

PINTO, GLF¹, GUAZZELLI, LS², SEVERO, LC³

¹ Acadêmico de Medicina da UFRGS e bolsista de Iniciação Científica – FAPERGS

² Programa de Pós-Graduação em Ciências Pneumológicas, UFRGS

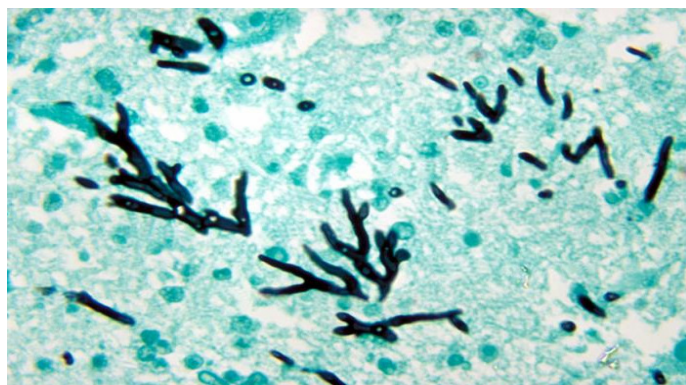
³ Faculdade de Medicina, UFRGS. Pesquisador 1B do CNPq

Introdução: Bola fúngica (BF) é definida como uma massa fúngica composta por hifas, células inflamatórias, fibrina, muco e fragmentos de tecidos. *Aspergillus fumigatus* é o agente etiológico mais freqüente, cerca de 90% dos casos, seguido de *A niger* e *A flavus*, respectivamente. O antecedente mais comum para o desenvolvimento da BF pulmonar é cavidade secundária a tuberculose e a manifestação clínica mais presente e causadora de óbitos nesses pacientes é a hemoptise.

Objetivo: definir sob o ponto de vista clínico e etiológico casos de BF por *Aspergillus* spp.

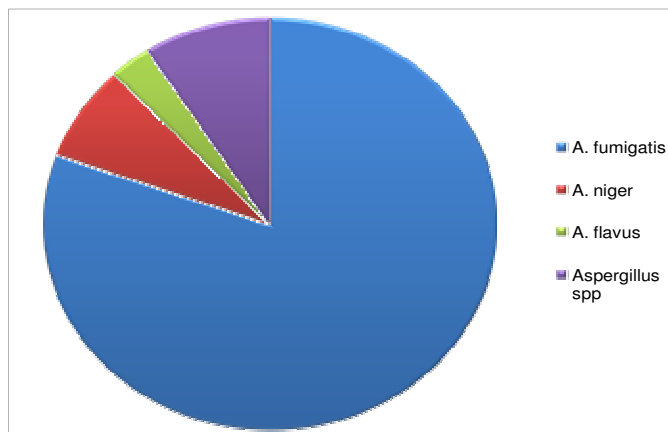
Metodologia: Analisamos retrospectivamente, prontuários de pacientes com diagnóstico de BF pulmonar aspergilar de uma população de 750 casos de aspergilose, identificados no Laboratório de Micologia da Santa Casa Complexo Hospitalar, no período de 1980 a 2009.

Resultados: Foram incluídos 391 pacientes com BF pulmonar aspergilar, a idade variou de 18 - 78 anos, sendo 67,3% masculino. O diagnóstico foi baseado nos achados clínicos, radiológicos e laboratoriais. Bola fúngica complexa foi detectado em 97,4% da casuística e tuberculose curada foi a principal condição predisponente (89%). Hemoptise foi manifestação clínica mais freqüente (89%).



Aspergillus fumigatus

Apoio: FAPERGS
Fundação de Amparo à
Pesquisa do Estado do
Rio Grande do Sul



Etiologia fúngica da colonização intracavitária pulmonar (BF)

A. fumigatus foi o agente etiológico isolado em 89,3% dos casos, *A niger* em 7,1% e *A flavus* em 3,3%. A positividade no cultivo foi de 84,7% nos espécimes clínicos e a imunodifusão radial dupla de 81,6% dos pacientes. Ressecção cirúrgica (88,3%) foi a principal medida terapêutica. A eliminação da BF por lise espontânea ocorreu em 2,3% dos casos. Mortalidade foi atribuída à cirurgia e a hemoptise em 32,3 e 13,8%, respectivamente.

Conclusões: Deve-se aventar a hipótese de BF pulmonar em pacientes com tuberculose curada e hemoptise. A imunodifusão é uma técnica sorológica simples e um ótimo teste de triagem diagnóstica.

Bibliografia:

- Kawamura S, Maesaki S, Tomono K, Tashiro T, Kohno S. Clinical Evaluation of 61 Patients with Pulmonary Aspergilloma. Intern Med. 2000 Mar;39(3):209-12.
- Severo LC, Geyer GR, Porto NS. Pulmonary Aspergillus intracavitary colonization (PAIC). Mycopathol. 112(2):93-104.1990.
- Soubani AO, Chandrasekar PH. The clinical spectrum of pulmonary aspergillosis. Chest. 2002 Jun;121(6):1988-99.
- Shibuya K et al. Pathophysiology of pulmonary aspergillosis. J Infect Chemother. 2004 Jun;10(3):138-45.