

As lesões sólidas das vesículas seminais são muito raras e com características de imagem pouco específicas, entretanto, podemos nos basear nos parâmetros diagnósticos já bem comprovados de outras lesões sólidas abdominais, como as ovarianas e renais, como linha de raciocínio para suspeita de benignidade.

REFERÊNCIAS

1. D'Ippolito G, Lima ACM, Peddi Neto L, et al. Neoplasias sólidas de ovário: análise sistematizada e ensaio iconográfico. *Rev Imagem*. 2006; 28:165–70.
2. Sousa CSM, Viana IL, Miranda CLVM, et al. Hemangioma of the urinary bladder: an atypical location. *Radiol Bras*. 2017;50:271–2.
3. Leapman MS, Wang ZJ, Behr SC, et al. Impact of the integration of proton magnetic resonance imaging spectroscopy to PI-RADS 2 for prediction of high grade and high stage prostate cancer. *Radiol Bras*. 2017;50:299–307.
4. Fernandes AM, Paim BV, Vidal APA, et al. Pheochromocytoma of the urinary bladder. *Radiol Bras*. 2017;50:199–200.
5. Espindola APBP, Amorim VB, Koch HA, et al. Atypical presentation of mature cystic teratoma (“floating balls”). *Radiol Bras*. 2017;50:206–7.
6. Lima LLA, Parente RCM, Maestá I, et al. Clinical and radiological correlations in patients with gestational trophoblastic disease. *Radiol Bras*. 2016;49:241–50.
7. Manikkavasakar S, Ramachandram A, Ramalho M, et al. Malignant uterine disease with concurrent miometrial contraction at MRI: a possible source of overstaging. *Radiol Bras*. 2016;49:342–3.

8. Arnold SJ, Lin FC, Eldersveld JM, et al. Seminal vesicle leiomyoma mimicking extra-prostatic extension of prostatic adenocarcinoma. *Urol Case Rep*. 2016;6:18–20.
9. Shaikh AS, Bakhshi GD, Khan AS, et al. Leiomyoma of the seminal vesicle: a rare case. *Clin Pract*. 2013;3:e32.
10. Reddy MN, Verma S. Lesions of the seminal vesicles and their MRI characteristics. *J Clin Imaging Sci*. 2014;4:61.
11. Shiotani T, Kawai N, Sato M, et al. Leiomyoma of the seminal vesicle. *Jpn J Radiol*. 2009;27:218–20.
12. Kim B, Kawashima A, Ryu JA, et al. Imaging of the seminal vesicle and vas deferens. *Radiographics*. 2009;29:1105–21.
13. Dagur G, Warren K, Suh Y, et al. Detecting diseases of neglected seminal vesicles using imaging modalities: a review of current literature. *Int J Reprod Biomed (Yazd)*. 2016;14:293–302.
14. Zhu JG, Chen WH, Xu SX, et al. Cystadenoma in a seminal vesicle is cured by laparoscopic ablation. *Asian J Androl*. 2013;15:697–8.

Tatiane Souza Oliveira<sup>1</sup>, Dimitrius Nikolaos Jaconi Stamoulis<sup>2</sup>, Luis Ronan Marquez Ferreira de Souza<sup>1</sup>, Antonio Carlos Oliveira Meneses<sup>1</sup>, Monise Marques Mori<sup>1</sup>

1. Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba, MG, Brasil. 2. Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba, MG, Brasil. Endereço para correspondência: Dr. Dimitrius Nikolaos Jaconi Stamoulis. Hospital das Clínicas – UFTM. Avenida Getúlio Guaritá, 130, Nossa Senhora da Abadia. Uberaba, MG, Brasil, 38025-440. E-mail: dimitriusss@hotmail.com.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2016.0159>

