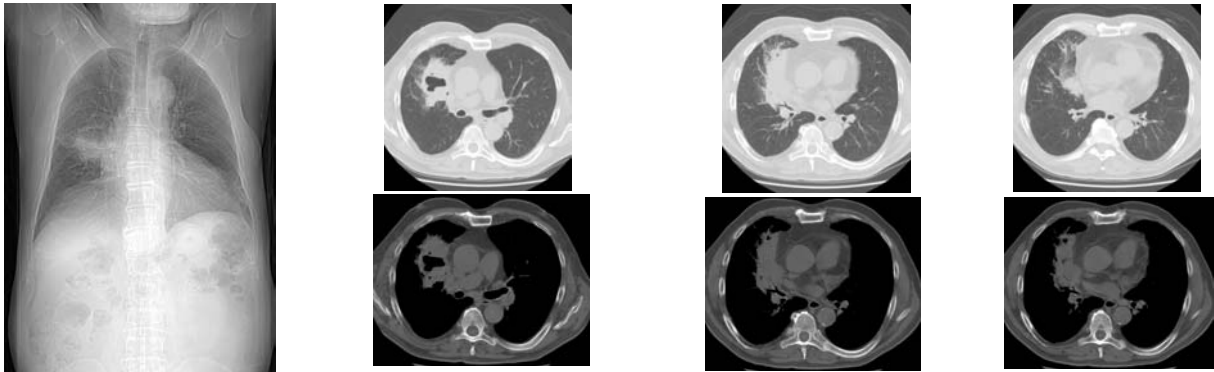


Diagnóstico Radiológico

Diagnóstico do caso da edição anterior

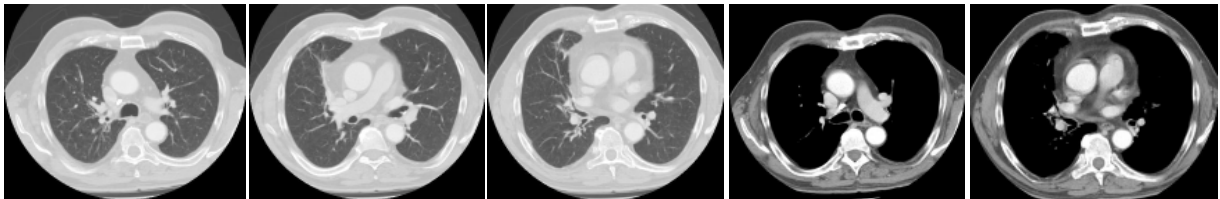
J Bras Pneumol 2005;31(4):368.

ABSCESSO PULMONAR



Masculino, ex-tabagista (40 maços/ano),
refere tosse produtiva e emagrecimento de 4 kg em 1 mês.
O quadro acompanha febre noturna (37,4oC) sem outros sintomas

PACIENTE APÓS TRATAMENTO



COMENTÁRIOS

Neste paciente oligossintomático, fumante, com uma massa pulmonar associada a cavidades, a hipótese diagnóstica mais provável é de neoplasia. Assim sendo este paciente foi encaminhado à broncoscopia, que revelou apenas alterações inflamatórias na árvore brônquica, e as biópsias transbrônquicas demonstraram processo inflamatório inespecífico, sem sinais de agentes infecciosos.

Como não foi identificada neoplasia, foi iniciada antibioticoterapia empírica, com melhora do quadro radiológico e dos sintomas (figuras).

O abscesso pulmonar está classicamente associado a sintomas semelhantes aos da pneumonia: fadiga, perda de apetite, sudorese, febre, dor torácica e tosse produtiva com escarro, que pode apresentar estrias de san-

gue e odor fétido. No entanto o quadro pode ser pouco sintomático dependendo do agente etiológico e da resposta imune do paciente, como ilustrado neste caso.

Os aspectos do abscesso pulmonar na radiografia e na tomografia são semelhantes, e dependem da fase do processo. Inicialmente notam-se consolidações de limites imprecisos e progressivamente há organização do processo, culminando com o aparecimento de cavidades, de paredes irregulares e espessas, que podem se comunicar com a árvore brônquica. Uma neoplasia abscedida tem aspecto idêntico ao abscesso e não existem sinais radiológicos suficientemente específicos para diferenciar estes processos. A presença de broncogramas aéreos na parede da cavidade é um sinal descrito mais frequentemente em associação com abscessos, como neste caso.

DANY JASINOWODOLINSKI; GILBERTO SZARF;
NESTOR L MÜLLER

Centro de Medicina Diagnóstica Fleury, São Paulo
(SP) Brasil; Universidade Federal de São Paulo -
UNIFESP - São Paulo (SP) Brasil; University of British
Columbia, Vancouver, BC, Canadá.

REFERÊNCIAS

1. Marik PE. Aspiration pneumonitis and aspiration pneumonia. *N Engl Med.* 2001;344(9):665-71.
2. Kuhlman JE, Fishman EK, Teigen C. Pulmonary septic emboli: diagnosis with CT. *Radiology.* 1990;174(1):211-3.
3. Yang PC, Luh KT, Lee YC, Chang DB, Yu CJ, Wu HD, et al. Lung abscesses: US examination and US-guided transthoracic aspiration. *Radiology.* 1991;180(1):171-5.
4. Franquet T, Giménez A, Rosón N, Torrubia S, Sabaté JM, Perez C. Aspiration diseases: findings, pitfalls, and differential diagnosis. *Radiographics.* 2000;20(3):673-85.
5. Umemori Y, Hiraki A, Murakami T, Aoe K, Matsuda E, Makihara S, Takeyama H. Chronic lung abscess with *Pasteurella multocida* infection. *Intern Med.* 2005 Jul;44(7):754-6.
6. Bartlett JG. The role of anaerobic bacteria in lung abscess. *Clin Infect Dis.* 2005;40(7):923-5.

ACERTADORES DO CASO DE JULHO/AGOSTO DE 2005

Ascedio José Rodrigues - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo - SP

Carlos Jardim - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo - SP

Petrucio Abrantes Sarmento - Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - SP

Ruben Urdaneta - Hospital Domingo Luciano - Caracas - Venezuela