



ATELECTASIA REDONDA DECORRENTE DE ASBESTOSE: UM RELATO DE CASO

Saul Girelli Neto¹, Maria Eduarda Kuranishi², Mateus Gruber Colombo³, Francisco Porfirio da Silva Neto⁴, Gabriel Gonçalves dos Santos Ody⁵, Dionísio José Paludo Petek⁶, Renato Vieira Donzelli⁷, Murilo Alves Coelho Neto⁸, Emilly Favarin da Silva⁹, Lívia Mathiazi Di Mateos¹⁰, Mateus Ramos dos Santos¹¹, Evellyn Lorraine de Sousa Oliveira¹², Luciano Stefaniak¹³, Olga Maria Lima Aguiar Mundim¹⁴, Luilson Geraldo Coelho Júnior¹⁵



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n11p3903-3913>

Artigo recebido em 06 de Outubro e publicado em 26 de Novembro

RELATO DE CASO

RESUMO

Objetivo: Relatar um caso de atelectasia redonda na língula do pulmão esquerdo, proveniente de exposição contínua ao asbesto, confirmada por exame histopatológico. **Descrição do caso:** L.S.C., 26 anos, sexo feminino, procurou atendimento de emergência em 30 de julho de 2024, com quadro de dispneia intensa e dor torácica. A paciente já relatava dificuldade respiratória há alguns dias e havia realizado uma tomografia computadorizada (TC) em 29 de julho de 2024, após consulta particular. O exame revelou uma área de atelectasia redonda na língula do pulmão esquerdo. A paciente tinha histórico de 10 anos de exposição ocupacional ao amianto. Devido ao quadro clínico, foi internada em 30 de julho de 2024. No dia 31 de julho de 2024, foi submetida a uma segmentectomia pulmonar, que foi bem-sucedida. A paciente recebeu alta no dia 2 de agosto de 2024. O segmento pulmonar retirado foi encaminhado para análise histopatológica, que confirmou o diagnóstico de asbestose pulmonar associada à atelectasia redonda. **Considerações finais:** Embora pouco comum, a atelectasia redonda está fortemente associada à exposição ocupacional ao amianto. Essa condição é frequentemente confundida com neoplasias devido à sua apresentação nodular nos exames de imagem. A tomografia computadorizada de tórax é fundamental para o diagnóstico, pois permite melhor distinção da lesão, incluindo a visualização do "sinal da cauda de cometa", característico da atelectasia redonda. Em casos suspeitos de atelectasia redonda, é crucial investigar a história de exposição ao asbesto. O tratamento pode ser conservador ou cirúrgico, especialmente quando o paciente apresenta complicações.

Palavras-chave: Atelectasia redonda, Asbesto, Pulmão esquerdo.



ROUNDED ATELECTASIS DUE TO ASBESTOSIS: A CASE REPORT

ABSTRACT

Objective: To report a case of round atelectasis in the lingula of the left lung, resulting from continuous asbestos exposure, confirmed by histopathological examination. **Case description:** L.S.C., 26 years old, female, presented to the emergency department on July 30, 2024, with severe dyspnea and chest pain. The patient had been experiencing respiratory difficulty for a few days and had undergone a computed tomography (CT) scan on July 29, 2024, after a private consultation. The scan revealed an area of round atelectasis in the lingula of the left lung. The patient had a 10-year history of occupational asbestos exposure. Due to her clinical condition, she was admitted on July 30, 2024. On July 31, 2024, she underwent a successful pulmonary segmentectomy. The patient was discharged on August 2, 2024. The removed lung segment was sent for histopathological analysis, which confirmed the diagnosis of pulmonary asbestosis with round atelectasis. **Final considerations:** Although rare, round atelectasis is closely associated with occupational asbestos exposure. This condition is often mistaken for neoplasms due to its nodular appearance on imaging. Chest CT is crucial for diagnosis, as it allows better differentiation of the lesion, including the observation of the "comet tail sign," characteristic of round atelectasis. In cases where round atelectasis is suspected, it is essential to investigate prior asbestos exposure. Treatment can be conservative or surgical, especially when the patient presents with complications.

Keywords: Round atelectasis, Asbestos, Left lung.

Instituição afiliada – ¹⁻¹³Discentes do curso de Medicina da Faculdade Atenas – Campus Sorriso
¹⁴Médica Patologista do Centro Avançado de Patologia (CAP) de Sorriso/MT, e docente no curso de Medicina da Faculdade Atenas - Sorriso/MT. ¹⁵ Médico Cirurgião Torácico

Autor correspondente: Saul Girelli Neto, saulgirellineto@hotmail.com.

