



## Nódulos múltiplos escavados

Edson Marchiori<sup>1</sup>, Bruno Hochhegger<sup>2,3</sup>, Gláucia Zanetti<sup>1</sup>

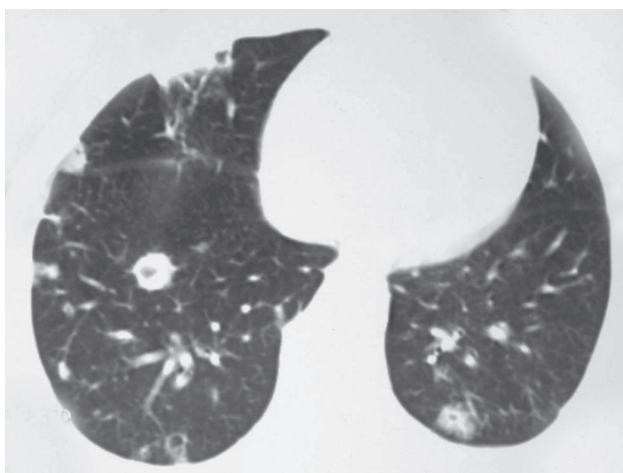
Paciente masculino, 24 anos, usuário de cocaína injetável, relatando tosse e febre há cerca de 10 dias. A TC (Figura 1) mostrava múltiplos nódulos, alguns deles escavados, com distribuição predominantemente periférica.

O diagnóstico diferencial de nódulos escavados múltiplos inclui doenças neoplásicas (metástases, linfomas, etc.) e doenças infecciosas (embolia séptica, doenças granulomatosas, etc.), além de outras etiologias menos frequentes (sarcoidose nodular, nódulos reumatoides, granulomatose de Wegener, amiloidose nodular, entre outras).

As causas mais comuns são as metástases escavadas e a embolia séptica. A frequência de escavação em nódulos metastáticos é muito menor do que a observada nos tumores primários. Os carcinomas de células escamosas são os tumores que mais comumente causam metástases escavadas, correspondendo, em média, a 70% dessas. Tumores de cabeça, pescoço, aparelho reprodutor e intestino grosso são os sítios primários mais comuns, embora qualquer tumor primitivo, a princípio, possa originar metástases escavadas. Nas metástases, as escavações se originam tanto de necrose tumoral como da formação de mecanismo valvular, devido à infiltração neoplásica para o interior de vias aéreas distais. As paredes das escavações mais frequentemente são espessas e irregulares, mas podem também ser finas, semelhantes a cistos.

A embolia séptica ocorre por embolização de fragmentos infectados com microorganismos para os pulmões. A doença mais comumente é secundária à endocardite direita ou à tromboflebite séptica, mas pode ocorrer secundariamente ao uso de cateteres endovasculares infectados, a processos supurativos de pele, cabeça ou pescoço, ou à contaminação relacionada ao uso de drogas endovenosas. O aspecto tomográfico é de múltiplos nódulos bilaterais, bem ou mal definidos, predominantemente periféricos, mostrando graus variados de escavação. Imagens triangulares periféricas associadas frequentemente correspondem a infartos por oclusão vascular. A embolia séptica pode cursar com derrame pleural uni ou bilateral.

Os aspectos clínicos são muito importantes para o diagnóstico diferencial. A presença de tumor primário previamente conhecido pode direcionar para a suspeita de metástases pulmonares. Frequentemente, pacientes com metástases são assintomáticos do ponto de vista pulmonar. A embolia séptica clinicamente cursa com febre, dispneia, tosse e dor pleurítica. A hemocultura pode ser positiva. Exames laboratoriais podem ser fundamentais para o diagnóstico de nódulos reumatoides ou de granulomatose de Wegener. O paciente do caso aqui descrito apresentava aspectos clínicos de processo infeccioso, e a hemocultura foi positiva para *Streptococcus viridans*. O diagnóstico final foi de embolia séptica secundária ao uso de drogas endovenosas.



**Figura 1.** TC com janela para o pulmão, ao nível das bases pulmonares, mostrando múltiplos nódulos de tamanhos variados, muitos deles escavados, com distribuição predominantemente periférica.

### LEITURA RECOMENDADA

1. Fraser RS, Müller NL, Colman NC, Pare PD, editors. Diagnosis of Diseases of the Chest. 4th ed. Philadelphia: WB Saunders Company; 1999.

1. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ) Brasil.
2. Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Porto Alegre (RS) Brasil.
3. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre (RS) Brasil.