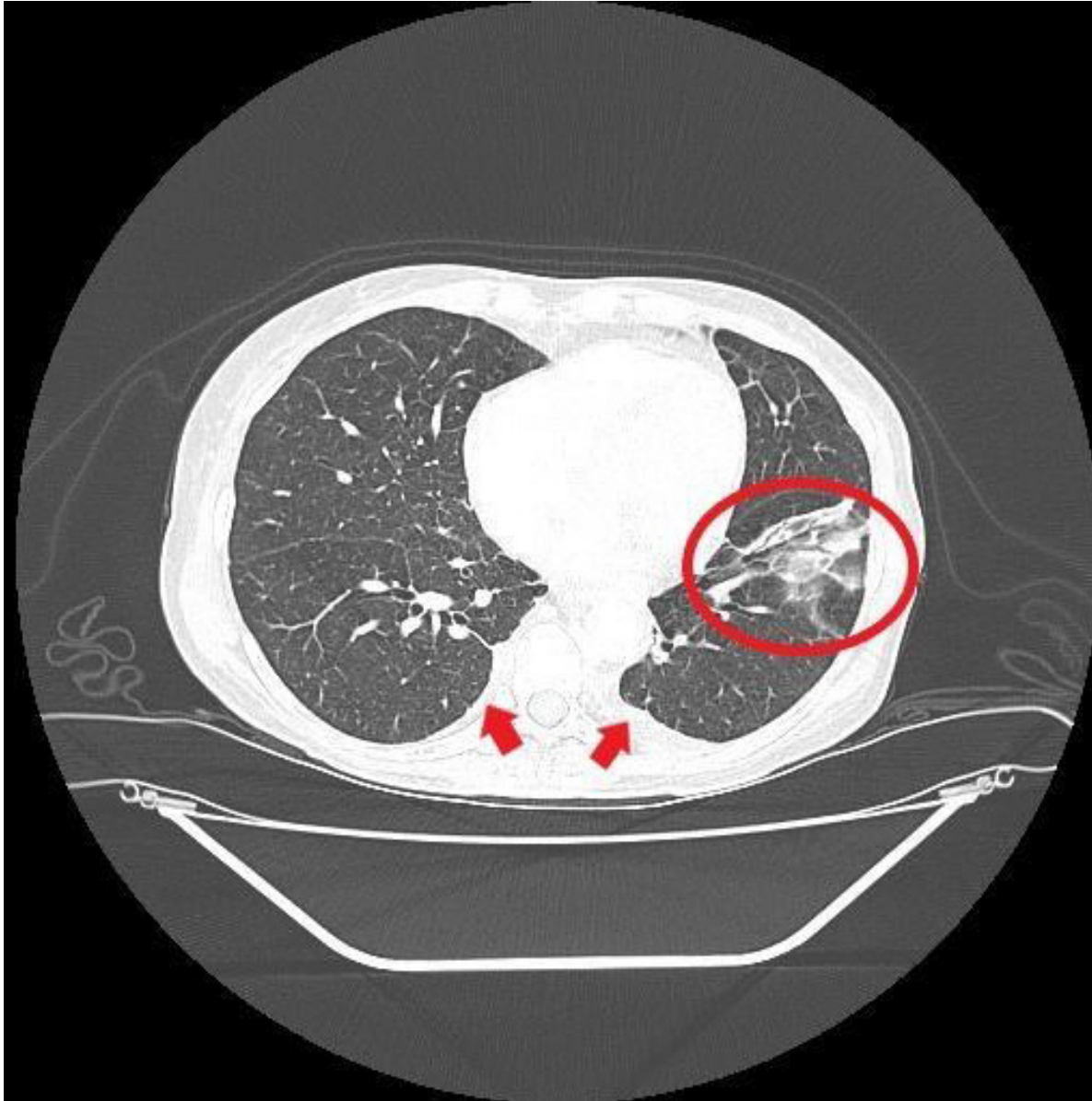


Figura 1: Tomografia computadorizada de tórax, visão axial evidenciando pequeno derrame pleural (seta) bilateral, com consolidações atelectásicas (círculo) no parênquima pulmonar (1ª internação).

