

de saúde nos países em desenvolvimento. No Brasil, em 2012, foram registrados 71.230 casos novos, com taxa de incidência de 36,7/100.000 habitantes para todas as formas da tuberculose⁽¹⁻³⁾. No mesmo ano, no Rio de Janeiro, foram registrados 10.871 casos novos⁽¹⁾.

Após penetrar no organismo pela via respiratória, o *M. tuberculosis* pode instalar-se em qualquer órgão, principalmente se houver queda da imunidade⁽⁴⁾. Existe maior dificuldade no diagnóstico das formas extrapulmonares, com confirmação bacteriológica em cerca de um quarto dos casos, em razão da localização das lesões e por serem paucibacilares. O estudo da imagem geralmente é inespecífico⁽⁴⁾.

A tuberculose óssea é uma doença incomum, acometendo 10–15% dos pacientes com tuberculose⁽⁵⁻⁷⁾. O envolvimento ósseo e articular é mais comum em crianças e idosos. Geralmente, é secundário a disseminação hematogênica, podendo ocorrer também por disseminação linfática ou por contiguidade^(4,5).

O esqueleto todo pode ser afetado, sendo a coluna o local mais comum e o rádio um local de acometimento raro. A clínica, em geral, manifesta-se por lesão monoarticular, sendo frequente o relato de traumatismo envolvendo a articulação afetada. Os achados radiográficos incluem lesões osteolíticas com irregularidade e esclerose circundante. As lesões ósseas com cavidade cística em radiografias são altamente inespecíficas e simulam osteomielite piogênica, infecção fúngica, metástase, osteossarcoma telangiectásico, cisto aneurismático, sarcoidose, granuloma eosinofílico ou cordoma⁽⁸⁻¹⁰⁾. Notavelmente, o diagnóstico é difícil por causa da sua natureza indolente e dos achados inespecíficos, acarretando aumento da morbidade e pior prognóstico^(4,6,11).

Concluindo, a tuberculose óssea, quando acomete locais incomuns, é de difícil diagnóstico e muitas vezes pode ser confundida com tumor, por apresentar semelhantes manifestações clínicas e achados de imagem. O médico deve estar sempre atento a possível causa pelo *M. tuberculosis*, principalmente em áreas endêmicas, e ser cauteloso nos diagnósticos diferenciais, avaliando sempre a necessidade da biópsia, pois o tratamento tardio, ou excessivo, pode causar danos ao paciente.



