

Figura 2. Sarcoma indiferenciado. Coloração hematoxilina-eosina, 100×.

o histiocitoma fibroso maligno, o osteossarcoma, o sarcoma sinovial e o fibrossarcoma⁽⁸⁾. Radiologicamente, esses tumores geralmente mostram-se como grandes massas heterogêneas. No entanto, a aparência pode variar desde uma massa intrabrônquica ou intravascular, até um nódulo pulmonar solitário⁽⁸⁾.

Em nosso relato, apresentamos um paciente jovem, sem comorbidades, que apresentou volumosa massa na região intratorácica direita, cuja suspeita diagnóstica inicial apontava para sarcoma. Em conformidade com a literatura, a análise dos dados clínicos e das imagens de TC obtidas pode apenas sugerir, entre os diagnósticos diferenciais, o sarcoma primário do tórax, e a diferenciação entre os subtipos de sarcoma apenas é possível com o estudo anatomopatológico da peça⁽⁸⁾.

Portanto, embora seja uma neoplasia rara, devemos considerar o sarcoma primário entre os diagnósticos de tumores no tórax, especialmente quando estamos diante de uma grande massa heterogênea em pacientes jovens, sem evidência de doença maligna em outra parte do corpo.

REFERÊNCIAS

1. Batista MN, Barreto MM, Cavaguti RF, et al. Pulmonary artery sarcoma mimicking chronic pulmonary thromboembolism. *Radiol Bras.* 2015;48:333-4.
2. Nascif RL, Antón AGS, Fernandes GL, et al. Leiomyosarcoma of the inferior vena cava: a case report. *Radiol Bras.* 2014;47:384-6.
3. Teixeira VL, Santana Júnior PJ, Teixeira KISS, et al. Gastric Kaposi's sarcoma. *Radiol Bras.* 2015;48:196-7.
4. Alkis N, Muallaoglu S, Koçer M, et al. Primary adult soft tissue sarcomas: analysis of 294 patients. *Med Oncol.* 2011;28:391-6.
5. Hsu PK, Hsu HS, Lee HC, et al. Management of primary chest wall tumors: 14 years' clinical experience. *J Chin Med Assoc.* 2006;69:377-82.
6. Gaj Levra M, Novello S, Scagliotti GV, et al. Primary pleuropulmonary sarcoma: a rare disease entity. *Clin Lung Cancer.* 2012;13:399-407.
7. Tzias D, Cassidy HJ, Douraghi-Zadeh D, et al. Imaging characteristics of thoracic sarcomas – an illustration of interesting cases. *ECR.* 2013 / C-1007.
8. Gladish GW, Sabloff BM, Munden RF, et al. Primary thoracic sarcomas. *Radiographics.* 2002;22:621-37.

Carlos Henrique Simões de Oliveira Waszczynski¹, Marcos Duarte Guimarães², Luiz Felipe Sias Franco¹, Bruno Hochhegger³, Edson Marchiori⁴

1. Hospital Heliópolis, São Paulo, SP, Brasil. 2. A.C.Camargo Cancer Center e Hospital Heliópolis, São Paulo, SP, Brasil. 3. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre RS, Brasil. 4. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Endereço para correspondência: Dr. Carlos Henrique Simões de Oliveira Waszczynski. Hospital Heliópolis. Rua Cônego Xavier, 276, Nova Heliópolis. São Paulo, SP, Brasil, 04231-902. E-mail: lotd1104@hotmail.com.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2015.0165>

Tuberculose: acometimento traqueal

Tuberculosis: tracheal involvement

Sr. Editor,

Paciente mulher, 22 anos, previamente hígida, procurou auxílio médico com queixa de tosse produtiva e rouquidão. Negava outros sintomas respiratórios ou constitucionais, observando-se ao exame físico discreto estridor. Foi realizada tomografia computadorizada (TC) do tórax, para elucidação diagnóstica, que mostrou opacidades centrolobulares agrupadas, ramificadas, com aspecto de “árvore em brotamento”, sugerindo preenchimento bronquiolar distal; a traqueia e o brônquio principal esquerdo apresentavam contorno interno irregular, com espessamento parietal nodular (Figura 1), notando-se ainda discreta densificação da gordura mediastinal adjacente a estas alterações. Foi realizado exame de escarro, que foi positivo para tuberculose, confirmando a suspeita clínica e radiológica de tuberculose traqueobrônquica. O tratamento específico foi iniciado, com resolução dos achados.

