



Nódulo com hiperinsuflação adjacente

Edson Marchiori^{1,a}, Bruno Hochegger^{2,b}, Gláucia Zanetti^{1,c}

Mulher, 28 anos, assintomática. Fez radiografia do tórax como rotina pré-operatória para uma cirurgia estética de mama, que mostrou formação nodular no lobo inferior direito, confirmada por TC.

A detecção de nódulo pulmonar solitário em exames de imagem é sempre um achado preocupante, uma vez que uma de suas principais etiologias é o carcinoma broncogênico. Dessa forma, a busca cuidadosa de critérios de imagem que caracterizem benignidade é fundamental para a sua avaliação inicial. A TC da paciente confirmou a presença do nódulo, de contornos lobulados, associado com área de hiperinsuflação ao redor do nódulo (Figura 1A). A sequência feita em expiração evidenciou mais nitidamente a área de aprisionamento aéreo (Figura 1B). No caso em questão, a chave para o diagnóstico é a área de aprisionamento aéreo observada ao redor do nódulo. Esse aspecto é muito sugestivo de atresia brônquica.

A atresia brônquica é uma anomalia congênita incomum, caracterizada por uma interrupção de um brônquio com acúmulo de muco no seu coto distal (mucocele ou broncocele). Essa alteração é associada à hiperinsuflação do parênquima pulmonar do segmento obstruído, como resultado de ventilação colateral pelos poros de Kohn, canais de Lambert e canais bronquiolares.⁽¹⁾ A atresia brônquica é uma condição benigna, em geral assintomática, e frequentemente descoberta acidentalmente. Nos casos assintomáticos, não há indicação cirúrgica. A conduta é conservadora. Eventualmente o paciente pode apresentar

infecções de repetição, quando a ressecção cirúrgica deve ser considerada.

Em relação ao diagnóstico diferencial, outras doenças congênitas que podem cursar com áreas de menor densidade no parênquima pulmonar são as malformações adenomatoides císticas, o sequestro pulmonar, o cisto pulmonar congênito e o enfisema lobar congênito.⁽²⁾ Os três primeiros em geral apresentam paredes definidas separando a área hipodensa do parênquima normal adjacente. A hiperinsuflação do enfisema lobar pode ser muito semelhante à da atresia brônquica, mas a ausência de mucocele faz o diagnóstico diferencial. É importante ressaltar que a maior parte das etiologias em crianças, mesmo as congênitas, podem também ser vistas em adultos, uma vez que essas anomalias em geral têm evolução benigna, com os pacientes chegando muitas vezes assintomáticos à vida adulta. Embora no nosso caso a mucocele tenha assumido aspecto nodular, frequentemente o aspecto é ovalar ou tubular ramificado. Nesses casos, o diagnóstico diferencial inclui outras anormalidades com impactação de muco, como aspergilose broncopulmonar alérgica e fibrose cística, além de malformações vasculares. Contudo, essas condições não são associadas com hiperinsuflação do parênquima adjacente. Em resumo, o achado de imagem nodular, ovalar ou tubular ramificada associada à hiperinsuflação do parênquima pulmonar adjacente é altamente sugestivo de atresia brônquica.

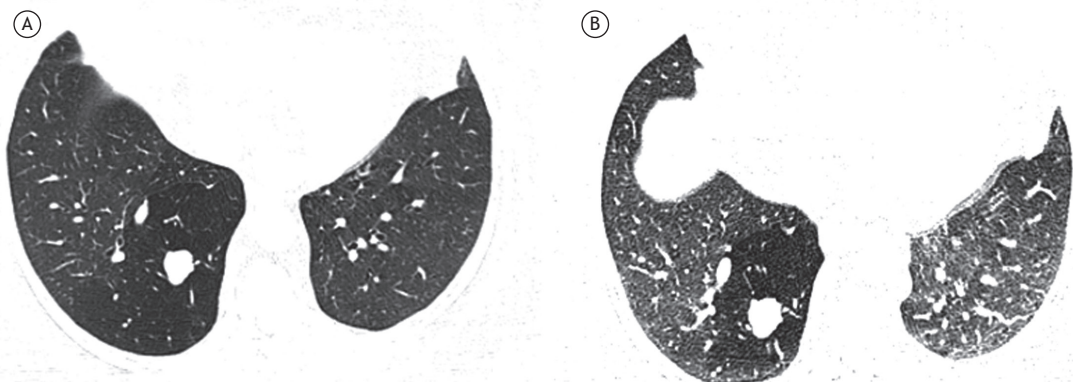


Figura 1. TC do tórax com cortes axiais com janelas para pulmão, ao nível das bases pulmonares em inspiração (em A) e em expiração (em B) mostrando imagem nodular, lobulada, no segmento basal posterior do lobo inferior direito, com área de hiperinsuflação ao redor da lesão (aprisionamento aéreo), mais bem evidenciada na sequência em expiração (em B).

REFERÊNCIAS

1. Gipson MG, Cummings KW, Hurth KM. Bronchial atresia. Radiographics. 2009;29(5):1531-5. <https://doi.org/10.1148/rg.295085239>
2. Marchiori E, Hochegger B, Zanetti G. Unilateral hyperlucent lung. J Bras Pneumol. 2018;44(3):182. <https://doi.org/10.1590/s1806-37562018000000092>

1. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ) Brasil.

2. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre (RS) Brasil.

a. <http://orcid.org/0000-0001-8797-7380>; b. <http://orcid.org/0000-0003-1984-4636>; c. <http://orcid.org/0000-0003-0261-1860>