

Trabalhos Científicos

Título: Tromboembolismo Pulmonar Bilateral Secundário À Pneumonia Por Mycoplasma Pneumoniae
Autores: EGY CAROLINA MACIAS MENDOZA (UFCSPA), HELEN LUIZE HICKMANN (UFCSPA), ESTHER RODRIGUES ROCHA ALVES (UFCSPA), AMANDA PINHEIRO PIRES (UFCSPA), HELENA HERTEL CORREA (UFCSPA), THEODORA BASTOS DIAS CENTENO (UFCSPA), GIOVANI BRUNO BIONI (UFCSPA), DANIEL QUEIROZ DE OLIVEIRA WIESER (UFCSPA), CARLA PIENIZ (UFCSPA), STELLA HICKMANN (PUCRS)

Resumo: Mycoplasma pneumoniae (MP) é uma das bactérias mais frequentemente envolvidas nos casos de pneumonia adquirida na comunidade (podendo causar até 40% dos casos em adolescentes). Costuma ser assintomática, mas pode causar manifestações pulmonares e extrapulmonares, como o tromboembolismo pulmonar (TEP) que continua sendo uma das manifestações extrapulmonares mais raras (1). Masculino, 10 anos, admitido em unidade de emergência pediátrica com tosse há 14 dias e episódio isolado de febre baixa. Evoluiu com dor torácica anterior, esforço ventilatório e dessaturação, sendo internado. Iniciada oxigenoterapia e realizada radiografia de tórax, que identificou opacidade em lobo inferior direito. Necessitou de aumento progressivo da oxigenoterapia, até 100% de FiO₂, para manter saturação periférica de O₂ (SpO₂) adequada, recebeu hidrocortisona IV, salbutamol inalatório e sulfato de magnésio intravenoso no hospital de origem. Transferido ao hospital terciário, onde na chegada apresentava estertores pulmonares bilaterais e radiografia de tórax com presença de opacidades bilaterais, sendo iniciado amoxicilina e azitromicina orais por suspeita de pneumonia bacteriana grave. Manteve necessidade de oxigenoterapia, sem melhora clínica. Realizado nova radiografia com piora das opacidades pulmonares bilaterais e posteriormente realizado angiotomografia de tórax com contraste, a qual identificou falhas de enchimento nas artérias pulmonares bilateralmente, confirmando a suspeita diagnóstica de tromboembolismo pulmonar. Foi iniciado anticoagulação com heparina não fracionada, realizado ajuste de antibioticoterapia com manutenção de azitromicina e troca de amoxicilina para ampicilina-sulbactam IV e transferido à Unidade de Terapia Intensiva para monitorização. Realizados investigação complementar com exames de imagem e laboratoriais, sem evidência de trombos em outras localizações ou trombofilias, e sorologias reagentes para MP. Iniciado varfarina sódica, evoluiu com melhora clínica progressiva, tolerando suspensão da oxigenoterapia após cerca de 10 dias de anticoagulação e recebendo alta com controles de RNI para acompanhamento ambulatorial com Pneumologia e Hematologia Pediátricas. Os vasos pulmonares são o principal local de trombose secundária a quadros infecciosos, predominantemente do mesmo lado da consolidação apresentada. A detecção inicial de TEP por MP pode ocorrer em até 31 dias após o início da doença (1). Acredita-se que o MP pode danificar diretamente as células endoteliais vasculares, causar trombofilia pulmonar, aumento dos fatores de coagulação, hemólise, incremento das lipoproteínas e traço falciforme (2). O antagonista mais amplamente utilizado é a varfarina oral por até 3 meses (2). A suspeita de tromboembolismo pulmonar em pacientes com pneumonia por MP deve ser considerada principalmente em apresentações oligossintomáticas com hipoxemia ou na presença de grandes opacidades na radiografia de tórax.