



Hipodensidade na base pulmonar

Edson Marchiori¹ , Bruno Hochhegger² , Gláucia Zanetti¹ 

Paciente feminina, 22 anos, assintomática, fez uma tomografia computadorizada (TC) do tórax para esclarecimento de hipertransparência no pulmão esquerdo, visualizada em radiografia do tórax. A TC mostrou uma hipodensidade no terço inferior do pulmão esquerdo (Figura 1A) e a angiotomografia identificou a presença de um vaso anômalo (Figura 1B).

Hipodensidades pulmonares localizadas podem ser de natureza congênita ou adquirida. As principais causas da forma adquirida são o enfisema, as lesões císticas ou escavadas e o aprisionamento aéreo (bronquiolites, enfisema obstrutivo, síndrome de Swier-James-McLeod). É importante no estudo da lesão que se analise a presença de paredes, sua espessura e a existência de exames anteriores para comparação.⁽¹⁾

Dentre as condições congênitas, devem ser discutidas a atresia brônquica, o enfisema lobar congênito (hiperinsuflação pulmonar congênita), os cistos broncogênicos, a malformação adenomatoide cística e o sequestro pulmonar. Algumas características de imagem podem diferenciar tais condições. Na atresia brônquica, a presença de brônquio dilatado cheio de secreção (broncocele) no interior da área enfisematosa é a chave diagnóstica. Os cistos broncogênicos em geral possuem

paredes definidas, e podem estar cheios de líquido ou de ar. No enfisema lobar congênito, os vasos, mesmo que menos numerosos e de menor calibre, podem ser observados de permeio à área hipodensa. A malformação adenomatoide cística em geral é composta por uma massa multicística.⁽¹⁾

O sequestro pulmonar corresponde a uma porção do pulmão separada do restante do parênquima normal recebendo suprimento sanguíneo por uma artéria sistêmica anômala, em geral o ramo direto da aorta. A característica de imagem que sela o diagnóstico é a identificação da artéria anômala, que na grande maioria dos casos se situa em segmento basal posterior de um dos lobos inferiores. A lesão pode ser cística, uni- ou multiloculada, sólida ou mista, podendo ter a presença de níveis líquidos. O sequestro pode ser intra- ou extralobar. Na forma intralobar, mais comum, a porção sequestrada fica limitada pela pleura visceral do pulmão normal. Já na forma extralobar, o parênquima sequestrado possui envoltório pleural próprio. Em geral, pacientes com sequestro pulmonar são assintomáticos, mas podem também apresentar infecções respiratórias de repetição, especialmente na sua forma intralobar. A forma extralobar frequentemente está associada a outras malformações congênitas.^(1,2)

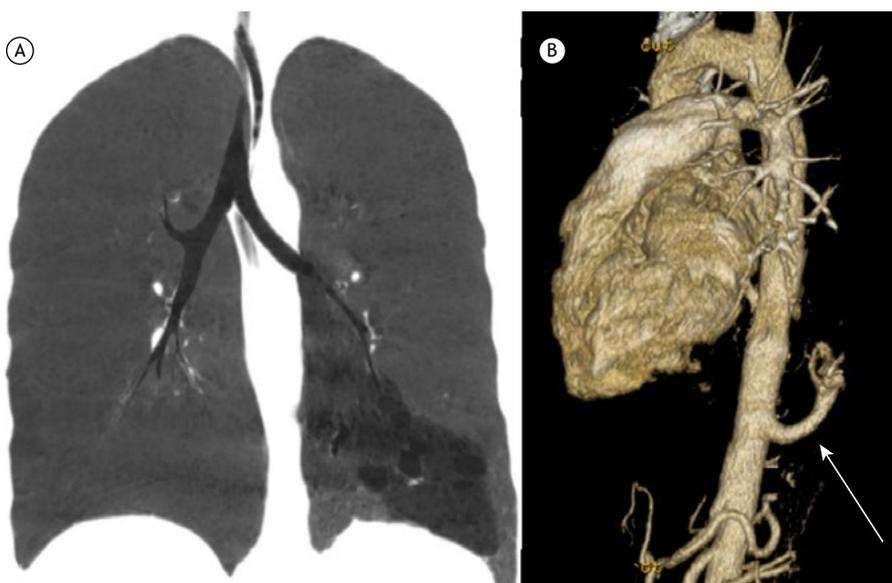


Figura 1. Em A, tomografia computadorizada com reconstrução coronal em MINIP, mostrando área hipodensa no terço inferior do pulmão esquerdo sem limites definidos. Em B, reconstrução tridimensional mostrando vaso anômalo nascendo diretamente da aorta descendente (seta).

REFERÊNCIAS

1. Müller NL, Silva CI, editors. *Imaging of the Chest*. Philadelphia: Saunders-Elsevier; 2008. <https://doi.org/10.1590/S1806-37562017000000381>.
2. Gabelloni M, Faggioni L, Accogli S, Aringhieri G, Neri E. Pulmonary sequestration: What the radiologist should know. *Clin Imaging*. 2021;73:61-72. <https://doi.org/10.1016/j.clinimag.2020.11.040>.

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.