



Pulmão hipertransparente unilateral

Edson Marchiori^{1,a}, Bruno Hochhegger^{2,b}, Gláucia Zanetti^{1,c}

Menina, sete anos de idade, chegou na emergência com queixas de dispneia e tosse seca com início há 24 h. No exame físico apresentou sibilos, sem outras anormalidades. A TC de tórax mostrou basicamente hipoatenuação do pulmão esquerdo (Figura 1).

Na maioria das vezes, um pulmão hipertransparente unilateral é primeiramente identificado em uma radiografia de tórax. A dificuldade inicial é definir se a alteração é pulmonar ou extrapulmonar. A TC é superior à radiografia de tórax nesse tipo de avaliação por eliminar a superposição das estruturas torácicas. Causas extrapulmonares incluem fatores técnicos; alterações da parede torácica, como mastectomia, escoliose e síndrome de Poland; e alterações pleurais (pneumotórax). Causas pulmonares podem ser congênitas (enfisema lobar congênito, atresia brônquica e malformação adenomatoide cística) e adquiridas (síndrome de Swyer-James, tromboembolismo massivo, obstrução brônquica parcial, entre outras). É importante ressaltar que a maior parte das etiologias em crianças, mesmo

as congênitas, podem também ser vistas em adultos, uma vez que essas em geral têm evolução benigna, com os pacientes chegando à vida adulta muitas vezes assintomáticos.

A causa mais importante para hipertransparência/ hipoatenuação pulmonar unilateral, pelas suas implicações clínicas, é a obstrução brônquica parcial, fazendo mecanismo valvular obstrutivo. Em crianças, a principal causa é a obstrução por aspiração de corpo estranho (ACE)⁽¹⁾ e, em adultos, a obstrução por processos neoplásicos, particularmente câncer brônquico.⁽²⁾ O pulmão comprometido pode estar com insuflação normal ou hiperinsuflado. A hipoatenuação ocorre apenas em casos de obstrução parcial. Quando a obstrução é total, a tendência do pulmão é sofrer atelectasia. A broncoscopia desempenha um papel fundamental no estudo desses pacientes.

Na nossa paciente, a análise clínica aguda e a presença de sibilos sem antecedentes de asma fez suspeitar de ACE. Na TC, além da presença de hipoatenuação à esquerda, observou-se também a imagem do corpo estranho no interior do brônquio principal esquerdo.

O diagnóstico de ACE nem sempre é fácil, pois, na maior parte dos casos, os pais não presenciaram o acidente e a suspeita deve ser feita com base na história clínica, exame físico e métodos diagnósticos complementares. Contudo, uma parcela dos pacientes pode estar assintomática e sem alterações ao exame físico; além disso, a maioria dos corpos aspirados é radiotransparente. O diagnóstico de ACE deve ser precoce, pois o retardo no seu reconhecimento e tratamento pode determinar sequelas definitivas ou dano fatal. Muitos pacientes são tratados por semanas a meses para doenças respiratórias recorrentes, até que haja suspeita de ACE. Em conclusão, a presença de quadro respiratório agudo associado à hipoatenuação pulmonar ou atelectasia em crianças deve ser um sinalizador para a probabilidade de ACE, determinando a indicação precoce de exame broncoscópico, uma vez que se trata de um método tanto diagnóstico como terapêutico.



Figura 1. TC de tórax com reconstrução coronal mostrando hipoatenuação difusa do pulmão esquerdo. Observar também opacidade com densidade de partes moles no interior do brônquio principal esquerdo.

REFERÊNCIAS

1. Barbosa AJ, Zanetti GR, Marchiori E. Bronchial foreign body in children. The importance of correct diagnosis. *Radiol Bras.* 2016;49(5):340-342.
2. Marchiori E, Hochhegger B, Zanetti G. Opaque hemithorax. *J Bras Pneumol* 2017;43(3):161-161.

1. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ) Brasil.

2. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre (RS) Brasil.

a. <http://orcid.org/0000-0001-8797-7380>; b. <http://orcid.org/0000-0003-1984-4636>; c. <http://orcid.org/0000-0003-0261-1860>