

**Traqueobroncopatia osteocondroplástica: achados tomográficos, broncoscópicos e histopatológicos**

*Tracheobronchopathia osteochondroplastica: computed tomography, bronchoscopy and histopathological findings*

Sr. Editor,

Homem, 41 anos, com história de infecções de vias aéreas de repetição desde a infância e tosse crônica com alteração da voz há sete anos. Foi realizada laringotraqueobroncoscopia, que revelou lesões nodulares esbranquiçadas nas paredes anterolaterais da traqueia e na porção mais proximal dos brônquios principais, cujo material foi enviado para estudo histopatológico (Figuras 1A e 1B). A tomografia computadorizada (TC) mostrou diminutos nódulos submucosos, sésseis, subcentimétricos, alguns calcificados, nos diferentes níveis da traqueia, predominando nos dois terços inferiores, e também no brônquio principal direito. Não havia estreitamento luminal significativo e, tipicamente, poupava a parede membranosa posterior da traqueia (Figuras 1C e 1D).

O paciente permanece em acompanhamento ambulatorial com controle sintomático das queixas.

Traqueobroncopatia osteocondroplástica é uma doença benigna, crônica, rara, que acomete preferencialmente o sexo masculino (M:F = 3:1), com as manifestações predominando entre a quinta e a sétima décadas de vida<sup>(1,2)</sup>. Diversos fatores têm sido associados, como infecções crônicas, agentes químicos ou medicamentosos, alterações degenerativas teciduais, desordens do metabolismo do cálcio e fósforo e amiloidose<sup>(3,4)</sup>.

A doença é geralmente assintomática<sup>(1,2,5,6)</sup> e o seu diagnóstico, na maioria das vezes, é achado incidental em broncoscopias

para investigação de outras afecções ou com propósito terapêutico ou ainda em séries de necropsia<sup>(1)</sup>. Quando sintomática, a tosse é o principal achado, presente em cerca de 66% dos casos.

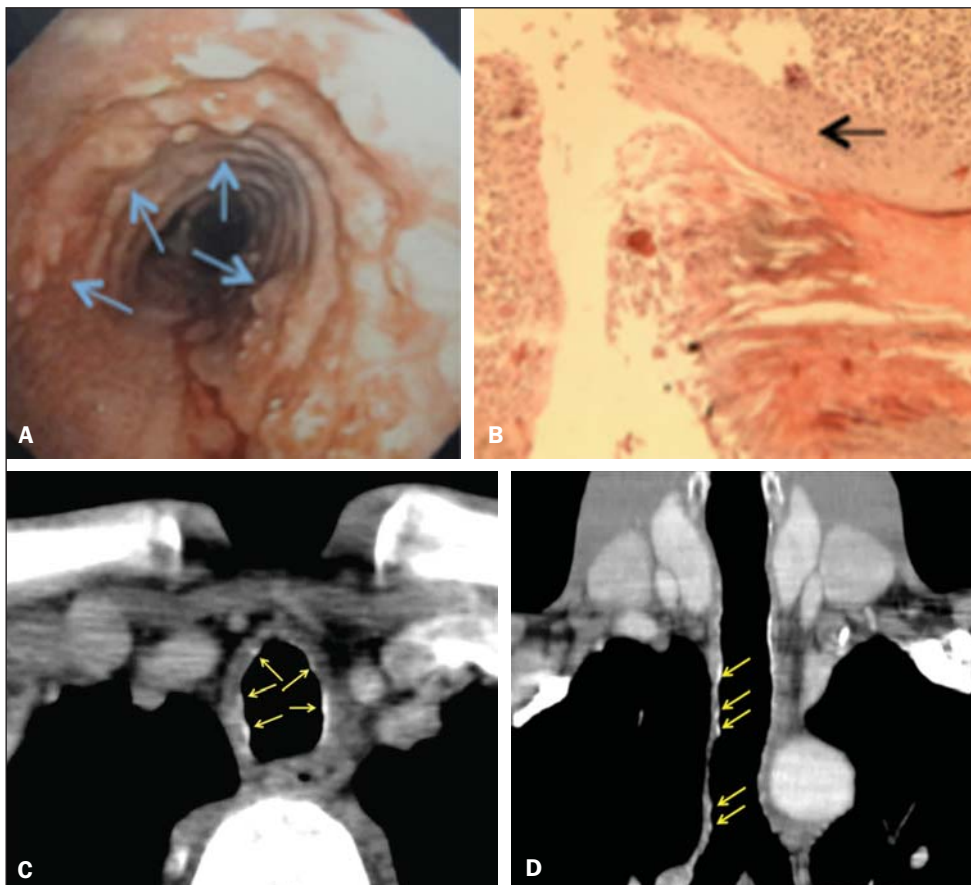
A laringotraqueobroncoscopia é o exame que, em geral, levanta a suspeita diagnóstica e o achado clássico é a presença de nódulos esbranquiçados, de contornos lisos, consistência endurecida, tipicamente nas paredes cartilagosas dos anéis traqueais e das porções proximais dos brônquios principais<sup>(7,8)</sup>.

