



## Escarro hemoptoico de etiologia desconhecida

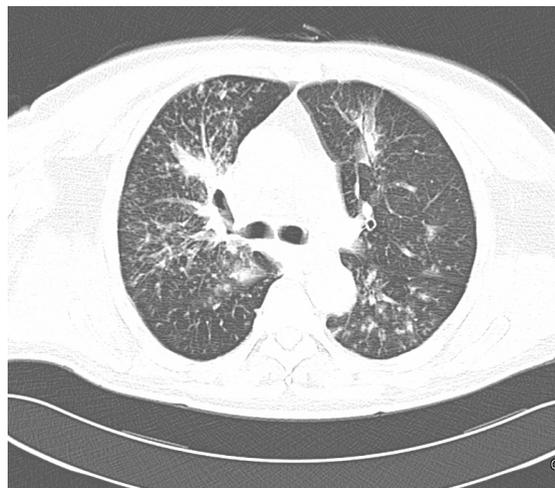
Filipa Fernandes<sup>1</sup>, Rita Gomes<sup>1</sup>, Filomena Luís<sup>1</sup>

Ex-fumante de 72 anos, sexo masculino, procurou seu médico com relato de tosse e escarro hemoptoico. Negava astenia, perda de apetite e perda significativa de peso. Foi transferido para uma unidade de emergência e se envolveu em um acidente de trânsito durante a transferência inter-hospitalar, resultando em politrauma (incluindo trauma torácico). No momento da admissão, apresentava estabilidade hemodinâmica, dispneia, amnésia e lesão no couro cabeludo. A ausculta pulmonar revelou murmúrio vesicular e roncos bilaterais.

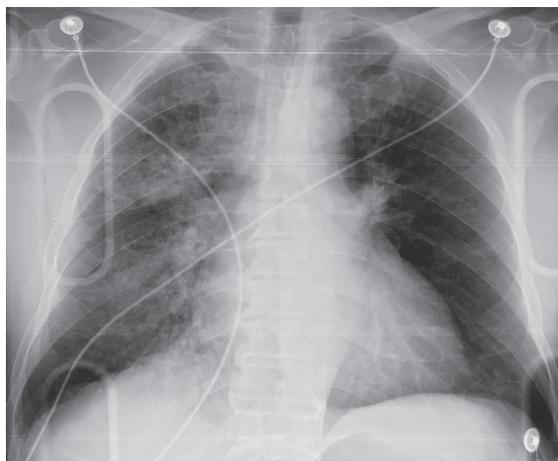
A radiografia de tórax (Figura 1) evidenciou padrão alvéolo-intersticial no pulmão direito, e a TC de tórax (Figura 2) revelou espessamento da parede posterior do brônquio principal direito e redução do calibre da emergência do mesmo e também do calibre distal do brônquio do lobo superior direito.

Dados o contexto de trauma torácico e os achados de imagem, realizou-se broncoscopia para coleta de secreções brônquicas, LBA e amostras de biópsia. A broncoscopia revelou mucosa violácea edematosa, juntamente com infiltrado de acantócitos, no brônquio do lobo superior direito; diminuição do lúmen dos brônquios segmentares; e necrose caseosa semelhante a "pingos de cera de vela" (Figura 3). Os resultados da broncoscopia (sem evidências de sangramento ativo) nos permitiram excluir ruptura brônquica por trauma. A microscopia direta e a cultura bacteriana das secreções brônquicas levaram ao diagnóstico de tuberculose endobrônquica, sendo o agente etiológico identificado como complexo *Mycobacterium tuberculosis*.

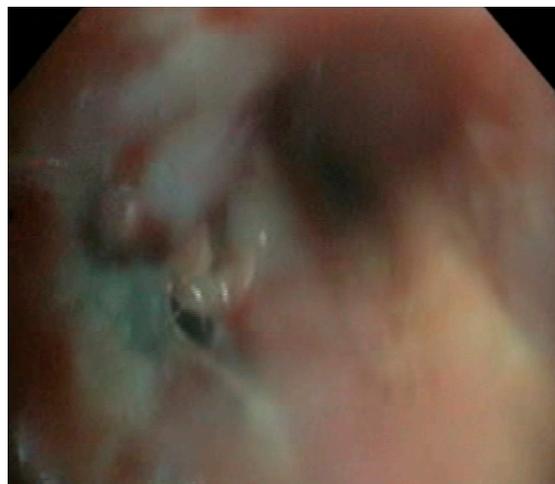
Apesar dos avanços nas modalidades diagnósticas, o diagnóstico de tuberculose endobrônquica continua representando um desafio. A TC de tórax e a broncoscopia são ferramentas valiosas para a obtenção do diagnóstico patológico.



**Figura 2.** TC axial de tórax evidenciando espessamento da parede posterior do brônquio principal direito e redução do seu calibre, bem como irregularidades na emergência do brônquio do lobo superior direito.



**Figura 1.** Radiografia de tórax em incidência posteroanterior revelando padrão alvéolo-intersticial no pulmão direito, com sinais de perda de volume ipsilateral.



**Figura 3.** Imagem bronoscópica evidenciando o aspecto da lesão antes da biópsia: infiltrado de acantócitos; diminuição do lúmen dos brônquios segmentares; e necrose caseosa semelhante a "pingos de cera de vela".

### LEITURAS RECOMENDADAS

1. Chung HS, Lee JH. Bronchoscopic assessment of the evolution of endobronchial tuberculosis. *Chest*. 2000;117(2):385-92. <https://doi.org/10.1378/chest.117.2.385>
2. Sucena M, Amorim A, Machado A, Hespanhol V, Magalhães A. Endobronchial tuberculosis – clinical and bronchoscopic features [Article in Portuguese]. *Rev Port Pneumol*. 2004;10(5):383-91. [https://doi.org/10.1016/S0873-2159\(04\)05014-7](https://doi.org/10.1016/S0873-2159(04)05014-7)

1. Departamento de Pneumologia, Hospital Sousa Martins, Unidade Local de Saúde da Guarda EPE, Guarda, Portugal.