Sinoviossarcoma de pericárdio: aspectos radiológicos

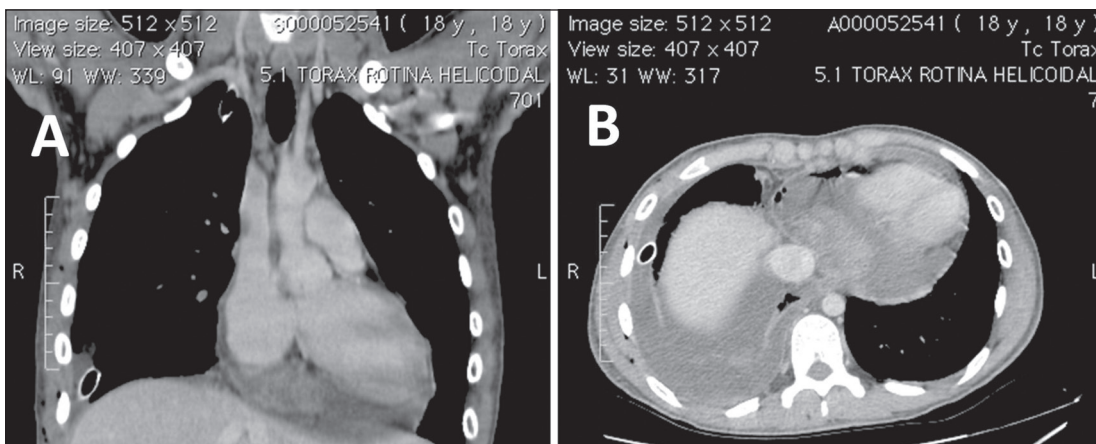
*Pericardial synovial sarcoma: radiological findings*

Sr. Editor,

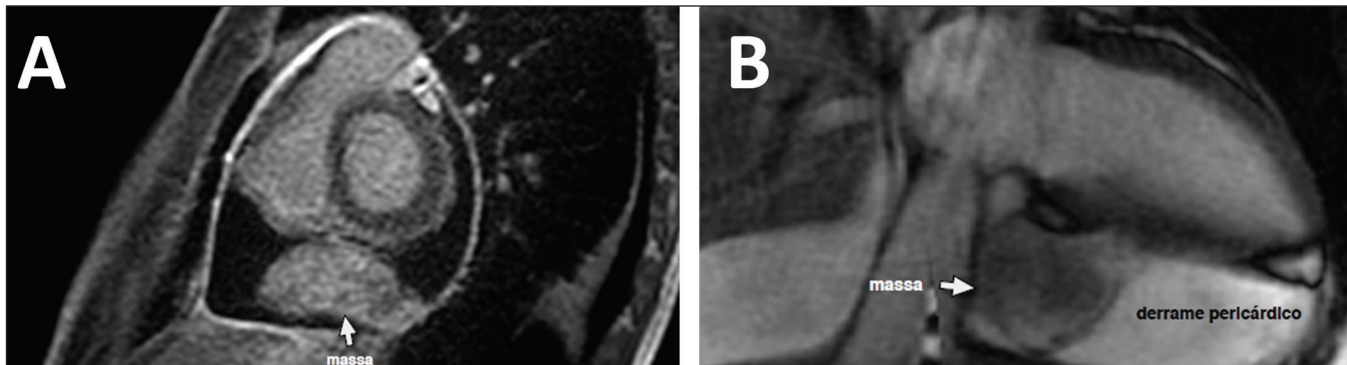
Paciente masculino, 18 anos, admitido no hospital com tosse e cansaço há 15 dias. Na ausculta cardíaca apresentava abafamento de bulhas. A radiografia de tórax obtida na admissão demonstrou aumento da área cardíaca e moderado derrame pleural à direita. Foi realizado ecocardiograma, que mostrou importante derrame pericárdico com sinais de restrição diastólica e uma massa hipoeoica, arredondada, de contornos regulares, medindo 3,6 × 3,9 cm, localizada posteriormente ao átrio direito. O paciente foi submetido a pericardiocentese, com análise do líquido coletado. Na sequência investigatória do caso foram solicitadas tomografia computadorizada (TC) de tórax e ressonância magnética cardíaca (RMC). A TC de tórax (Figura 1) revelou massa sólida, heterogênea, com realce pelo meio de contraste, localizada na porção posterior do saco pericárdico, associada a derrame pericárdico e derrame pleural. Na RMC (Figura 2) foi observada massa sólida, com conteúdo heterogêneo, medindo

