



## Pulmão hipertransparente unilateral

Edson Marchiori<sup>1,a</sup>, Bruno Hochhegger<sup>2,b</sup>, Gláucia Zanetti<sup>1,c</sup>

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)<sup>(1)</sup> e, em adultos, a obstrução por processos neoplásicos, particularmente câncer brônquico.<sup>(2)</sup> 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>