



Cissura nodular

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

Homem, 37 anos, engenheiro civil, procurou o ambulatório com queixas de tosse seca há três meses, seguida de dispnéia a grandes esforços. O exame físico era normal. A TCAR mostrou pequenos nódulos disseminados, além da presença de cissura nodular (Figura 1).

O paciente apresenta na TCAR pequenos nódulos intersticiais múltiplos. O padrão de pequenos nódulos ou micronódulos pulmonares corresponde à presença de múltiplas opacidades arredondadas, com densidade de partes moles e diâmetro < 1 cm, distribuídas no parênquima pulmonar.⁽¹⁾ Eles podem ser classificados quanto à distribuição no lóbulo pulmonar secundário (LPS) como randômicos, centrolobulares ou perilinfáticos.

O padrão randômico caracteriza-se pela presença de pequenos nódulos distribuídos aleatoriamente em relação ao LPS, uniformemente dispersos pelos pulmões. Esse padrão é observado em doenças que se disseminam por via hematogênica, como as metástases e as doenças granulomatosas miliares, principalmente a tuberculose e a histoplasmose. A distribuição centrolobular caracteriza-se pela presença de nódulos na região central do LPS, a poucos milímetros da superfície pleural e das cissuras sem, no entanto, tocá-las. A pneumonite por hipersensibilidade e bronquiolites infecciosas são exemplos de doenças que cursam com esse padrão. O padrão perilinfático caracteriza-se pela presença de pequenos nódulos que se distribuem preferencialmente ao longo dos compartimentos do LPS que contêm estruturas linfáticas

(interstício peribroncovascular, septos interlobulares e regiões subpleurais). As doenças que mais comumente se apresentam com esse padrão de distribuição são a sarcoidose, a silicose e a linfangite carcinomatosa.

A sarcoidose e a silicose tendem a poupar os septos interlobulares, enquanto a linfangite acomete frequentemente essa região.⁽²⁾ A silicose tende também a preservar o interstício peribroncovascular, enquanto que a linfangite e a sarcoidose frequentemente o comprometem: a linfangite de forma mais lisa e a sarcoidose com aspecto mais nodular. Nódulos subpleurais são mais facilmente observados nas cissuras, originando o que se denomina padrão de cissura nodular. As três doenças comprometem a superfície pleural, mas raramente a silicose cursa com cissura nodular. A cissura nodular corresponde, na maioria dos casos, a linfangite carcinomatosa ou sarcoidose. Eventualmente nódulos cissurais também são vistos em doenças infecciosas miliares (tuberculose ou histoplasmose), mas em geral os nódulos são menores e menos profusos que no caso em questão.

Clinicamente, o paciente não tinha história de exposição à sílica. O estado geral era muito bom, não havia evidências de doença em outros locais, e a dispnéia era discreta, dados que falam contra o diagnóstico de linfangite carcinomatosa. A biópsia transbrônquica mostrou granulomas do tipo sarcoide, sem necrose caseosa. O diagnóstico final foi sarcoidose.

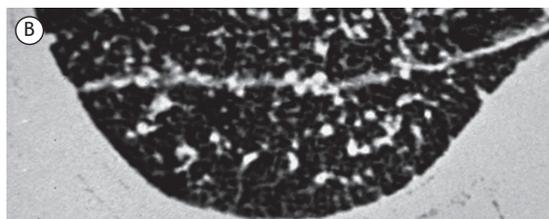
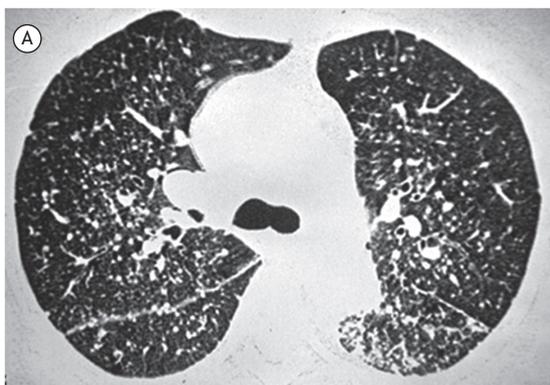


Figura 1. TCAR com corte obtido com janela para pulmão no nível da bifurcação brônquica evidencia pequenos nódulos intersticiais distribuídos pelos pulmões. Observar que existe um acúmulo de nódulos ao longo das cissuras (detalhe em B), caracterizando o padrão de cissura nodular.

REFERÊNCIAS

1. Webb WR, Muller NL, Naidich DP, editors. High-resolution CT of the lung. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
2. Marchiori E, Zanetti G, Hochegger B. Interlobular septal thickening. J Bras Pneumol 2016;42(2):157. <https://doi.org/10.1590/S1806-37562015000000294>

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>