

Doenças pulmonares difusas e TCAR: os limites do radiologista

Diffuse lung diseases and HRCT: limitations of radiologists

Dante Luiz Escuissato

A utilização de padrões para a interpretação de lesões pulmonares vistas em exames de imagem do tórax tem sido discutida há várias décadas. Sempre houve discrepância entre o que é visto nesses exames em relação aos achados patológicos. Além disto, a concordância entre radiologistas torácicos experientes quanto à interpretação desses padrões é motivo para estudo nesse universo de doenças.⁽¹⁾

A TCAR é hoje parte integrante da avaliação de pacientes portadores de doenças pulmonares difusas, vindo a suprir muitas das deficiências observadas nas radiografias do tórax, permitindo maior concordância, entre os radiologistas, quanto aos padrões observados.⁽²⁾ Além de ser utilizada no diagnóstico das lesões pulmonares, a TC também auxilia no prognóstico e no acompanhamento da progressão dessas lesões.⁽³⁾ Surge então a seguinte questão: esses padrões são característicos para determinadas doenças?

Quando o radiologista se defronta com uma doença pulmonar difusa, a identificação de faveolamento ou espessamento peribroncovascular permite que a primeira opção diagnóstica seja correta em mais de 90% dos exames analisados. Nos casos onde há cistos pulmonares, a acurácia é de 80-89%. O padrão de atenuação em vidro fosco é de pouco auxílio na caracterização de lesões, mas isso muda quando esse é associado a outras características, como faveolamento ou distribuição predominando em bases.^(3,4) A importância da identificação desses padrões e associá-los a determinadas doenças permite o diagnóstico definitivo sem o auxílio da biópsia, principalmente quando há sua correlação com os dados clínicos. Esse fato é verdadeiro para várias situações, principalmente na pneumonia intersticial usual.^(3,5,6) Em torno de 50% dos casos, os achados de TCAR são suficientes para a diferenciação entre a pneumonia intersticial usual, a pneumonia intersticial não específica e a forma crônica da pneumonia por hipersensibilidade.⁽⁵⁾ A TCAR também é útil no diagnóstico de outras doenças, como linfangite carcinoma-

tosa, silicose, sarcoidose, forma subaguda da pneumonia por hipersensibilidade e proteinose alveolar pulmonar.⁽³⁾

Outra questão que deve ser posta é quanto à habilidade dos radiologistas que irão fazer a interpretação dos exames de TCAR. Embora o nível de concordância entre leitores de diferentes centros seja de regular a moderado, a acurácia, de modo geral, do diagnóstico clínico para fibrose pulmonar idiopática em centros especializados é boa (87,2%).⁽⁷⁾

Antunes et al., no artigo publicado neste número do *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, concluem que o grau de concordância inter e intraobservador na análise de exames de TCAR em pacientes portadores de doenças pulmonares difusas variou de regular a quase perfeito, sendo influenciado pela experiência do radiologista, pelo conhecimento da história clínica do paciente e pelo grau de confiança na formulação das hipóteses diagnósticas.⁽⁸⁾ Outros autores também reconhecem que a acurácia na interpretação desses exames por radiologistas experientes não pode ser generalizada para todos os radiologistas.⁽⁴⁾

Para outro grupo de autores, o diagnóstico da fibrose pulmonar idiopática requer conhecimento específico que deve ser oferecido em centros de referência terciários onde há a colaboração entre clínicos, radiologistas e patologistas especializados.⁽⁷⁾ Aqui, o artigo de Antunes et al. traz uma análise oportuna quanto ao treinamento ofertado aos radiologistas em sua formação, ou seja, um programa de residência médica bem estruturado permitirá que se tenha uma boa reprodutibilidade do método, embora a experiência do especialista na área ainda seja fundamental para uma maior confiabilidade do diagnóstico.⁽⁸⁾ Isso corrobora a análise feita por outros grupos que recomendam que a qualificação dos profissionais para a interpretação radiológica deva ser estendida para centros regionais.⁽²⁾

A TCAR é, indiscutivelmente, um instrumento valioso para o diagnóstico de pacientes com doenças pulmonares difusas. Contudo, deve-se levar em conta suas limitações para esse fim e, sobretudo, o método deve estar apoiado sobre o quadro clínico do paciente. O radiologista tem uma função inestimável nesse processo de diagnóstico e de seguimento dos pacientes, mas de modo consciente dos seus limites, que estão relacionados à experiência individual, mas também àqueles impostos pelo método: padrões de lesão inespecíficos (por ex., atenuação em vidro fosco), várias doenças com achados semelhantes e a mesma doença com diferentes padrões ou apresentações não características.

Esses são os limites do radiologista, ou mais especificamente, do método diagnóstico utilizado.

Dante Luiz Escuissato
Professor Adjunto de Radiologia,
Departamento de Clínica Médica,
Universidade Federal do Paraná,
Curitiba (PR) Brasil
Coordenador do Departamento de
Imagem da Sociedade Brasileira de
Pneumologia e Tisiologia

Referências

1. Felson B. A new look at pattern recognition of diffuse pulmonary disease. *AJR Am J Roentgenol.* 1979;133(2):183-9.
2. Lynch DA, David Godwin J, Safrin S, Starko KM, Hormel P, Brown KK, et al. High-resolution computed tomography in idiopathic pulmonary fibrosis: diagnosis and prognosis. *Am J Respir Crit Care Med.* 2005;172(4):488-93.
3. Noth I, Martinez FJ. Recent advances in idiopathic pulmonary fibrosis. *Chest* 2007;132(2):637-50.
4. Sundaram B, Gross BH, Martinez FJ, Oh E, Müller NL, Schipper M, et al. Accuracy of high-resolution CT in the diagnosis of diffuse lung disease: effect of predominance and distribution of findings. *AJR Am J Roentgenol.* 2008;191(4):1032-9.
5. Silva CI, Müller NL, Lynch DA, Curran-Everett D, Brown KK, Lee KS, et al. Chronic hypersensitivity pneumonitis: differentiation from idiopathic pulmonary fibrosis and nonspecific interstitial pneumonia by using thin-section CT. *Radiology.* 2008;246(1):288-97.
6. Misumi S, Lynch DA. Idiopathic pulmonary fibrosis/usual interstitial pneumonia: imaging diagnosis, spectrum of abnormalities, and temporal progression. *Proc Am Thorac Soc.* 2006;3(4):307-14.
7. Thomeer M, Demedts M, Behr J, Buhl R, Costabel U, Flower CD, et al. Multidisciplinary interobserver agreement in the diagnosis of idiopathic pulmonary fibrosis. *Eur Respir J.* 2008;31(3):585-91.
8. Antunes VB, Meirelles GS, Jasinowodolinski D, Pereira CA, Verrastro CG, Torlai FG, et al. Observer agreement in the diagnosis of interstitial lung diseases based on HRCT scans. *J. Bras. Pneumol.* 2010;36(1):29-36.