

SARCOIDOSE. REVISÃO DOS ACHADOS RADIO-LÓGICOS — APRESENTAÇÃO DE UM CASO

Dr. Darcy de Oliveira Ilha *

A publicação do presente caso, assim como a revisão dos achados radiológicos, acha-se plenamente justificada, diante da pequena frequência do diagnóstico desta moléstia no nosso meio.

As lesões descritas radiologicamente tem sido encontradas nos gânglios do mediastino, nos pulmões ou nos ossos.

O que relataremos apresenta lesões do parênquima pulmonar, dos linfáticos mediastino-pulmonares e dos ossos.

Quadro intra-torácico:

A histopatologia da Sarcoidose pulmonar consiste na presença de numerosos tubérculos, sem material caseoso e localizados nas porções que cercam a adventícia das pequenas artérias dos septos inter-alveolares. Estas modificações são acompanhadas por graus variáveis de degeneração fibrosa, que pode ir até a obliteração dos capilares.

Os gânglios e vasos linfáticos apresentam invasão mais ou menos acentuada por esses tubérculos não caseosos, fibrose e aumento de volume.

Radiologicamente as manifestações da Sarcoidose são bastante variáveis, o que se deve em parte, as múltiplas fases de evolução da moléstia, com graus diferentes de comprometimento pulmonar ou linfático.

Descrevem-se:

Lesões isoladas dos pulmões, que podem ser constituídas por: granulações finas, miliares, difusas; granulações médias e grossas (grandes nódulos), também difusas; sombras exsudativas de tipo bronco-pneumônico ou confluentes de tipo pneumônico; imagens lineares, grosseiras, devidas a linfangite, linfedema ou fibrose.

Lesões isoladas dos linfáticos, constituídas por adenopatias que atingem mais frequentemente os intra-pulmonares (interlobares) e os peritraqueobronquicos.

Lesões associadas, pulmonares e lin-

fáticas, nas quais ao lado das adenopatias há o comprometimento difuso dos pulmões.

As adenopatias são em geral bi-laterais e comprometem os gânglios das cadeias intra-pulmonares (interlobares, que se projetam sobre os hilos) e os peri-traqueobronquicos, dos quais são mais aparentes os para-traqueais direitos.

Embora se encontre na literatura a afirmação de que as formas mais precoces são as de lesões parenquimatosas miliares, na revisão de Henry Garland, verifica-se que a associação de lesões pulmonares e ganglionares é a forma inicial mais frequente.

São relatadas formas precoces constituídas por lesões parenquimatosas difusas de pequenos nódulos; parenquimatosas difusas ou localizadas de grandes nódulos; lesões parenquimatosas com adenopatias hilares e para-traqueais ou somente adenopatias hilares e para-traqueais.

Devem entrar no diagnóstico diferencial várias entidades: doenças pulmonares de tipo miliar (tuberculose, carcinomatose, blastomicose, pneumoconiose, leucemia, broncopneumonias, congestão passiva crônica, etc.); doenças pulmonares com infiltração e fibrose (tuberculose fibrosa, linfoblastomas, pneumonite post-irradiação, etc.); doenças com adenopatia hilar ou do mediastino (adenopatia tuberculosa, linfoblastomas, em especial o de Hodgkin, etc.). Algumas destas podem ser afastadas, desde logo, pela realização de controles radiológicos sucessivos. Em outras o quadro clínico, as investigações laboratoriais, as provas cutâneas, são os meios que fornecerão a pista correta. Em não raras circunstâncias é o exame histo-patológico elemento decisivo.

Em um paciente aparentemente bem, o achado de adenopatias hilares bi-laterais e

* Assistente voluntário da 2.^a Cadeira de Clínica Cirúrgica (Radiologia) — Diretor do Gabinete de Radiologia Provedor G. Borges da Santa Casa de P. Alegre.

para-traqueais direitas, assim como o de lesões pulmonares difusas, de tipo miliar, sem calcificação, é altamente sugestivo de sarcoidose.

O quadro radiológico pode manter-se estacionário, progredir ou regredir sem causa aparente. Em alguns a evolução se faz para a fibrose intersticial, difusa, com comprometimento cardíaco.

