

## Abcesso pulmonar na infância

Crisley Piva<sup>1\*</sup>, Jéssica Chaves<sup>1</sup>, Clarissa Aires Roza<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

\* piva.crisley@gmail.com

**Introdução.** A incidência e a prevalência dos abscessos pulmonares em crianças no Brasil ainda não estão determinadas, as estimativas variam entre 0,7 e 1,2 para cada 100.000 admissões/ano<sup>1,2</sup>. O abcesso pulmonar (AP) é uma lesão necrótica, escavada com diâmetro superior a dois centímetros, caracterizada pela destruição do parênquima pulmonar<sup>3</sup>. É resultante de uma infecção causada por germes piogênicos mais comumente anaeróbios<sup>4,5</sup>. A maioria dos casos surge devido a aspiração de secreção orofaríngea ou de conteúdo gástrico<sup>6</sup>. O diagnóstico é embasado, basicamente, nos antecedentes pessoais, história clínica, exame físico e exames radiológicos. O presente trabalho tem objetivo descrever a evolução clínica de uma paciente pediátrica com abcesso pulmonar e se justifica devido a relativa raridade com que essa patologia ocorre na infância.

**Descrição do caso.** Criança do sexo feminino, branca, 12 anos, 58 kg, interna na enfermaria pediátrica do Hospital Santa Cruz no dia 13/08, proveniente do CEMAI, com história de tosse, febre e coriza há 6 dias e dor ventilatório dependente em região inferior do hemitórax direito há 5 dias. Realizou exames no CEMAI: Rx tórax (12/08): lesão escavada no lobo inferior direito com nível hidroaéreo, provavelmente de natureza inflamatória infecciosa. Ausência de derrame pleural. Arcos costais: ausência de lesões ósseas. Hemograma: leuc 23.800 (b5/s76,2/linf10,3) hb 11,2 ht 32,8 PCR 25,31 VSG 82. Recebeu diagnóstico de pneumonia complicada com abscesso pulmonar. Ao exame físico paciente em bom estado geral, ativa, hidratada, eupneica e corada. Extremidades profundidas e aquecidas. Apresentava subcrepitanes em base direita, murmúrio vesicular uniformemente bem distribuído. Foi iniciado tratamento com antibiótico Amoxicilina + Clavulanato 1g IV 8/8 h e Azitromicina 500mg IV 24/24h por 3 dias. No dia 17/08 foi trocado ATB devido persistência da febre para Clindamicina 40 mg/kg/dia IV 8/8 horas e Cefuroxima 2g IV 8/8h durante 14 dias. Durante internação, evoluiu com melhora clínica e realizou novos exames: Hemocultura (14/08): negativa. (16/08): IgA: 48,6mg/dl/IgM: 181,1mg/dl. Hemograma (19/08): Leucócitos 16.900 (4/73,3/1/0,3/3,7/17,7) hb 11,8 ht 34,7 plaquetas 479.000. PCR 7,08. Rx tórax (19/08): a lesão previamente descrita encontra-se completamente preenchida por conteúdo com densidade de partes moles, medindo atualmente 6,7 x 6,1 cm, e localizado no segmento posterior do lobo inferior direito. RX de tórax (29/08): não há evidencia de lesão consolidativa no parênquima pulmonar. Presença de pneumatocele a direita. No dia 03/09 paciente terminou esquema de ATB IV, apresentava-se estável clinicamente, sem sinais de desconforto respiratório, aceitando bem a dieta via oral, em condições de alta hospitalar, com uso de antibiótico Cefuroxima 500 mg 12/12 horas VO durante sete dias sendo encaminhada para acompanhamento no ambulatório de Pediatria daqui há uma semana, para ser reavaliada, para ver a necessidade de continuar ou não o tratamento com antibioticoterapia.

