

Diagnóstico por imagem na atresia brônquica

Diagnostic imaging in bronchial atresia

Alessandro Severo Alves de Melo¹

A atresia brônquica é uma anomalia congênita rara que se caracteriza pela obliteração de um brônquio lobar, segmentar ou subsegmentar, de patogênese desconhecida e em geral assintomática, sendo, de regra, diagnosticada como achado na idade adulta. O acometimento é mais frequente no lobo superior esquerdo. O tecido pulmonar distal ao segmento brônquico obliterado pode apresentar desenvolvimento normal, em face da chegada de ar por vias colaterais, resultando em hiperinsuflação localizada e aprisionamento aéreo⁽¹⁻⁴⁾.

As radiografias de tórax exibem aspectos não específicos, mas que em uma observação cuidadosa permitem a suspeição diagnóstica da atresia brônquica. A presença de opacidade de configuração alongada associada a área de hiperinsuflação focal é o achado sugestivo que deve suscitar tal possibilidade. A radiografia em expiração pode demonstrar o aprisionamento aéreo. Obviamente que, diante de tal hipótese, deve ser realizada a tomografia computadorizada (TC) do tórax^(4,5).

A TC de tórax é o método por imagem padrão ouro para o diagnóstico das doenças broncopulmonares, sendo de crucial importância sua realização para o diagnóstico da atresia brônquica. Os principais achados tomográficos da atresia brônquica são a mucocela e área de hiperinsuflação distal, que se associam ao aprisionamento aéreo. A perda de continuidade do segmento brônquico atrésico também pode ser caracterizada, em especial a descontinuidade da mucocela em relação a brônquios centrais⁽⁴⁾. Na presença de uma mucocela, é fundamental a exclusão de lesão endobrônquica, como carcinoma broncogênico, corpo estranho ou broncolito. Tal caracterização pode ser feita com facilidade pela TC de tórax, na maioria dos casos. O achado de nódulos centrolobulares, nódulos do espaço aéreo ou consolidações, em um contexto de imagem condizente com atresia brônquica, deve estar relacionado à concomitância de processo infeccioso.

A atresia brônquica pode estar associada a outras anomalias congênitas, como malformação pulmonar congênita das vias aéreas, hiperinsuflação lobar e sequestro pulmonar⁽¹⁻⁵⁾.

O artigo de Di Puglia et al.⁽⁶⁾, publicado no número anterior da **Radiologia Brasileira**, aborda de forma aprofundada e consubstanciada um número expressivo de casos, avaliando os achados tomográficos e confirmando, em seu estudo, os aspectos descritos na literatura⁽¹⁻⁴⁾. A relevância maior do artigo é trazer luz a um assunto pouco estudado e, pela mesma

razão, não tão conhecido do público médico, e em especial, radiológico. O estudo demonstra, em sua casuística, a ampla variabilidade de faixa etária no momento do diagnóstico, o que decorre da ausência frequente de sintomas, o que acarreta seu diagnóstico tardio. O diagnóstico na faixa etária pediátrica em geral se dá por investigação por imagem de infecções de repetição ou como achado em avaliações por imagem por outras razões, como exames pré-operatórios⁽⁷⁻⁹⁾. Outro motivo relevante para o atraso do diagnóstico é o relativo desconhecimento da atresia brônquica, o que torna o estudo de Di Puglia et al.⁽⁶⁾ ainda mais relevante.

A descrição pormenorizada dos padrões tomográficos realizada no artigo é outra questão que merece nota. As mucocelas exibem, na maioria das vezes, padrão ramificado e, em menor escala, uma morfologia arredondada, com densidade líquida predominante e em alguns casos de conteúdo aéreo. Em geral, a atresia brônquica corresponde a afecção unilateral, predominante nos lobos superior esquerdo e inferior direito⁽¹⁻⁴⁾. Puglia et al.⁽⁶⁾ reforçam o conceito de que a mucocela, a hiperinsuflação distal e a hipovascularização (oligoemia) representam achados característicos da afecção, sendo observados em 100% dos seus casos, o que também é encontrado na literatura.

Em conclusão, o artigo de Di Puglia et al.⁽⁶⁾ estuda de forma minuciosa os padrões tomográficos da atresia brônquica com número significativo de casos, trazendo importante contribuição ao seu diagnóstico por imagem.

REFERÊNCIAS

1. Beigelman C, Howarth NR, Chartrand-Lefebvre C, et al. Congenital anomalies of tracheobronchial branching patterns: spiral CT aspects in adults. *Eur Radiol.* 1998;8:79-85.
2. Lee EY, Boiselle PM, Cleveland RH. Multidetector CT evaluation of congenital lung anomalies. *Radiology.* 2008;247:632-48.
3. Lee EY, Dorkin H, Vargas SO. Congenital pulmonary malformations in pediatric patients: review and update on etiology, classification, and imaging findings. *Radiol Clin North Am.* 2011;49:921-48.
4. Gipson MG, Cummings KW, Hurth KM. Bronchial atresia. *Radiographics.* 2009;29:1531-5.
5. Kinsella D, Sissons G, Williams MP. The radiological imaging of bronchial atresia. *Br J Radiol.* 1992;65:681-5.
6. Di Puglia EBM, Rodrigues RS, Daltro PA, et al. Tomographic findings in bronchial atresia. *Radiol Bras.* 2021;54:9-14.
7. Morikawa N, Kuroda T, Honna T, et al. Congenital bronchial atresia in infants and children. *J Pediatr Surg.* 2005;40:1822-6.
8. Giannotta M, Leone MB, Greco L, et al. Intralobar pulmonary sequestration with bronchial atresia and a systemic artery feeding a normal contralateral lung. *BJE Case Rep.* 2015;2:20150176.
9. Praticò FE, Corrado M, Della Casa G, et al. Imaging of congenital pulmonary malformations. *Acta Biomed.* 2016;87 Suppl 3:45-50.

1. Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ, Brasil. E-mail: alesevero@gmail.com. <http://orcid.org/0000-0002-9536-6608>.

