

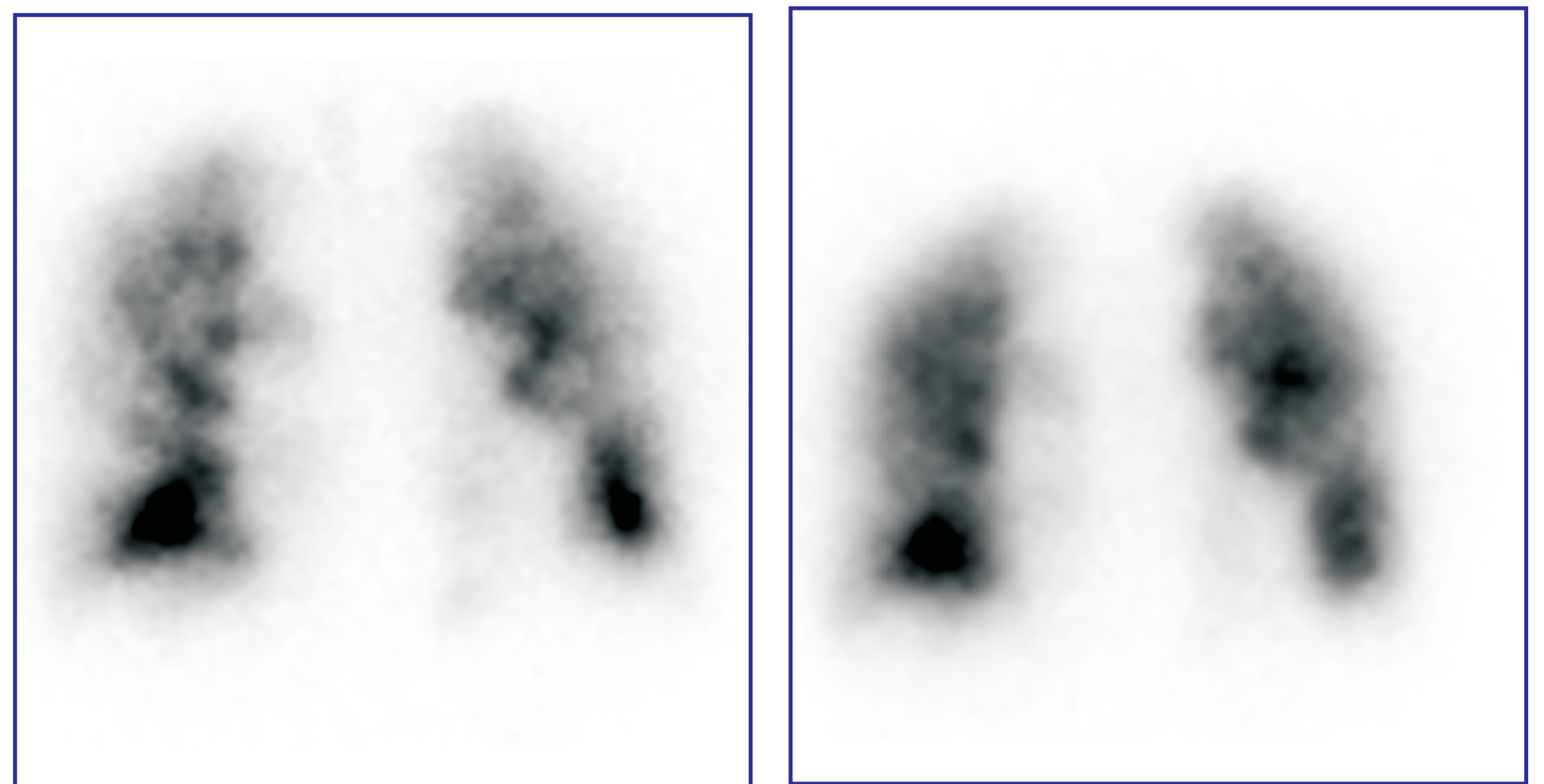
: Fabrícus Rocha Cardoso, Maria Isabel Cancio Rodrigues, Tamiris Eulálio de Miranda, Camila Edith Stachera Stasiak, Valdir Antônio Garcia Junior - Garcia Junior, Renata Christian Martins Félix  
 Serviço de Medicina Nuclear  
 Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA

## INTRODUÇÃO

Síndrome de bronquiolite obliterante (SOB) é rara, mas é a complicação pulmonar não infecciosa mais comum do transplante de medula óssea (TMO) alogênico. Os sintomas de SOB são inespecíficos como tosse seca, falta de ar e dispneia aos esforços, por isso é difícil seu diagnóstico precoce. Os critérios clínicos e de classificação de SOB são baseados em testes funcionais, porém a última revisão da International Society for Heart and Lung Transplantation identificou a tomografia computadorizada (TC) como ferramenta de imagem mais precisa no diagnóstico de SOB. Os achados tomográficos característicos são o aprisionamento aéreo na expiração e a atenuação em mosaico (ou perfusão em mosaico). No entanto, os últimos estudos sugerem que esses achados têm alta especificidade e baixa sensibilidade. A cintilografia pulmonar de ventilação-perfusão (V/P) neste contexto pode aumentar a sensibilidade desses achados.