Enfisema lobar congênito

Congenital lobar emphysema

Sr. Editor,

Paciente do sexo masculino, 41 dias de vida, nascido por parto cesáreo sem complicações, com 38 semanas de gestação. Exames pré-natais normais, em aleitamento materno exclusivo. Encaminhado com história de esforço respiratório progressivo, iniciado sete dias após o nascimento, com piora há três dias. Ausência de febre. Pais referiram atendimentos anteriores com prescrição de nebulização e melhora parcial do quadro. Exame físico de entrada com tiragem subcostal, murmúrio vesicular diminuído à direita e sibilos esparsos à esquerda. Frequência respiratória: 72 irpm; saturação de oxigênio em ar ambiente: 96%. Radiografia do tórax demonstrou hipertransparência direita, com desvio do mediastino para a esquerda (Figura 1A). Tomografia computadorizada (TC) mostrou parênquima do lobo médio hiperinsuflado, com efeito expansivo, deslocando o mediastino para a esquerda (Figuras 1B, 1C e 1D). Foi realizada nebulização com broncodilatador e oxigenoterapia, resultando em melhora clínica e estabilização do quadro. Após cinco dias de internação, recebeu alta assintomático para acompanhamento ambulatorial.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Panorama da tuberculose no Brasil – indicadores epidemiológicos e operacionais. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
2. Hino P, Santos CB, Villa TCS, et al. O controle da tuberculose na perspectiva da vigilância da saúde. *Esc Anna Nery*. 2011;15:417–21.
3. Gupta P, Prakash M, Sharma N, et al. Computed tomography detection of clinically unsuspected skeletal tuberculosis. *Clin Imaging*. 2015;39:1056–60.
4. Lopes JA, Capone D, Mogami R, et al. Tuberculose extrapulmonar: aspectos clínicos e de imagem. *Pulmão RJ*. 2006;15:253–61.
5. Santos FCF, Nascimento ALA, Lira LAS, et al. Bone tuberculosis: a case report on child. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2013;46:249–51.
6. Ye C, Hu X, Yu X, et al. Misdiagnosis of cystic tuberculosis of the olecranon. *Orthopade*. 2017;46:451–3.
7. Prakash J, Aggarwal S, Mehtani AK. Primary tuberculosis of the clavicle. *Orthopedics*. 2014;37:e879–84.
8. Sharma R, Gupta P, Mahajan M, et al. X-ray and computed tomography findings in macrodystrophia lipomatosa of the foot with secondary osteoarthritic changes diagnosed in an elderly female: a case report. *Radiol Bras*. 2017;50:132–4.
9. Reis LM, Duarte ML, Alvarenga SB, et al. Sarcoidosis: when the initial manifestations are musculoskeletal symptoms. *Radiol Bras*. 2018;51:132–3.
10. Costa FM, Canella C, Vieira FG, et al. The usefulness of chemical-shift magnetic resonance imaging for the evaluation of osteoid osteoma. *Radiol Bras*. 2018;51:156–61.
11. Dhillon MS, Aggarwal S, Prabhakar S, et al. Tuberculosis of the foot: an osteolytic variety. *Indian J Orthop*. 2012;46:206–11.

Vanessa Maria Terra Gomes^{1,a}, Teresa Cristina Sarmet dos Santos^{1,b}, Luis Alcides Quevedo Cañete^{1,c}, Caroline Figueira^{1,d}, Rebeca Albuquerque^{1,e}

1. Complexo Hospitalar de Niterói (CHN), Niterói, RJ, Brasil.

Correspondência: Dra. Vanessa Maria Terra Gomes. Complexo Hospitalar de Niterói. Rua La Salle, 12, Centro. Niterói, RJ, Brasil, 24020-096. E-mail: nessa_terra@hotmail.com.

a. <https://orcid.org/0000-0001-7883-8821>; b. <https://orcid.org/0000-0002-0032-1328>; c. <https://orcid.org/0000-0001-6265-5342>; d. <https://orcid.org/0000-0002-3403-2153>; e. <https://orcid.org/0000-0002-4682-7631>.

Recebido para publicação em 7/7/2017. Aceito, após revisão, em 11/8/2017.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2017.0114>

Enfermidades congênitas têm sido assunto de publicações recentes na área da radiologia⁽¹⁻⁴⁾. O enfisema lobar congênito é uma malformação pulmonar rara cuja principal causa é provavelmente uma deficiência no desenvolvimento das cartilagens brônquicas. Causas menos comuns incluem compressão extrínseca da via aérea, geralmente por estenose brônquica idiopática, tampão mucoso ou malformações vasculares. No entanto, em aproximadamente metade dos casos não há uma causa definida⁽⁵⁻¹⁰⁾.

O enfisema lobar congênito é caracterizado por hiperinsuflação lobar progressiva, por aprisionamento aéreo de uma via aérea colapsada, resultando em distensão do lobo e provocando efeito de massa que comprime os demais lobos e desvia o mediastino^(6,7). Não há destruição dos alvéolos⁽¹¹⁾. O lobo superior esquerdo está envolvido em 42,2% dos casos, o lobo médio direito em 35,3%, o lobo superior direito em 20,7% e os lobos inferiores em menos de 1%^(11,12). Sua apresentação clínica varia desde leve disfunção ventilatória até insuficiência respiratória aguda. A maioria dos pacientes apresenta sintomas antes dos seis meses de vida e é diagnosticada dentro do primeiro mês, com quadro de moderado grau de disfunção respiratória após o nascimento, e piora progressiva devido ao aumento da hiperinsuflação pulmonar. Alguns podem permanecer assintomáticos por anos^(5,10,11).