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).





INTRODUÇÃO

A atelectasia redonda (AR), também conhecida como “síndrome de Blesovsky” ou “pulmão dobrado”, é uma anormalidade que decorre da aderência do parênquima pulmonar adjacente à área de espessamento pleural com retração, colapso parcial e torção do pulmão¹. Esta lesão possui diversas etiologias, contudo, a exposição ao asbesto ou amianto é considerada a principal fonte etiológica, correspondendo a 29-86% dos casos de AR em diversas séries^{2,3}.

A AR é assintomática na maioria dos casos, sendo o histórico ocupacional ou não ao amianto de grande interesse para a clínica, visto que a AR associado ao asbesto pode apresentar sintomas, como dor no peito, dispneia ou tosse, com mais frequência do que a AR não relacionada ao amianto. Os achados no exame físico são escassos ou ausentes, contudo, com o advento da tomografia computadorizada, houve uma contribuição para o reconhecimento mais preciso da lesão³.

Ademais, a AR possui uma forma arredondada de 2 a 7 cm de diâmetro com base adjacente à pleural e exibe uma opacidade focal para a qual convergem estruturas broncovasculares, caracterizando o sinal da cauda de cometa⁴. Apesar da lesão ser de natureza benigna, sua imagem radiológica pode ser por vezes confundida com uma neoplasia maligna de pulmão, sendo as técnicas radiológicas e o conhecimento anatomopatológico essenciais para sua diferenciação, uma vez que não existe teste laboratorial que seja sensível ou específico para AR^{3,5}.

O relato de caso a seguir tem como objetivo analisar os aspectos clínicos e patológicos, bem como as condutas abordadas, de um paciente diagnosticado com atelectasia redonda em língula pulmonar, com histórico de exposição ao amianto.

METODOLOGIA

O estudo em questão, trata-se de um relato de caso, estudo observacional descritivo, retrospectivo de uma paciente com atelectasia redonda de língula. Ainda que não seja um tipo de estudo com alto nível de evidência (VII), os relatos de caso são importantes fontes de informação. Ao relatarem novas apresentações clínicas,



tratamentos ou patologias, fornecem embasamento para o melhor tratamento de pacientes em determinadas situações ⁶.

Os dados foram obtidos a partir do prontuário da paciente durante o processo de diagnóstico e tratamento para a atelectasia, na cidade de Sorriso, localizada no estado do Mato Grosso, Brasil. O trecho analisado do histórico hospitalar da paciente, para a escrita do atual estudo, teve início no dia 29 de julho de 2024, com a realização de uma tomografia computadorizada por solicitação de um profissional de rede privada, até o dia 02 de agosto de 2024, data que marcou a alta hospitalar da paciente, após tratamento cirúrgico.

DESCRIÇÃO DE CASO

L.S.C., paciente de 26 anos, nascida em 25 de setembro de 1997, procurou atendimento em um serviço de pronto-socorro em 30 de julho de 2024 após apresentar queixa de dispneia progressiva e dor torácica ventilatório-dependente de forte intensidade, que piorava durante a inspiração profunda e com a realização de esforços físicos. A paciente relatou que os sintomas haviam se agravado nos dias anteriores. Antes de procurar o serviço de urgência, ela havia realizado uma tomografia computadorizada de tórax em 29 de julho de 2024, solicitada em consulta prévia em uma clínica particular. O exame revelou a presença de uma área de atelectasia redonda na língula do pulmão esquerdo.

