

## QUAL O SEU DIAGNÓSTICO?

Celso Montenegro Turtelli<sup>1</sup>, Fabiano de Almeida Borges<sup>2</sup>, Hélio Antônio Ribeiro Júnior<sup>2</sup>, Tânia Mara Calciolari Rossi<sup>2</sup>, Cristiano Rezio Fonseca<sup>3</sup>

1. Professor Adjunto do Serviço de Diagnóstico por Imagem do Hospital-Escola da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro (FMTM), Uberaba, MG. 2. Médicos Residentes (R<sub>1</sub>). 3. Médico Residente (R<sub>3</sub>). Endereço para correspondência: Prof. Dr. Celso Montenegro Turtelli. Serviço de Radiologia, Hospital-Escola da FMTM. Av. Getúlio Guaritá, s/nº, Bairro Abadia. Uberaba, MG, 38025-440.

Paciente do sexo masculino, de 60 anos de idade, cor negra, sem queixas

cardiorrespiratórias, foi submetido a radiografia convencional do tórax para

avaliação pré-operatória de cirurgia de catarata.

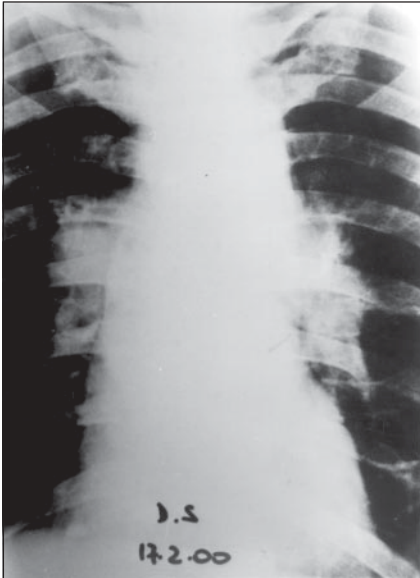


Figura 1

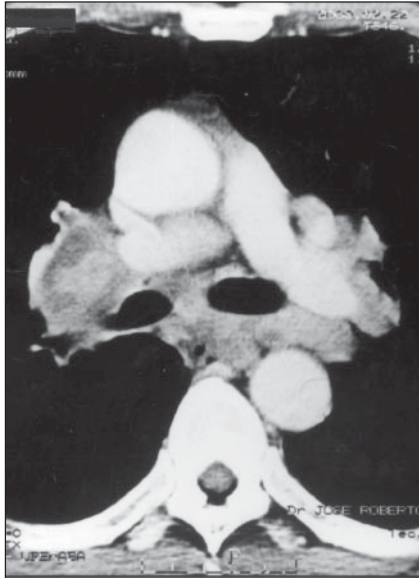


Figura 2

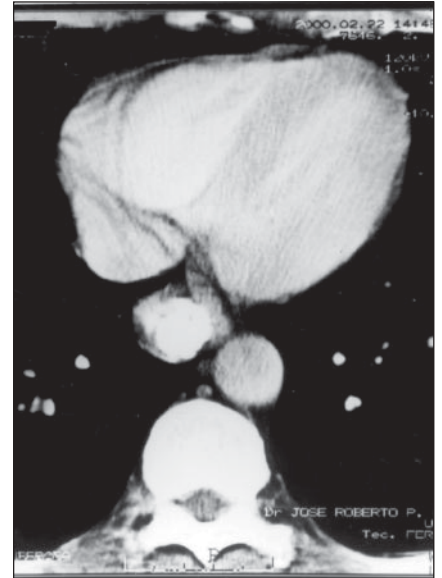


Figura 3

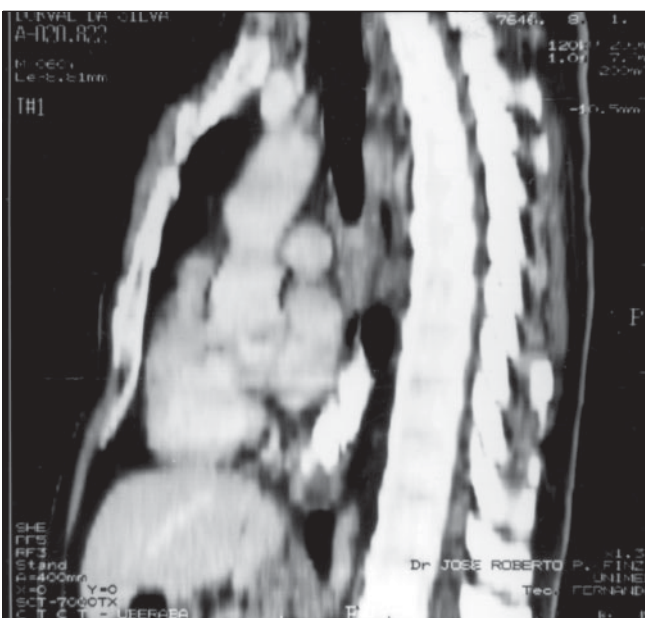


Figura 4

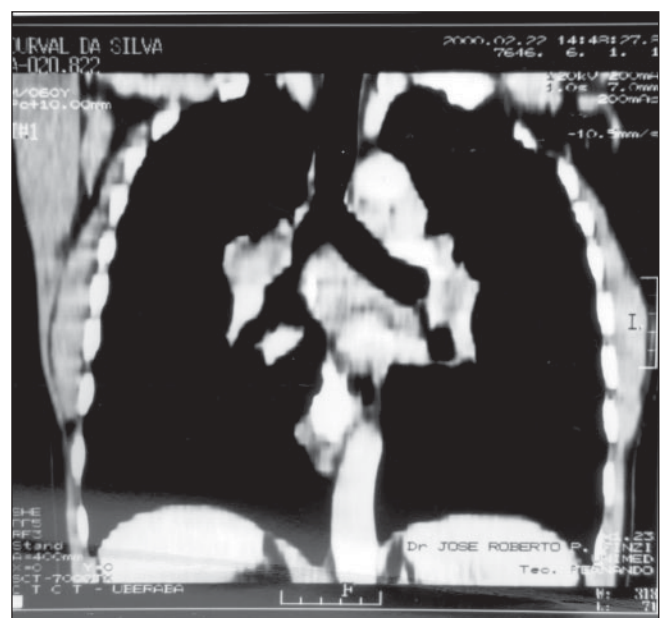


Figura 5

## COMENTÁRIOS

A radiografia convencional do tórax (Figura 1) mostrou alargamento mediastinal bilateral com densidade de partes moles, sem evidência de calcificações. Não foram visibilizadas alterações no parênquima pulmonar.

Nos cortes tomográficos foram observados gânglios das cadeias peri-hilares, na altura da carena, de volume aumentado (Figura 2), e gânglios calcificados das cadeias paraesofágica (Figura 3) e diafragmática (Figura 4). A Figura 5 (reformatação coronal) mostra gânglios perihilares aumentados de volume e paraesofágicos calcificados.

O diagnóstico, após biópsia ganglionar por mediastinoscopia, foi de sarcoidose.

A sarcoidose é doença granulomatosa multissistêmica, de etiologia desconhecida, que afeta mais comumente adultos, e tem como formas mais comuns de apresentação linfadenopatia bilateral, infiltrado pulmonar e lesões cutâneas<sup>(1)</sup>. Embora corresponda a uma doença autolimitada para a maioria dos pacientes, pode ocorrer desenvolvimento de extensa fibrose pulmonar<sup>(2)</sup>. O diagnóstico é estabelecido, mais seguramente, quando os achados clínicos e radiológicos são associados às evidências histológicas de granulomas epitelióides em mais de um órgão.

Radiologicamente, a sarcoidose pode ser classificada em cinco estádios<sup>(1)</sup>: **estádio 0** – sem anormalidades demonstráveis; **estádio I** – aumento dos linfonodos hilares e mediastinais, sem anormalidades parenquimatosas; **estádio II** – aumento dos linfonodos hilares e mediastinais, associado a alterações parenquimatosas; **estádio III** – doença pulmonar difusa, não associada a aumento de linfonodos; **estádio IV** – fibrose pulmonar.