**Discussão.** Em análise de 16 anos (1997 a 2003) em uma unidade hospitalar, foram internados 27 casos de abscesso pulmonar, 30% em pacientes previamente hígidos (abscesso primário) e 70% em pacientes com comorbidades prévias (abscesso

secundário)<sup>4,6</sup>. Dessa forma, percebe-se que o quadro da criança representa uma minoria das situações evidenciadas na literatura. No que se refere a terapia, sabe-se que os antibióticos isoladamente resolvem 80% a 90% dos abscessos pulmonares em crianças. A escolha da antibioticoterapia é geralmente empírica, devendo apresentar cobertura para anaeróbios e aeróbios, sendo adequados esquemas como: clindamicina, oxacilina ou cefuroxima, clindamicina + aminoglicosídeo, ceftriaxona + aminoglicosídeo (para RN). O tempo de tratamento é de 2 a 3 semanas de terapia intravenosa, seguido de curso oral de 4 a 6 semanas para pacientes não complicados. A duração vai depender da evolução clínicoradiológica<sup>7,8</sup>. Dessa forma, observa-se o enquadramento adequado, bem como uso de terapia apropriada e por tempo satisfatório para o manejo do caso relatado. Ademais, ressalta-se que a melhora clínica se dá a partir do décimo dia, no entanto a resolução radiológica é mais tardia e pode ter uma duração superior a três meses<sup>4</sup>. Em estudo semelhante realizado em Portugal, no ano de 2009, o diagnóstico foi estabelecido em média apenas ao fim de 8,7 dias, apesar de 66,7% dos doentes reunirem condições sugestiva de alta suspeita clínica (com base na anamnese, presença de fatores de risco, evolução temporal e avaliação radiológica inicial), entretanto importa realçar que 46,7% dos doentes foram diagnosticados no dia da internação ou o dia imediato, dado esse que está em consonância com o caso relatado. A pneumatocele complicação manifestada pela paciente é comum a pneumonia aguda comunitária e está frequentemente associada a sequela pós infecção. A radiografia de tórax faz o diagnóstico de pneumatocele e tem na maioria dos pacientes, involução espontânea, num período de tempo que pode variar de semanas até mais de um ano. Na análise de 134 casos pneumonia com empiema em crianças, 58 desenvolveram pneumatoceles, 37 (63,7%) tiveram resolução completa da infecção e involução da pneumatoceles em dois meses, 13 pneumatoceles apresentaram involução mais lenta e completa em seis meses, em média. Sete pacientes apresentaram pneumatoceles complicadas (hipertensas, infectadas) e foram submetidos à drenagem guiada por exames de imagem<sup>9</sup>. Analisando quadro apresentado, de modo geral, pode-se concluir que o mesmo se encaixa no diagnóstico de abscesso pulmonar tanto pelo aspecto radiológico, quanto pela evolução sendo o mesmo de extrema importância devido a ocorrência rara em crianças e a escassez de estudos referente ao tema.

### Referências.

1. Gene D, Kaiser L, King TN, Lew D. Community-acquired pneumonia: causes of treatment failure in patients enrolled in clinical trials. *Clin Microbiol Infect* 2003;9:949-54.
2. Rodrigues JC. O tratamento do abscesso pulmonar. *Pediatria (São Paulo)*. 2004;26(4):213-6.
3. Desai H, Agrawal A. Pulmonary emergencies-Pneumonia, acute respiratory distress syndrome, lung abscess and empyema. *Med Clin N Am* 2012; 96:1127-1148
4. Jasinowodolinski D, Szarf G, Müller NL. Diagnóstico radiológico: abscesso pulmonar. *J Bras Pneumol*. 2005;31(5):474-6.
5. Gonçalves, AM, Falcao LM, Ravara L. Os abscessos pulmonares em revisão. *Rev Port Pneumol*. 2008;14(1):141-9.
6. Chan PC, Huang LM, Wu PS, Chang PY, Yang TT, Lu CY, et al. Clinical management and outcome of childhood lung abscess: a 16-year experience. *J Microbiol Immunol Infect* 2005;38:183-8.
7. Tan TQ, Mason EO Jr, Wald ER, Barson WJ, Schutze GE, Bradley JS, et al. Clinical characteristics of children with complicated pneumonia caused by *Streptococcus pneumoniae*. *Pediatrics* 2002;110(1 Pt 1):1-6.
8. Singh M, Mathew JL, Chandra S, Katariya S, Kumar L. Randomized controlled trial of intrapleural streptokinase in empyema thoracis in children. *Acta Paediatr* 2004;93:1443-5.
9. Imamoglu M, Çay A, Kosucu P, Ozdemir O, Cobanoglu U, Orhan F, et al. Pneumatoceles in postpneumonic empyema: an algorithmic approach. *J Pediatr Surg* 2005;40:1111-7.
10. Luísa M, Valadares D, Oliveira R. J, Reis E. Abscessos pulmonares: Revisão de 60 casos. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, Volume 15, Issue 2, March-April 2009.