



Opacidades em vidro fosco com preservação subpleural

Edson Marchiori¹ , Bruno Hochhegger² , Gláucia Zanetti¹ 

Homem, 63 anos, com queixas de dispneia progressiva e tosse seca há dois meses. Vinha em investigação ambulatorial de artrite. A TC do tórax mostrou opacidades em vidro fosco nas bases pulmonares, com preservação do parênquima pulmonar subpleural (Figura 1).

Opacidade em vidro fosco é um padrão frequentemente observado em TC do tórax, sendo provavelmente um dos padrões mais inespecíficos, podendo representar afecções agudas ou crônicas, alveolares ou intersticiais. Algumas vezes a distribuição das lesões no parênquima pulmonar pode orientar a lista de hipóteses diagnósticas. Assim, o edema pulmonar tende a ter uma distribuição medular, enquanto a pneumonia eosinofílica tende a se localizar na periferia dos pulmões. Achados tomográficos associados, como a presença de cistos pulmonares, nódulos, derrame pleural ou linfonodomegalias, podem auxiliar no diagnóstico.

A correlação dos achados de imagem com dados clínicos e laboratoriais é fundamental para o diagnóstico. Informações clínicas básicas, como se a evolução é aguda ou crônica, se o paciente tem algum tipo de imunodeficiência, se tem queixas de febre, hemoptise

ou outros sintomas, se tem doenças preexistentes ou manifestações extrapulmonares da doença atual, se tem história de asma e/ou se tem/teve contato com antígenos (mofo, pássaros, etc.), fornecem subsídios para restringir as possibilidades diagnósticas. Também se torna importante a cuidadosa avaliação dos achados laboratoriais (alterações no hemograma, aumento de marcadores inflamatórios, presença de anticorpos específicos, etc.).

Nosso paciente apresentava uma distribuição bastante característica das opacidades em vidro fosco, predominando nas regiões basais bilaterais, preservando o parênquima subpleural. Esse achado tomográfico é altamente sugestivo de pneumonia intersticial não específica (PINE).^(1,2)

A PINE é uma doença intersticial crônica, caracterizada por infiltração dos septos alveolares por inflamação e/ou fibrose. São descritas duas formas da doença; uma predominantemente inflamatória celular e outra fibrótica. A forma celular tem melhor prognóstico que a forma fibrótica. A PINE pode ser classificada como idiopática ou ser secundária a uma série de afecções pulmonares, como reação a drogas, doenças do colágeno e pneumonite por hipersensibilidade, dentre outras. Na patologia, ocorre infiltração homogênea dos septos alveolares por inflamação, fibrose ou ambas.^(1,2) Os achados clínicos mais frequentes são dispneia progressiva e tosse seca de evolução crônica. À TC, o principal achado na forma celular são opacidades em vidro fosco simétricas, enquanto, na fase fibrótica, há superposição de reticulação e bronquiectasias/bronquiolectasias de tração. Pode ocorrer também faveolamento discreto. As lesões em geral predominam nas regiões inferiores e periféricas.^(1,2) A preservação da região subpleural, conforme observada em nosso paciente, ocorre em cerca da metade dos casos.

A avaliação clínica e laboratorial do nosso paciente levou ao diagnóstico final de artrite reumatoide, e a biópsia pulmonar confirmou a suspeita de PINE.

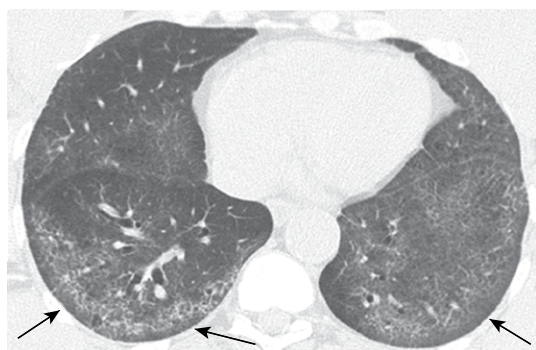


Figura 1. TC do tórax com corte axial da região pulmonar inferior, mostrando opacidades em vidro fosco periféricas, com leve reticulação de permeio, preservando o parênquima pulmonar subpleural (setas).

REFERÊNCIAS

1. Poletti V, Romagnoli M, Piciocchi S, Chilosi M. Current status of idiopathic nonspecific interstitial pneumonia. *Semin Respir Crit Care Med.* 2012;33(5):440-449. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1325155>
2. Kligerman SJ, Groshong S, Brown KK, Lynch DA. Nonspecific interstitial pneumonia: radiologic, clinical, and pathologic considerations. *Radiographics.* 2009;29(1):73-87. <https://doi.org/10.1148/rg.291085096>