

Um caso raro de piopneumotórax

A rare case of pyopneumothorax

Ao Editor:

Os microrganismos do gênero *Gemella* são cocos gram-positivos, anaeróbios facultativos, catalase negativos e semelhantes ao *Streptococcus viridans*.⁽¹⁾ Essas bactérias são comensais da orofaringe e das vias aéreas superiores e raramente causam infecções no homem. Contudo, tem sido descrito um número crescente de processos infecciosos em diferentes localizações. As espécies *G. morbillorum* e *G. haemolysans* são as espécies patogênicas mais frequentes, normalmente causando endocardite⁽²⁾ e meningite. As infecções pulmonares provocadas por essas bactérias são raras, mas podem causar abscessos no pulmão, pneumonias necrosantes e empiema pleural.⁽³⁾ Recentemente tivemos o caso de um paciente com um quadro de piopneumotórax cuja etiologia foi *G. haemolysans*.

Tratava-se de um paciente do sexo masculino, 29 anos, caucasiano, fumante (15 maços-ano), com hábitos alcoólicos moderados e com antecedentes pessoais de fratura da tíbia esquerda, operada havia 8 anos. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de toracalgia tipo pleurítica à direita com um mês de evolução e, 15 dias após, desenvolveu tosse irritativa e dispneia com agravamento progressivo, sem outra sintomatologia acompanhante. Referia ainda extração dentária dois meses antes do internamento. Ao exame objetivo, encontrava-se vígil, colaborante, orientado no espaço e no tempo, febril (temperatura timpânica de 38°C), hemodinamicamente estável, com SpO₂ de 97% (FiO₂ = 21%), fácies séptica e palidez mucocutânea. À auscultação pulmonar apresentava murmúrio vesicular diminuído em todo o hemitórax direito, com vibrações vocais abolidas e macicez à percussão. Analiticamente, apresentava anemia normocítica e normocrômica (hemoglobina de 12,6 g/dL), leucocitose (15.380 células/mL) com neutrofilia (77,1%), VHS de 103 mm/h, proteína C reativa de 358 mg/dL, nitrogênio ureico no sangue de 26 mg/dL, creatinina de 0,6 mg/dL, testes sorológicos para HIV 1+2, HBV e HCV negativos, hemoculturas

negativas e pesquisa de *Mycobacterium tuberculosis* em escarro negativas. Na radiografia do tórax, apresentava hipotransparência nos terços inferiores do hemitórax direito, com nível líquido. Na TC de tórax, observou-se volumosa coleção com nível líquido ocupando a quase totalidade do hemitórax direito, condicionando uma compressão do parênquima pulmonar adjacente que poupava apenas o lobo superior direito. Foi realizada toracocentese diagnóstica com saída de 15 cm³ de líquido purulento, com odor fétido. Colocou-se um tubo de drenagem torácico de 28 F no sétimo espaço intercostal direito na linha axilar média, o qual permaneceu durante 18 dias, com drenagem no total de 4.000 cm³ de líquido purulento. Foi isolado no líquido pleural *G. haemolysans*. A pesquisa de *M. tuberculosis* no líquido pleural foi negativa. O paciente foi medicado com piperacilina/tazobactam 4,5 g a cada 6 h, durante quatro semanas, e gentamicina 160 mg a cada 24 h, durante 5 dias, e cinesioterapia respiratória, observando-se melhora clínica e radiológica progressiva. O paciente teve alta, mas com a indicação de manter a cinesioterapia respiratória, e foi referenciado à consulta de pneumologia. Na consulta de reavaliação, a nova radiografia do tórax indicou melhora significativa, e o paciente efetuou provas de função respiratória, com resultado normal.

Em uma revisão realizada em 2008,⁽³⁾ havia somente dois casos de empiema por *G. haemolysans* descritos, e os dois pacientes apresentavam antecedentes de carcinoma. Entre os fatores predisponentes para a infecção por esse microrganismo destacam-se a má higiene oral e a manipulação dentária prévia, as quais, devido à lesão da mucosa oral, poderiam facilitar a sua disseminação hematogênica; assim como microaspirações da orofaringe, que facilitariam a disseminação broncogênica. A informação acerca da sensibilidade antibiótica a esses microrganismos é limitada; normalmente apresentam sensibilidade aos beta-lactâmicos e aos aminoglicosídeos,⁽³⁻⁵⁾ mas foram descritas algumas resistências.⁽⁶⁾ Relativamente à duração

da terapêutica, recomenda-se um período mínimo de quatro semanas ou até se completar a drenagem do empiema.⁽³⁻⁵⁾ Apesar da infecção por esse microrganismo ser uma condição rara, ele deve ser considerado em doentes imunodeprimidos ou naqueles com recente manipulação dentária ou do tubo digestivo.

Vanda Areias

**Interna do Internato Complementar de
Pneumologia, Hospital de Faro, Faro,
Portugal**

Jose Romero

**Assistente Hospitalar de Pneumologia,
Hospital de Faro, Faro, Portugal**

Isabel Ruivo

**Assistente Hospitalar Graduada de
Pneumologia, Hospital de Faro, Faro,
Portugal**

Ulisses Brito

**Diretor do Serviço de Pneumologia,
Hospital de Faro, Faro, Portugal**

Referências

1. Woo PC, Lau SK, Fung AM, Chiu SK, Yung RW, Yuen KY. *Gemella* bacteraemia characterised by 16S ribosomal RNA gene sequencing. *J Clin Pathol*. 2003;56(9):690-3.
2. Frésard A, Michel VP, Rueda X, Aubert G, Dorche G, Lucht F. *Gemella* haemolysans endocarditis. *Clin Infect Dis*. 1993;16(4):586-7.
3. Senent C, Sancho JN, Chiner E, Signes-Costa J, Camarasa A, Andreu AL. Pleural empyema caused by *Gemella* species: a rare condition [Article in Spanish]. *Arch Bronconeumol*. 2008;44(10):574-7.
4. Hayashi Y, Ito G. A case of bacterial empyema caused by *Gemella morbillorum* [Article in Japanese]. *Kansenshogaku Zasshi*. 1996;70(3):259-63.
5. Veziris N, Fuhrman C, Chouaid C, Marque E, Housset B, Lange J, et al. Empyema of the thorax due to *Gemella* haemolysans. *J Infect*. 1999;39(3):245-6.
6. Kofteridis DP, Anastasopoulos T, Panagiotakis S, Kontopodis E, Samonis G. Endocarditis caused by *Gemella morbillorum* resistant to beta-lactams and aminoglycosides. *Scand J Infect Dis*. 2006;38(11-12):1125-7.