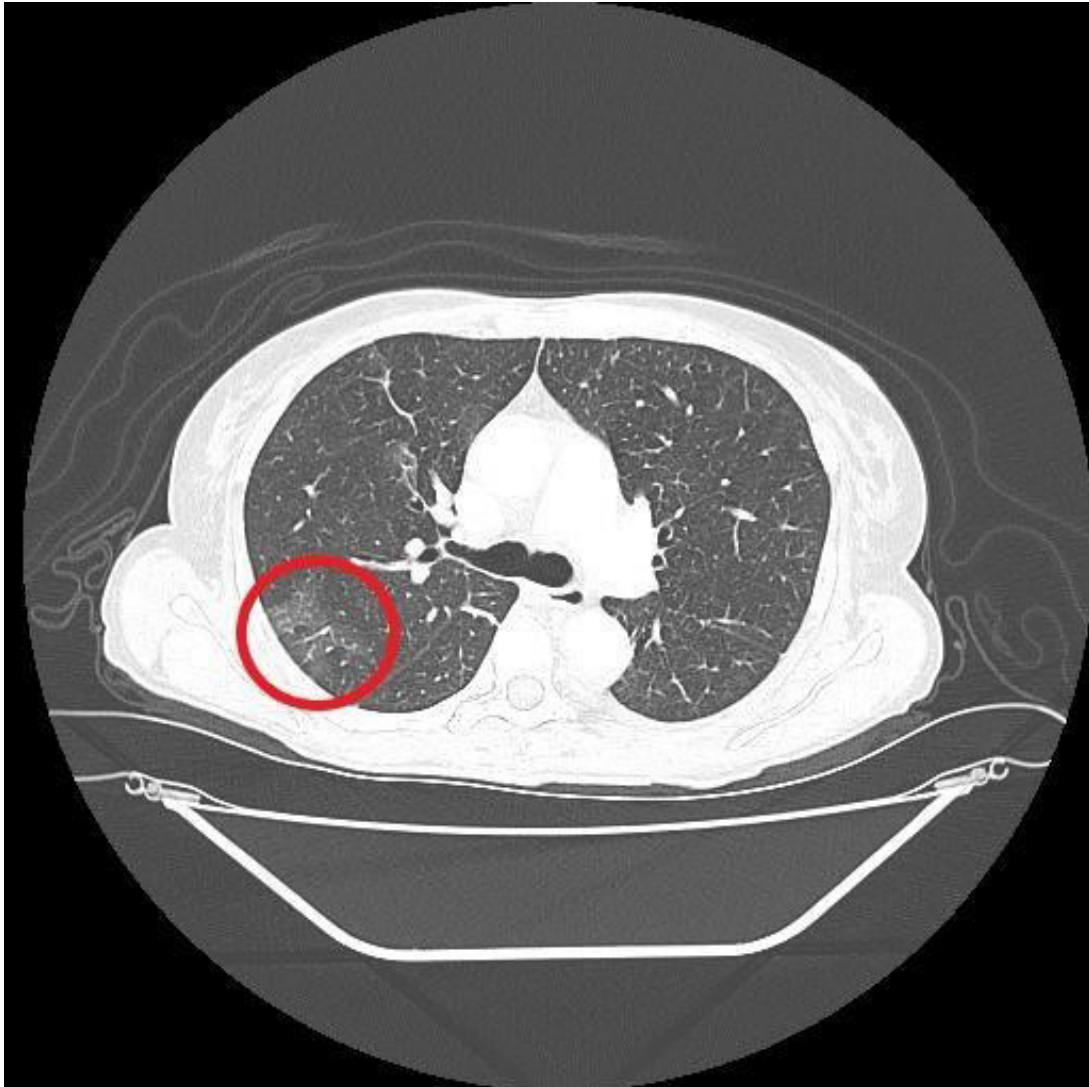


Figura 2: Tomografia computadorizada de tórax, visão axial mostrando discreta área de opacidade em vidro fosco (círculo) periférica (1ª internação).

