

EXPRESSÃO RADIOLÓGICA ATÍPICA DE TUBERCULOSE PULMONAR

Imagens Nodulares em *Largada de Balões*

PILAR AZEVEDO, J. L. DUCLA-SOARES

Serviço de Pneumologia e de Medicina 3. Hospital de Santa Maria/Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa.

RESUMO

O estudo radiológico do tórax constitui, no contexto da tuberculose pulmonar, um importante elemento de diagnóstico e orientação terapêutica, podendo, contudo, a expressão radiológica desta entidade clínica assumir aspectos muito variáveis. No presente trabalho são apresentados três casos de tuberculose pulmonar com expressão radiológica nodular, pseudo-tumoral, em «largada de balões». Com base na análise da literatura e na experiência dos autores tecem-se algumas considerações sobre a frequência de apresentação do referido padrão radiológico no contexto desta entidade nosológica e sobre a eventual correlação entre esta forma de apresentação radiológica e o estado de imunocompetência do doente, a patogenicidade do bacilo e a forma de expressão clínica da doença.

SUMMARY

Atypical Radiologic Findings in Pulmonary Tuberculosis

Chest radiographs are an important tool for the diagnosis and follow-up. Yet the radiographic findings can vary significantly, ranging from the so-called usual to unusual patterns. In this paper the authors report three cases of pulmonary tuberculosis in which the chest radiographs showed a nodular, pseudo-tumoral pattern. Based on literature and on their own experience, the authors discuss the frequency of this radiologic presentation in this setting and its correlation with the immunological status of the patient, the pathogenicity of *Mycobacterium tuberculosis* and the clinical presentation of the disease.

INTRODUÇÃO

Largamente prevalente em todo o Mundo, a tuberculose é ainda hoje um importante problema de Saúde Pública, que entre nós assume dimensões efectivamente importantes, se considerarmos que Portugal é o país europeu com mais elevada taxa de incidência desta doença.

O estudo radiológico do tórax constitui, no contexto da tuberculose pulmonar um elemento precioso e imprescindível de diagnóstico e orientação terapêutica, permitindo observar a presença de lesões e avaliar a sua evolução.

No entanto, a expressão radiológica desta entidade clínica assume aspectos muito variáveis, podendo ser incluída no diagnóstico diferencial de quase todas as imagens radiológicas do tórax.

No presente trabalho os autores apresentam três casos clínicos de tuberculose que tiveram como expressão radiológica um padrão nodular, pseudo-tumoral em *largada de balões*.

CASO CLÍNICO 1

Doente de 68 anos, com Mastocitose Sistémica diagnosticada com base no estudo histológico de biópsias de

lesões nodulares cutâneas, ósseas, hepáticas e pleurais, medicado com ketotifeno.

No decurso da evolução clínica o doente veio a apresentar alterações no exame radiológico convencional do tórax, que foram melhor caracterizadas por tomografia axial computadorizada e que se traduziam por imagens de hipotransparência nodulares bilaterais associadas a pequeno derrame pleural à esquerda (*Figuras 1 e 2*).

