



Espessamento da parede traqueal

Edson Marchiori¹, Bruno Hochhegger², Gláucia Zanetti¹

Paciente feminina, 63 anos, queixando-se de poliartrite recorrente há mais de 1 ano, com aparecimento de tosse seca há 3 meses. Os exames laboratoriais estavam normais. O exame físico mostrava deformidade em ambas as orelhas, com sinais inflamatórios. A TC de tórax evidenciava espessamento difuso das paredes da traqueia e dos brônquios principais (Figura 1). O parênquima pulmonar era normal.

O espessamento difuso da parede traqueal tem um número grande de possíveis etiologias — amiloidose; policondrite recidivante (PR); traqueopatia osteocondróplastica (TOC); infecções, como tuberculose, paracoccidiodomicose e rinoscleroma; granulomatose com poliangeíte; sarcoidose; linfomas; dentre outras. Algumas características de imagem podem ser úteis para

estrear o diagnóstico diferencial, como a presença de calcificações, e definir se o acometimento é de toda a circunferência da traqueia ou se a lesão preserva a parede membranosa posterior, acometendo apenas a porção cartilaginosa. No caso apresentado, duas características chamam a atenção no exame tomográfico: o espessamento parietal apresenta calcificações em toda a sua extensão longitudinal, e a porção membranosa posterior da parede traqueal está preservada.

Calcificações nas paredes traqueais podem ser observadas em pacientes saudáveis, relacionadas à senilidade. Contudo, calcificações associadas ao espessamento parietal podem ser vistas em amiloidose, TOC e PR. Na amiloidose, o comprometimento é circunferencial, envolvendo também a parede membranosa posterior. Desta forma, o diagnóstico diferencial no caso apresentado fica restrito a duas doenças: TOC e PR.

A TOC é uma doença de etiologia desconhecida, que se caracteriza pela formação de pequenas nodulações submucosas, em geral calcificadas, fazendo protrusão para a luz traqueal. É uma doença restrita à árvore traqueobrônquica. Pode ser assintomática, ou cursar com tosse, dispneia, sibilos ou, eventualmente, hemoptise.

A PR é caracterizada por episódios recorrentes, potencialmente graves, de inflamação nos tecidos cartilagosos, incluindo a cartilagem das orelhas, do nariz, das articulações periféricas e da árvore traqueobrônquica. Os sintomas das vias aéreas incluem dispneia progressiva, tosse, estridor e rouquidão, que ocorrem pela destruição e fibrose dos anéis cartilagosos laríngeos e traqueais, criando colapso luminal, e também pelo estreitamento das vias aéreas devido a inflamação e fibrose cicatricial.

Nossa paciente apresentava, além das alterações tomográficas traqueobrônquicas características, um quadro de artropatia soronegativa e condrite auricular. Com esses elementos, o diagnóstico de PR foi firmado. Na maioria dos casos, a biópsia não é necessária para a confirmação diagnóstica.

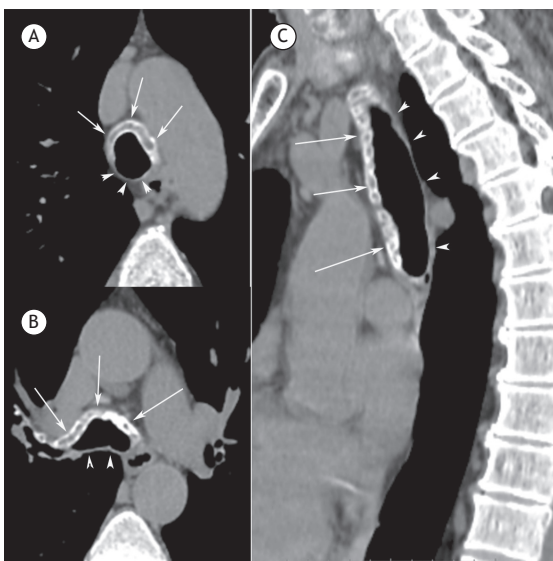


Figura 1. TCs em corte axial (em A e B) e reconstrução coronal (em C) mostrando espessamento difuso da parede anterior da traqueia e dos brônquios principais, com calcificações (setas). Notar que a parede posterior (cabeças de seta) está preservada.

LEITURA RECOMENDADA

1. Marchiori E, Pozes AS, Souza Junior AS, Escussato DL, Irion KL, Araújo Neto Cd, et al. Diffuse abnormalities of the trachea: computed tomography findings. J Bras Pneumol. 2008;34(1):47-54. <https://doi.org/10.1590/S1806-37132008000100009>

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.