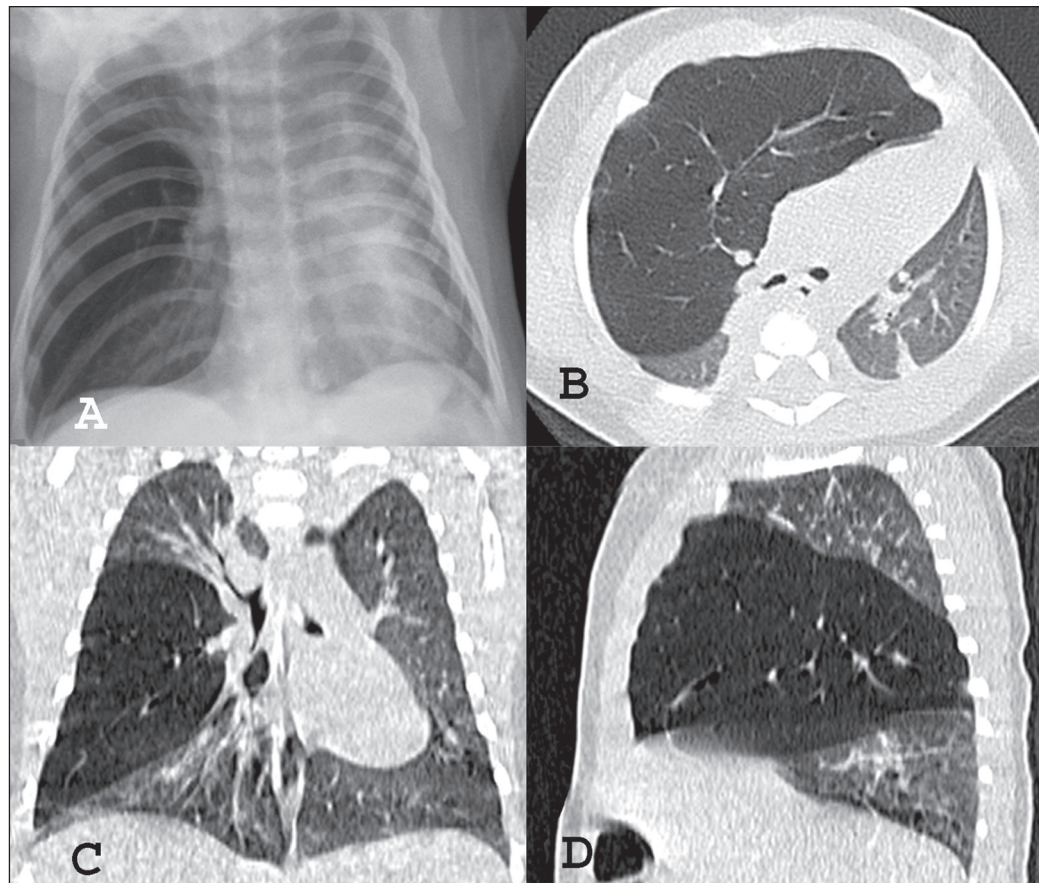


Figura 1. Radiografia do tórax em anteroposterior (A) demonstrando hipertransparência do hemitórax direito com desvio do mediastino para a esquerda. TC de tórax sem contraste, em cortes axial (B), coronal (C) e sagital (D), mostrando a hiperinsuflação do lobo médio e o efeito expansivo sobre as estruturas mediastinais.

