

Feocromocitoma de bexiga

Pheochromocytoma of the urinary bladder

Sr. Editor,

Paciente do sexo feminino, 44 anos, há 7 anos apresenta episódios paroxísticos de dispneia, cefaleia, palpitação, tremores e hipertensão arterial. Os sintomas tiveram início súbito, sem fatores desencadeantes, com melhora espontânea em cerca de 15 minutos. Não apresentava achados relevantes ao exame físico, nem outras comorbidades. Na internação hospitalar relatou episódios de palpitação, taquicardia e sudorese profusa pós-miccionais, permanecendo assintomática no período intercrises. Foi submetida a tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM) (Figuras 1A e 1B, respectivamente). Na TC observou-se lesão nodular com densidade de partes moles, de contornos lobulados, com realce intenso e heterogêneo pelo meio de contraste venoso, medindo 3,5 cm x 3,0 cm, na parede anteroinferior da bexiga. Na RM a lesão apresentava padrão lobulado, com sinal heterogêneo em T2 e predomínio de isossinal, com focos de hipersinal na região central. Foi realizada ressecção cirúrgica da lesão (cistectomia parcial), observando-se tumor na parede anterior direita da bexiga, medindo 3,0 cm x 3,0 cm, de coloração amarelada, com aspecto macroscópico semelhante a tecido de adrenal (Figura 1C). O exame anatomopatológico da peça diagnosticou paraganglioma extra-adrenal com margens tumorais livres (Figura 1D). No pós-operatório e no restante da internação a paciente não mais apresentou os sintomas adrenérgicos relatados anteriormente.

Feocromocitomas são tumores do sistema nervoso simpático e podem ser funcionantes ou não funcionantes, às vezes secretando catecolaminas, causando hipertensão paroxística, palpitações, cefaleia e síncope⁽¹⁾. São mais comuns entre a quarta e sexta

décadas de vida. Cerca de 10% são bilaterais, 10% são malignos, 10% ocorrem em crianças e 10% são extra-adrenais. Mais de 90% estão situados na adrenal e 98% são intra-abdominais. Podem ocorrer em qualquer sítio desde a base do crânio até a bexiga, e quando localizados fora da adrenal, são chamados de paragangliomas⁽²⁾. O feocromocitoma de bexiga é um tumor raro, originado de células cromafins do sistema nervoso simpático, associado à parede vesical, perfazendo 0,06% de todos os tumores vesicais e 6% de todos os paragangliomas do corpo⁽³⁾. Na bexiga podem se apresentar com os sintomas típicos do feocromocitoma, hematúria e síncope miccional, como resultado da liberação de catecolaminas por contração vesical. Aproximadamente 10% a 15% dos paragangliomas da bexiga são não funcionantes e outros 10% possuem atividade hormonal sem expressão clínica⁽⁴⁾.

Artigos recentes têm discutido o papel dos exames de imagem no estudo das lesões pélvicas⁽⁵⁻¹⁰⁾. O diagnóstico por imagem dos feocromocitomas inclui ultrassonografia, TC, RM e cintilografia. A sensibilidade da TC e da RM para a detecção de feocromocitomas adrenais maiores que 1,0 cm se aproxima de 95% e 100%, respectivamente, sendo a RM mais específica que a TC⁽¹¹⁾. A principal manifestação na RM é de lesão expansiva com baixo sinal nas sequências em T1 e alto sinal em T2, com intensa impregnação após administração de contraste. No entanto, raramente o feocromocitoma pode apresentar baixo sinal nas sequências em T2⁽²⁾. O tratamento de escolha para o paraganglioma é a ressecção cirúrgica. A maioria dos tumores é benigna e estes podem ser totalmente ressecados⁽¹²⁾.

REFERÊNCIAS

1. Beilan J, Lawton A, Hajdenberg J, et al. Pheochromocytoma of the urinary bladder: a systematic review of the contemporary literature. *BMC Urol.* 2013;13:22.
2. Martins DL, Baroni RH, Blasbalg R, et al. Evaluation of adrenal tumors

