



Elevação unilateral da base pulmonar

Edson Marchiori¹ , Bruno Hochhegger² , Gláucia Zanetti¹ 

Homem, 65 anos, tabagista (70 anos-maço) com queixas de tosse irritativa há seis meses e emagrecimento de 10 kg no período. A radiografia do tórax mostrou opacidade peri-hilar à direita, com elevação da base pulmonar correspondente (Figura 1).

Elevação unilateral da base pulmonar (EUBP) é o termo mais adequado a ser usado para descrever essa anormalidade, já que a radiografia eventualmente não permite que se tenha certeza sobre a posição exata do diafragma. A EUBP pode ser associada ou não à elevação do diafragma (diafragma em posição normal). Nessa situação, alguma coisa se interpõe entre a base pulmonar e o diafragma (mais frequentemente derrame pleural infrapulmonar).⁽¹⁾

A EUBP pode se dever a causas abdominais (abscesso subfrenico, distensão gástrica, interposição colônica ou massas hepáticas, entre outras), causas relacionadas ao próprio diafragma (doenças cursando com paralisia frênica, eventração, hérnias diafragmáticas ou tumores

diafragmáticos) ou causas torácicas (derrame pleural infrapulmonar, massas pleurais e doenças com redução volumétrica do pulmão, como agenesia, hipoplasia ou atelectasia). Na avaliação de EUBP, os achados clínicos e laboratoriais de regra não auxiliam muito no diagnóstico diferencial; o diagnóstico é feito basicamente com exames de imagem.

Embora o diagnóstico diferencial na maioria dos casos possa ser facilmente feito através de TC, ultrassonografia ou ressonância magnética (RM), em algumas situações a utilização de métodos mais simples, como a radiologia convencional, pode ser suficiente para um diagnóstico de certeza.

Derrame pleural infrapulmonar pode ser diagnosticado por radiografia de tórax em decúbito lateral com raios horizontais, demonstrando a mobilidade do líquido. A paralisia unilateral do diafragma causada por comprometimento do nervo frênico pode ser diagnosticada por radiografias obtidas em inspiração e expiração ou por exames dinâmicos, como ultrassonografia ou RM, mostrando a ausência de mobilidade do hemidiafragma.

No caso do nosso paciente, a paralisia diafragmática direita foi confirmada por RM dinâmica, que evidenciou também um tumor na região peri-hilar direita. O diagnóstico da massa foi feito por fibrobroncoscopia, e a biópsia demonstrou adenocarcinoma.

A paralisia diafragmática ocorre quando há comprometimento do nervo frênico por lesão traumática, doença sistêmica ou doença neurológica, levando a perda do controle dos hemidiafragmas. A sintomatologia depende do comprometimento do hemidiafragma (um ou ambos), do início da paralisia e da presença de doença pulmonar subjacente. O diagnóstico diferencial da paralisia diafragmática adquirida é amplo e inclui trauma, compressão e doenças neurológicas, musculares ou inflamatórias. A paralisia diafragmática unilateral é comumente causada por comprometimento do nervo frênico ipsilateral. Atualmente, a causa mais comum de paralisia diafragmática unilateral é a cirurgia cardíaca aberta.⁽²⁾ Outra causa importante é, como a observada no nosso paciente, o comprometimento do nervo frênico por invasão tumoral.



Figura 1. Radiografia do tórax em incidência posteroanterior mostrando opacidade de limites mal definidos na região peri-hilar direita, com acentuada elevação da base do pulmão homolateral.

REFERÊNCIAS

1. Souza AS Jr, Souza LVS, Zanetti G, Marchiori E. Solitary fibrous tumor of the pleura: a rare cause of elevation of the right lung base. *J Bras Pneumol.* 2019;45(1):e20180006. <https://doi.org/10.1590/1806-3713/e20180006>
2. Ko MA, Darling GE. Acquired paralysis of the diaphragm. *Thorac Surg Clin.* 2009;19(4):501-510. <https://doi.org/10.1016/j.thorsurg.2009.08.011>