

BOLA FÚNGICA¹

FUNGUS BALL

Marco Antônio Franco TAVARES², Romero Carvalho PEREIRA³, Roseana Silva de SOUZA³, Marisa Rafaela Damasceno LIMA⁴ e Pedro Ruan Chaves FERREIRA⁴

Mulher de 39 anos de idade, com história de seis episódios de hemoptise em três meses, com volume médio estimado entre 200 e 300 mililitros, acompanhado de dispneia durante as crises, além de perda ponderal não aferida; negou a ocorrência de febre. Ao exame físico, apresentava-se em regular estado geral, consciente, hipocorada, afebril, sem edemas, desnutrida severa em grau III. Ausculta pulmonar revelou diminuição dos murmúrios vesiculares em terço superior do hemitórax direito, e em terços inferiores bilateralmente. Exames laboratoriais revelaram hemograma com discreta leucocitose, sorologia negativa para o HIV, além de negatividade na pesquisa de BAAR em três amostras de secreção das vias aéreas inferiores. História pregressa de tuberculose pulmonar com tratamento incompleto. A Tomografia Computadorizada do tórax colocou em evidência a presença de escavação no lobo superior direito, massa arredondada com densidade de partes moles, “sinal do crescente aéreo” e espessamento pleural adjacente, caracterizando bola fúngica (**Figura 1**). Submeteu-se à lobectomia superior direita, com retirada de uma lesão pulmonar medindo 11 x 7 cm, revestida por pleura vinhosa, notando-se aos cortes uma cavidade com 4,5 cm de diâmetro preenchida por material grumoso, cor castanho-amarelado (**Figura 2**). A microscopia revelou aspergilose pulmonar colonizada em cavidade bronquiectásica. A paciente teve boa evolução, e após completar antibioticoterapia de amplo espectro em Unidade de Terapia Intensiva e cuidados em enfermaria, encontrava-se em bom estado geral, com exames laboratoriais e radiológicos satisfatórios, recebendo alta hospitalar no 22º dia do pós-operatório, livre de sintomas.

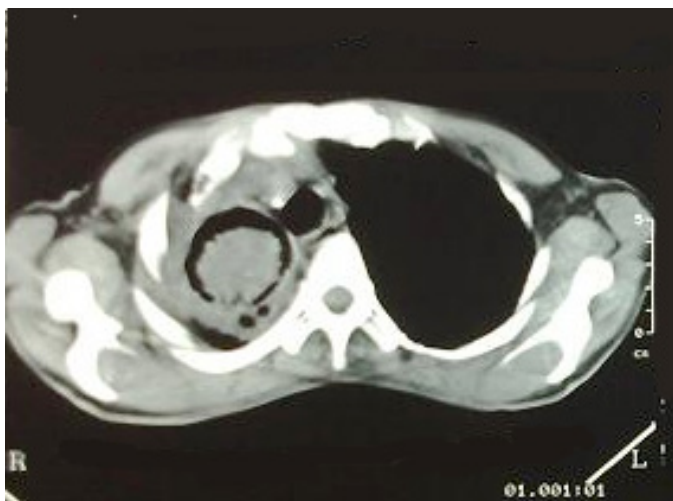


Figura 1: TC de tórax mostrando massa arredondada com espessamento pleural adjacente, em lobo superior do pulmão direito



Figura 2: Peça cirúrgica de lobectomia superior direita. Bola fúngica

¹ Trabalho realizado no Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará – FSCMPA. Belém. Pará.

² Médico graduado pela Universidade Federal do Pará – UFPA. Cirurgião Torácico da FSCMPA. Mestrando em Oncologia e Ciências Médicas na UFPA. Belém. Pará.

³ Médicos graduados pela Universidade Federal do Pará - UFPA. Residentes de Cirurgia Geral pela FSCMPA. Belém. Pará.

⁴ Graduandos do curso de Medicina da Universidade Federal do Pará - UFPA. Belém. Pará.

A aspergilose pulmonar compreende uma das formas de infecção por fungos filamentosos do gênero *Aspergillus*, com diversos modos de apresentação clínica dependendo da imunidade e comorbidades do indivíduo. Quando há lesões cavitárias preexistentes, o crescimento saprofítico do fungo acarreta os aspergilomas. De forma dependente da imunidade do indivíduo tem-se que, nos pacientes com nenhum ou leve defeito imune às formas de infecção pulmonar por *Aspergillus*, tem curso clínico benigno e se manifestam com o desenvolvimento de lesões cavitárias progressivas, sintomas sistêmicos e mínima ou nenhuma evidência de invasão cavitária. Este germe é de distribuição universal na natureza, cuja fonte de contágio mais comum é a via aérea, e que emergiu como causa de infecção grave com risco de vida em pacientes imunocomprometidos.

REFERÊNCIAS

1. Mendonça DU, Maia JGS, Araújo FC, Teixeira MAF, Lopes MFB, Sena WM, Machado Filho AHS. Aspergilose pulmonar em paciente imunocompetente e previamente sadio. Rev da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, 44(1):124-126, 2011.
2. Fishman AP, Elias JA, Fishman JA, Grippi MA, Senior RM, Pack AI. Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders. 4th ed. New York: Mc Graw Hill; 2008.
3. Walsh TJ, Anaissie EJ, Denning DW, Herbrecht R, Kontoyiannis DP, Marr KA, et al. Treatment of aspergillosis: clinical practice guidelines of the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis., 46(3):327-60, 2008.
4. Samarakoon P, Soubani AO. Invasive pulmonary aspergillosis in patients with COPD: a report of five cases and systematic review of the literature. Chron Respir Dis., 5(1):19-27, 2008.
5. Silva EFB, Barbosa MP, Oliveira MAA, Martins RR, Silva JF. Aspergilose pulmonar necrotizante crônica. J Bras Pneumol., 35(1):95-98, 2009.
6. Soubani AO, Chandrasekar PH. The clinical spectrum of pulmonary aspergillosis. Chest, 121:1988-1999, 2002.
7. Saraceno JL, Phelps DT, Ferro TJ, Futerfas R, Schwartz DB. Chronic necrotizing pulmonary aspergillosis: approach to management. Chest, 112:541-548, 1997.
8. Geftter WB, Weingrad TR, Epstein DM, Ochs RH, Miller WT. "Semi-invasive" pulmonary aspergillosis: a new look at the spectrum of *Aspergillus* infections of the lung. Radiology, 140:313-321, 1981.

Endereço para correspondência

Romero Carvalho Pereira
Rua Municipalidade, 1757, Apolo – 802- Umarizal.
CEP: 66050-350 - Belém-PA. Brasil
Contato: (91) 8228 3210
E-mail: romerocp@outlook.com

Recebido em 04.04.2014 – Aprovado em 09.04.2014