



36º CONGRESSO BRASILEIRO DE  
**PEDIATRIA**  
O olhar que prepara para o Futuro



## Trabalhos Científicos

**Título:** Pneumonia Necrotizante Associada à Tuberculose Pulmonar

**Autores:** SILVIA MARIA ANDRADE MOREIRA (HOSPITAL MUNICIPAL JESUS - HMJ); ANA LUCIA MICELLI (HOSPITAL MUNICIPAL JESUS - HMJ); BÁRBARA CAROLINA ALFRADIQUE B. GODINHO (HOSPITAL MUNICIPAL JESUS - HMJ); BERNARDO SIÉBRA DE ALENCAR (HOSPITAL MUNICIPAL JESUS - HMJ); LUCINA ANTUNES CHAGAS (HOSPITAL MUNICIPAL JESUS - HMJ); RAFAELLA ARAUJO GONÇALVES (HOSPITAL MUNICIPAL JESUS - HMJ); RENATA GOUGET FERREIRA SILVANO (HOSPITAL MUNICIPAL JESUS - HMJ); RENATA SUTTER (HOSPITAL MUNICIPAL JESUS - HMJ); SOLANGE GONÇALVES DAVID MACEDO (HOSPITAL MUNICIPAL JESUS - HMJ)

**Resumo:** Introdução: Pneumonia necrotizante (PN) é definida como consolidação pulmonar com necrose periférica, formando cavidades, visíveis em tomografia computadorizada (TC) de tórax. Clinicamente é sugerida pela queixa de dor torácica, desconforto respiratório, e manutenção de febre, apesar de antibioticoterapia adequada. Descrição do caso: ESS, três anos, masculino, negro, morador do Rio de Janeiro, apresentando febre e cansaço sete dias antes da internação. Ao exame físico, encontrava-se taquidispneico e referia dor abdominal. À ausculta pulmonar, diminuição do murmúrio vesicular em hemitórax esquerdo (HTE), estertores crepitantes em base de pulmão direito e sibilos difusos. Radiografia de tórax: opacificação de pulmão esquerdo. Ultrassonografia de tórax: derrame pleural e hepatização do parênquima pulmonar, com diminuição de fluxo sanguíneo, sugerindo necrose. Drenagem pleural com saída de líquido amarelo citrino. Após 16 dias evoluiu com pneumotórax em hemitórax esquerdo e fístula broncopleural de alto débito. TC de tórax evidenciou inúmeras áreas escavadas e fístulas em HTE. Submetido à intervenção cirúrgica com decorticação pulmonar, segmentectomia da área necrosada e instalação de dreno de tórax em sistema de aspiração contínua. Análise histopatológica: necrose liquefativa e processo inflamatório neutrofílico. Broncoscopia: inflamação moderada e secreção purulenta em árvore brônquica esquerda. Apesar da antibioticoterapia manteve febre, tosse, drenagem de líquido pleural, pneumotórax e fístula broncopleural. Pai com radiografia de tórax revelando área de caverna no ápice do pulmão direito e baciloscopia positiva para *Mycobacterium tuberculosis* (MT). Iniciado esquema tríplice para tuberculose, evoluiu com resolução de febre e pneumotórax. Discussão: PN tem como principais agentes etiológicos: *Staphylococcus aureus*, bactérias gram negativas e agentes anaeróbios. Em nosso meio, devido à prevalência de tuberculose, devemos considerar esse agente etiológico, principalmente se houver história familiar positiva. Conclusão: O manejo da PN requer tratamento clínico, possivelmente associado à abordagem cirúrgica. Em caso de evolução desfavorável suspeitar de germes pouco usuais, como o MT.