3,2 × 6,1 × 3,9 cm, localizada na porção posterior do saco pericárdico e com pontos de aderência a este, com captação importante e heterogênea do contraste pela técnica de realce tardio, além de inflamação pericárdica. Com base nos achados de imagem sugestivos de neoplasia e no resultado citológico do líquido pericárdico inconclusivo, foi optado por se realizar ressecção cirúrgica da massa. O diagnóstico do estudo histopatológico da peça cirúrgica foi sinoviossarcoma de pericárdio. Após um mês de internação, o paciente obteve alta hospitalar e está em seguimento oncológico ambulatorial.

A RMC vem assumindo papel crescente no estudo das doenças cardiovasculares<sup>(1-4)</sup>. O sinoviossarcoma de pericárdio é um tumor maligno primário do pericárdio histologicamente semelhante à sinóvia, que se origina de células mesenquimais<sup>(5)</sup>. É uma doença extremamente rara, com prevalência ainda incerta e discreto predomínio em jovens do sexo masculino<sup>(6)</sup>. Os sintomas são variados, desde ausência de sintomas até derrame pericárdico com tamponamento cardíaco, dispneia, febre, perda de peso e fenômenos embólicos<sup>(7)</sup>. O prognóstico do sinoviossarcoma de pericárdio é ruim, entretanto, alguns pacientes podem



**Figura 1.** TC de tórax com contraste, cortes coronal (A) e axial (B) na janela para mediastino, demonstrando massa sólida heterogênea com realce pelo meio de contraste localizada na porção posterior do saco pericárdico, associada a derrame pericárdico e derrame pleural à direita com dreno pleural associado.



**Figura 2.** RMC no eixo curto utilizando a técnica do realce tardio (A) e no eixo longo (B) demonstrando massa sólida, com conteúdo heterogêneo, medindo 3,2 × 6,1 × 3,9 cm, localizada na porção posterior do saco pericárdico e com pontos de aderência a este, com realce importante e heterogêneo do contraste pela técnica de realce tardio, além de inflamação pericárdica.

se beneficiar da ressecção cirúrgica, radioterapia e/ou quimioterapia<sup>(8,9)</sup>. A suposição diagnóstica nos pacientes assintomáticos baseia-se em lesões incidentais encontradas em exames de imagem cardíacos, e nos pacientes sintomáticos a suposição diagnóstica surge com exames de imagem direcionados, porém, a confirmação só pode ser estabelecida com análise histopatológica<sup>(6,8)</sup>.

Apesar de a imagem tumoral ser inespecífica no ecocardiograma, este é fundamental para a detecção inicial da doença, quantificação do derrame pericárdico, avaliação da função e restrição cardíaca, além de permitir análise comparativa com os posteriores exames de seguimento<sup>(10)</sup>. Na TC e na RMC observa-se massa sólida, heterogênea, com áreas multilocoladas<sup>(11)</sup> e septos internos, podendo apresentar invasão das estruturas adjacentes, derrame pericárdico e focos de metástases. A RMC é considerada a melhor modalidade para detecção e caracterização do tumor, sendo possível observar o grau de vascularização, detalhar melhor a invasão cardíaca, de necrose, e permitir controle no pós-tratamento<sup>(10,12)</sup>. Nesse contexto, pode-se concluir que, embora os exames de imagem não confirmem o diagnóstico, eles possuem papel fundamental na detecção, na caracterização e no planejamento pré-operatório e pós-operatório do sinoviossarcoma de pericárdio.

#### REFERÊNCIAS

- Assunção FB, Oliveira DCL, Souza VF, et al. Cardiac magnetic resonance imaging and computed tomography in ischemic cardiomyopathy: an update. *Radiol Bras.* 2016;49:26–34.
- Rochitte CE. Cardiac MRI and CT: the eyes to visualize coronary arterial disease and their effect on the prognosis explained by the Schrödinger's cat paradox. *Radiol Bras.* 2016;49(1):vii–viii.

