

# Caso Clínico

## Case Report

José Roberto Silva<sup>1</sup>  
Adelino Carragoso<sup>2</sup>  
Isabel Gil<sup>3</sup>  
Simões Torres<sup>4</sup>  
Orlando Gaspar<sup>5</sup>

### Tuberculose do lobo pulmonar inferior

#### *Lower lung field tuberculosis*

Recebido para publicação/received for publication: 08.07.11

Aceite para publicação/accepted for publication: 08.09.17

#### Resumo

A tuberculose do lobo pulmonar inferior é menos comum do que as apresentações radiológicas clássicas da tuberculose pulmonar. Esta apresentação radiológica assume particular relevância nos doentes com algumas comorbilidades, como a diabetes *mellitus*, a infecção pelo VIH e o alcoolismo crónico. Fazemos uma revisão desta entidade a partir de um caso clínico ilustrativo.

Rev Port Pneumol 2009; XV (1): 89-92

**Palavras-chave:** Tuberculose, tuberculose pulmonar, tuberculose do lobo pulmonar inferior.

#### Abstract

Lower lung lobe tuberculosis is less common than the classical radiological forms of pulmonary tuberculosis. However this radiological presentation has a particular relevance in patients with some associated pathological conditions, such as diabetes *mellitus*, HIV infection and chronic alcoholism. We make a review of this entity in reference to an illustrative clinical case.

Rev Port Pneumol 2009; XV (1): 89-92

**Key-words:** Tuberculosis, pulmonary tuberculosis, lower lung field tuberculosis.

<sup>1</sup> Interno do Internato Complementar de Medicina Interna, Serviço de Medicina Interna 2

<sup>2</sup> Assistente de Medicina Interna, Serviço de Medicina Interna 2

<sup>3</sup> Assistente de Pneumologia, Serviço de Pneumologia

<sup>4</sup> Chefe de Serviço de Pneumologia, Director do Serviço de Pneumologia

<sup>5</sup> Chefe de Serviço de Medicina Interna, Director do Serviço de Medicina Interna 2

Serviços de Medicina Interna 2 e Pneumologia  
Hospital de São Teotónio, EPE – Viseu  
Avenida Rei Dom Duarte  
3504-509 Viseu

#### Correspondência:

Dr. José Roberto Silva  
Praceta da Bela Vista, Lote 8  
3510-470 Viseu  
E-mail: robertjo@netvisao.pt

**Uma das formas menos frequentes de apresentação radiológica da TP é a tuberculose do lobo pulmonar inferior**

## Introdução

As formas de apresentação radiológica da tuberculose pulmonar (TP) são diversas. Pela sua frequência, destacam-se as formas cavitadas, pneumónicas, endobrônquicas e miliares. Algumas vezes, a apresentação radiológica da TP é atípica, levando frequentemente à formulação de outros diagnósticos diferenciais. Uma das formas menos frequentes de apresentação radiológica da TP é a tuberculose do lobo pulmonar inferior (TLI), apresentando uma incidência que não ultrapassa, de acordo com as diversas séries, os 10,5%<sup>1</sup>. A partir de um caso clínico ilustrativo, fazemos uma breve revisão da TLI. Esta apresentação radiológica assume particular relevância nos doentes com algumas comorbilidades, como a diabetes *mellitus*, a infecção pelo VIH e o alcoolismo crónico.

## Caso clínico

Homem de 53 anos, casado, desempregado. Recorreu ao serviço de urgência do nosso hospital referindo queixas com mais de uma semana de evolução de febre (38-39.°C), dor torácica localizada na base do hemitórax direito de características pleuríticas e dispneia de agravamento progressivo. No início dos sintomas fora medicado com claritromicina, sem melhoria das queixas. Referia antecedentes patológicos de diabetes *mellitus* insulinotratada, pancreatite crónica e alcoolismo crónico continuado e negava hábitos tabágicos. O doente apresentava um normal estado mental, estava hemodinamicamente bem, febril (38,8°C) e polipneico com uma frequência respiratória de 18 ciclos por minuto. À auscultação pulmonar, apresentava diminuição do murmúrio vesicular e ferveores cre-

pitantes na base do hemitórax direito. Não havia outros achados relevantes ao exame objectivo.

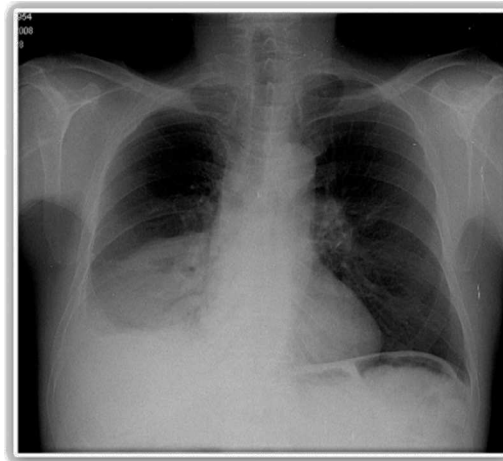
A radiografia do tórax mostrou uma consolidação do lobo inferior do pulmão direito com algumas áreas escavadas no seu interior (Fig. 1). A gasimetria mostrou uma hipoxemia grave (PaO<sub>2</sub> = 58 mmHg). Analiticamente, apresentava leucocitose de 18x10<sup>9</sup>/L e proteína-C-reativa de 20 mg/dL, sem outras alterações de relevo. O doente foi admitido, tendo-se instituído antibioterapia com ceftriaxone e azitromicina parentéricas, após colheitas de sangue e expectoração para culturas, que foram negativas. O exame directo da expectoração foi inconclusivo. O doente não apresentou melhoria clínica. Foi realizada TAC do tórax, que mostrou uma consolidação do lobo inferior do pulmão direito com broncograma aéreo, várias áreas escavadas no seu interior, pequenos nódulos no segmento posterior do lobo superior do pulmão direito e no segmento ápico-posterior do lobo inferior e adenopatia paratraqueal direita (Fig. 2). A broncofibroscopia (BFO) não revelou alterações macroscópicas da árvore brônquica. O exame directo do aspira-



