

ACHADOS TOMOGRÁFICOS PULMONARES EM FIBROSE CÍSTICA

Kelly Ribeiro Neves¹, Sandra Jungblut Schuh²

A tomografia computadorizada possui boa sensibilidade na detecção de alterações decorrentes de fibrose cística, sendo o método de escolha para o diagnóstico de bronquiectasias. Estas são as manifestações mais características, geralmente bilaterais, simétricas e mais severas na metade superior do tórax (1-3).

As alterações das vias aéreas periféricas são identificadas como opacidades centrolobulares, ramificadas e com aspecto de árvore em brotamento. A impactação brônquica é reconhecida como imagem tubular, com atenuação de partes moles, que cursa junto a um ramo arterial pulmonar. Não devemos confundir impactação com estrutura vascular nos exames obtidos com cortes finos e espaçados.

Ocorrem também com frequência as atelectasias e consolidações. As lesões císticas e bolhosas podem ser visibilizadas especialmente na região subpleural dos lobos superiores. As áreas com redução da atenuação do parênquima correspondem a manifestações de redução da ventilação/perfusão e alçaponamento aéreo.

Em um estudo realizado por Helbich et al, foram realizados exames tomográficos em 117 pacientes com fibrose cística, dos quais 80% apresentaram bronquiectasias, 76% espessamento de paredes brônquicas, 64% padrão de perfusão em mosaico e 51% impactação brônquica. Foi documentada também a progressão da doença com o aumento do período etário dos pacientes (3,4). Podemos também encontrar linfonodos mediastinais aumentados, decorrentes da resposta inflamatória às infecções (2-5). Os casos avançados apresentam sinais de hipertensão pulmonar (2-5).

A desvantagem da utilização da tomografia é a maior exposição à radiação. O benefício do exame deve justificar os possíveis riscos a essa exposição e o mesmo deve utilizar a menor dose de radiação possível. Este risco é potencialmente maior nas crianças, tendo em vista o seguimento relativamente maior. As alternativas são a utilização de protocolos de baixa dose de radiação e redução do número de imagens por exame, priorizando o uso da técnica de alta resolução (6).

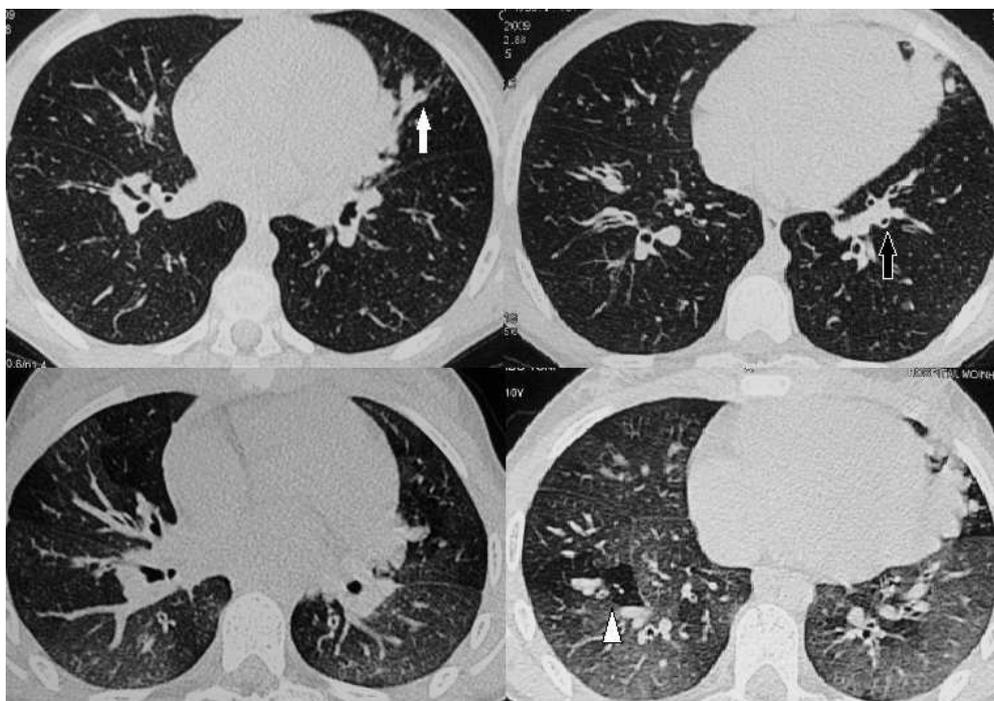
Rev HCPA 2011;31(2):266-267

Figura 1 – Nas imagens são identificados brônquios dilatados, com secreções impactadas na línghua (seta sólida); brônquios com paredes espessadas (seta aberta) e alçaponamento aéreo em corte tomográfico obtido em expiração forçada (cabeça de seta).