- Faistauer A, Torres FS, Faccin CS. Right aortic arch with aberrant left innominate artery arising from Kommerell's diverticulum. *Radiol Bras.* 2016;49:264–6.
- Avelino MC, Miranda CLVM, Sousa CSM, et al. Free-floating thrombus in the aortic arch. *Radiol Bras.* 2017;50:406–7.
- Bezerra SG, Brandão AA, Albuquerque DC, et al. Pericardial synovial sarcoma: case report and literature review. *Arq Bras Cardiol.* 2013;101:e103–e106.
- Cheng Y, Sheng W, Zhou X, et al. Pericardial synovial sarcoma, a potential for misdiagnosis: clinicopathologic and molecular cytogenetic analysis of three cases with literature review. *Am J Clin Pathol.* 2012;137:142–9.
- Chekrine T, Sahraoui S, Cherkaoui S, et al. Primary pericardial synovial sarcoma: a case report and literature review. *JC Cases.* 2014;9:40–3.
- Salah S, Salem A. Primary synovial sarcomas of the mediastinum: a systematic review and pooled analysis of the published literature. *ISRN Oncol.* 2014;2014:412527.
- Anand AK, Khanna A, Sinha SK, et al. Pericardial synovial sarcoma. *Clin Oncol (R Coll Radiol).* 2003;15:186–8.
- Goldblatt J, Saxena P, McGiffin DC, et al. Pericardial synovial sarcoma: a rare clinical entity. *J Card Surg.* 2015;30:801–4.
- Wu X, Chen R, Zhao B. Pericardial synovial sarcoma in a dyspnoic female with tuberculous pericarditis: a case report. *Oncol Lett.* 2013;5:1973–5.
- Restrepo CS, Vargas D, Ocazonez D, et al. Primary pericardial tumors. *Radiographics.* 2013;33:1613–30.

**Diogo Costa Leandro de Oliveira<sup>1</sup>, Eduardo Oliveira Pacheco<sup>1</sup>, Larissa Teixeira Ramos Lopes<sup>2</sup>, Claudio Calazan do Carmo<sup>3</sup>, Alessandro Severo Alves de Melo<sup>4</sup>**

1. Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ, Brasil. 2. Hospital Niterói D'Or, Niterói, RJ, Brasil. 3. Grupo Oncologia D'Or, Niterói, RJ, Brasil. Endereço para correspondência: Dr. Alessandro Severo Alves de Melo. Hospital Universitário Antonio Pedro. Rua Marques de Paraná, 303, 2º andar, Centro, Niterói, RJ, Brasil, 24033-900. E-mail: alesevero@gmail.com.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2016.0200>

#### Tumor papilífero da região da pineal associado a síndrome de Parinaud: achados de imagem na ressonância magnética

*Papillary tumor of the pineal region accompanied by Parinaud's syndrome: magnetic resonance imaging findings*

Sr. Editor,

Paciente masculino, 22 anos, com cefaleia holocraniana de moderada intensidade, não pulsátil, sem aura ou outros sintomas associados. No exame neurológico apresentava paralisia do olhar conjugado vertical com olhar fixo para baixo, retração palpebral bilateral, incapacidade para a convergência ocular, pupilas não reagentes ao estímulo luminoso e reação de acomodação pupilar preservada, caracterizando a síndrome de Parinaud. Ressonância

magnética (RM) mostrou lesão expansiva na região da pineal, com sinal discretamente hiperintenso em T1 e isointenso em T2, com áreas císticas de permeio, discreto hipersinal na difusão e marcado realce pelo gadolínio (Figura 1). A lesão ocasionava compressão do aqueduto cerebral e da região dorsal do mesencéfalo, assim como provocava hidrocefalia. Estudo histopatológico demonstrou neoplasia papilífera formada por células cuboidais, de aparência epitelial, dispostas sobre eixos fibroconjuntivos, com vascularização evidente e atividade mitótica de 4 mitoses em 10 campos de grande aumento. A análise imuno-histoquímica apresentava marcada positividade para citoqueratinas e S-100 e negatividade para proteínas de neurofilamento. Tais achados foram compatíveis com tumor papilífero da região da pineal (TPRP).