

Pneumonia necrotizante

Necrotizing pneumonia

A pneumonia adquirida na comunidade (PAC) é causa frequente de recurso a Serviços de Urgência (SU), sendo a principal causa de sépsis em cuidados intensivos de adultos, com significativa morbi-mortalidade.¹ Uma das suas complicações, a pneumonia necrotizante, sendo rara, é grave e caracterizada por liquefação e necrose com cavitação do tecido pulmonar em áreas de consolidação parenquimatosa.²

Apresentamos o caso de um homem de 62 anos, diabético, obeso e fumador, que recorre ao SU por febre, dispneia e dor pleurítica direita com 8 dias de evolução. À entrada apresentava-se hipotenso, polipneico, cianosado e com crepitações em ambos os campos pulmonares. Analiticamente, havia leucocitose neutrofílica, elevação da proteína C-reativa, rhabdomiólise, insuficiência renal e hipotransparência nos 2/3 inferiores direitos na radiografia torácica (Fig. 1). Por insuficiência respiratória grave, acidemia mista e disfunção circulatória aguda, houve necessidade de ventilação mecânica invasiva e suporte vasopressor. Realizou angio-TC do tórax que revelou consolidação do LID com área hipodensa a favor de necrose (Fig 2). Admissão em UCI medicado empiricamente com ceftriaxone e azitromicina. Por ausência de evolução favorável após alguns dias, repetiu TC torácica que revelou processo necrotizante pulmonar e empiema (Fig 3). Submetido a drenagem pleural e alterada antibioterapia para meropenem e linezolid. Por posterior isolamento de *Pseudomonas aeruginosa* resistente a carbapenemes no empiema, iniciou ciprofloxacina de acordo com teste de sensibilidade a antimicrobianos, que manteve durante 21 dias. Observada melhoria clínica, analítica e radiológica progressivas (Fig. 4), embora com desmame ventilatório difícil (miopatia do doente crítico e extubação para ventilação não invasiva), que condicionaram alta hospitalar ao 82º dia de internamento.

Na PAC refractária é fundamental o despiste de complicações. A pneumonia necrotizante, implica adequação criteriosa do regime antibiótico e controlo do foco de forma a evitar novas complicações, com aumento da morbi-mortalidade e consumo de recursos^{3,4}. A gravidade da pneumonia necrotizante depende do microorganismo causal, duração e grau de inflamação, mas também de factores do hospedeiro, sendo mais frequente em homens e associada a estados de relativa imunossupressão (alcoolismo, tabagismo, idade avançada)², presentes no caso clínico.

Bibliografia

1. Moreno RP, Metnitz B, Adler L, Hoeftl A, Bauer P, Metnitz PG. Sepsis mortality prediction based on predisposition, infection and response. *IntensiveCareMed* 2008; 34(3):496-504. Epub 2007 Dec.
2. Tzeng DZ, Markman M, Hardin K. Necrotizing Pneumonia and Pulmonary Gangrene – Difficulty in Diagnosis, Evaluation and Treatment. *Clin Pulmonary Med* 2007;14(3):166-170.
3. Neela C, Dalliah F, Karen J. Management of necrotizing pneumonia and pulmonary gangrene: A case series and review of the literature. *Can Respir J*. 2014 Jul-Aug; 21(4): 239–245.
4. Lee SF, Lawrence D, Booth H, Morris-Jones S, Macrae B, Zumla A. Thoracic empyema: current opinions in medical and surgical management. *CurOpnPulmonaryMed* 2010;16:194-200;

Diagnóstico: Processo pulmonar necrotizante e empiema como causas de pneumonia da comunidade grave refractária

Necrotizing pneumonia and empyema as causes of severe refractory community acquired pneumonia

Daniel Coutinho¹, Nuno Príncipe²

¹Serviço de Infeciologia. Centro Hospitalar do Baixo Vouga EPE, Aveiro, Portugal

²Serviço de Medicina Intensiva (SMI). Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal

Correspondência: dani_coutinho@yahoo.com.br

Como citar este artigo: Coutinho D, Príncipe N. *Pneumonia necrotizante. Galicia Clin* 2015; 76 (4): 185

Recibido: 05/08/2015; Aceptado: 18/10/2015

Figura 1. Radiografia de tórax - hipotransparência de todo o hemitórax direito, que se intensifica nos 2/3 inferiores.



Figura 2. TC torácica: A - extensa densificação de quase todo o hemitórax direito; B - Cavitação no lobo inferior direito e área de consolidação associada, medindo cerca de 10 x 10,5 x 6 cm, associado a áreas de densificação em vidro despolido, de distribuição centrilobular.

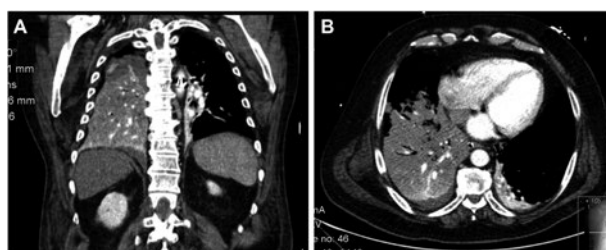


Figura 3. TC torácica: A - extensa consolidação do lobo inferior direito, com áreas de necrose do parênquima, medindo cerca de 8,1 x 5,5 x 4cm; B - derrame pleural à direita, loculado, com espessamento dos folhetos pleurais, traduzindo a presença de empiema, com bolha de gás no interior; derrame pleural de pequeno volume à esquerda.

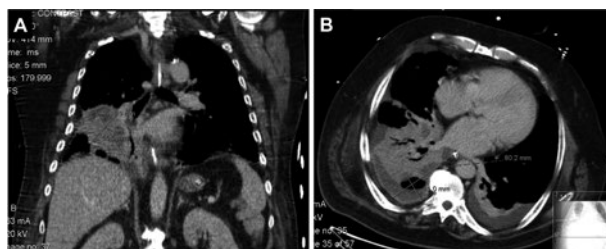


Figura 4. Resolução da hipotransparência inicialmente observada, destacando-se alterações fibro-retracteis pleuro-parenquimatosas sequelares.

