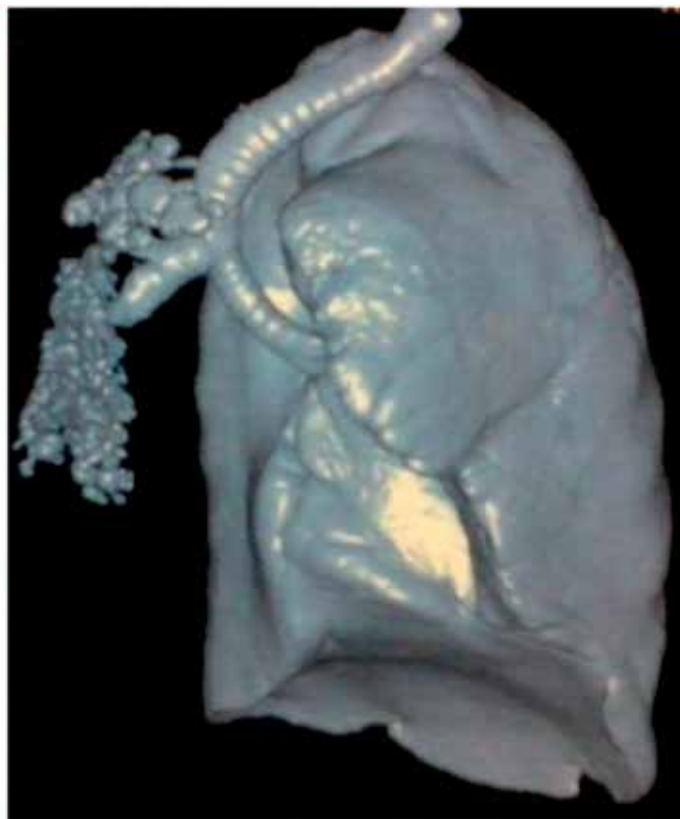


### TUBERCULOSE PULMONAR COM RECIDIVA<sup>1</sup>

#### PULMONARY TUBERCULOSIS WITH RELAPSE

José Antônio Cordero da SILVA<sup>2</sup>, Humberto Lobato MCPHEE<sup>3</sup> e Luis Eduardo Almeida de SOUZA<sup>4</sup>

Paciente masculino, 73 anos, Engenheiro Agrônomo, residente e procedente da Belém do Pará. Procurou o ambulatório de pneumologia da Clínica Lobo, em Junho de 2012, com histórico de dor torácica do tipo ventilatória dependente, tosse persistente, secreção brônquica de aspecto achocolatado com odor fétido, dispnéia, perda de peso e mal-estar. Apresentava o pulmão esquerdo do tipo vicariante. Refere passado de tuberculose pulmonar em 1958, com tratamento irregular e abandono. Em 1960, apresentou piora com escarros de sangue, foi tratado no Hospital João de Barros Barreto por 12 meses com controle por 2 anos evoluiu para cura mas foi indicada cirurgia pulmonar radical, a época, entretanto não realizou. Ausência Baar no escarro e cultura. Nega uso de tabaco e não possui hipertensão arterial sistêmica ou diabetes.



<sup>1</sup> Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – Universidade do Estado do Pará – UEPA.

<sup>2</sup> Médico, Professor da Universidade do Estado do Pará – UEPA. Doutorando em Bioética FMUP. Orientador.

<sup>3</sup> Médico, Graduado pela Universidade Federal do Pará – UFPA. Departamento de Radiologia do Hospital Porto Dias.

<sup>4</sup> Graduando de Medicina da Universidade do Estado do Pará – UEPA.

Realizou Raios-X do tórax, em PA e Perfil, notando-se atelectasia do pulmão à direita, causando retração do mediastino para este lado. Após isto, paciente realizou a tomografia computadorizada do tórax. Nela, evidencia-se a atelectasia do pulmão direito. Observando-se, bronquiectasias cilíndricas e císticas, associadas ao espessamento de paredes brônquicas. Nota-se, ainda, acúmulo de secreções formando impactação mucóide, além de um desvio das estruturas mediastinais para a direita e hiperinsuflação do pulmão esquerdo. No exame, pode-se observar o tronco da artéria pulmonar e hilos pulmonares apresentando morfologia habitual.

Realizou fisioterapia respiratória por 6 meses. Atualmente em controle ambulatorial, com evolução satisfatória e melhora no padrão.

## REFERÊNCIAS

1. Moreira MAC, Barbosa MA, Queiroz MCCAM, Teixeira KS, Torres PPTS, Santana Jr PJ et al. Alterações tomográficas pulmonares em mulheres não fumantes com DPOC por exposição à fumaça da combustão de lenha. *J Bras Pneumol.* 2013; 39(2): 155-163.
2. Pereira BAF, Macêdo SGD, Nogueira RA, Castiel LCP, Penna CRR. *Radiol Bras.* 2009; 42(2): 109–113.
3. Ozsahin SL, Arslan S, Epozturk K, Remziye El, Dogan OT. Radiografia torácica e bacteriologia na fase inicial de tratamento de 800 pacientes masculinos com tuberculose pulmonar. *J. bras. pneumol.* 2011; 37(3): 294-301.
4. Srinakaran J, Roongpittayanon N, Teeratakulpisarn J, Kosalaraksa P, Dhiensiri T. Comparison between the radiographic findings in pulmonary tuberculosis of children with or without HIV infection. *J Med Assoc Thai.* 2012; 95(6): 802-8.
5. Dalar L, Karasulu L Sökücü S, Düger M, Altın S. Total atelectasis of the left lung developing during the third month of treatment in a case of pulmonary tuberculosis. *Rev Mal Respir.* 2011; 28(9):1158-61.
6. Wormanns D. Radiological imaging of pulmonary tuberculosis. *Radiologe.* 2012; 52(2): 173-84.

### Endereço para correspondência

Luis Eduardo Almeida de Souza  
[Luisd\\_souza@hotmail.com](mailto:Luisd_souza@hotmail.com)

Recebido em 06.11.2013 – Aprovado em 11.12.2013