Mallory em recente revisão da patogenia da fibrose pulmonar, admite a possibilidade, de que em considerável número de casos de fibrose intersticial, a causa se ache em um processo granulomatoso, formado por tubérculos miliares sem caseificação e encontrado nas paredes alveolares (sarcoidose).

Quadro ósseo:

Os achados histo-patológicos do sarcoidose do osso são iguais aos de outras porções do corpo. Tubérculo de células epitelioides, gigantes e linfócitos. A ausência de necrose caseosa constitui o elemento significativo na diferenciação com a tuberculose. Os dados fornecidos pelo exame histo-patológico não são porém definitivos, como o diz Michelson: "nem o tipo de células, sua distribuição, a presença ou ausência de necrose, nem a descoberta de corpos especiais como os encontrados por Schaumann, permitem ao patologista uma afirmação categórica".

O exame microscópico permite o diagnóstico de estrutura encontrada no sarcoidose, mas o diagnóstico de sarcoidose cabe à apreciação do conjunto de dados de cada caso.

As lesões são mais frequentes nos ossos pequenos das mãos e pés, embora qualquer osso possa ser atingido.

Radiologicamente são encontrados dois tipos gerais de modificações, umas decorrentes do comprometimento da cavidade medular, outras da infiltração peri-vascular nos canais de Havers. Evidentemente ambos os tipos podem coexistir em um único segmento.

Segundo muitos autores a cavidade medular constitui a sede inicial dos tubérculos epitelioides da sarcoidose. Frequentemente as lesões medulares são mais extensas do que deixa prever o exame radiológico. Este fato é de âmbito mais geral, pois

em algumas entidades, há extenso comprometimento da medular, sem destruição de osso compacto ou esponjoso. Na sarcoidose a invasão da cavidade medular traz geralmente modificações ósseas secundárias.

À medida que progride o processo granulomatoso tem lugar a reabsorção óssea mais ou menos extensa. Esta conduz à formação de lacunas que dão ao osso o aspecto moteado. As pequenas lacunas progredem, dando áreas de destruição de tipo cístico (arredondadas ou ovais), que frequentemente confluem e dão origem a grandes lesões osteolíticas.

Em algumas ocasiões uma sarcoidose de evolução rápida e extensa, destrói a esponjosa, determina adelgaçamento e expansão da cortical e assim conduz ao quadro clássico de "spina ventosa" tuberculosa, exceto a extensa infiltração dos tecidos moles.

A infiltração peri-vascular nos canais de Havers determina inicialmente diminuição de espessura da compacta e destruição das trabéculas mais finas. Traduz-se radiologicamente por uma desmineralização inespecífica e por isto mesmo não característica. Posteriormente a desmineralização inespecífica chega a uma destruição de tipo reticulado, que parece constituir a manifestação radiológica mais frequente e mais constante da sarcoidose óssea.

Do ponto de vista diagnóstico merece ser retido, a presença concomitante de áreas de destruição de tipo cístico e reticulado.

As lesões descritas podem por evolução progressiva levar a fraturas patológicas ou destruição mais ou menos completa do segmento em que se assentam. Por outro lado podem experimentar regressão espontânea, completa ou parcial.

Dois elementos negativos são de particular importância na sarcoidose óssea: falta de produção perióstica e ausência de invasão articular.

Foram descritos em crianças exemplos raros de sarcoidose poli-articular, os quais apesar do grande interesse diagnóstico, devem ser considerados como excepcionais. Nas crianças a sarcoidose atinge com alguma frequência as epífises.

Entidades como a encondromatose múltipla, displasia fibrosa, hiper-paratireoi-

dismo, artrite reumatoide, só teòricamente é que entram no diagnóstico diferencial com a sarcoidose.

Praticamente apenas devem ser discutidas as lesões ósseas da tuberculose e lepra, assim como certas variações da normalidade (formação císticas devidas a ilhotas de cartilagem ou de tecido fibroso).

A observação que passamos a relatar refere-se a um pequeno paciente (4 anos de idade), que temos acompanhado mediante controles periódicos num lapso de doze meses.

As modificações do quadro torácico tem sido restritas e praticamente o estado atual é o mesmo da radiografia inicial.

