

Linfonodo intrapulmonar: um achado tomográfico comum e pouco reconhecido

Intrapulmonary lymph node: a common and underrecognized tomography finding

Bruno Hochhegger, Daniela Quinto dos Reis Hochhegger, Klaus Irion,
Ana Paula Sartori, Fernando Ferreira Gazzoni, Edson Marchiori

Ao Editor:

Lemos com grande interesse o bem elaborado artigo de Melo et al.,⁽¹⁾ que analisaram os achados clínicos e radiológicos que influenciam o diagnóstico patológico de nódulo pulmonar solitário (NPS). Concluíram que idade elevada, maior diâmetro do NPS e presença de margens espiculadas tiveram associações significativas com o diagnóstico de malignidade.

Para radiologistas e pneumologistas, os NPS permanecem como um grande desafio diagnóstico. Os recentes avanços tecnológicos das técnicas de imagem e o uso generalizado da TC aumentaram a frequência de detecção de nódulos pulmonares.⁽²⁾ Nódulos pequenos (1-2 mm de diâmetro) são comumente detectados em imagens de TC, e sua importância clínica parece diferir bastante da de nódulos maiores identificados em radiografias de tórax.⁽²⁾ Assim, essa maior detecção não afetou a questão básica da determinação do status do nódulo, se benigno (sem necessidade de uma abordagem específica) ou indeterminado (potencialmente maligno),⁽²⁾ e a maioria dos nódulos é ressecada para o diagnóstico e a definição do tratamento adequado.⁽³⁾

Os linfonodos pulmonares são uma causa comum e pouco reconhecida de NPS periférico. Esses linfonodos são geralmente encontrados na bifurcação dos brônquios, antes do quarto ramo, onde são denominados de linfonodos peribrônquicos. Eventualmente, os linfonodos estão presentes no parênquima pulmonar, onde são denominados de linfonodos intrapulmonares (LFIP)⁽³⁾ ou nódulos perifissurais (NPF).

A diferenciação entre LFIP e outros nódulos pulmonares pequenos em imagens de TC é difícil, embora clinicamente importante. Em particular, a interpretação errônea de um LFIP detectado radiologicamente como nódulo tumoral separado leva ao superestadiamento e possível exclusão da

indicação de tratamento cirúrgico em pacientes com neoplasia primária de pulmão.⁽³⁾ Várias características tomográficas podem auxiliar no diagnóstico diferencial de LFIP (Figura 1). Esses linfonodos são ovais, redondos, triangulares ou trapezoidais, com bordas bem definidas; localizam-se quase sempre abaixo do nível da carina, predominantemente nas regiões subpleurais dos lobos inferiores. Frequentemente estão aderidos à pleura ou separados da superfície pleural por alguns milímetros.⁽³⁻⁵⁾ Os LFIP têm aderências finas e lineares que se estendem do nódulo até a pleura. Foi demonstrado que essas densidades lineares representam canais linfáticos ectasiados.⁽⁵⁾ De Hoop et al.⁽⁶⁾ relataram recentemente que as taxas de crescimento dos NPF podem atingir as dos nódulos malignos, mas nenhum NPF em seu estudo era maligno.

Em conclusão, os LFIP são características benignas que devem ser levadas em consideração no diagnóstico diferencial de NPS. A identificação dos mesmos pode reduzir o número de cirurgias desnecessárias e exames de seguimento.

Bruno Hochhegger

Radiologista Geral, Departamento de Pneumologia, Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre; e Professor de Radiologia, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFSCPA – Porto Alegre (RS) Brasil

Daniela Quinto dos Reis Hochhegger
Médica Radiologista, Departamento de Pneumologia, Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre, Porto Alegre (RS) Brasil