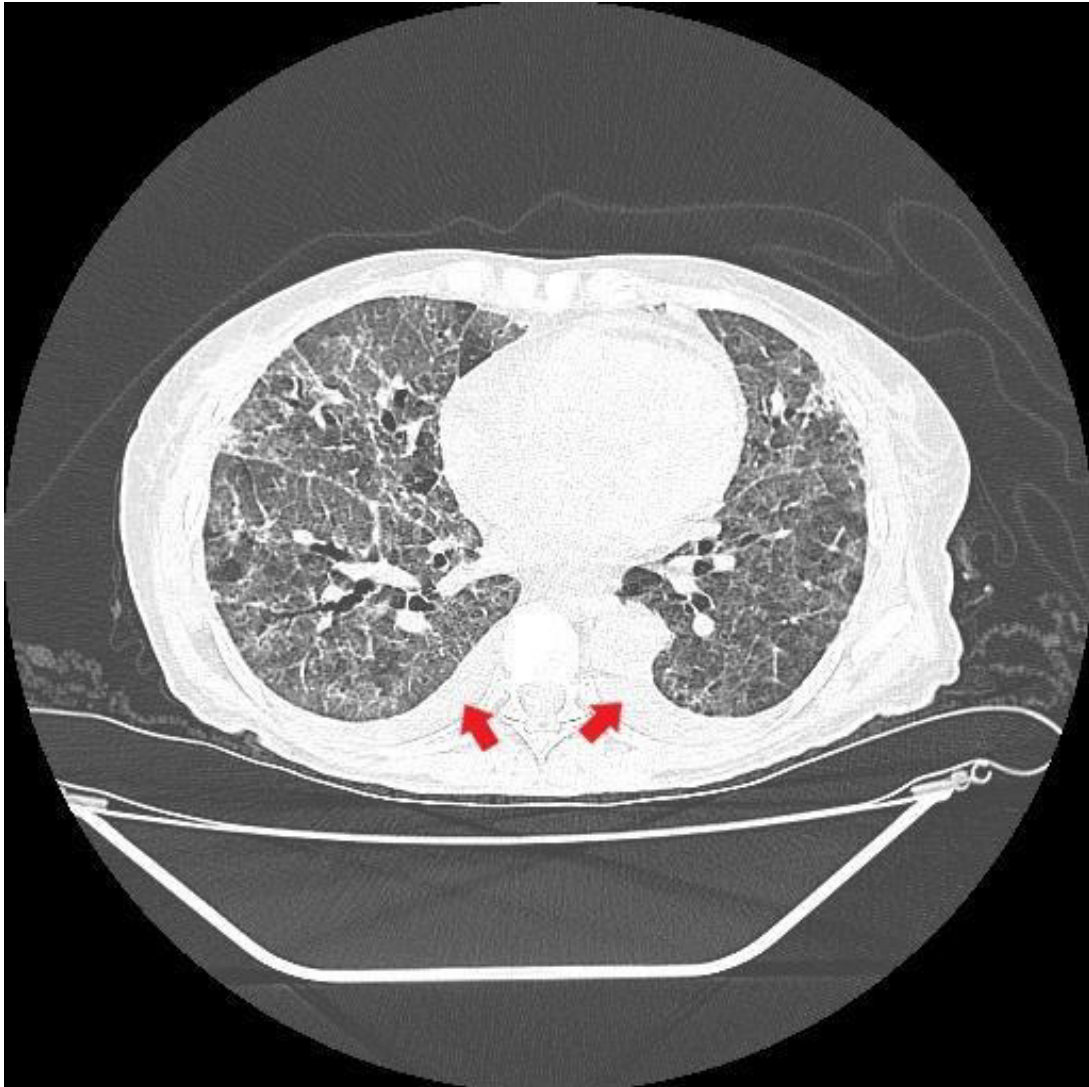


Figura 3: Tomografia computadorizada de tórax, visão axial, mostrando aumento do derrame pleural (seta) e das áreas de opacidades em vidro fosco, associadas a espessamento septal, pavimentação em mosaico, distribuídas difusamente em ambos os pulmões. Padrão reticular de permeio e opacidades consolidativas (2ª Internação).