Em 28-6-49 a radiografia do torax mostrou: Arcabouço ósseo torácico de estrutura habitual. Adenopatias para-traqueais bilaterais e interlobares direitas. Trama vascular pobre. Reticulado fino e pequenas granulações difusas, mais numerosas nos campos inferiores. Cúpulas diafragmáticas regulares.

Na presença dêste quadro radiológico achamos mais provável se tratasse de disseminação hematogêna tuberculosa.

Mais tarde com as informações do mé-

dico-assistente, de que o paciente apresentava um bom estado geral, foi que sugerimos a hipótese de Sarcoidose. As investigações foram então orientadas neste sentido.

Posteriormente surgiram estrias grosseiras, de direção oblíqua, no campo inferior direito e que regrediram (expressão provável de linfangite).

Em 26-9-49 as adenopatias interlobares apresentavam maiores proporções.

Atualmente o quadro pulmonar é muito semelhante ao inicial, sendo porém as adenopatias interlobares mais aparentes.

Foram radiografadas também as mãos e os pés. As lesões acham-se circunscritas as mãos e não experimentam modificações no decorrer da observação (um ano). São constituídas por destruições de tipo reticulado que se acham presentes na extremidade distal do primeiro metacarpiano e nas extremidades distais das primeiras e segundas falanges.

A idade óssea corresponde a idade cronológica.

O exame anátomo-patológico de um gânglio linfático e das amígdalas confirmou o diagnóstico.

BIBLIOGRAFIA

1. Ackerman, A. J., Roentgenological Aspects of Sarcoidosis, Am. J. Roentgenol. & Rad. Therapy, 59: 318-325, March, 1948.
2. Brailsford, J. F., The radiology of bones and joints, Fourth Edition, 1948.
3. Castellanos, A., Galan, E.: Sarcoidosis (Besnier-Boeck-Schaumann's Disease) Report of a Case in a Child Simulating Still's Disease. Am. J. Dis. Child. 71: 513-529, May 1946 — Abstract in Radiology 40: 542, May 1947.
4. Garland, L. Henry: — Pulmonary Sarcoidosis: The early Roentgen Findings. — Radiology — 48: 333-352, April 1947.
5. Holt, John F., Owens W. M. I.: — The osseous lesions of Sarcoidosis. — Radiology — 53: 11-29, July 1949.
6. Mallory, Tracy B.: — Pathology of Pulmonary Fibrosis, Including Chronic Pulmonary Sarcoidosis. — Radiology — 51: 468-476, October 1948.
7. Markovits, E.: Bone and Joint Radiology — 1949.
8. Michelson, H. E.: — Sarcoidosis: A Review and an Appraisal. — J.A. M.A. 136: 1034-1038, April 17, 1948 in Holt F., Owens W. M. I. — The osseous lesions of Sarcoidosis. — Radiology — 53: 11-29, July 1949.
9. Oppenheim, A., Pollack, R.S.: — Boeck's Sarcoid (Sarcoidosis). — Am. J. Roentgenol. Rad. Therapy, 57: 28-35, January, 1947.
10. Schinz, H. R., Baensch, W., Friedl, E., Röntgendiagnóstico. Traducción Castellana, Cuarta edición, 1947.
11. Testut, L., Latarjet A.: Tratado de Anatomia Humana, Traducción Castellana, Octava Edición, 1940.

