

# **Título: AS INTERFACES DA CAVITAÇÃO EM PACIENTES SOB USO DE ADALIMUMABE**

**Autores: Gabriel Napolitani de Araujo<sup>1</sup>, Pedro Antonio Borges Melo<sup>2</sup>, Paulo Miranda Cavalcante Neto<sup>3</sup>, Ricelli Laís Simongini<sup>4</sup>, Maria Inês Bueno<sup>5</sup>**

**<sup>1</sup> Medico Residente de Clinica Medica do Hospital do Servidor Publico Estadual de São Paulo**

**<sup>2</sup> Medico Residente de Clinica Medica do Hospital do Servidor Publico Estadual de São Paulo**

**<sup>3</sup> Medica Residente de Pneumologia do Hospital do Servidor Publico Estadual de São Paulo**

**<sup>4</sup> Medico Pneumologista Preceptor da Residencia do Hospital do Servidor Publico Estadual de São Paulo**

**<sup>5</sup> Medica Infectologista Preceptora da Residencia do Hospital do Servidor Publico Estadual de São Paulo**

**Introdução/Fundamentos:** O diagnóstico a partir de lesões pulmonares escavadas é diverso, abrangendo causas infecciosas, como a tuberculose e infecções fúngicas, e não infecciosas, incluindo reumatológicas e lesões neoplásicas.

**Objetivo:** Relatar um caso de paciente portadora de artrite reumatoide em uso de Adalimumabe com cavitações e opacidade pulmonares a esclarecer, em hospital terciário.

**Delineamento/Métodos:** Relato de caso cujos dados clínicos foram retirados do prontuário mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Revisão da literatura realizada nas bases de dados do PubMed.

**Relato de Caso:** Paciente do sexo feminino, 55 anos, portadora de artrite reumatoide em uso de hidroxicloroquina e adalimumabe. Histórico pessoal de tuberculose pulmonar tratada há 20 anos. Admitida proveniente de hospital externo após refratariedade de antibioticoterapia endovenosa e achados tomográficos compatíveis com pneumonia complicada. Na entrada, apresentava-se taquicárdica, saturando 93% em ar ambiente, normotensa, afebril, com presença de estertores grossos bibasais com predomínio à direita. Realizou tomografia computadorizada de tórax com derrame pleural bilateral, cavitação de paredes espessas no lobo inferior do pulmão direito medindo 4,5 x 3,1 cm e opacidades em vidro fosco com presença de focos de consolidação esparsos em ambos os pulmões; pequenos nódulos pulmonares esparsos medindo até 1,1 cm, com presença de linfonomegalias mediastinais. Negativo TRM do escarro. Toracocentese com retirada de 250 ml de líquido pleural exsudativo complicado pH 7.08, DHL 6063 e glicose menor do que 10 e crescimento de *Staphylococcus aureus* oxacilina resistente. Iniciou-se Vancomicina por 4 semanas, além de seguimento da hidroxicloroquina e suspensão do adalimumabe devido a vigência infecciosa. Diante da hipótese diagnóstica de embolia séptica, foi realizado ecocardiograma transesofágico sem alterações.

**Conclusão:** O uso de Anti-TNF $\alpha$  é causa de nodulose pulmonar que pode escavar e apresenta maior risco de infecções pulmonares graves, devendo-se suspeitar do agente

etiológico baseado em seus fatores de risco e história epidemiológica, como a presença de hospitalização prévia e antibioticoterapia parenteral. O achado de lesão cavitada associado ao antecedente pessoal de artrite reumatoide e tuberculose induz ao seu diagnóstico, entretanto, não deve ser considerado exclusivamente, principalmente neste grupo heterogêneo de pacientes, com achados clínicos e radiológicos pouco específicos que mimetizam diversas condições clínicas.

**Descritores:** Cavitação, Adalimumabe, Pneumonia