## RELATO

Paciente de 42 anos com diagnóstico de leucemia mielóide crônica, que há 11 meses recebeu TMO alogênico. Relatou perda de peso ponderal e dispneia progressiva. Solicitado TC de tórax que evidenciou áreas de atenuação em vidro fosco nos lobos superiores, com pequenas lesões cavitadas/bronquiolectasias de permeio no segmento apical do lobo superior direito. Pela suspeita de doença do enxerto contra hospedeiro (DECH) foi solicitado cintilografia pulmonar de V/P para complementar a investigação, que mostrou distribuição heterogênea do radiotraçador no leito alveolar de ambos os pulmões devido a áreas de hipocaptação distribuídas pelo parênquima, de maior intensidade que as observadas na cintilografia perfusional, associado a áreas focais de hipercaptação do radiotraçador, que podem sugerir aprisionamento aéreo, achados sugestivos de SOB no contexto do paciente.



Lesões inespecíficas em parênquima pulmonar ( figura 2), que na cintilografia de pulmão de ventilação (figura 3) é observada com hipocaptação difusa com áreas de "air trapping", com mesmo padrão porém melhorado na cintilografia pulmonar de perfusão (figura 4), configurando padrão "matched" de doença parenquimatosa.

## DISCUSSÃO

Apesar de a TC ser o exame de imagem de escolha no diagnóstico de SOB, seu uso tem várias limitações como a baixa sensibilidade do método e a existência de outras patologias respiratórias com aspecto tomográfico semelhante ao de SOB. O principal achado da cintilografia pulmonar V/P na SOB, são os múltiplos defeitos "matched" nos campos pulmonares devido à vasoconstrição hipóxica por obstrução das vias aéreas. Na suspeita de DECH, a cintilografia pulmonar se torna o exame definitivo para o diagnóstico de SOB quando há anormalidades mínimas, inespecíficas ou ausentes na TC.

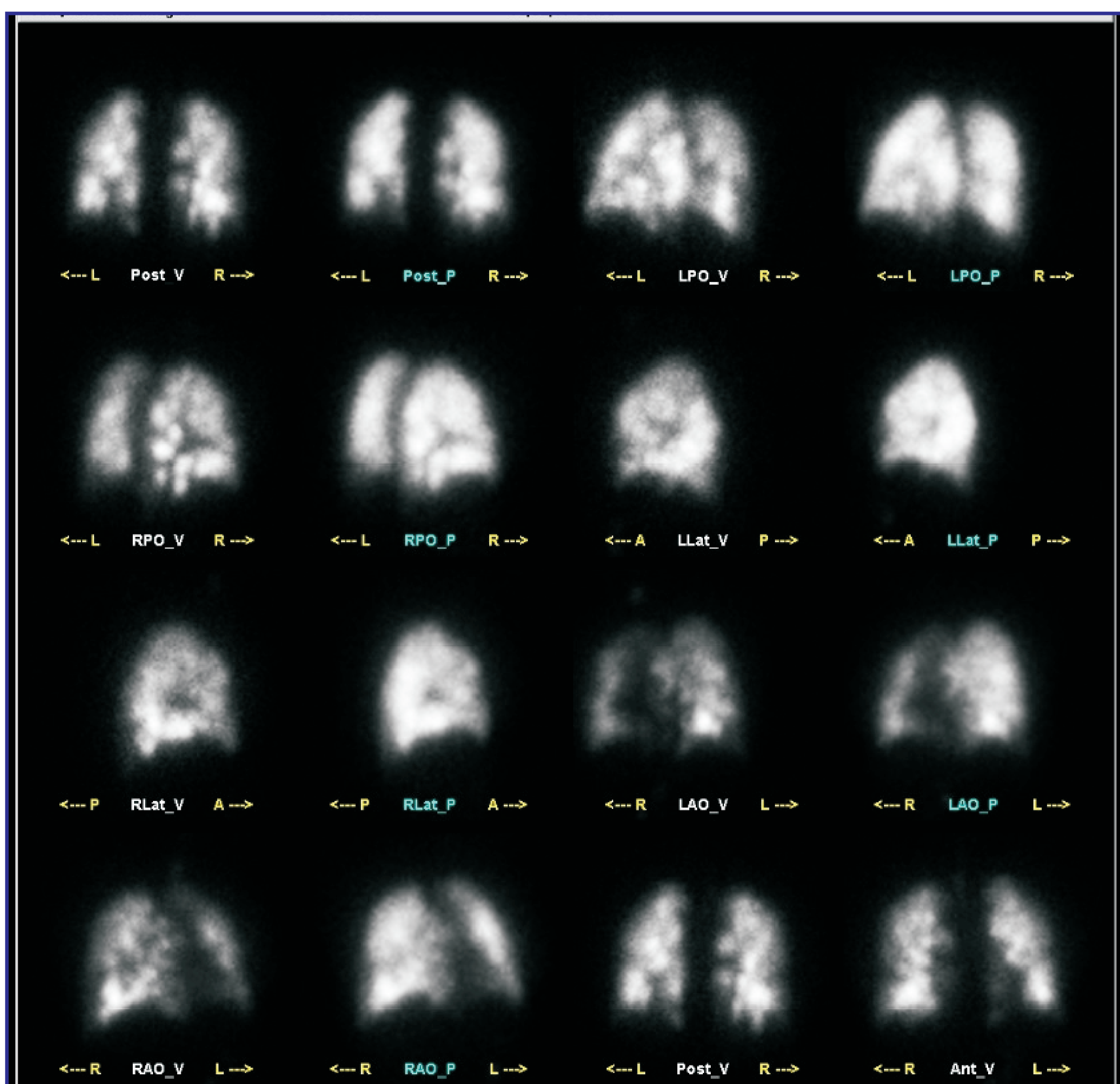


Figura 1. Imagens cintilográficas de ventilação e perfusão pulmonar lado a lado em 8 projeções.