

Relatos Casos Clínicos

PD-048 - (UM20-5269) - DERRAME PLEURAL EXSUDATIVO - NEM SEMPRE PNEUMONIA, NEM SEMPRE NEOPLASIA

Mariana Mina¹; João Costa²; Rita Gomes²; Alcina Tavares²; Adelino Amaral²; Luis Ferreira²

1 - USF A Ribeirinha - ULS Guarda; 2 - Serviço de Pneumologia - ULS Guarda

Enquadramento: O derrame pleural é um sinal frequentemente encontrado na patologia respiratória e em diversas entidades clínicas. A sua investigação etiológica deve considerar não só as causas mais comuns mas também as menos evidentes, evitando-se assim erros e atrasos no diagnóstico.

Descrição do caso: Apresenta-se o caso de um doente do sexo masculino, 77 anos, casado, reformado de pedreiro, pertencente a família Nuclear em fase VIII do ciclo de Duvall. Não fumador, sem antecedentes de patologia respiratória. Sem contacto conhecido com tuberculose pulmonar. Recorre ao Serviço de Urgência por tosse seca, toracalgia direita, cansaço e dispneia com duas semanas de evolução. À admissão encontrava-se apirético, eupneico, com SatO₂ de 93% (ar ambiente). À auscultação apresentava ausência de MV na base direita, com restante exame objectivo normal. O estudo analítico revelou apenas elevação da FA (197 U/L) e da PCR (3.62 mg/dL); as serologias eram negativas para HIV e hepatites. RX do tórax: hipotransparência de concavidade superior no terço inferior do hemitórax direito. TC tórax: moderado derrame pleural loculado à direita; atelectasia do lobo inferior direito; mediastino desviado para a direita, sem alterações da traqueia ou brônquios. O doente foi então internado no serviço de Pneumologia para investigação da causa do derrame pleural. Foi realizada toracocentese, que revelou líquido pleural com critérios de exsudato e predomínio de mononucleares. O exame bacteriológico, direto e o teste de amplificação de ácidos nucleicos (TAAN) eram negativos, bem como a presença de células neoplásicas na citologia. Durante o internamento, o doente foi empiricamente medicado com Amoxicilina com Ácido Clavulânico e Azitromicina. Dada a ausência de melhoria do quadro clínico, foi repetida toracocentese cerca de 1 semana depois: o exame direto do líquido pleural era agora positivo para bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR), tal como o TAAN. Foi posteriormente realizada videobroncofibroscopia, tendo a colheita do aspirado brônquico apresentado um exame bacteriológico, direto e TAAN negativos, sem presença de células neoplásicas. Foi assim confirmado o diagnóstico de tuberculose pleural na ausência de tuberculose pulmonar. O doente iniciou terapêutica antibacilar com Isoniazida, Rifampicina, Pirazinamida e Etambutol, sendo encaminhado para o Centro de Diagnóstico Pneumológico da Guarda após a alta.

Discussão: A tuberculose pleural representa a segunda forma mais comum de envolvimento extrapulmonar por tuberculose, com frequência variável entre 3-5% em países desenvolvidos. Resulta de uma reação de hipersensibilidade tardia aos antígenos do *Mycobacterium tuberculosis*, podendo surgir como reativação de uma infeção prévia ou na forma primária. O derrame pleural associado é habitualmente unilateral, sendo em doentes não-HIV mais frequente à direita. O envolvimento do parênquima pulmonar ocorre em 70% dos casos, evidenciando-se assim a particularidade do caso apresentado. A tuberculose pleural, embora pouco frequente, deve ser considerada como diagnóstico diferencial na presença de sintomas respiratórios que cursem com derrame pleural. Sem tratamento, esta patologia pode apresentar resolução espontânea, no entanto evolui geralmente para infeção do parênquima pulmonar até cinco anos após o diagnóstico inicial.