Fig. 1 – Radiografia do tórax PA: Consolidação pulmonar do lobo inferior direito com várias áreas escavadas no interior



**Fig. 2** – TAC tórax: Consolidação do lobo inferior direito, com broncograma aéreo e várias áreas escavadas no seu interior, com pequenos nódulos no segmento posterior do lobo superior direito e ápico-posterior do lobo inferior, adenopatia paratraqueal direita



**Fig. 3** – Evolução imagiológica: Diminuição das dimensões da consolidação parenquimatosa e das áreas escavadas

do brônquio mostrou a presença de muitos bacilos ácido-álcool resistente (BAAR). Iniciou-se tratamento com antibacilares (isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol). Após uma semana de início do tratamento específico, o doente apresentou melhora clínica com apirexia. A evolução radiológica foi igualmente favorável, mas muito lenta (Fig. 3). A serologia do VIH foi negativa. Entretanto, chegou a identificação de *Mycobacterium tuberculosis complex* na cultura do aspirado brônquico, cujo estudo de sensibilidades mostrou que não apresentava resistências aos antibacilares. O doente foi orientado para seguimento no centro de diagnóstico pneumológico (CDP).

### Discussão

A TP no adulto pode apresentar-se sob as mais diversas formas radiológicas, levando muitas vezes os clínicos a pensar em diagnósticos alternativos. A TLI, descrita pela

primeira vez por Kidd *et* Flower em 1866, é pouco comum e surge habitualmente em doentes do sexo masculino, com idade superior a 40 anos e com co-morbilidades, em particular a infecção ao VIH e a diabetes *mellitus*<sup>2</sup>. Está também descrita a sua associação com outras comorbilidades (alcoolismo crónico, cirrose hepática, insuficiência renal crónica, tabagismo, asma brônquica e doenças malignas) e existem casos descritos em grávidas<sup>3</sup>. A incidência da TLI varia segundo as séries publicadas, sendo de 0,63% na série de Mathur de 1974<sup>4</sup>, 5,1% na série de Chang de 1987<sup>5</sup> e de 10,5% na série de Zuber de 2003<sup>1</sup>. Do ponto de vista radiológico, a TLI apresenta-se geralmente como uma ou mais extensa consolidação homogénea do lobo inferior, língula ou lobo médio, com cavitação frequentemente única de 1 a 3 cm de diâmetro e associada na maioria das vezes (mais do que no lobo superior) a derrame pleural e adenopatias hilares; é mais comum no pulmão direito<sup>6</sup>. O diagnóstico de TLI não é muitas vezes claro, quer pela

sua localização imagiológica atípica, quer pela inespecificidade dos sintomas. É muitas vezes confundida com pneumonias bacterianas, bronquiectasias, neoplasias ou abscessos pulmonares, atrasando-se assim o diagnóstico e o tratamento específico. Como em todas as outras formas de tuberculose, a identificação de BAAR é mandatória para se afirmar o diagnóstico definitivo. O tratamento e a sua resposta não diferem relativamente aos outros tipos de localizações<sup>6</sup>. Pretendemos com este trabalho alertar os clínicos para a consideração da TP como diagnóstico possível nos doentes que, apresentando um diagnóstico inicial de pneumonia do lobo inferior, não evoluem favoravelmente do ponto de vista clínico e radiológico com a terapêutica adequada, em particular nos doentes com apresentação in-

sidiosa e que apresentem comorbilidades como a diabetes *mellitus*, a infecção ao VIH e história de alcoolismo crónico, entre outras atrás enumeradas.

### Bibliografia

1. Zuber A, Zaheer M. Lower lung field tuberculosis – A clinical study. JIACAM 2003; 4(2):116-20.
2. Wilfredo S, Edgardo F. Lower lung field tuberculosis. J Microbiol Infect Dis 1991; 14: 72-4.
3. BacaKoglu F, Basacoglu OK. Pulmonary tuberculosis in patients with diabetes *mellitus*. Respiration 2001; 68(6): 595-600.
4. Mathur KC, Tanwar KL. Lower lung field tuberculosis. Ind J Chest Dis 1974; 16: 31-4.
5. Chang SC, Lee RP. Lower lung field tuberculosis. Chest 1987; 91(2): 230-2.
6. Estrada DR. Lower lung field tuberculosis. Chest Dis 1985; 14: 125-33.