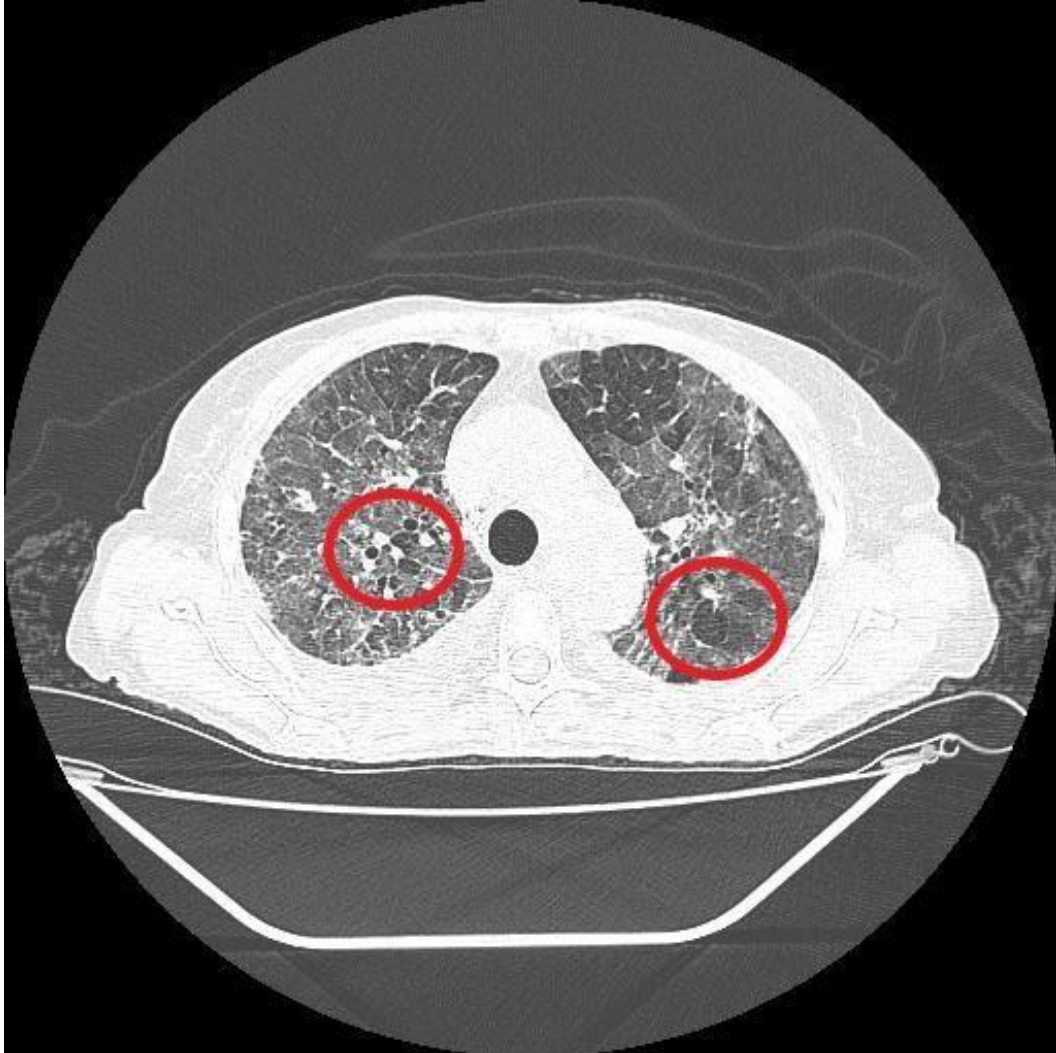


Figura 4: Tomografia computadorizada de tórax, visão axial, mostrando cistos aéreos (círculo) de permeio dispostos bilateralmente em ambos os pulmões (2ª internação).