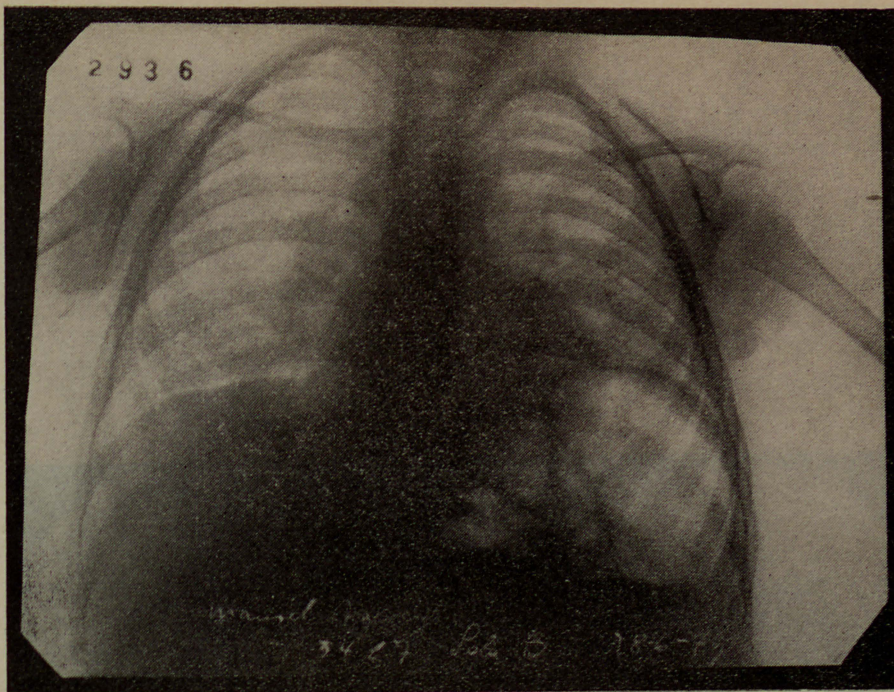


Fig. 1 — Radiografia obtida em 28-6-49. Adenopatias para-traqueais bi-laterais e interlobares direitas. Trama vascular pobre. Reticulado fino e pequenas granulações difusas, mais numerosas nos campos inferiores

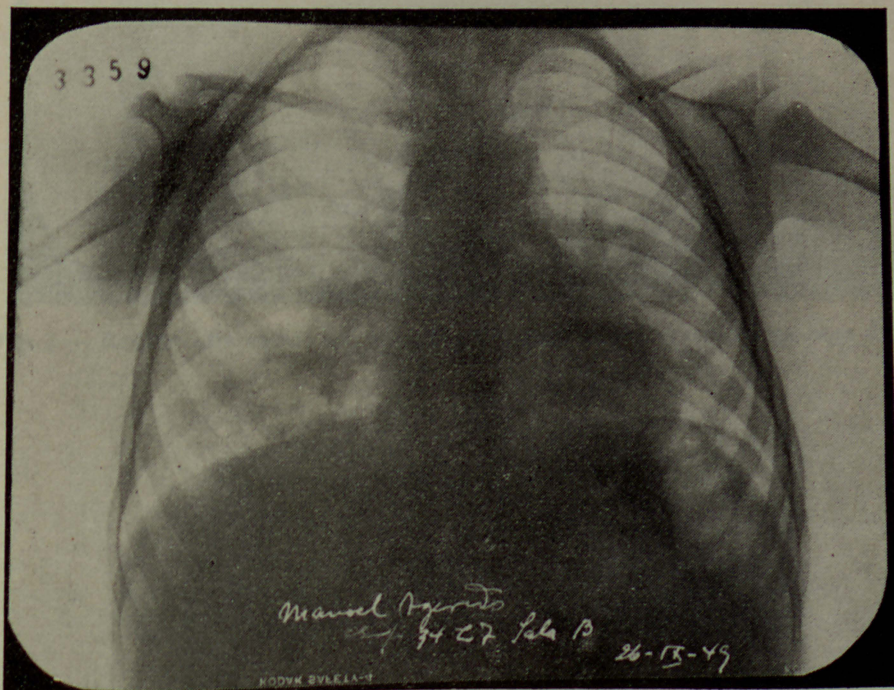


Fig. 2 — Radiografia obtida em 26-9-49. As adenopatias interlobares são de maiores proporções. Estrias grosseiras, de direção oblíqua no campo inferior D.