A TC é um exame que contribui para a confirmação do diagnóstico<sup>(1)</sup>, pelos seus achados, que compreendem espessamento da superfície interna da cartilagem traqueal com lesões nodulares irregulares, sésseis, calcificadas ou não, focal ou difusa, poupando a parede posterior (membranosa) da traqueia e levando a estreitamento do lúmen nas áreas acometidas<sup>(1,5,6,8,9)</sup>. A TC é muito sensível na detecção da calcificação característica dos nódulos, na definição da extensão e distribuição das estenoses traqueobrônquicas, assim como na caracterização das complicações – atelectasias, bronquiectasias, pneumonias pós-obstrutivas<sup>(5,10)</sup>.

O estudo histopatológico mostra que os nódulos são crescimentos osteocartilagosos submucosos. Surgem combinações variáveis de tecido fibroso, cartilaginoso, ósseo, hematopoietico e matriz proteica acelular mineralizada. O epitélio que reveste esses nódulos pode ser normal, de aspecto inflamatório ou metaplásico<sup>(5,8)</sup>.

Alguns autores consideram que os achados broncoscópicos e radiológicos são suficientes para firmar o diagnóstico, principalmente nos casos em que é difícil a realização da biópsia<sup>(1,5,8)</sup>.

O prognóstico é bom, na maioria dos casos, e o tratamento só será requisitado quando houver complicações, principalmente estenose traqueal e/ou brônquica<sup>(11)</sup>.



**Figura 1.** A: Laringotraqueobroncoscopia: nódulos esbranquiçados nas paredes anterolaterais da traqueia (setas). B: Histopatologia. HE, 20x. Focos de metaplasia escamosa na traqueia (seta). C,D: TC do tórax com contraste no plano axial (C) e após reformatação coronal (D) mostrando micronódulos, alguns calcificados, nas paredes anterolaterais da traqueia (setas).

REFERÊNCIAS

- Bioque JC, Feu N, Rubio JM, et al. Tracheobronchopathia osteochondroplastica – clinical study and follow-up in nine cases. *Journal of Bronchology*. 2001;8:78–83.
- Pinto JA, Silva LC, Perfeito DJP, et al. Osteochondroplastic tracheobronchopathy: report on 02 cases and bibliographic review. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2010;76:789–93.
- Williams SM, Jones ET. General case of the day. Tracheobronchopathia osteochondroplastica. *Radiographics*. 1997;17:797–9.
- Faig-Leite FS, Defaveri J. Traqueobroncopatia osteocondroplástica em portador de tumor de Klatskin: relato de caso e revisão da literatura. *J Bras Patol Med Lab*. 2008;44:459–62.
- Sá JM, Almeida J, Amado J, et al. Traqueobroncopatia osteocondroplástica – experiência de uma unidade de broncologia. *Rev Port Pneumol*. 2002;VIII:329–39.
- Webb EM, Elicker BM, Webb WR. Using CT to diagnose nonneoplastic tracheal abnormalities: appearance of the tracheal wall. *AJR Am J Roentgenol*. 2000;174:1315–21.
- Prince JS, Duhamel DR, Levin DL, et al. Nonneoplastic lesions of the tracheobronchial wall: radiologic findings with bronchoscopic correlation. *Radiographics*. 2002;22 Spec No:S215–30.
- Khan AM, Klapper P, Jain VR, et al. Tracheobronchopathia osteochondroplastica: an entity diagnosed on bronchoscopy. *Journal of Bronchology*. 2006;13:99–101.
- Kwong JS, Müller NL, Miller RR. Diseases of the trachea and mainstem bronchi: correlation of CT with pathological findings. *Radiographics*. 1992;12:645–57.
- Marchiori E, Pozes AS, Souza Junior AS, et al. Alterações difusas da traquéia: aspectos na tomografia computadorizada. *J Bras Pneumol*. 2008;34:47–54.
- Grenier PA, Beigelman-Aubry C, Brillet PY. Nonneoplastic tracheal and bronchial stenoses. *Radiol Clin North Am*. 2009;47:243–60.

**Gabriela Maria Ribeiro e Ribeiro<sup>1</sup>, Marcelo Ricardo Canuto Natal<sup>1</sup>, Eduardo Felipe Silva<sup>1</sup>, Sabrina Cardoso Freitas<sup>1</sup>, Waldete Cabral Moraes<sup>1</sup>, Fernanda Cunha Maciel<sup>1</sup>**

1. Hospital de Base do Distrito Federal (HDBF), Brasília, DF, Brasil. Endereço para correspondência: Dra. Gabriela Maria Ribeiro e Ribeiro. Rua Gomes de Carvalho, 1005, ap. 3110, Vila Olímpia. São Paulo, SP, Brasil, 04547-004. E-mail: gabiribeiroeribeiro@yahoo.com.br.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2014.0056>