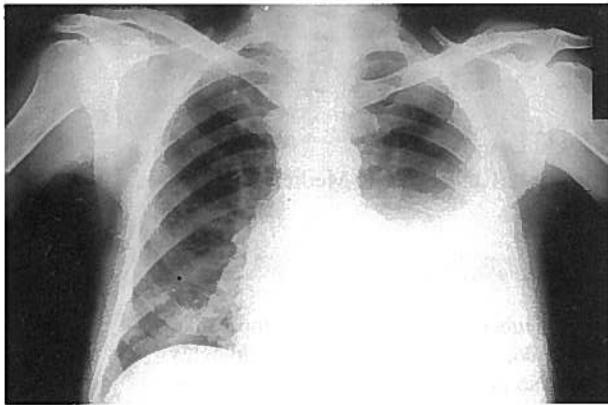


Fig. 1

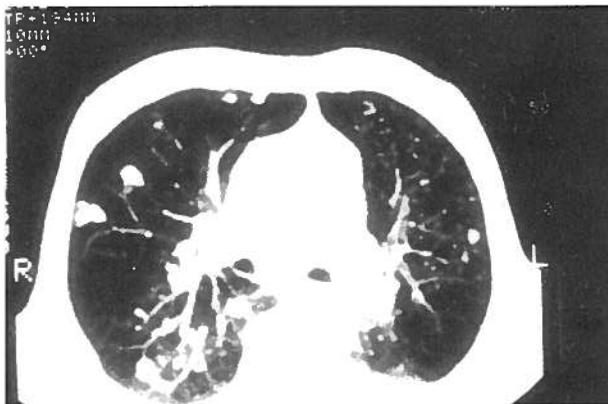


Fig. 2

Estas alterações radiológicas não eram acompanhadas de sintomatologia referente ao aparelho respiratório.

Apesar da terapêutica a evolução da doença de base foi progressiva e rapidamente fatal, tendo o estudo necrópsico vindo a demonstrar no tecido pulmonar a presença de granulomas epitelióides com necrose de caseificação sugestivos de tuberculose em actividade.

CASO CLÍNICO 2

Doente de 27 anos que recorre ao médico assistente por um quadro de amigdalite pultácea para o qual foi medicado com amoxicilina oral com melhoria sintomática. Na história clínica a doente referia, contudo, queixas de tosse seca persistente que mantinha há cerca de quatro meses.

Dez dias após esta observação volta a recorrer ao

médico por reaparecimento de febre alta. No exame objectivo apenas era valorizável a existência de uma adenopatia cervical, dolorosa à palpação não aderente aos planos superficiais e profundos e com cerca de 2 cm de diâmetro.

O exame radiológico do tórax revelava a existência de múltiplas imagens de hipotransparência homogêneas nodulares, bilaterais, de contornos mais ou menos bem definidos e de dimensões variáveis. (*Figuras 3 e 4*)

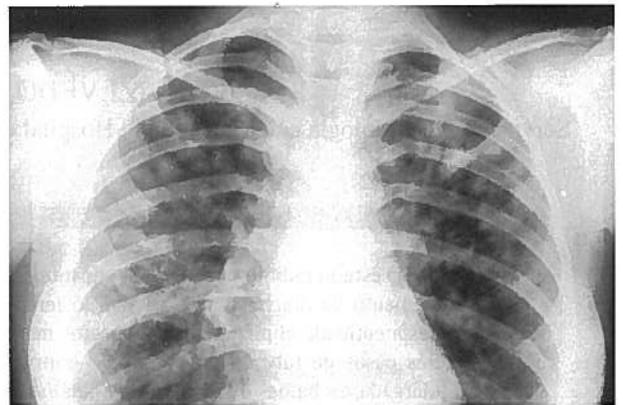


Fig. 3

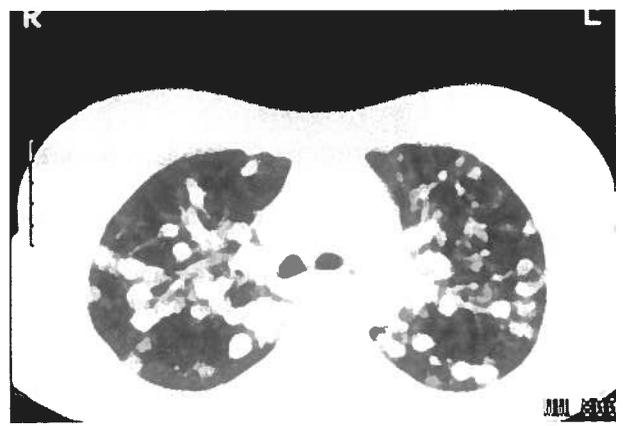


Fig. 4

Para esclarecimento da situação foi realizada biópsia da adenopatia referida que revelou a presença de granulomas epitelióides com necrose de caseificação fortemente sugestivo de tuberculose em actividade.

Face ao diagnóstico de tuberculose ganglionar e provável tuberculose pulmonar a doente iniciou terapêutica antimicobacteriana com total regressão da sintomatologia clínica e das imagens radiológicas.

CASO CLÍNICO 3

Mulher de 55 anos com antecedentes de Lúpus Eritematoso Disseminado com cerca de três anos de evolução, medicada há vários meses com deflazacort na dose de 30 mg/dia.