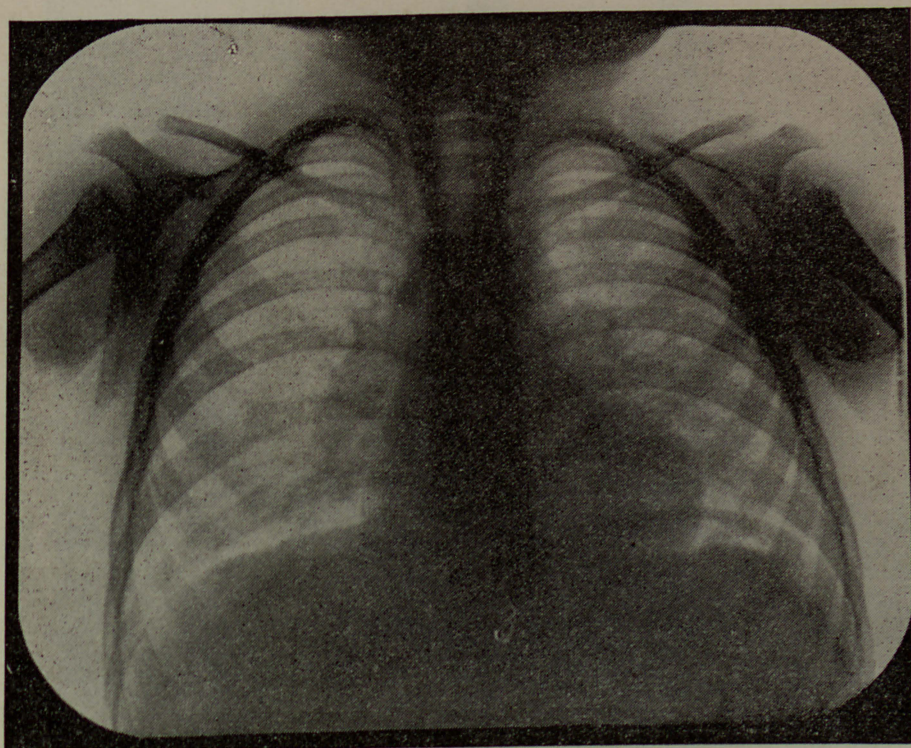


Fig. 3 — Radiografia obtida em 30-6-50. Desapareceram as estrias da base direita.