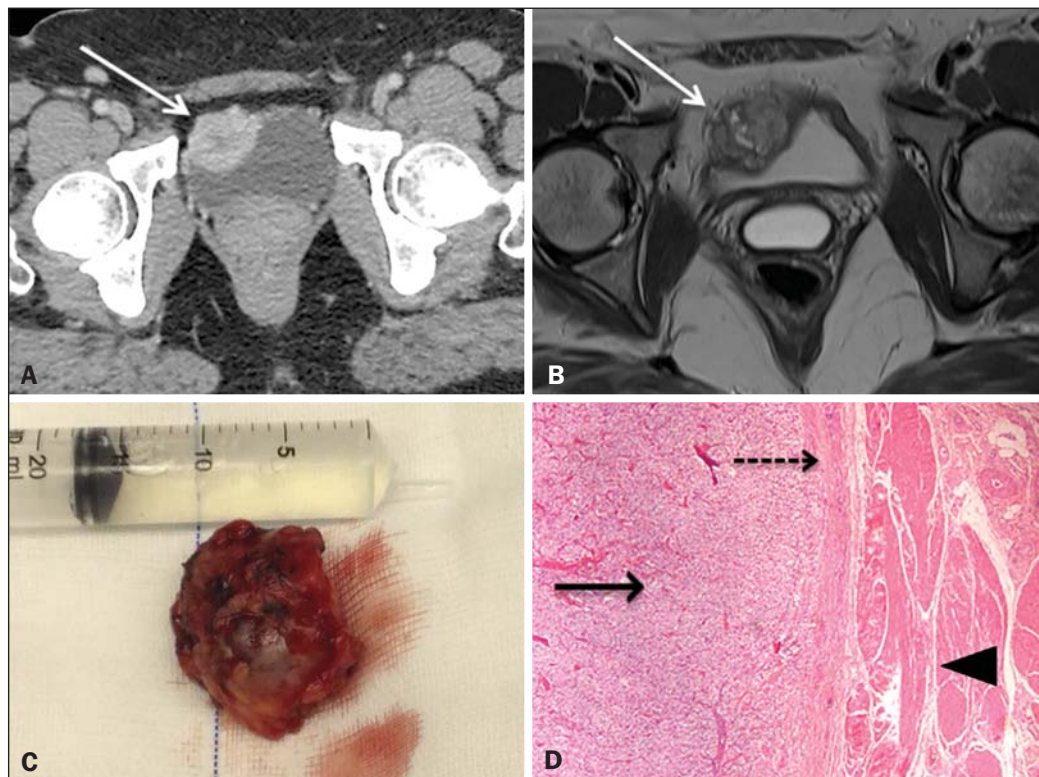


Figura 1. A: TC axial após administração de contraste venoso mostra lesão nodular hipervascular na parede anteroinferior da bexiga (seta). **B:** RM em sequência ponderada em T2 identifica lesão isointensa no mesmo sítio, com sinal heterogêneo e focos centrais de hipersinal (seta). **C:** Peça cirúrgica (ressecção da lesão). **D:** Corte histológico, com aumento de quatro vezes, corado em hematoxilina-eosina, demonstra lesão com arranjo padrão *zellballen* (seta contínua), cápsula do tumor (seta pontilhada) e a parede vesical (cabeça de seta).

by magnetic resonance imaging with histological correlation. Radiol Bras. 2008;41:55–62.

3. Wong EMH, Lai TCT, Tsu JHL, et al. Primary paraganglioma of urinary bladder: case series and review of the literature. Surgical Practice. 2015;19:82–5.
4. Peng C, Bu S, Xiong S, et al. Non-functioning paraganglioma occurring in the urinary bladder: a case report and review of the literature. Oncol Lett. 2015;10:321–4.
5. Montón CS, Esparza JFO, Ventura AB, et al. Mesothelioma of the tunica vaginalis in a patient with giant hydrocele. Radiol Bras. 2016;49:63–4.
6. Rondina RG, Volpato R, Guerra LFA, et al. Differential diagnosis of anterior sacral meningocele during the evaluation of post-hysterectomy pelvic collections. Radiol Bras. 2016;49:203–4.
7. Queiroz RM, Costa PP, Oliveira NYF, et al. Female urethral diverticulum containing a urothelial carcinoma. Radiol Bras. 2016;49:406–7.
8. Lopes PM, Sepúlveda L, Ramos R, et al. The role of transrectal ultrasound in the diagnosis of prostate cancer: new contributions. Radiol Bras. 2015;48:7–11.
9. Ferreira DM, Bezerra ROF, Ortega CD, et al. Magnetic resonance

imaging of the vagina: an overview for radiologists with emphasis on clinical decision making. Radiol Bras. 2015;48:249–59.

10. Salvadori PS, Bomfim LN, von Atzingen AC, et al. Spontaneous rupture of ovarian cystadenocarcinoma: pre- and post-rupture computed tomography evaluation. Radiol Bras. 2015:330–2.
11. Qiao HS, Feng XL, Yong L, et al. The MRI of extraadrenal pheochromocytoma in the abdominal cavity. Eur J Radiol. 2007;62:335–41.
12. Young WF Jr. Paragangliomas: clinical overview. Ann N Y Acad Sci. 2006;1073:21–9.

