

### ACHADOS RADIOLÓGICOS PULMONARES DA FIBROSE CÍSTICA

Kelly Ribeiro Neves<sup>1</sup>, Sandra Jungblut Schuh<sup>2</sup>

A radiografia é uma importante ferramenta na avaliação inicial e permanece como modalidade diagnóstica primária no seguimento dos pacientes. Na maioria dos casos, os achados radiológicos são inespecíficos. A manifestação mais precoce é a hiperinsuflação pulmonar (1,2), que resulta da obstrução das vias aéreas de menor calibre. A lesão mais característica é a bronquiectasia, difícil de identificar à radiografia e os pacientes sem alterações neste método podem apresentá-las ao estudo tomográfico. Quando identificamos as bronquiectasias ao RX são como imagens lineares paralelas ou cistóides.

Ao exame radiológico, observamos opacidades arredondadas ou lineares, mal definidas, com 0,3 a 0,5cm de diâmetro, localizadas até 2,0 a 3,0cm da pleura, bem como espessamento de paredes brônquicas e leve hiperexpansão pulmonar (3). Também identificamos impactações brônquicas, consolidações e atelectasias.

A progressão da doença é caracterizada pelo aumento do diâmetro e da espessura das paredes brônquicas, do volume pulmonar, do número e do tamanho das opacidades nodulares periféricas, assim como pelo surgimento de consolidações focais e impactações brônquicas (3). Ao radiograma de tórax, as impactações são identificadas como opacidades alongadas, digitiformes, ramificadas e nodulares. Com a evolução da doença algumas atelectasias, inclusive lobares tornam-se irreversíveis. O pneumotórax é uma complicação também observada por este método.

Existem vários escores para gradação e acompanhamento das lesões pulmonares em fibrose cística (4,5). Estes escores têm apresentado razoável reprodutibilidade e correlação com o comprometimento funcional e com o risco de exacerbação nos 2 anos subsequentes (6,7).

*Rev HCPA 2011;31(2):264-265*



**Figura 1** - Neste paciente com diagnóstico de fibrose cística, observamos espessamento de paredes brônquicas, leve hiperexpansão pulmonar e algumas pequenas opacidades nodulares e lineares no lobo superior direito. Como achado ocasional, identifica-se fusão dos 6° e 7° arcos costais laterais à direita.

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](mailto:kellyrneves@gmail.com) (Porto Alegre, RS, Brasil).



**Figura 2** - Estas imagens representam três pacientes distintos com fibrose cística. No exame da direita, observa-se apenas espessamento de paredes brônquicas. Nos outros dois exames, as lesões são mais extensas, identificando-se opacidades arredondadas ou lineares, mal definidas, espessamento de paredes de brônquios e algumas opacidades alongadas, digitiformes, compatíveis com impactações brônquicas.

## REFERÊNCIAS

1. Kuhn JP, Slovis T L, Haller JO. Caffey's Pediatric diagnostic imaging. Mosby, 2004; (1):961-71.
2. Hansell DM, Armstrong P, Lynch DA, McAdams HP. Imaging of the diseases of the chest. Elsevier Mosby, 2005, p. 729 – 34.
3. Friedman PJ, Harwood IR, Ellenbogen PH. Pulmonary cystic fibrosis in the adult: early and late radiologic findings with pathologic correlation. AJR. 1981;136:1131-44.
4. Brasfield D, Hicks G, Soong S, Tiller RE. The chest roentgenogram in cystic fibrosis: a new scoring system. Pediatrics. 1979;63:24-9.
5. Santos CIS, Ribeiro JD, Ribeiro AF, Hessel G. Análise crítica dos escores de avaliação de gravidade da fibrose cística: Estado da arte. J Bras Pneumol. 2004;30(3):268-98.
6. Saavedra MT, Lynch DA. Emerging roles for ct imaging in cystic fibrosis. radiology. 2009;252:327-9.
7. Loeve M, Lequin MH, Bruijne M, Hartmann IJC, Gerbrands K, van Straten M, et al. Thin-Section CT in patients wit cystic fibrosis: correlation with peak exercise capacity and body mass index. Radiology. 2006;240(1):236-45.
8. Fraser MD, Müller N, Colman N, Paré PD. Diagnosis of diseases of the chest. cystic fibrosis. Saunders Company. 1999;3:2298-315.
9. Müller NL, Silva CIS. Specific causes of bronchiectasis. In: Saunders Elsevier. Imaging of the Chest; 2008. p. 1039-1044.
10. Webb WR, Müller NL, Naidich DP. High-resolution CT of the Lung, 3rd ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2001.