

Febre de origem indeterminada. Relato de caso*

Fever of unknown origin. Case report

Izac Rodrigues Nascimento¹, Jairo Lisboa Rodrigues², Paulo Fernando Aguiar³

*Recebido do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Montes Claros, MG.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: O objetivo deste estudo foi relatar a apresentação incomum de tuberculose pulmonar, manifestada como nódulo pulmonar e febre de origem indeterminada (FOI) em paciente jovem.

RELATO DO CASO: Paciente do sexo masculino, 26 anos, foi internado na Santa Casa de Montes Claros para investigação de FOI. O exame radiológico e histopatológico diagnosticaram tuberculose pulmonar. Foi prescrito tratamento específico com boa resposta terapêutica, sendo encaminhado para seguimento ambulatorial.

CONCLUSÃO: Assim, reforça-se o conceito de que febre de origem indeterminada, frequentemente é a apresentação incomum de uma doença comum.

Descritores: FOI, Nódulo Pulmonar, Tuberculose.

SUMMARY

BACKGROUND AND OBJECTIVES: The aim of this study was to report unusual presentation of pulmonary tuberculosis, manifested as pulmonary nodule and fever of unknown origin (FUO) in young patient.

CASE REPORT: Male patient, 26 years, was hospitalized in Santa Casa de Montes Claros for investigation of FUO. The radiological and histopathological examination diagnosed pulmonary tuberculosis. Specific treatment was prescribed with good response to therapy, and was referred for outpatient follow-up.

CONCLUSION: Thus, it reinforces the concept that FUO is often the unusual presentation of a common disease.

Keywords: FUO, Pulmonary nodule, Tuberculosis.

INTRODUÇÃO

A febre de origem indeterminada (FOI), também comumente designada como febre de origem obscura, é problema de relevante importância clínica, seja por que implica intensa investigação, seja por que traz ao paciente grande ansiedade quanto ao seu prognóstico¹.

Os pioneiros na conceituação de FOI foram Petersdorf e Beeson, em 1961 cuja definição tornou-se clássica. Para eles é necessária temperatura corporal de 38,3° C ou maior em múltiplas ocasiões, persistindo o problema por pelo menos três semanas e não surgindo o diagnóstico depois de uma semana de avaliação em hospital²⁻⁵.

Desta conceituação clássica derivam outras definições, tais como FOI hospitalar, em neutropênicos ou soropositivos para o vírus da imunodeficiência humana (HIV)¹.

A FOI pode ser subdividida em quatro grandes grupos, a saber: infecções, colagenoses, neoplasias e miscelânea².

Dentre as infecções a tuberculose, nas suas diversas apresentações, figura como principal entidade na maioria das séries¹.

O Brasil, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), ocupa o 14º lugar entre os 23 países responsáveis por 80% do total de casos de tuberculose no mundo. Fontes do Ministério da Saúde estimam uma prevalência no país de 58/100.000 casos/habitantes, com cerca de 50 milhões de infectados, com 111.000 casos novos e 6.000 óbitos ocorrendo anualmente. O diagnóstico baseia-se em técnicas de baciloscopia, cultura, técnicas de biologia molecular, testes bioquímicos, radiologia e imunologia. O tratamento é realizado pelos esquemas recomendados pelo Ministério da Saúde⁴.

O objetivo deste estudo foi relatar a apresentação incomum de tuberculose pulmonar, manifestada como nódulo pulmonar e FOI em paciente jovem.

1. Graduando de Medicina da UNIMONTES-Universidade Estadual de Montes Claros

2. Doutorando em Toxicologia, Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, USP-Universidade de São Paulo

3. Docente do Curso de Medicina da UNIMONTES-Universidade Estadual de Montes Claros; Especialista em Clínica Médica pela SBCM; Ex-residente de Clínica Médica pelo Hospital Universitário Clemente de Faria e Clínico Internista do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Montes Claros.

Apresentado em 24 de abril de 2009

Aceito para publicação em 10 de setembro de 2009

Endereço para correspondência:

Dr. Paulo Fernando Aguiar

Rua João Souto, 540/603

39400-082 Montes Claros, MG.

Fone: (38) 3216-9430

E-mail: paulmedbel@yahoo.com.br

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 26 anos, casado, melano-derma, policial militar, natural de Montes Claros/MG e procedente de Buenópolis/MG, internado com quadro clínico de dois anos de evolução caracterizado por episódios recorrentes de febre com duração aproximada de três dias, com resolução espontânea. Há cerca de 30 dias a febre tornou-se diária, predominantemente noturna, acompanhada de calafrios e sudorese. Queixava-se ainda de sintomas constitucionais tais como mialgia, adinamia, prostração, mal-estar, náuseas e vômitos. Relata também dor abdominal no flanco esquerdo, tipo cólica, sem irradiação, piora com ingestão de alimentos gordurosos e melhora com eliminação de gases e analgésicos comuns, além de constipação alternada com diarreia. Refere por fim tosse seca ocasional e emagrecimento de 5 kg nesse período. À ectoscopia apresentava-se corado, hidratado, anictérico, acianótico, febril, sem gânglios palpáveis e com bom estado geral.