1. Residência Médica, Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

2. Serviço de Radiologia, Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

Contato: Kelly Ribeiro Neves. E-mail: kellyrneves@gmail.com (Porto Alegre, RS, Brasil).

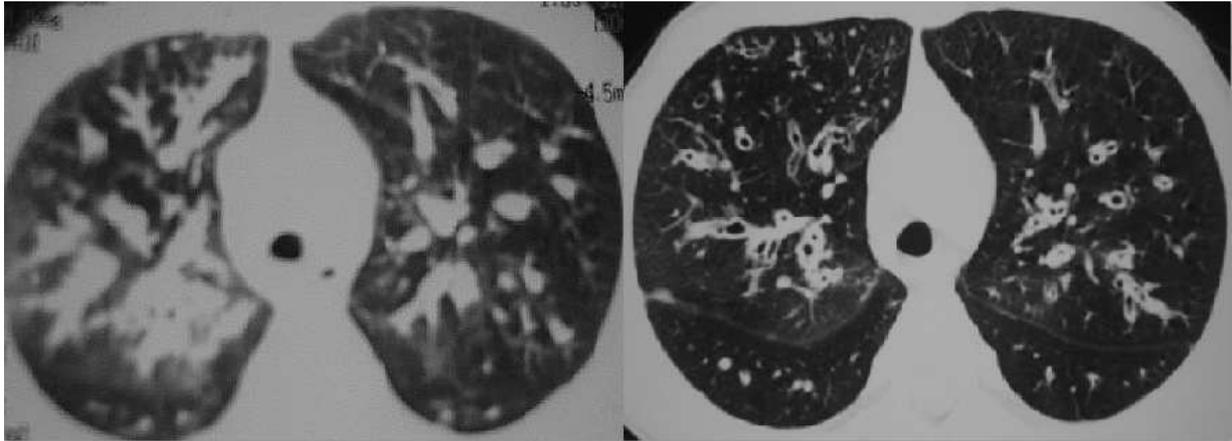


Figura 2 - Na imagem da direita, observa-se extensa impactação brônquica de secreções. À esquerda, no controle após o início da terapêutica, demonstrou-se a redução das impatações, destacando-se as bronquiectasias e o espessamento de paredes brônquicas. No segmento anterior do lobo superior direito, identificam-se bronquiolectasias e algumas opacidades centrolobulares com aspecto de árvore em brotamento.

REFERÊNCIAS

1. Kuhn JP, Slovis T L, Haller JO. Caffey's Pediatric Diagnostic Imaging. Mosby. 2004;1:961-70.
2. Hansell DM, Armstrong P, Lynch DA, McAdams HP. Imaging of The Diseases of the Chest, Elsevier Mosby. 2005; 729-34.
3. Helbich TH, Heinz Peer G, Eichler I, Wunderbaldinger P, Götz M, Wojnarowski C et al. Cystic fibrosis: CT assessment of lung involvement in children and adults. Radiology. 1999;213:537-44.
4. Helbich TH, Heinz Peer G, Fleischmann D, Wojnarowski C, Wunderbaldinger P, Huber S et al. Evolution of CT Findings in Patients with Cystic Fibrosis. AJR. 1999;173:81-8.
5. Müller NL, Silva CIS. Specific Causes of Bronchiectasis. In: Saunders Elsevier. Imaging of the Chest. 2008;1039-44.
6. O'Connor OJ, Vandeleur M, McGarrigle AM, Moore N, McWilliams SR, McSweeney SE et al. Development of Low-Dose Protocols for Thin-Section CT Assessment of Cystic Fibrosis in Pediatric Patients. Radiology. 2010;257(3):820-9.