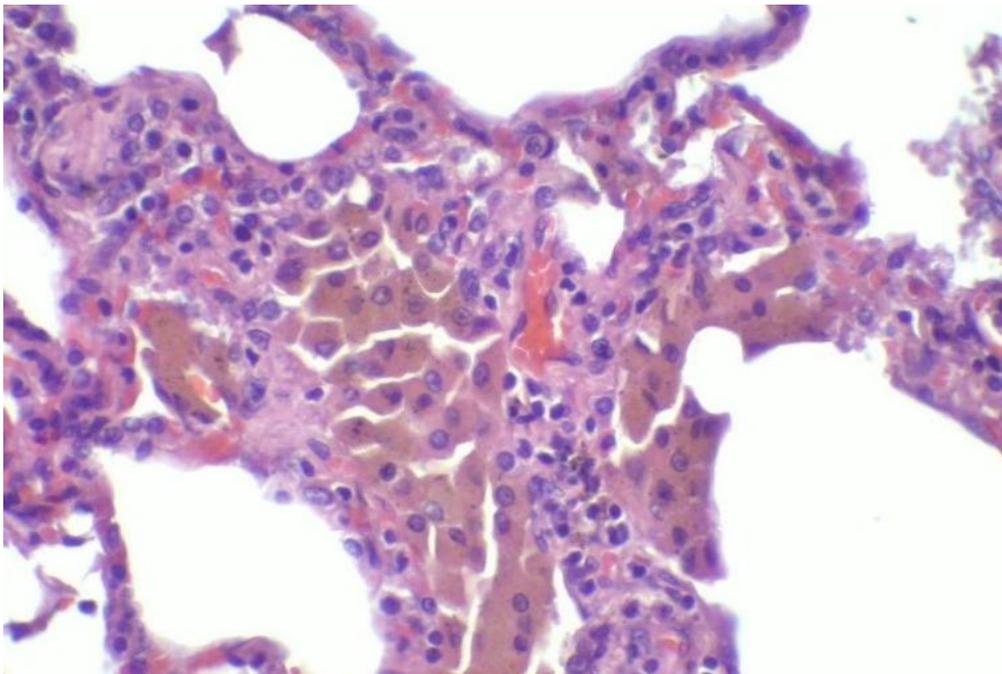
Durante a consulta no pronto-socorro, a paciente relatou uma exposição ocupacional ao amianto durante 10 anos, sem uso de equipamentos de proteção individual durante o trabalho. Negou febre, tosse produtiva, sinais de infecção respiratória, bem como a existência de doenças de base, alergias e uso de medicações contínuas. Diante dos achados clínicos e radiológicos, a paciente foi internada em 30 de julho de 2024. No dia 31 de julho de 2024, foi submetida a uma segmentectomia pulmonar.

Após a cirurgia, o segmento pulmonar retirado foi encaminhado a análise histopatológica, a qual confirmou a presença de asbestose (Imagem 1), caracterizada por fibrose intersticial multifocal associada à atelectasia. Observa-se, no citoplasma dos macrófagos alveolares, a presença de pigmento marrom-dourado, frequentemente em

forma de halter. Além disso, são identificados macrófagos contendo pigmento enegrecido no interior dos alvéolos. Na pleura, foi identificado um infiltrado linfoplasmocitário moderado a acentuado, associado a fibrose, hemorragia antiga e hiperplasia mesotelial reativa.

Após o procedimento cirúrgico não houve intercorrências, e a paciente evoluiu bem no pós-operatório, de modo que recebeu alta hospitalar em 2 de agosto de 2024.

Figura 1: Histopatológico do fragmento pulmonar retirado durante a segmentectomia, com características microscópicas compatíveis com asbestose.



Fonte: Acervo próprio.

DISCUSSÃO

A atelectasia redonda (AR) é uma condição pulmonar relativamente rara, caracterizada pelo colapso do parênquima alveolar e geralmente associada a doenças pleurais crônicas. Embora essa patologia não seja comum, ela é frequentemente identificada em exames de imagem, especialmente em pacientes com histórico de exposição ao asbesto. Essa situação pode gerar confusões com diagnósticos de neoplasias pulmonares. Além do asbesto, outros fatores, como insuficiência cardíaca



congestiva, hidrotórax hepático e doenças inflamatórias pleurais, também podem estar relacionados ao desenvolvimento da AR ⁷.

A prevalência da AR tende a ser maior em pacientes mais velhos, com uma média de idade em torno de 63 anos, e observa-se um predomínio em homens atingindo 88% dos casos. Esse padrão pode estar associado ao histórico ocupacional, especialmente em atividades que envolvem exposição a agentes de risco, como o asbesto. É importante ressaltar que cerca de 74% dos casos podem surgir devido a causas que não estão ligadas ao asbesto, como efusões pleurais crônicas e pleurite pós-infecciosa, o que evidencia a necessidade de ampliar a investigação diagnóstica. Na maioria dos casos, a AR não causa sintomas e frequentemente é descoberta acidentalmente durante exames de imagem⁷.

Quando os sintomas aparecem, eles costumam incluir dispneia, dor no peito e tosse, geralmente relacionados a condições pleurais associadas. A tomografia computadorizada (TC) é uma ferramenta fundamental para o diagnóstico, pois a AR se manifesta como uma massa arredondada, com bordas bem definidas, geralmente localizada nos lobos inferiores, sendo um achado importante o "sinal da cauda de cometa" ⁷.

