



Opacidades em vidro fosco associadas a cistos pulmonares

Edson Marchiori¹ , Bruno Hochhegger² , Gláucia Zanetti¹ 

Homem, 28 anos, queixando-se de febre, tosse e dispneia progressiva há três dias. A TC de tórax evidenciou opacidades em vidro fosco difusas, com cistos pulmonares de permeio (Figura 1).

Opacidade em vidro fosco é talvez o padrão anormal mais frequentemente observado em TC de tórax em doenças pulmonares, sendo extremamente inespecífica. O diagnóstico diferencial de cistos pulmonares é mais limitado, porém ainda abrange um número considerável de doenças.^(1,2) Quando existe a associação desses dois padrões, a lista de possibilidades diagnósticas fica bastante reduzida.

Embora a associação de opacidades em vidro fosco e cistos pulmonares possa eventualmente ser vista em pneumonia intersticial descamativa e pneumonite por hipersensibilidade, os cistos nessas doenças são achados raros e, em geral, pouco numerosos. A história de contato especialmente com pássaros ou fungos pode orientar para o diagnóstico de pneumonite por hipersensibilidade.

Metástases pulmonares hemorrágicas e pseudocistos pulmonares traumáticos também podem se apresentar com aspectos de imagem semelhantes quando associados à hemorragia pulmonar. A história clínica é em geral suficiente para levantar a suspeição diagnóstica dessas duas doenças.

As duas condições que mais frequentemente podem se apresentar com a associação desses dois padrões são a pneumonia intersticial linfocítica e a pneumonia por *Pneumocystis jirovecii* (pneumocistose).

A pneumonia intersticial linfocítica comumente está associada à infecção por HIV e/ou pelo vírus Epstein-Barr e outras imunodeficiências. Dentre as doenças sistêmicas, se destacam a síndrome de Sjögren e o lúpus eritematoso sistêmico. As principais manifestações clínicas incluem dispneia, tosse, perda de peso e dor torácica. A TC em geral mostra uma combinação de opacidades em vidro fosco, consolidação, espessamento peribroncovascular, nódulos mal definidos e cistos. Os cistos são pouco numerosos e distribuídos difusamente.

A pneumocistose ocorre particularmente em pacientes imunossuprimidos (infecção pelo vírus HIV, transplantados de medula óssea e pacientes em uso de imunossuppressores). Os sintomas são insidiosos, como tosse não produtiva, febre baixa e dispneia, e casos não tratados podem evoluir para insuficiência respiratória e óbito. A associação da história, exame físico, presença de linfopenia e níveis séricos elevados de desidrogenase láctica auxiliam o diagnóstico. O fungo pode ser identificado no escarro e no lavado broncoalveolar. Os achados tomográficos incluem opacidades em vidro fosco extensas, com ou sem espessamento septal. Os cistos são relativamente comuns e tendem a ter uma predileção pelos lobos superiores. O derrame pleural é muito raro.

Nosso paciente apresentou um quadro de infecção pulmonar com rápida evolução, hipoxemia e níveis séricos elevados de desidrogenase láctica. Nessas circunstâncias, a hipótese mais provável foi pneumocistose. O paciente foi submetido ao teste de HIV, que foi positivo. O lavado broncoalveolar mostrou presença de *P. jirovecii*, confirmando o diagnóstico.

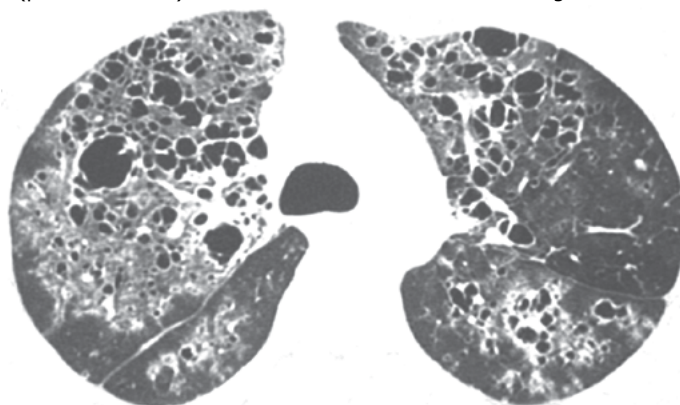


Figura 1. TC de tórax com corte axial no nível dos lobos superiores mostrando opacidades em vidro fosco difusas em ambos os pulmões, com múltiplas formações císticas de permeio.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira Francisco FA, Soares Souza A Jr, Zanetti G, Marchiori E. Multiple cystic lung disease. Eur Respir Rev. 2015;24(138):552-564. <https://doi.org/10.1183/16000617.0046-2015>
2. Baldi BG, Carvalho CRR, Dias OM, Marchiori E, Hochhegger B. Diffuse cystic lung diseases: differential diagnosis. J Bras Pneumol. 2017;43(2):140-149. <https://doi.org/10.1590/S1806-37562016000000341>

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.