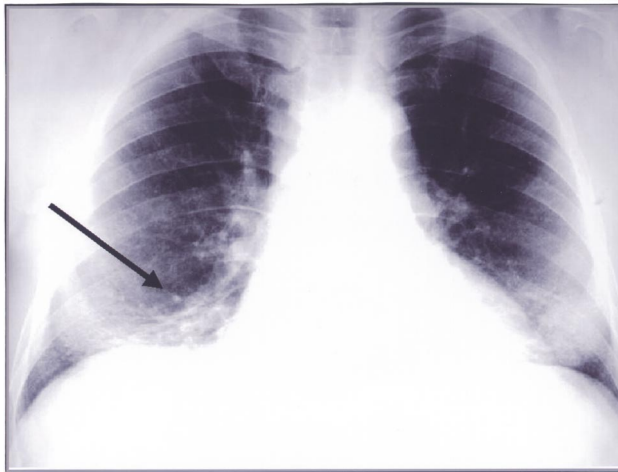


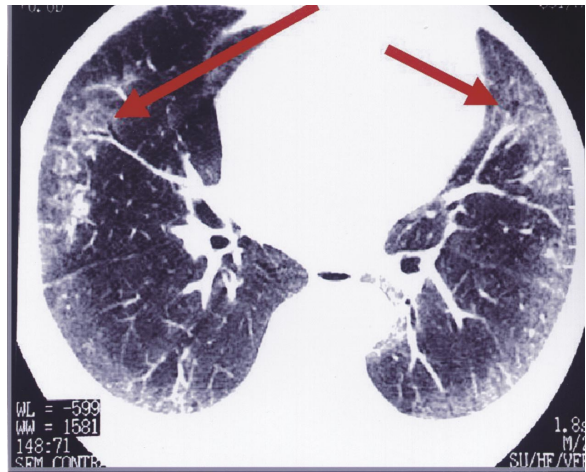
Pulmonary strongyloidiasis

Estrongiloidíase pulmonar

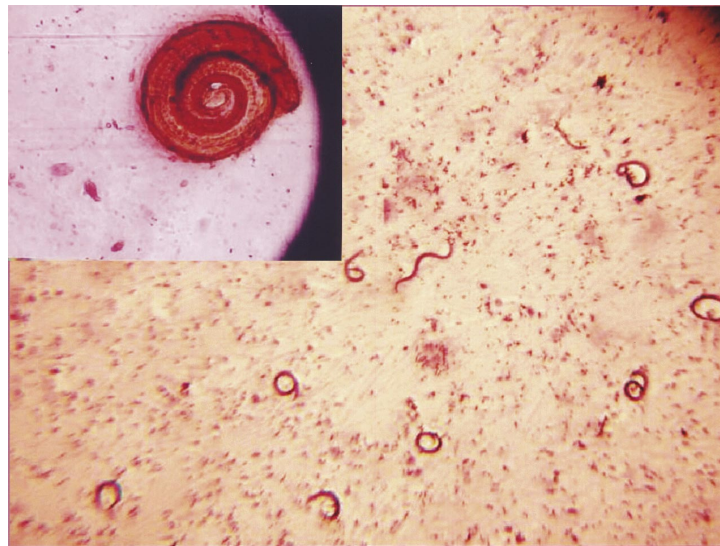
Alberto Benhur Junior¹, José Carlos Serufo^{2,3}
and José Roberto Lambertucci³



A



B



C

1. Serviço de Clínica Médica do Hospital da Polícia Militar de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG. 2. Laboratório Micra Biotecnologia, Belo Horizonte, MG. 3. Pós-Graduação em Medicina Tropical do Serviço de Doenças Infecciosas e Parasitárias da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG.