Apresentava pressão arterial de 150 x 90 mmHG, frequência cardíaca de 80 bpm, frequência respiratória = 24 irpm e temperatura axilar de 38,5° C.

Sistema cardiovascular: Bulhas normorrítmicas e normofonéticas em dois tempos; Sistema respiratório: Murmúrio vesicular fisiológico; Sistema digestivo: Abdômen plano, sem visceromegalias, dor à palpação em flanco esquerdo, sem defesa, Ruídos hidroaéreos presentes.

Aos exames iniciais, que foram colhidos no momento da admissão hospitalar, apresentava hemoglobina: 13,2 g/dL, hematócrito: 40%, global de leucócitos: 5.000/mcL, bastonetes: 2%, segmentados: 63%, eosinófilos: 2%, monócitos: 4%, linfócitos: 29%, Velocidade de hemossedimentação: 16 mm, potássio: 4,3 mEq/L, ureia: 35 mg/dL, creatinina: 0,78 mg/dL, TGO: 23 u/moL, TGP: 25 u/mL, fosfatase alcalina: 45 u/L, gama gt: 21 u/L, mucoproteínas: 5,1 mg/dL, PCR: positiva, 24 mg/L, plaquetas: 310.000, ácido úrico: 4 mg/dL, proteínas totais: 7 g/dL, albumina: 4 g/dL, globulina: 3 g/dL, bilirrubina total: 0,9 mg/dL, bilirrubina indireta: 0,7 mg/dL, bilirrubina direta: 0,2 mg/dL, LDH: 405 u/L, Látex: negativo, VDRL: não reativo, EAS: sem alterações, radiografia de tórax: pulmões normotransparentes, seios costofrênicos livres, índice cardiotorácico dentro dos limites da normalidade.

Durante a internação hospitalar manteve febre alta predominantemente vespertino-noturna com persistência dos sintomas constitucionais, além de artralgias.

Ao final da primeira semana cursou com artrite de punho direito e afta oral.

Toque retal: esfíncter normotenso, mucosa lisa sem massas palpáveis, ausência de sangramentos.

Novos exames: FAN: negativo, anti-HIV 1 e 2: negativo,

aglutinação microscópica para leptospirose: negativo, HB-sAg: negativo, anti-HCV: indeterminado, IGG citomegalovírus: positivo, reação de Widal: negativo, urocultura e hemocultura em três amostras, com intervalo de 15 minutos entre elas: negativas, ferritina sérica: 119,75 nanog/mL, proteinúria de 24hs: 0,214 g. Ultra-som de abdômen: exame ecográfico normal. Tomografia computadorizada (TC) de abdômen: presença de nódulo sólido, de contornos irregulares e bocelados, com aspecto levemente mais denso em sua periferia, mostrando algumas estrias que convergem para a pleura, com densidade média em torno de 29 a 35 UH, medindo cerca de 13x8x14mm.

Fibrobroncoscopia: sem alterações endoscópicas. Lavado broncoalveolar: pesquisa de fungo e BAAR negativas, cultura para bactérias negativas.

Por fim realizou tomografia computadorizada (TC) de tórax que demonstrou nódulo (0,8 x 0,7 cm com densidade de 36 uh pré-contraste e 50 uh pós-contraste) pulmonar único na base direita de origem indeterminada quanto à malignidade, demais aspectos sem alterações (Figura 1 – Tomografia de tórax evidenciando nódulo pulmonar solitário em lobo inferior direito). Foi submetido à toracotomia com biópsia excisional de nódulo pulmonar cuja análise demonstrou processo inflamatório crônico glanulomatoso, com células epitelioides, gigantócitos multinucleados do tipo Langhans e áreas de necrose caseosa.

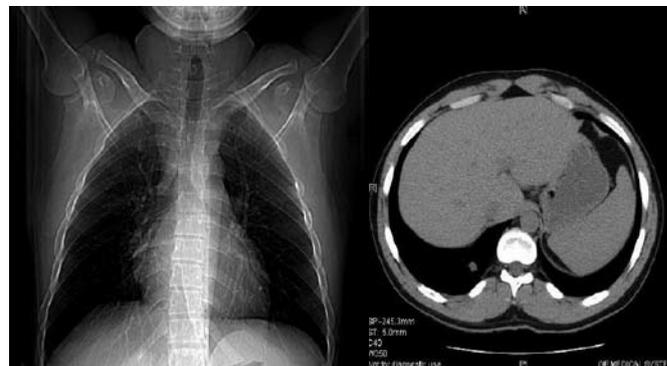


Figura 1 – Tomografia computadorizada de tórax evidenciando nódulo pulmonar solitário no lobo inferior direito.