Internada para esclarecimento de um quadro de deterioração progressiva do estado geral e tosse seca acompanhada de alterações no exame radiológico do tórax que se traduziam por múltiplas imagens de hipotransparência, nodulares com cerca de 1 cm de diâmetro, relativamente homogêneas, de contornos irregulares e mal definidos, localizadas em ambos os campos pulmonares com predomínio nos andares inferiores e 1/3 externo. (Figuras 5 e 6)

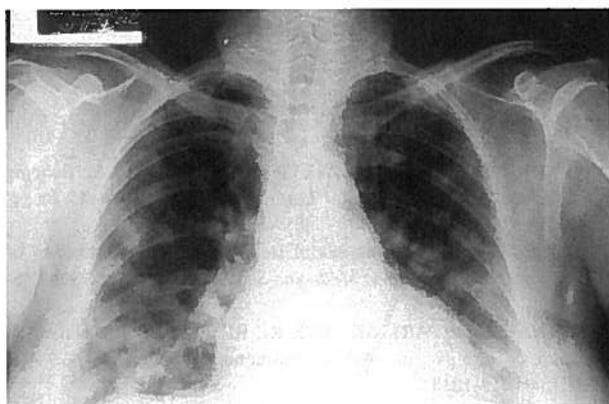


Fig. 5

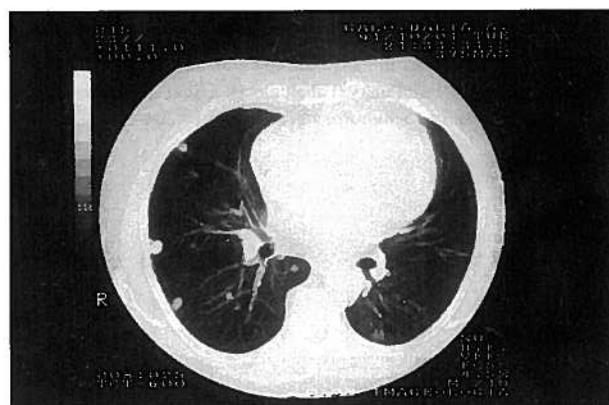


Fig. 6

Para esclarecimento da situação a doente realizou broncofibroscopia na qual não se identificaram lesões endobrônquicas. As biópsias brônquicas iterativas realizadas apenas demonstraram a existência de um processo inflamatório inespecífico. A pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes em exame directo do macerado da biópsia foi negativo assim como os exames culturais em meio de Loewenstein Jensen.

O exame citológico das secreções brônquicas não identificou a presença de células neoplásicas e os exames bacteriológicos directos e culturais com pesquisa de *Mycobacterium Tuberculosis* foram também negativos.

O estudo prosseguiu com a realização de Pleuroscopia na qual se identificou a existência de lesões nodulares na

superfície pulmonar que foram biopsadas e cujo exame histológico revelou tratarem-se de granulomas epitelióides sem caseificação.

A intradermo reacção de Mantoux a 2 U foi positiva com uma induração de 30 mm.

Face ao quadro clínico, à positividade da prova de tuberculina, à persistência de parâmetros inflamatórios de fase aguda e à identificação de granulomas na biópsia pulmonar foi colocada a hipótese diagnóstica de tuberculose pulmonar tendo-se iniciado prova terapêutica com 3 antimicobacterianos no esquema padronizado (isoniazida, rifampicina e pirazinamida).

Quatro semanas após a instituição desta terapêutica verificou-se franca melhoria clínica com regressão da febre, recuperação do estado geral e evidente melhoria radiológica com diminuição do número, tamanho e densidade das lesões nodulares existentes, que vieram a desaparecer completamente no decurso dos seis meses de terapêutica antimicobacteriana.

DISCUSSÃO

A apresentação de três casos de tuberculose pulmonar com expressão radiológica pseudo-tumoral em *largada de balões* merece-nos algumas considerações.

Na semiologia radiológica o padrão nodular é caracterizado pela presença de imagens de hipotransparência pulmonar arredondadas designadas por nódulos.

