



Espessamento peribroncovascular

Edson Marchiori¹ , Bruno Hochhegger² , Gláucia Zanetti¹ 

Homem, 48 anos, com história de tosse seca seguida de dispnéia a grandes esforços e emagrecimento de 4 kg há cinco meses. Realizada TC de tórax que demonstrou espessamento peribroncovascular difuso (Figura 1).

A distribuição principalmente peribroncovascular representa um padrão identificável na TC, tendo como causas afecções relacionadas com as vias aéreas, artérias pulmonares e vasos linfáticos do interstício central ou axial.

Os brônquios e as artérias pulmonares são circundados e envolvidos por uma bainha de tecido conjuntivo, denominada interstício peribroncovascular (IPBV), estendendo-se dos hilos pulmonares até a periferia do

pulmão. O espessamento do IPBV pode ser observado em uma ampla variedade de doenças. O aspecto na TC pode ser liso, nodular ou irregular, dependendo da causa subjacente. Muitas das doenças que afetam o IPBV são condições que apresentam predileção por vias linfáticas, como sarcoidose, linfangite carcinomatosa e doenças linfoproliferativas, especialmente os linfomas. Existem outras afecções que comprometem principalmente o IPBV sem uma distribuição perilinfática predominante, como edema pulmonar hidrostático, granulomatose de Wegener e pneumonia em organização, entre outras. Em pacientes imunodeficientes, o sarcoma de Kaposi deve ser lembrado.^(1,2)

A correlação dos achados de imagem com os aspectos clínicos e laboratoriais é fundamental para o diagnóstico correto do paciente. Quando o comprometimento peribroncovascular é identificado na TC, informações clínicas específicas e achados de imagem associados podem ajudar a estreitar o diagnóstico diferencial. Deve ser ressaltado que a distribuição peribroncovascular das lesões permite elevados percentuais de positividade na biópsia transbrônquica.

Na sarcoidose, o espessamento do IPBV em geral assume aspecto nodular, determinado pela presença de granulomas. Frequentemente se acompanha de nódulos em outras regiões perilinfáticas, como as superfícies pleurais. Na linfangite carcinomatosa, doença também de distribuição perilinfática, além dos nódulos subpleurais, é comum o espessamento nodular de septos interlobulares. A presença de um tumor primário conhecido pode ajudar na suspeição diagnóstica. Nos linfomas, outros achados associados, como consolidações, nódulos/massas ou linfonodomegalias, podem orientar o diagnóstico. A pneumonia em organização pode ser primária ou secundária. Quando secundária, o conhecimento de processos prévios, por exemplo, infecções, pode ajudar no diagnóstico. Na granulomatose de Wegener, os exames laboratoriais, especialmente a positividade do *antineutrophil cytoplasmic antibody*, direciona o diagnóstico.^(1,2)

Nosso paciente apresentava linfonodomegalias em diferentes cadeias. Foi realizada biópsia transbrônquica, e o diagnóstico final foi linfoma pulmonar.

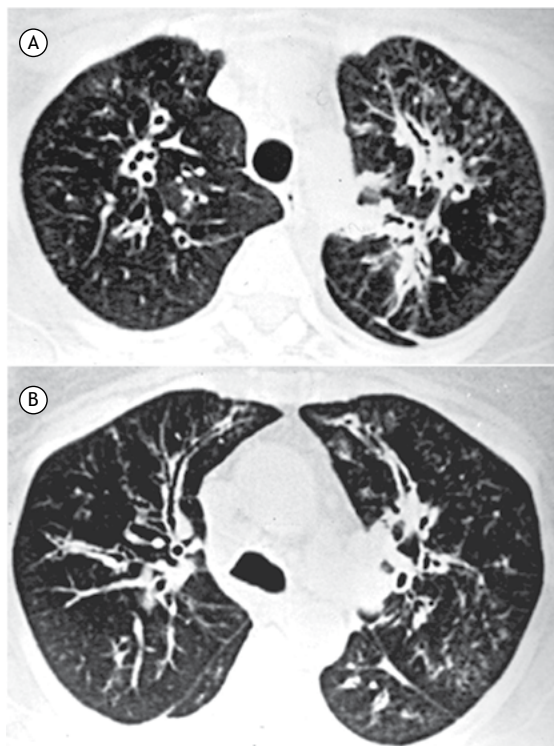


Figura 1. TC de tórax com cortes axiais nos lobos superiores mostrando acentuado espessamento do interstício peribroncovascular bilateral.

REFERÊNCIAS

1. Castañer E, Gallardo X, Pallardó Y, Branera J, Cabezuolo MA, Mata JM. Diseases affecting the peribronchovascular interstitium: CT findings and pathologic correlation. *Curr Probl Diagn Radiol.* 2005;34(2):63-75. <https://doi.org/10.1067/j.cpradiol.2004.12.002>
2. Ko JP, Girvin F, Moore W, Naidich DP. Approach to Peribronchovascular Disease on CT. *Semin Ultrasound CT MR.* 2019;40(3):187-199. <https://doi.org/10.1053/j.sult.2018.12.002>

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.