André Martins Fernandes¹, Bernardo Vieira Paim¹, Ana Paula Aguiar Vidal¹, Edson Marchiori¹, Daniella Braz Parente²

1. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2. Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Endereço para correspondência: Dr. André Martins Fernandes. Hospital Universitário Clementino Fraga Filho. Rua Rodolpho Paulo Rocco, 255, Cidade Universitária. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 21941-913. E-mail: o_amf@hotmail.com.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2015.0204>

Síndrome da bossa carpal: os styloideum fusionado ao trapezoide

Carpal boss syndrome: os styloideum fused to the trapezoid

Sr. Editor,

Paciente do sexo feminino, 29 anos de idade, branca, apresentando dor crônica à dorsiflexão da mão direita e proeminência de consistência endurecida nas bases do segundo e terceiro metacarpais, dolorosa à palpação. Na radiografia da mão (Figura 1A) observou-se a proeminência óssea na região em que foi palpada no exame físico, além de indefinição do espaço articular entre o trapezoide e o capitato, bem como no estudo tomográfico (Figuras 1B e 1C), no qual, mediante reconstruções multiplanares e tridimensionais, demonstrou-se com maiores detalhes o os styloideum fusionado com o osso trapezoide e neoarticulando-se com a base do terceiro metacarpal. A ressonância magnética (Figura 1D) mostrou hipointensidade de sinal em T1 e aumento da in-

tensidade em T2 STIR, com edema ósseo adjacente à neoarticulação, indicando apofisite.

Os styloideum é uma variação anatômica caracterizada por um ossículo acessório localizado no dorso do punho, entre os ossos trapezoide, capitato, segundo e terceiro metacarpais⁽¹⁾. Quando associada a sintomas, principalmente dor local, caracteriza a síndrome da bossa carpal^(2,3). A real incidência desta entidade é desconhecida, provavelmente subestimada e muito confundida clinicamente com outras causas de tumor no dorso do carpo⁽⁴⁾.

Bossa carpal pode ser classificada em adquirida (osteófitos), congênita (os styloideum), ou mista, mas as apresentações clínicas parecem ser semelhantes entre os grupos⁽³⁾. Os styloideum é também conhecido como o nono osso do carpo⁽⁵⁾. A principal dificuldade em seu reconhecimento reside na inespecificidade dos sintomas, frequentemente atribuídos a cistos dorsais, já que ambos compartilham localização muito semelhante⁽⁴⁾.

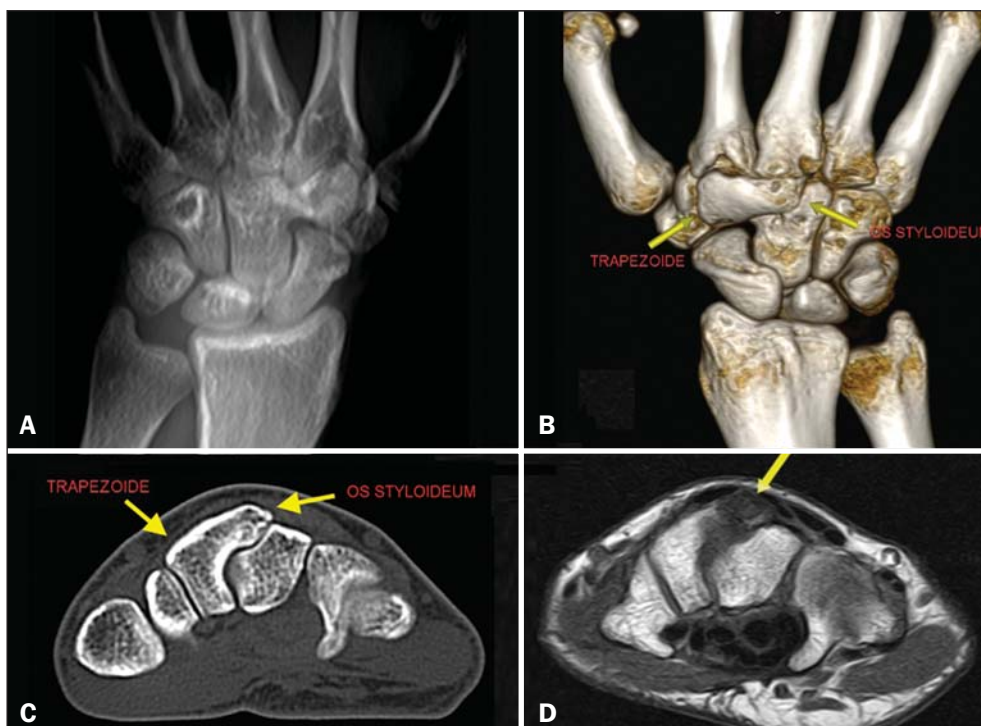


Figura 1. A: Radiografia digitalizada com indefinição do espaço articular entre o trapezoide e o capitato. **B,C:** Tomografia computadorizada em reconstrução tridimensional e em corte axial identificando o os styloideum fusionado ao trapezoide e neoarticulando-se ao capitato. **D:** Ressonância magnética em sequência T1 demonstrando o os styloideum, com edema ósseo adjacente à neoarticulação (neopapilite).