A investigação etiológica de um padrão nodular impõe o reconhecimento das múltiplas patologias capazes de terem este tipo de expressão radiológica e em que se destaca como mais frequente a disseminação metastática pulmonar¹.

Contudo, a literatura regista que o padrão nodular, com expressão variando desde o miliar ao pseudo-tumoral, se regista em cerca de 6% dos casos de tuberculose pulmonar².

Hadloch et al num estudo realizado em 1500 adultos com tuberculose pulmonar, por um período de seis anos, incluiu o padrão nodular pseudo-tumoral no grupo das formas de expressão radiológica pouco frequentes no contexto da tuberculose pulmonar³.

A análise de estudos realizados por outros grupos envolvendo largas séries de doentes⁴⁻⁶ demonstra também que este tipo de expressão radiológica no contexto da tuberculose é raro, podendo, contudo, a frequência desta apresentação variar bastante consoante as séries, alcançando valores que oscilam entre 3 e 25%.

Várias poderão ser as causas responsáveis por esta variação, mas pensamos ser razoável considerar que o processo de selecção da amostra poderá ser o factor mais

importante a condicionar os resultados. Assim, os doentes estudados em centros de referência pneumológicos representam uma população seleccionada com formas de tuberculose de difícil diagnóstico, nas quais a frequência de padrões de apresentação radiológica pouco comuns será provavelmente maior.

No Serviço de Pneumologia do Hospital de Santa Maria, nos últimos 20 anos só foi registado um caso de tuberculose com expressão radiológica dita em *largada de balões* e que foi apresentado no presente trabalho.

No diagnóstico diferencial há a considerar que os nódulos pulmonares podem ser de natureza alveolar ou intersticial. Os primeiros têm habitualmente limites imprecisos e uma marcada tendência para a confluência, variando rapidamente de dimensões, por oposição aos últimos que se restringem ao compartimento intersticial, apresentando limites bem definidos e pouca tendência para confluirem. No entanto, na prática, esta distinção não é tão nítida, sendo difícil, pela exclusiva observação do exame radiológico, determinar a natureza das imagens. De referir também que alguns nódulos podem ser de origem brônquica ou vascular.

A repartição topográfica das imagens poderá também orientar o diagnóstico se considerarmos que o predomínio das lesões nas regiões inferiores dos campos pulmonares bem vascularizadas sugere disseminação hematogénea de um processo tumoral ou infeccioso, enquanto que o predomínio de lesões num território bem

definido lobar ou segmentar é indicador de um processo de disseminação broncogénica.

De facto, o padrão nodular pseudo-tumoral no contexto da tuberculose parece surgir nos casos de disseminação broncogénica a partir de um foco parenquimatoso ou ganglionar.^{1,2}

Conclui-se referindo que na análise dos estudos realizados com largas séries de doentes não foi encontrada referência à existência de uma correlação significativa entre este padrão radiológico e o grau de imunocompetência do doente, a patogeneidade do bacilo ou a forma de expressão clínica da doença.

BIBLIOGRAFIA

1. ARMSTRONG P, WILSON AG, DEE G: Tuberculosis, In: *Imaging of diseases of the Chest. St. Louis, Mosby Year Book, Inc., 1ª edição*, 1990:128-132
2. GRENIER P: Syndrome nodulaire, In: *Imagerie thoracique de l'Adulte. Paris, Flammarion Médecine-Sciences, 1ª edição*, 1990:218-221
3. HADLOCK FP, PARK SK, AWE RJ, RIVERA M: Unusual radiographic findings in Adult Pulmonary Tuberculosis. *AJR* 1990;134:1015-1018
4. MILLER WT, MACGREGOR RR: Tuberculosis: Frequency of unusual radiographic finding. *AJR* 1978;130:867-875
5. KAHN MA, KOUNAT DM, BACHUS B, WHITCOMB ME, BRODY JS, SNIDER GL: Clinical and roentgenographic spectrum of Pulmonary Tuberculosis in the Adult. *Am J Med* 1977 ;62:31-38
6. PALMER PES: Pulmonary Tuberculosis: Usual and unusual radiographic presentation. *Semin Roentgenol* 1979;14:204-243