

LAVADO BRONCOALVEOLAR (LBA) NO DIAGNÓSTICO DE INFILTRADO PULMONAR DIFUSO EM ADOLESCENTE RECEBENDO TRATAMENTO PARA LEUCEMIA LINFOCÍTICA AGUDA. Azevedo KOR , Rech A , Copetti F , Meneses C , Machado A , Loss J , Pasqualoto G , Fraga JC , Brunetto AL , . Oncologia Pediátrica . HCPA.

Objetivo: Relatar o caso de um paciente tratado com quimioterapia que desenvolveu infiltrado pulmonar difuso com ausência de resposta à antibioticoterapia empírica inicial, cujo diagnóstico etiológico foi esclarecido através da realização do LBA. Introdução: Pacientes com câncer frequentemente apresentam infiltrado pulmonar, principalmente na fase de aplasia após o uso de quimioterapia. Nestas condições o diagnóstico etiológico, é fundamental para o manejo terapêutico. Técnicas de broncoscopia, incluindo lavado broncoalveolar e biópsia transbrônquica, representam uma alternativa menos invasiva do que a biópsia por toracotomia para diagnóstico etiológico de infiltrado pulmonar difuso que não responda a antibioticoterapia empírica inicial. Relato de caso: Adolescente de 15 anos de idade, do sexo masculino, cor branca, com diagnóstico em junho de 2003 de leucemia linfocítica aguda de células T, morfologia L1, de alto risco. Iniciou tratamento com o Protocolo Brasileiro GTBLI-93 e durante a fase de indução desenvolveu quadro de hipoxemia, taquipnéia, tiragem intercostal e batimento de asa de nariz em vigência de neutropenia. O raio-X de tórax mostrava infiltrado difuso bilateral (Figura 1) com piora clínico radiológica em 48 horas e a desidrogenase láctica (LDH) sérica era de 275mg/dl. Encontrava-se em tratamento com os seguintes antibióticos: vancomicina (40mg/Kg/dia), amicacina (15mg/Kg/dia) e anfotericina B (1g/Kg/dia), sendo que esta última havia sido iniciada devido a presença de Candida sp em hemocultura, porém com controle já negativo durante a piora clínica. Devido ausência de resposta ao tratamento anti-infeccioso foi submetido a LBA com resultado positivo para Pneumocystis carinii, sendo instituído tratamento com sulfametoxazol-trimetropima (20mg/Kg/dia do componente trimetropima) e prednisolona (1mg/Kg/dia) por 21 dias. Quinze dias após iniciado o tratamento específico o raio-X já estava normal (Figura 2). Atualmente o paciente está clinicamente estável e segue em tratamento quimioterápico. Discussão/Conclusão: Pacientes com infiltrado pulmonar difuso com testes microbiológicos de rotina negativos e que não respondem a antibioticoterapia empírica de amplo espectro devem ser submetidos a LBA precocemente, já que este procedimento apresenta baixo risco de complicações e permite o diagnóstico etiológico em uma fase em que o paciente tem maiores chances de responder a terapêutica.