Infecção por Mycobacterium avium em paciente com Aids com resolução clínica e radiológica após esquema padrão para tuberculose: a importância da reconstituição imune

Maria Luiza Benevides[1], Olga Francis Pita Chagas[2], Cleyton Gregory Silva[3], Camilo Fernandes[4], Sérgio Beduschi Filho[3].

(1) Estudante de Medicina, Unisul-SC; (2) Médica Residente de Neurologia do Hospital Governador Celso Ramos– Florianópolis/SC; (3) Médicos infectologistas do Hospital Nereu Ramos – Florianópolis/SC; (4)Médico pneumologista do Hospital Nereu Ramos – Florianópolis/SC

INTRODUÇÃO

O complexo Mycobacterium avium compreende micobactérias não tuberculosas capazes de causar infecções principalmente em pacientes imunodeprimidos. O tratamento preconizado consiste na associação de Etambutol com Macrolídeo, devendo-se considerar a combinação com uma terceira ou quarta droga (Aminoglicosídeo, Rifabutina ou Quinolona).

OBJETIVO

Demonstrar a importância da reconstituição imune e do uso de drogas efetivas no tratamento de infecção por Micobacterium avium.

MÉTODOS

Revisão de prontuário médico e de literatura.

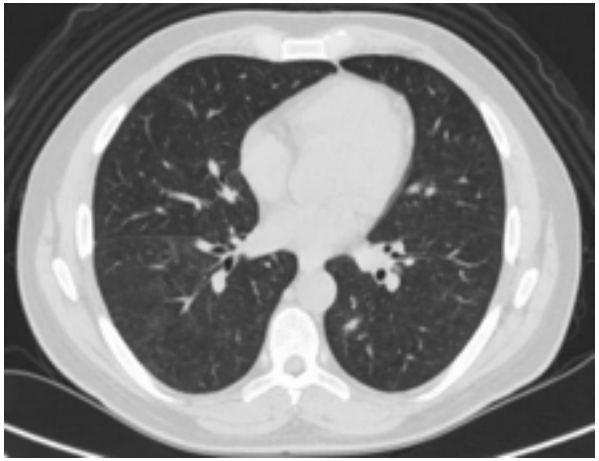
RESULTADOS

Paciente masculino, 40 anos, transferido à enfermaria de hospital referência em Infectologia, após 20 dias em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de outra instituição por pneumocistose e pneumonia comunitária. Na internação, foi diagnosticada infecção por HIV, com linfócitos TCD4+ de 18 células/mm³. Após alta da UTI, evoluiu com infecção do trato urinário por Klebsiella pneumoniae multirresistente, tratada com Amicacina por 12 dias. Foi diagnosticada endocardite bacteriana através de ecocardiograma transesofágico, com hemocultura positiva para Staphylococcus aureus (MRSA), levando ao tratamento com Vancomicina, depois substituído por Teicoplanina, devido a rash cutâneo e disfunção renal, completando 42 dias. Mesmo assim, manteve febre vespertina com sudorese noturna. Tomografia computadorizada de tórax evidenciou lesão escavada com paredes espessadas no seguimento superior do lobo inferior esquerdo. Lavado brônquico foi positivo para bacilos álcool-ácido resistentes, sendo iniciado tratamento para tuberculose com Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida, Etambutol. Após início da terapia antirretroviral e para tuberculose, evoluiu com melhora clínica, recebendo alta hospitalar em poucos dias. Nos retornos ambulatoriais, manteve-se assintomático, afebril, com ganho ponderal e melhora do estado geral. Quatro meses após a alta, foi disponibilizada cultura do lavado brônquico e identificação de Micobacterium avium. Como o paciente apresentava melhora clínica evidente, com linfócitos TCD4+ de 199 células/mm³, optou-se por repetir a TC de tórax que verificou o desaparecimento da lesão escavada vista anteriormente. Considerando a excelente resposta clínica, laboratorial e radiológica, decidiu-se por completar os 6 meses de RHZE e observar.

FIGURA 1

Lesão escavada com paredes espessadas no segmento superior do lobo inferior esquerdo

FIGURA 2



Tomografia Computadorizada realizada após 4 meses de tratamento, demonstrando melhora radiológica.

CONCLUSÕES

A reconstituição imune, associada ao uso de drogas com ação em Micobacterium avium, como a Rifampicina e Etambutol, foram responsáveis pelo tratamento eficaz, mesmo sem a utilização do tratamento padrão sugerido pela literatura atual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Griffith, D.E.; Aksamit T.; Brown-Elliott, B.A.; Catanzaro, A.; Daley, C.; Gordin, F. *et al*. *An official ATS/IDSA statement: diagnosis, treatment, and prevention of nontuberculous mycobacterial diseases*. **Am J Respir Crit Care Med**, 2007; 175(4):367-416.
2. Alvarez-Uria, G. *Lung Disease caused by nontuberculous mycobacteria*. **Curr Opin Pulm Med**, 2010; 16:251-6.
3. McGrath, E.E.; Blades, Z.; McCabe, J. *Nontuberculous mycobateria and the lung: from suspicion to treatment*. **Lung** 2100; 188:269-82.
4. Taiwoo, B.; Glassroth, J. *Nontuberculous mycobacterial lung diseases*. **Infect Dis Clin N Am** 2010; 24:769-89.
5. von Reyn, C.F.; Arbeit, R.D.; Horsburgh, C.R.; Ristola, M.A.; Waddell, R.D.; Tvaroha, S.M. *et al*. *Sources of disseminated Mycobacterium avium infection in AIDS*. **J Infect.** 2002 Apr; 44(3):166-70

Contato - Maria Luiza Benevides: marialb994@hotmail.com