Na tomografia computadorizada de alta resolução os nódulos são a anormalidade mais comumente visibilizada. Em geral, têm diâmetro de 2 a 10 mm e margens irregulares, e localizam-se, principalmente, ao longo dos feixes broncovasculares, septos interlobulares e superfície pleural, incluindo a pleura visceral. Representam, anatomopatologicamente, agregados de granulomas. Em menor frequência, tais aglomerados podem originar grandes nódulos (> 1 cm) e grandes opacidades mal definidas. Pequenos granulomas esparsos pelo parênquima dão origem ao padrão em vidro-fosco, com aumento difuso da atenuação pulmonar. Nas fases mais avançadas da doença, com fibrose pulmonar, notam-se bronquiectasias de tração, bronquioloectasias e distorções parenquimatosas<sup>(2)</sup>.

Quanto ao envolvimento ganglionar, a maioria dos pacientes mostra um destes padrões: hilar bilateral sem adenopa-

tia mediastinal; hilar bilateral com adenopatia paratraqueal direita; hilar bilateral com adenopatia mediastinal bilateral<sup>(3)</sup>. Pequenos e grandes linfonodos podem coexistir<sup>(4)</sup>. Os linfonodos podem sofrer calcificação, mais comumente bilateral, sendo mais frequentes os padrões difuso, focal ou em “casca de ovo”<sup>(5)</sup>.

O diagnóstico diferencial é feito principalmente com tuberculose, doenças fúngicas (histoplasmose, criptococose), linfomas e pneumoconioses (silicose).

O prognóstico é bom na maioria dos casos, e grande parte permanece assintomática durante a progressão da doença. Nos indivíduos da raça negra, tende a ser menos favorável. A mortalidade varia de 5% a 10% e deve-se ao *cor pulmonale*, decorrente da fibrose pulmonar.

## REFERÊNCIAS

1. Fraser RG, Paré JAP, Paré PD, Fraser RS, Gene-reux GP, eds. Diagnosis of diseases of the chest. 3rd ed. Philadelphia: Saunders, 1991:2604–33.
2. Marchiori E, Melo ASA, Kavakama J, Teixeira GHM, Capone D. Sarcoidose: correlação da tomografia computadorizada de alta resolução com a anatomopatologia. Radiol Bras 2000;33:67–71.
3. Patil SN, Levin DL. Distribution of thoracic lymphadenopathy in sarcoidosis using computed tomography. J Thorac Imaging 1999;14:114–7.
4. Naidich DP, Zerhouni EA, Siegelman SS, eds. Computed tomography and magnetic resonance of the thorax. 2nd ed. New York: Raven Press, 1991: 374–8.
5. Gawne-Cain ML, Hansell DM. The pattern and distribution of calcified mediastinal lymph nodes in sarcoidosis and tuberculosis: a CT study. Clin Radiol 1996;51:263–7.