

Resumo de Artigo

Múltiplos nódulos pulmonares na síndrome da imunodeficiência adquirida: utilidade da tomografia computadorizada em distinguir entre possíveis causas.

Edinburgh KJ, Jasmer RM, Huang L, *et al.* Multiple pulmonary nodules in AIDS: usefulness of CT in distinguishing among potential causes. *Radiology* 2000;214:427-32.

Doenças infecciosas e neoplásicas do tórax permanecem causas importantes de morbidade e mortalidade em pacientes infectados com o vírus da imunodeficiência humana (HIV). Apesar de a radiografia simples (RX) do tórax ser tipicamente o primeiro exame de imagem realizado nestes casos, a tomografia computadorizada (TC) do tórax também pode ser realizada, particularmente quando o RX de tórax mostra achados inespecíficos ou questionáveis. Múltiplos nódulos pulmonares estão entre os achados tomográficos mais comuns, e podem ser secundários a grande número de infecções e neoplasias relacionadas ao HIV.

O objetivo deste estudo foi determinar se os achados tomográficos dos múltiplos nódulos pulmonares em pacientes com síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) podem ajudar a distinguir entre as possíveis causas infecciosas e neoplásicas.

As TCs de tórax, obtidas de 60 pacientes com SIDA e múltiplos nódulos pulmonares, foram avaliadas, retrospectivamente, por dois radiologistas, que não tinham conhecimento dos dados clínicos e patológicos. Os exames foram avaliados quanto ao tamanho, distribuição

e características morfológicas dos nódulos. A presença de linfonodopatia, derrame pleural e doença de vias aéreas também foi avaliada.

Uma correlação estatisticamente significativa entre o tamanho do nódulo e a sua causa foi notada. Trinta e seis (84%) dos 43 pacientes com infecção oportunista tiveram predominância de nódulos menores que 1 cm de diâmetro, ao passo que 14 (82%) dos 17 pacientes com neoplasia tiveram predominância de nódulos maiores que 1 cm ($p < 0,001$). A distribuição dos nódulos também foi um fator discriminante. Apesar de o linfoma pulmonar poder apresentar distribuição peribroncovascular, os resultados de estudos prévios demonstraram que uma distribuição peribroncovascular dos nódulos favorece o diagnóstico de sarcoma de Kaposi. O estudo corrobora este achado. Sete (88%) dos oito pacientes que apresentaram distribuição peribroncovascular tinham sarcoma de Kaposi. Dos 43 pacientes com infecção oportunista, 28 (65%) tiveram distribuição centrilobular dos nódulos; apenas um (6%) dos 17 pacientes com neoplasia teve esta apresentação ($p < 0,001$).

Em relação às características morfológicas dos nódulos, o aspecto de árvore em brotamento ("tree in bud") foi sugestivo de causa infecciosa, mas não foi fator estatisticamente significativo para diferenciar as infecções bacterianas daquelas causadas por micobactérias. A presença de linfonodopatia foi também um achado significativo. Apesar de a linfonodopatia não ser estatisticamente significativa para diferenciar entre neopla-

sia e infecção oportunista, ou entre sarcoma de Kaposi e linfoma, ela foi útil para diferenciar entre infecção micobacteriana e bacteriana. Os dados sugerem que a presença de linfonodopatia em pacientes com SIDA e múltiplos nódulos pulmonares menores que 1 cm ou com distribuição centrilobular sugerem o diagnóstico de infecção micobacteriana. O derrame pleural também foi achado significativo, contribuindo na diferenciação entre a infecção por micobactérias e infecção bacteriana (favorecendo o primeiro diagnóstico). A presença de doença de vias aéreas não foi estatisticamente importante na diferenciação da infecção bacteriana de outros diagnósticos.

Em conclusão, os dados sugerem que quando múltiplos nódulos pulmonares são vistos em pacientes com SIDA, o tamanho e a distribuição dos nódulos são os achados mais úteis na diferenciação das possíveis causas. Quando os nódulos são menores que 1 cm de diâmetro, e especialmente quando demonstram distribuição centrilobular, uma infecção oportunista é provável e uma neoplasia é improvável. Dentre estes pacientes, a presença de linfonodopatia ou derrame pleural favorecem a etiologia micobacteriana e não a bacteriana. De outro modo, quando os nódulos são maiores que 1 cm de diâmetro, uma causa neoplásica é favorecida. Adicionalmente, uma distribuição peribroncovascular sugere o diagnóstico de sarcoma de Kaposi.

Daniel Andrade Tinoco de Souza
Médico Residente do Serviço de
Radiodiagnóstico do HUCFF-UFRJ