

## LINFOMA PULMONAR COM APRESENTAÇÃO TOMOGRÁFICA DE NÓDULO EM VIDRO FOSCO: RELATO DE CASO

*Autores:*

Maria Eduarda Cavalcante da Rocha<sup>1</sup>, Thissiane dos Santos Bezerra<sup>1</sup>, Edeli Santos de Sousa Rocha<sup>1</sup>, João Pedro da Silva Barbosa<sup>1</sup>, Thamiris Almeida Saraiva Leão<sup>1</sup>, Fábio Rocha Fernandes Távora<sup>2</sup>, Antero Gomes Neto<sup>1, 2</sup>

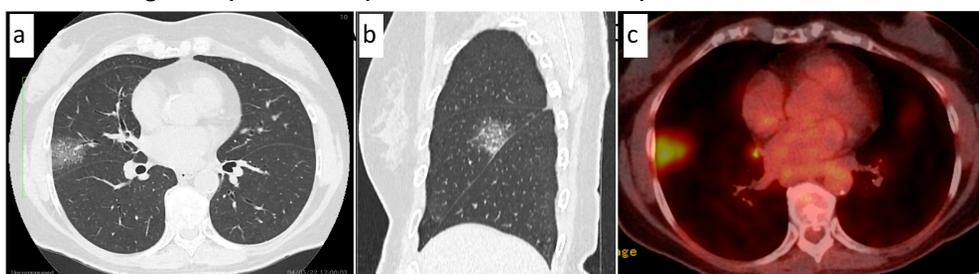
1: Universidade Federal do Ceará 2: Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes

### INTRODUÇÃO/OBJETIVOS

Em linfomas pulmonares, o padrão radiológico mais comum são as consolidações, únicas ou múltiplas, comumente com presença de broncograma aéreo e, em menor frequência, como opacidade em vidro fosco<sup>1</sup>. Segundo Tokuyasu *et al.* (2009)<sup>2</sup>, as áreas de opacidade em vidro fosco vistas no linfoma se devem à presença de septos alveolares expandidos e espaços perivasculares distendidos devido ao preenchimento por células neoplásicas. Esse relato objetiva mostrar um caso de linfoma pulmonar que apresenta-se como opacidade em vidro fosco na tomografia computadorizada de alta resolução de tórax (TCAR), aspecto incomum nessa doença.