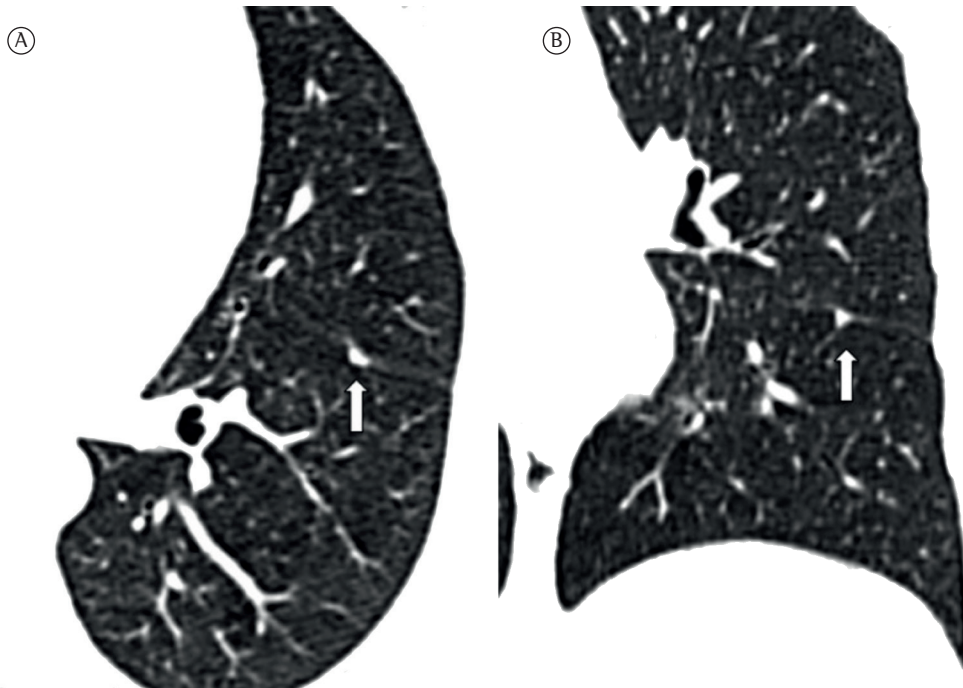


Figura 1 - Em A, imagem axial de TC de tórax (janela pulmonar) de um homem de 53 anos de idade. Um linfonodo intrapulmonar triangular (3 × 4 mm) está aderido à fissura pleural. Em B, imagem coronal de TC (janela pulmonar) mostrando a forma triangular e contato septal (seta) do linfonodo intrapulmonar.

Klaus Irion

Médico Radiologista, Liverpool Heart and Chest Hospital, e Royal Liverpool and Broadgreen University Hospital, Liverpool, Reino Unido

Ana Paula Sartori

Médica Radiologista, Departamento de Pneumologia, Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre, Porto Alegre (RS) Brasil

Fernando Ferreira Gazzoni

Médico Radiologista, Serviço de Radiologia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre (RS) Brasil

Edson Marchiori

Professor Associado, Serviço de Radiologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ) Brasil

Referências

1. Melo CB, Perfeito JA, Daud DF, Costa Júnior Ada S, Santoro IL, Leão LE. Analysis and validation of probabilistic models for predicting malignancy in solitary pulmonary nodules in a population in Brazil. *J Bras Pneumol.* 2012;38(5):559-65. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132012000500004> PMID:23147047
2. Marchiori E, Irion KL. Advances in the radiological diagnosis of pulmonary nodules. *J Bras Pneumol.* 2008;34(1):2-3. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132008000100002> PMID:18278369
3. Wang CW, Teng YH, Huang CC, Wu YC, Chao YK, Wu CT. Intrapulmonary lymph nodes: computed tomography findings with histopathologic correlations. *Clin Imaging.* 2013;37(3):487-92. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clinimag.2012.09.010> PMID:23102925
4. Takenaka M, Uramoto H, Shimokawa H, So T, Hanagiri T, Aoki T, et al. Discriminative features of thin-slice computed tomography for peripheral intrapulmonary lymph nodes. *Asian J Surg.* 2013;36(2):69-73. <http://dx.doi.org/10.1016/j.asjsur.2012.11.005> PMID:23522758
5. Shaham D, Vazquez M, Bogot NR, Henschke CI, Yankelevitz DF. CT features of intrapulmonary lymph nodes confirmed by cytology. *Clin Imaging.* 2010;34(3):185-90. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clinimag.2009.05.005> PMID:20416482
6. de Hoop B, van Ginneken B, Gietema H, Prokop M. Pulmonary periffissural nodules on CT scans: rapid growth is not a predictor of malignancy. *Radiology.* 2012;265(2):611-6. <http://dx.doi.org/10.1148/radiol.12112351> PMID:22929331

Recebido para publicação em 3/3/2013. Aprovado, após revisão, em 19/3/2013.