Address to: Dr. José Carlos Serufo. R. Domingos Vieira 587/sala 715, 30150-240 Belo Horizonte, MG.

e-mail: jcserufo@ig.com.br

Recebido para publicação em 6/5/2004

Aceito em 21/5/2004

A 59-year-old man was admitted to hospital using clarithromycin for the treatment of pneumonia diagnosed 10 days earlier. In the last 5 years he had received the diagnoses of atrial fibrillation, hyperglycemia and rheumatoid arthritis and was taking amiodarone, metformin and prednisone (20 mg/day). Azathioprine was started in an attempt to control the symptoms of rheumatoid arthritis. The patient received a 3-day course of thiabendazole for strongyloidiasis. At admission he presented fever, acute chest pain and hypoxemia. A diagnosis of pulmonary thromboembolism was suspected and he was transferred to the intensive care unit. Pulmonary scintigraphy (ventilation perfusion scan) did not suggest pulmonary embolism. There was peripheral leukocytosis ($16000/\text{mm}^3$) without eosinophils. Chest x-ray showed a bilateral interstitial reticulonodular pattern with condensation and air bronchogram in the right lung (Figure A – arrow). CT scan of the lungs confirmed the diffuse reticulonodular pattern, more intense in the periphery of the lungs with areas of ground glass appearance (Figure B – arrows). A blind bronchial suctioning of lower airway sampling or mini-BAL was performed and the secretion obtained was sent for routine microscopy and culture for microorganisms. *Strongyloides stercoralis* larvae were easily found in the aspirated material (Figure C – in the insert is depicted a larva of *Strongyloides* – Gram stain). Culture for usual and fastidious bacteria and the search for chlamydia, mycoplasma and legionella resulted negative. The disease evolved with progressive respiratory insufficiency and septic shock. He died one day after diagnosis.

O paciente de 59 anos de idade estava em uso de claritromicina para o tratamento de pneumonia bacteriana diagnosticada havia 10 dias. Em consultas anteriores, nos últimos cinco anos, ele recebeu os diagnósticos de fibrilação atrial, hiperglicemia e artrite reumatóide e fazia uso dos seguintes

medicamentos: amiodarona, metformina e prednisona (20mg/dia). Azatioprina foi adicionada ao esquema para controlar os sintomas de artrite reumatóide e o paciente recebeu tiabendazol por três dias para tratar possível estrogiloidíase. Durante a admissão hospitalar o paciente queixava-se de dispnéia e dor torácica de início súbito; estava febril e com hipoxemia. Ele foi transferido para o centro de tratamento intensivo com o diagnóstico presuntivo de embolia pulmonar. A cintilografia pulmonar, ventilação/perfusão, mostrou baixa probabilidade para tromboembolismo. Havia leucocitose no sangue periférico ($16000/\text{mm}^3$), sem eosinofilia. A radiografia do tórax mostrava infiltrado intersticial retículo-nodular bilateral e condensação com broncograma aéreo na base do pulmão direito (Figura A – seta). A tomografia computadorizada do tórax confirmou o padrão reticulonodular e mostrou áreas periféricas com o padrão de vidro fosco (Figura B – setas). O minilavado broncoalveolar permitiu a coleta de material das vias aéreas inferiores que foi enviado para exame microscópico e para cultura. Um grande número de larvas de *Strongyloides stercoralis* foi identificado à microscopia (Figura C – na foto encartada vê-se a larva corada pelo Gram). A cultura para bactérias usuais e fastidiosas, e a pesquisa de chlamydia, mycoplasma e legionella, resultaram negativas. A doença evoluiu com insuficiência respiratória progressiva e choque séptico. Ele morreu um dia após o diagnóstico.

REFERENCES

1. Lambertucci JR, Leao FC, Barbosa AJ. Gastric strongyloidiasis and infection by the human T cell lymphotropic virus type 1 (HTLV-1). *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 36: 541-542, 2003.
2. Morgan JS, Schaffner W, Stone WJ. Opportunistic strongyloidiasis in renal transplant recipients. *Transplantation* 42: 518-524, 1986.
3. Woodring JH, Halfhill H, Berger R, Reed JC, Moser N. Clinical and imaging features of pulmonary strongyloidiasis. *Southern Medical Journal* 89: 10-19, 1996.