No pós-operatório cursou com sintomas respiratórios: (tosse, expectoração, dispnéia e dor torácica) com infiltrado radiológico bilateral. Baciloscopia de escarro induzido: três amostras negativas.

Iniciado tratamento para tuberculose pulmonar com esquema I⁴, apresentava-se afebril no 5° dia com melhora dos sintomas constitucionais, recebendo alta após três semanas para acompanhamento ambulatorial. Realizou retorno ambulatorial com sete dias mantendo-se afebril, com recuperação ponderal e tolerando bem medicação tuberculostática.

DISCUSSÃO

Sabe-se que a tuberculose continua sendo uma importante causa de adoecimento no Brasil, pois o País, segundo a OMS, ocupa o 14º lugar entre os 23 países responsáveis por 80% do total de casos de tuberculose no mundo⁴.

A tuberculose pulmonar geralmente é acompanhada de febre baixa, emagrecimento, falta de apetite, cansaço fácil e suores noturnos².

Há uma série de exames complementares úteis para elucidação, desde exames baciloscópicos, sorológicos, bioquímicos, de biologia molecular, radiológicos, anatomopatológicos a serem solicitados de acordo com localização e numa hierarquia diagnóstica determinada individualmente⁴. No caso em questão, considera-se que o nódulo não foi visto na radiografia de tórax devido à sua posição no segmento basal posterior do lobo inferior direito, bem como o fato da radiografia ter sido realizada apenas na incidência pósterio-anterior.

O tuberculoma apresenta-se comumente como opacidade aproximadamente circular, bem definida, de 2 a 30 mm de diâmetro. A presença de calcificações e dos nódulos satélites auxilia no diagnóstico diferencial de nódulo pulmonar solitário. A maioria dos tuberculomas é menor que três cm, embora lesões maiores que cinco cm tenham sido descritas. Em países desenvolvidos, na população geral, de 14% a 24% dos nódulos solitários ressecados são tuberculomas^{4,5}. Os achados tomográficos na tuberculose pulmonar sugestivos de atividade são cavidades de paredes espessas, nódulos centrolobulares de distribuição segmentar, nódulos centrolobulares confluentes, consolidações, espessamento de paredes brônquicas, espessamento bronquiolar, "árvore em fluorescência", bronquiectasias, massas. Ao passo que os sugestivos de inatividade (sequela) são cavidades de paredes finas, bronquiectasias de tração, estrias, enfisema, padrão em mosaico e nódulos⁶.

O tratamento baseia-se nas recomendações consensuais do Ministério da Saúde, sendo os casos virgens de tratamento e de localização pulmonar ou extrapulmonar, com exceção da tuberculose meníngea, tratados com o esquema I, constituído por dois meses de rifampicina, isoniazida e pirazinamida e quatro meses de rifampicina e isoniazida com doses dependentes do peso do paciente⁴.

Neste caso o paciente recebeu 600 mg de rifampicina/dia, 400 mg de isoniazida/dia e 2000 mg de pirazinamida/dia compatíveis com seu peso, sendo que no início apresentou intolerância gástrica melhorada com uso de sintomáticos.

CONCLUSÃO

Analisando-se o caso descrito, conclui-se que a investigação de FOI apresentou uma sequência: história, exame físico completo, exames laboratoriais e radiológicos iniciais. Estes determinaram a suspeição diagnóstica a qual necessitou de exames mais invasivos. Culminando, então, na realização de biópsia e exame anatomopatológico que definiram o diagnóstico.

REFERÊNCIAS

1. Lopes AC - Tratado de Clínica Médica, 1ª Ed, São Paulo: Roca, 2006;4185-4191.
2. Prado FC, Ramos JA, Vale JR, et al. Atualização Terapêutica 2007: Manual Prático de Diagnóstico e Tratamento, 23ª Ed, São Paulo: Artes Médicas, 2007;929-930.
3. Cunha BA. Fever of unknown origin: clinical overview of classic and current concepts. *Infect Dis Clin N Am*, 2007;21:867-915.
4. II Diretrizes Brasileiras para Tuberculose. *J Pneumol*, 2004;30:(Suppl1):1-56.
5. Petersdorf RG, Beeson PB. Fever of unexplained origin: report on 100 cases. *Medicine (Baltimore)*, 1961;40:1-30.
6. Bombarda S, Figueiredo CM, Funari MBG, et al. Imagem em tuberculose pulmonar. *J Pneumol*, 2001;27;329-340.