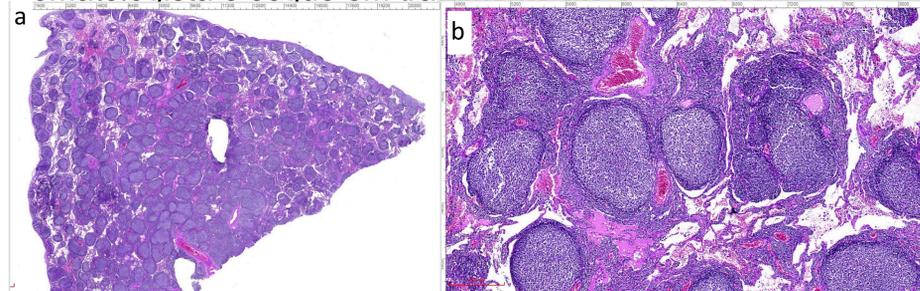
### RELATO DE CASO

Paciente feminina, 77 anos, não-tabagista, sem queixas respiratórias, em acompanhamento de nódulo pulmonar em vidro fosco de lobo médio há cerca de 6 anos. De comorbidade, referia hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia e histórico de Hepatite C curada. Em 2019, havia sido solicitada uma TCAR de tórax para seguimento do nódulo, porém a paciente só a realizou em 2022, três anos depois. O último exame (**Figuras 1 a e b**) revela aumento do volume do nódulo e, por isto, a doente foi encaminhada para um cirurgião torácico. A hipótese diagnóstica do cirurgião foi de tumor primário de pulmão com indicação de ressecção cirúrgica. Foram solicitados exames para o estadiamento clínico e para a avaliação pré-operatória. Os exames laboratoriais, cardiológicos e de função pulmonar [CVF= 1,9L (77%); VEF1= 1,59L (87%)] não tiveram alterações. A RNM do crânio foi normal, mas a TC por emissão de pósitrons (PET-TC) revelou a presença opacidades pulmonares em vidro fosco no lobo médio e, em menor tamanho, na língula, além de formação nodular com densidade de partes moles junto à aorta na transição tóraco-abdominal (**Figura 1 c**). Também realizou uma ecoesofagoscopia e biópsia do linfonodo paraaórtico e o exame



**Figuras 1: a e b)** TC em corte axial e sagital, respectivamente, revelando nódulo subsólido em vidro fosco puro no segmento lateral do lobo médio; **c)** PET-CT mostra nódulo com aumento do metabolismo glicolítico e da captação do FDG (SUVmax: 4.6) no segmento lateral do lobo médio, medindo cerca de 3,6cm; e outro menor, na língula, medindo 1,8cm (SUVmax: 3,5), além de revelar uma formação nodular com densidade de partes moles junto à aorta na transição tóraco-abdominal, medindo 1,7 x 1,2 cm (SUVmax: 5,3), não mostrados nessa imagem.

Em seguida, a paciente realizou uma lobectomia média e linfadenectomia mediastinal sistemática das cadeias linfonodais 2, 4, 7, 9 e 11, por vídeo. O exame anatomopatológico revela achados compatíveis com linfoma folicular de baixo grau (**Figuras 2. a e b**). A imunohistoquímica confirmou o diagnóstico de linfoma folicular grau 1/ 2, com painel de anticorpos CD10, CD20, CD23, BCL2 e BCL6 positivos e Ki-67 positivo 20%. Com esse diagnóstico, a doente foi encaminhada para o onco-hematologista e seque em tratamento até o presente.



**Figuras 2. a e b)** Exame anatomopatológico (HE) em pequeno e grande aumento: Tecido pulmonar infiltrado por células linfoides neoplásicas com aspecto de linfoma folicular. As células neoplásicas estão dispostas em nódulos com centros germinativos bem definidos, em um padrão folicular nodular. Os nódulos estão cercados por tecido pulmonar normal com raros espaços alveolares não envolvidos. As células neoplásicas possuem núcleos irregulares, com nucléolos evidentes, além de citoplasma escasso. Há aumento da relação núcleo-citoplasma e presença de células com aspecto plasmocitoide. Não são observados sinais de necrose ou hemorragia na área examinada. Estes achados são compatíveis com linfoma folicular de baixo grau

### CONCLUSÕES

Conclui-se que a atenuação em vidro fosco pode ocorrer em doença de Hodgkin e LNH [1] e, diante de sua inespecificidade, ela deve ser associada a aspectos clínicos e demais achados radiológicos para investigação diagnóstica. Percebe-se que, apesar de não ser a manifestação radiológica típica dos linfomas pulmonares, a opacidade em vidro fosco é relatada nesses casos<sup>3</sup>.

### BIBLIOGRAFIA

- MARCHIORI, Edson; SOUZA JÚNIOR, Arthur S.; GUTIERREZ, Ana LTM. Linfomas pulmonares: avaliação por tomografia computadorizada. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, v. 26, p. 141-144, 2004.
- TOKUYASU, Hirokazu et al. Non-Hodgkin's lymphoma accompanied by pulmonary involvement with diffuse ground-glass opacity on chest CT: a report of 2 cases. **Internal Medicine**, v. 48, n. 2, p. 105-109, 2009.
- COZZI, Diletta et al. Primary pulmonary lymphoma: imaging findings in 30 cases. **La radiologia medica**, v. 124, n. 12, p. 1262-1269, 2019.