**Hemangioma hepático gigante pedunculado**

*Giant pedunculated hemangioma of the liver*

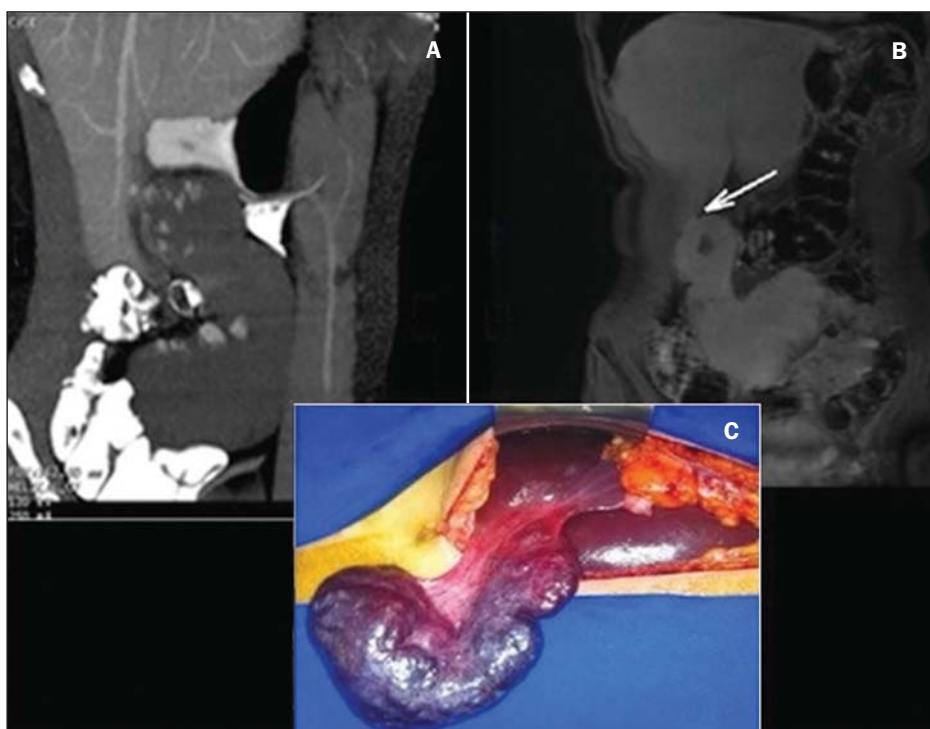
Sr. Editor,

Mulher, 28 anos, previamente hígida, apresentando massa palpável no hipocôndrio direito há três anos, evoluindo com desconforto local nos últimos 20 dias. Ultrassom (US) demonstrou processo expansivo, mais bem caracterizado por tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM), que mostraram massa sólida e bem delimitada, em continuidade com o fígado por um fino pedículo originando-se no segmento V e estendendo-se caudalmente até a pele, medindo 18,0 × 9,4 × 5,2 cm, com características e padrão de realce sugestivos de hemangioma (Figuras 1A e 1B). Optou-se pela ressecção cirúrgica, em razão dos sintomas da paciente e do risco de torção, e o anatomopatológico confirmou o diagnóstico (Figura 1C).

Hemangioma é o tumor hepático benigno mais comum<sup>(1–8)</sup>, apresentando prevalência de 0,4–20% em autópsias<sup>(1,5–8)</sup>. Em sua maioria são pequenos, assintomáticos e encontrados incidentalmente em exames de imagens<sup>(1,2,5,6)</sup>.

Embora não haja consenso quanto às dimensões para definição de um hemangioma gigante, que variam de 4 a 10 cm na literatura, sabe-se que as formas exofíticas são muito raras, especialmente as pedunculadas<sup>(1–3,5,6)</sup>, tendo o primeiro caso sido relatado por Ellis et al. em 1985, e até 2013, 24 casos foram descritos na literatura<sup>(1,4)</sup>.

Os hemangiomas pedunculados, quase na metade dos casos, são sintomáticos ao diagnóstico<sup>(1)</sup>, podendo determinar, como qualquer lesão gigante, compressão das vias biliares intra-hepáticas, de estruturas vasculares ou de órgãos adjacentes, manifestando-se com dor, saciedade precoce, hemorragia, icterícia, náuseas e vômitos<sup>(1,2,5,6,8)</sup>. As principais complicações encontradas



**Figura 1. A:** TC de abdome total com contraste oral e venoso, corte sagital mostrando, na fase venosa, massa no hipocôndrio/flanco direito, de contornos bem definidos, em continuidade com o fígado, apresentando padrão de realce periférico globuliforme e centrípeto, demonstrando fino pedículo originando-se no segmento V. **B:** RM, corte coronal ponderado em T1 SPGR, na fase tardia, mostrando homogeneização da lesão e identificando pedículo em contiguidade com o parênquima hepático (seta). **C:** Peça cirúrgica da lesão pedunculada azul-avermelhada, de aspecto cirrótico, mostrando pedículo em contiguidade com o parênquima hepático.