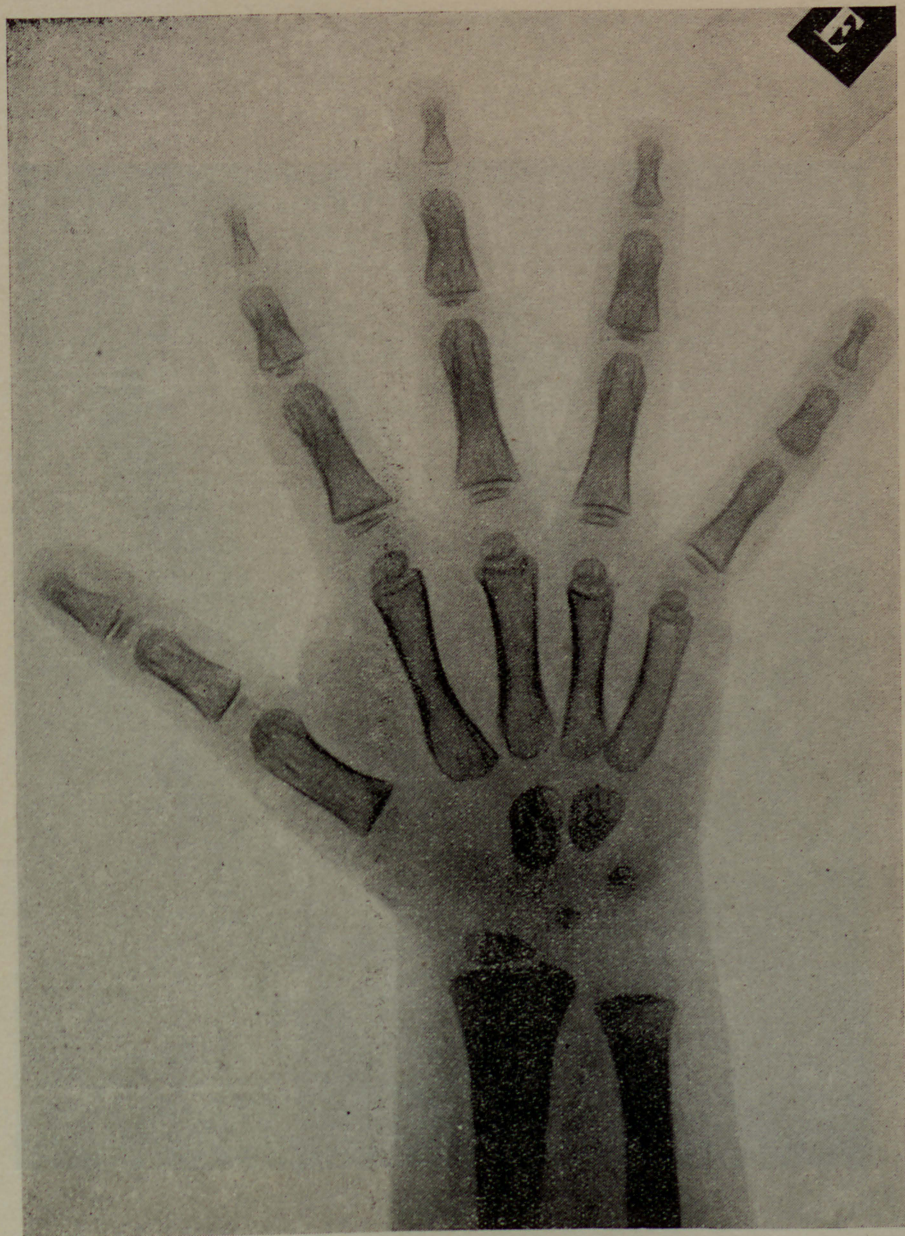


Fig. 4 e 5 — Destruições de tipo reticulado na extremidade distal do primeiro metacarpiano e extremidades distais das primeiras e segundas falanges.

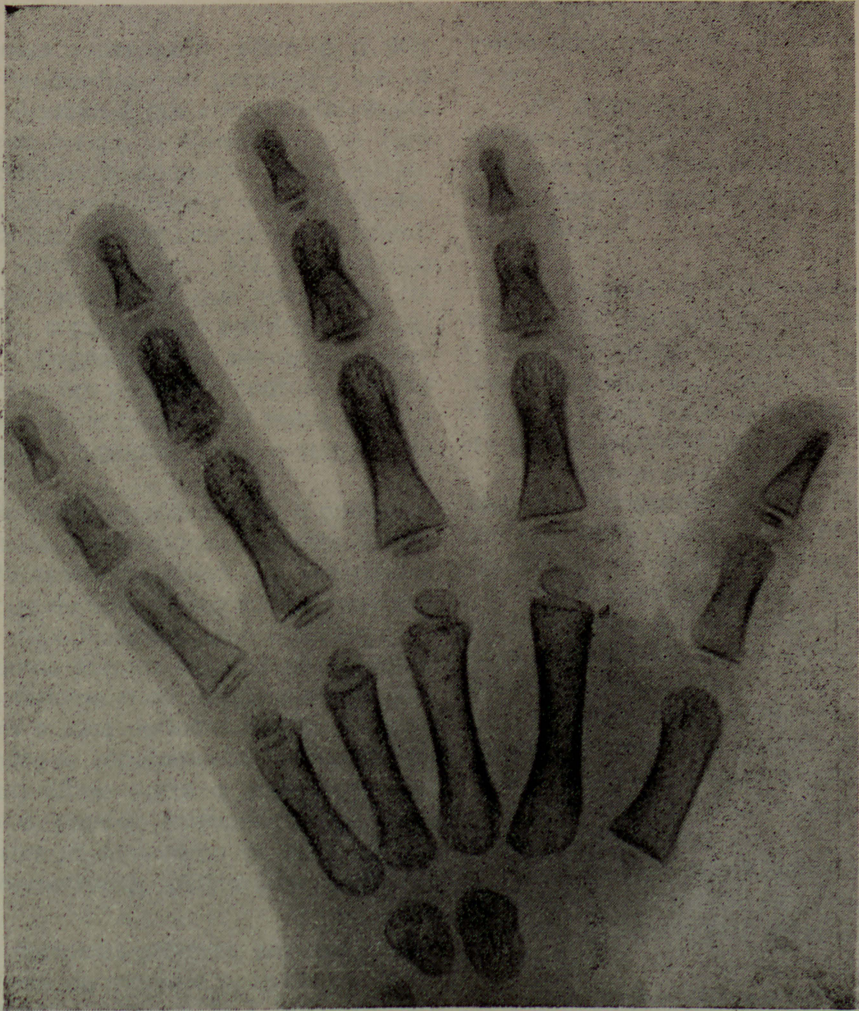


Figura 5