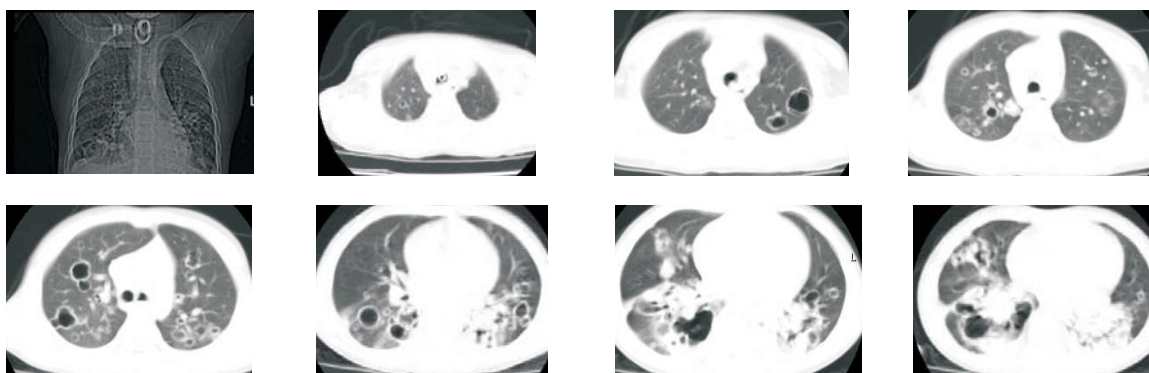


Diagnóstico Radiológico

Diagnóstico do caso da edição anterior

J Bras Pneumol 2004;30(6): 588-90.

PAPILOMATOSE RESPIRATÓRIA COM COMPROMETIMENTO PULMONAR



CASO

- Feminino 4 anos e 6 meses. Nascida de Parto normal
- Rouquidão progressiva de início aos oito meses de idade
- Quatro internações em UTI por insuficiência respiratória, sendo submetida a traqueostomia com 1 ano e 8 meses

A papilomatose respiratória recorrente (PRR), também chamada de papilomatose juvenil recorrente, é o tumor benigno mais comum na infância, com cerca de 1500 novos casos por ano diagnosticados nos Estados Unidos da América⁽¹⁾. Está diretamente relacionada ao papiloma vírus humano (HPV) subtipos 6 (50 a 84% dos casos) e 11 (25 a 37% dos casos), tendo o último maior risco para disseminação brônquica, quadros obstrutivos importantes, transformação maligna em carcinoma espinocelular e curso mais agressivo da doença⁽²⁻³⁾.

A disseminação da PRR para a via aérea inferior é incomum, ocorrendo envolvimento da traquéia e/ou brônquios proximais em 5% e extensão pulmonar em apenas 1% dos casos. São complicações que costumam ocorrer 1 a 11 anos após o diagnóstico da PRR, o qual é realizado entre 6 meses e 14 anos de idade⁽⁴⁾. A traqueostomia, muitas vezes necessária devido à insuficiência respiratória obstrutiva, é um importante fator de risco para tais complicações⁽²⁾.

O sintoma inicial mais comum quando há envolvimento da região glótica é a rouquidão⁽²⁾. Com a progressão da doença pode ocorrer estridor, obstrução de vias aéreas, febre, hemoptise, tosse produtiva e dispnéia progressiva⁽⁵⁾.

O diagnóstico da disseminação pulmonar baseia-se na história de uma criança ou adolescente com múltiplos procedimentos e ressecções de papilomas laringeos para manter a via aérea pérvia que apresenta imagens na radiografia torácica ou tomografia computadorizada (TC) compatíveis com as da doença⁽⁶⁾.

Na radiografia de tórax pode ser demonstrado o papiloma no interior da via aérea central. Nos pulmões a manifestação característica é de nódulo sólido ou cístico com paredes finas ou moderadamente grossas (2 a 3 mm), localizado preferencialmente nos lobos inferiores. A maioria dos nódulos é pequena e homogênea quando inicialmente detectados, mas ao crescerem podem formar cavidades contendo líquido ou nível ar-

líquido se houver coinfeção. São lesões que crescem lentamente e podem confluir⁽⁴⁾. Podem também ser visibilizadas atelectasias obstrutivas, pneumatoceles e consolidações recorrentes⁽⁵⁾.

A TC de tórax, principalmente se realizada com técnica de alta resolução, é considerada o exame de escolha para a avaliação do envolvimento pulmonar da PRR, pois permite detectar nódulos pequenos, ainda nas fases iniciais, analisar melhor o aspecto dos nódulos sólidos ou císticos, abscessos pulmonares, pneumatoceles, consolidações, etc⁽²⁾.

As principais complicações da invasão pulmonar pela PRR são a pneumatocele, que pode infectar e fibrosar; e o abscesso pulmonar, especialmente por bactérias aneróbias⁽²⁾.

O tratamento da PRR com comprometimento pulmonar ainda permanece desafiador. Antibióticos, cirurgias, vacina autógena, quimioterapia com ciclofosfamida, metotrexate, bleomicina e interferon já foram testados, todos sem sucesso. Estudos com aplicação intralesional de Cidofovir, um antiviral análogo de nucleosídeo, parecem trazer resultados animadores, mas que ainda

necessitam de estudos em maior escala para definir a sua real eficácia⁽⁵⁻⁶⁾.

REFERÊNCIAS:

1. Gaylis B, Hayden RE. Recurrent respiratory papillomatosis: progression to invasion and malignancy. *Am J Otolaryngol* 1991;12:104-12
2. Cook JR, Hill DA, Humphrey PA, Pfeifer JD, El-Mofty SK. Squamous cell carcinoma arising in recurrent respiratory papillomatosis with pulmonary involvement: emerging common pattern of clinical features and human papillomavirus serotype association. *Mod Pathol* 2000;13:914-8
3. Blackledge FA, Anad VK. Tracheobronchial extension of recurrent respiratory papillomatosis. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2000;109:812-8
4. Kramer SS, Wehunt WD, Stocker JT, Kashima H. Pulmonary manifestations of juvenile laryngotracheal papillomatosis. *AJR* 1985;144:687-94
5. Dancy DR, Chamberlain DW, Kraiden M, Palesfsky J, Alberti PW, Downey GP. Successful treatment of juvenile laryngeal papillomatosis - related multicystic lung disease with Cidofovir: case report and review of the literature. *Chest* 2000;118:1210-4
6. Neto Cade A, Campos RMC, Bastos MLS. Papilomatose respiratória recorrente com disseminação pulmonar - relato de dois casos. *Radiol Bras* 2002;35(2):117-20

ACERTADORES DO CASO DE NOVEMBRO / DEZEMBRO 2004

Alexandre Henrique Caetano de Parma - Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP

Katharina Vidal de Negreiros Moura - Hospital Universitário de Alagoas, Maceió, AL

Lenisa Scarpel de Mello Bolonetti - Prefeitura Municipal de São José dos Campos, SP

Ricardo Domingos Delduque - Hospital Emilio Carlos, Catanduva, Sp

Richard Volpato - MULTISCAN Imagem e Diagnóstico, Vitória, ES

Rodrigo Tamer Sertorio - Hospital Regina, Novo Hamburgo, RS

Rogério Lima Duarte - Faculdade de Medicina de Catanduva, Catanduva, SP

Rosane Rodrigues Martins - Hospital Universitário de Brasília, Brasília, DF

Wagner Malheiros - Hospital Jardim Cuiaba, Cuiabá, MT