A diferenciação entre AR e neoplasias pulmonares pode ser um desafio significativo para os profissionais de saúde. Lesões malignas costumam ter bordas irregulares e podem apresentar características como espiculados ou nódulos satélites, o que torna a avaliação mais complexa. Além disso, a presença de calcificações intralesionais, observadas em cerca de um terço dos casos, pode dificultar ainda mais o diagnóstico, especialmente em pacientes com histórico de exposição ao asbesto. Acompanhamentos regulares com exames de TC mostram que a maioria das lesões de AR tende a permanecer estável ou até diminuir com o tempo. Em um estudo com acompanhamento de 32 meses, 88% das lesões não apresentaram mudanças significativas, enquanto 12% aumentaram de tamanho. Esses dados ressaltam a importância de um monitoramento contínuo, e intervenções invasivas, como biópsias, são geralmente recomendadas apenas em casos que levantam suspeita de malignidade ou progressão significativa da lesão ².

Em termos de tratamento, a abordagem para a AR é, em geral, conservadora. O diagnóstico precoce e preciso, utilizando técnicas de imagem como TC e ressonância



magnética (RM), é crucial para evitar procedimentos invasivos desnecessários, como biópsias. O manejo adequado das condições subjacentes se torna ainda mais importante, especialmente em casos de AR secundária a doenças pleurais que não envolvem asbesto. Embora a AR seja considerada na maioria das vezes uma condição benigna, existem relatos de associações com mesotelioma ou carcinoma pulmonar em pacientes que têm exposição prolongada ao asbesto⁸. Isso reforça a necessidade de acompanhamento contínuo para aqueles que têm um histórico de exposição ocupacional a fatores de risco. De maneira geral, o tratamento ativo não costuma ser necessário, e o foco principal é o controle das condições pleurais associadas⁷.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por fim, este relato de caso ressalta a importância da atelectasia redonda (AR), uma patologia pulmonar incomum, mas frequentemente ligada à exposição ocupacional ao amianto. No caso descrito, a paciente, uma jovem adulta com histórico de contato prolongado com esse agente, desenvolveu AR, que, embora de natureza benigna, representa um desafio diagnóstico devido à sua semelhança radiológica com tumores pulmonares. A realização de uma tomografia computadorizada foi crucial para o diagnóstico, revelando o típico "sinal da cauda de cometa", característico da AR. O tratamento cirúrgico, com uma segmentectomia, resultou em bom prognóstico, sendo confirmada a presença de asbestose no exame histopatológico.

O relato destaca ainda a relevância do histórico ocupacional no manejo clínico de pacientes com suspeita de AR, enfatizando a necessidade de uma avaliação diagnóstica criteriosa, especialmente pela associação entre a exposição ao amianto e o risco de desenvolvimento de neoplasias malignas, como mesotelioma e carcinoma pulmonar. Embora a AR seja geralmente tratada de maneira conservadora, com foco no acompanhamento clínico e no monitoramento por imagem, o histórico de exposição ao amianto exige uma vigilância mais atenta, dado o potencial de complicações graves. O caso reforça a importância do diagnóstico precoce e do acompanhamento contínuo para evitar intervenções invasivas desnecessárias e garantir a segurança do paciente a longo prazo.



REFERÊNCIAS

- 1- NORBET, Christopher et al. Asbestos-related lung disease: a pictorial review. *Current problems in diagnostic radiology*, v. 44, n. 4, p. 371-382, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1067/j.cpradiol.2014.10.002>.
- 2- AZOUR, Lea et al. Causative factors, imaging findings, and CT course of round atelectasis. *Clinical Imaging*, v. 50, p. 250-257, 2018. <https://doi.org/10.1016/j.clinimag.2018.04.008>.
- 3- STATHOPOULOS, Georgios T. et al. Rounded atelectasis of the lung. *Respiratory medicine*, v. 99, n. 5, p. 615-623, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2004.10.003>.
- 4- SILVA, C. Isabela S. et al. Consenso brasileiro ilustrado sobre a terminologia dos descritores e padrões fundamentais da TC de tórax. *Jornal brasileiro de pneumologia*, v. 36, p. 99-123, 2010.
- 5- TERRA FILHO, Mário; FREITAS, Jefferson Benedito Pires de; NERY, Luiz Eduardo. Doenças asbesto-relacionadas. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 32, p. S48-S53, 2006.
- 6- YOSHIDA, Winston Bonetti. Redação do relato de caso. *Jornal Vascular Brasileiro*, v. 6, p. 112-113, 2007.
- 7- SOBOCIŃSKA, Magdalena et al. Rounded atelectasis of the lung: a pictorial review. *Polish journal of radiology*, v. 79, p. 203, 2014.
- 8- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Amianto, câncer e outras doenças: você conhece os riscos? Rio de Janeiro: INCA, 2020. Disponível em: [<https://ninho.inca.gov.br/jspui/handle/123456789/7476>]. Acesso em: 16 out. 2024.