O diagnóstico geralmente é suspeitado em uma criança com quadro de insuficiência respiratória cuja radiografia do tórax revela um lobo pulmonar hiperinsuflado, às vezes com herniação pulmonar para o hemitórax contralateral, e desvio mediastinal contralateral^(7,10). A TC é uma excelente modalidade de imagem para excluir massa hilar subjacente ou processo brônquico intraluminal. Além disso, pode delinear e localizar precisamente a lesão, o que é particularmente útil para a avaliação pré-operatória. A TC geralmente mostra o lobo hiperinsuflado e o feixe broncovascular atenuado, que corre na periferia dos alvéolos expandidos^(10,11). O diagnóstico diferencial inclui pneumatoceles, pneumotórax, atelectasia pulmonar e hipoplasia pulmonar, entre outras causas.

O enfisema lobar congênito geralmente é considerado uma lesão cirúrgica, sendo a lobectomia o tratamento de escolha em pacientes sintomáticos^(5,10). Para pacientes que demonstram dificuldade respiratória leve, o tratamento pode ser o conservador⁽⁷⁾.

REFERÊNCIAS

1. Werner H, Daltro P, Fazecas T, et al. Prenatal diagnosis of sirenomelia in the second trimester of pregnancy using two-dimensional ultrasound, three-dimensional ultrasound and magnetic resonance imaging. *Radiol Bras.* 2017;50:201–2.
2. Duarte ML, Silva AQP, Alvarenga SB, et al. Giant cyamella: a rare sesamoid bone. *Radiol Bras.* 2017;50:270–1.
3. Duarte ML, Duarte ER, Solorzano DB, et al. Spondylometaphyseal dysplasia: an uncommon disease. *Radiol Bras.* 2017;50:63–4.
4. Niemeyer B, Muniz BC, Gasparetto EL, et al. Congenital Zika syndrome and neuroimaging findings: what do we know so far? *Radiol Bras.* 2017;50:314–22.
5. Hochegger B, Irion KL, Andrade CF, et al. Congenital lobar emphysema: the role of multislice computed tomography with virtual bronchoscopy in the differential diagnosis with bronchial foreign bodies. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2012;269:2015–6.
6. Nayar PM, Thakral CL, Sajwani MJ. Congenital lobar emphysema and sequestration—treatment by embolization. *Pediatr Surg Int.* 2005;21:727–9.
7. Biyyam DR, Chapman T, Ferguson MR, et al. Congenital lung abnormalities: embryologic features, prenatal diagnosis, and postnatal radiologic-pathologic correlation. *Radiographics.* 2010;30:1721–38.
8. Wright C. Congenital malformations of the lung. *Current Diagnostic Pathology.* 2006;12:191–201.
9. Maiya S, Clarke JR, More B, et al. Bilateral congenital lobar emphysema: how should we proceed? *Pediatr Surg Int.* 2005;21:659–61.
10. Reiss I, van de Ven CP, Tibboel D. Congenital lung malformations. Diagnostic and therapeutic approaches. *Intensivmed.* 2008;45:12–8.
11. Wasilewska E, Lee EY, Eisenberg RL. Unilateral hyperlucent lung in children. *AJR Am J Roentgenol.* 2012;198:W400–14.
12. Stigers KB, Woodring JH, Kanga JF. The clinical and imaging spectrum of findings in patients with congenital lobar emphysema. *Pediatr Pulmonol.* 1992;14:160–70.

Tiago Kojun Tibana^{1,a}, Denise Maria Rissato Camilo^{1,b}, Thiago Franchi Nunes^{1,c}, Edson Marchiori^{2,d}

1. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campo Grande, MS, Brasil. 2. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Correspondência: Dr. Edson Marchiori. Rua Thomaz Cameron, 438, Valparaíso. Petrópolis, RJ, Brasil, 25685-120. E-mail: edmarchiori@gmail.com.

a. <https://orcid.org/0000-0001-5930-1383>; b. <https://orcid.org/0000-0002-9016-8610>; c. <https://orcid.org/0000-0003-0006-3725>; d. <https://orcid.org/0000-0001-8797-7380>.

Recebido para publicação em 14/8/2017. Aceito, após revisão, em 14/9/2017.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2017.0138>