O acometimento traqueal da tuberculose é relativamente incomum, ocorrendo em 4% dos pacientes com a forma endobrônquica da doença⁽¹⁻³⁾. Este tipo de apresentação acomete principalmente pacientes jovens, com pico de incidência na terceira década de vida e preponderância pelo sexo feminino. A doença pode afetar grande extensão da traqueia, comprometendo também os brônquios, ou apenas pequeno segmento da traqueia ou de um brônquio^(4,5). A apresentação clínica pode ser insidiosa, simulando carcinoma broncogênico, ou aguda, com quadro similar ao da

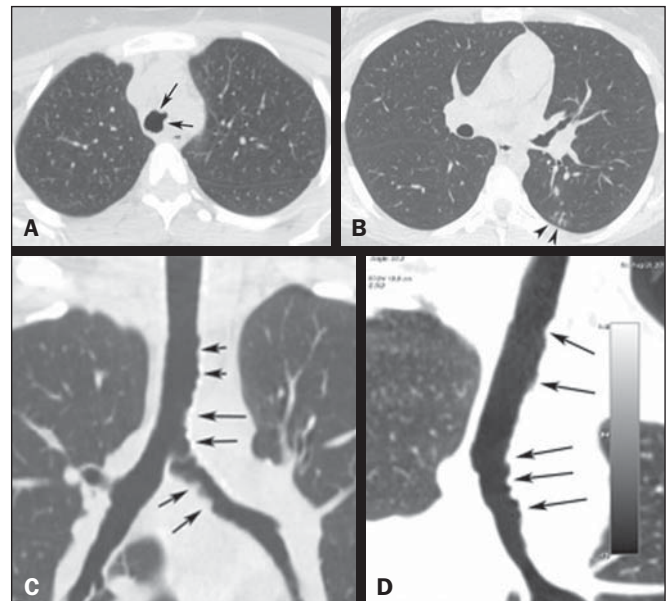


Figura 1. **A:** TC em corte axial mostrando estreitamento luminal irregular da traqueia (setas). **B:** TC em corte axial mostrando opacidades centrolobulares com aspecto de “árvore em brotamento” no lobo inferior do pulmão esquerdo sugerindo preenchimento bronquiolar. **C,D:** Reconstruções coronal e coronal oblíqua mostrando a traqueia e o brônquio principal esquerdo com contornos internos irregulares, além de espessamento parietal (setas).

asma, aspiração de corpo estranho ou pneumonia. Mais comumente, os pacientes acometidos por tuberculose traqueobrônquica apresentam tosse produtiva, hemoptise, dor torácica, fraqueza generalizada, febre, dispneia e broncorreia^(1,3). Em casos mais graves, pode resultar em obstrução traqueal aguda⁽⁶⁾. O desenvolvimento de cicatriz fibrótica e a estenose traqueobrônquica são as principais complicações, sendo fundamental o correto diagnóstico e o tratamento precoce⁽⁶⁾.

O diagnóstico diferencial é feito com outras doenças de acometimento traqueal, incluindo as de comprometimento localizado (neoplasias traqueais primárias, lesões de origem traumática e algumas doenças infecciosas) e as de comprometimento difuso (amiloídose, traqueobroncopatia osteocondrótica, policondrite recidivante, papilomatose laringotraqueobrônquica, traqueobroncomegalia, neurofibromatose, granulomatose de Wegener, linfomas e paracoccidiodomicose)^(5,7-12).

Os exames de imagem têm tido importância crescente na avaliação das doenças torácicas, conforme observado recentemente na literatura radiológica brasileira⁽¹³⁻¹⁹⁾. No estudo da traqueia, eles compreendem a radiografia e, principalmente, a TC de tórax, que podem demonstrar estreitamento luminal irregular e circunferencial, associado ou não a mediastinite. Na doença fibrótica a luz é mais lisa e a parede não está espessada. Linfonodomegalias estão em geral associadas à doença ativa^(4,6).

A broncofibroscopia pode revelar mucosa inflamada, granuloma submucoso ou pólipos, ulceração, hipertrofia e estenose cicatricial, e histologicamente podem ser identificados granuloma com células gigantes e necrose de caseificação⁽¹⁾. Embora o padrão-ouro para o diagnóstico de tuberculose traqueobrônquica seja o achado de granulomas na mucosa traqueal/brônquica, o diagnóstico com base em achados de imagem e positividade no exame de escarro é aceito e viabiliza um tratamento imediato⁽²⁾.

A tuberculose traqueobrônquica exige suspeição, sendo necessária a correlação das manifestações clínicas com os achados radiológicos. O diagnóstico e o tratamento devem ser precoces, evitando, assim, as complicações da doença.

REFERÊNCIAS

1. Lee JH, Park SS, Lee DH, et al. Endobronchial tuberculosis. Clinical and bronchoscopic features in 121 cases. *Chest*. 1992;102:990-4.
2. Morrone N, Abe NS. Bronchoscopic findings in patients with pulmonary tuberculosis. *J Bronchol*. 2007;14:15-8.
3. Arora A, Bhalla AS, Jana M, et al. Overview of airway involvement in tuberculosis. *J Med Imaging Radiat Oncol*. 2013;57:576-81.
4. Moon WK, Im JG, Yeon KM, et al. Tuberculosis of the central airways: CT findings of active and fibrotic disease. *AJR Am J Roentgenol*. 1997;169:649-53.

5. Marchiori E, Pozes AS, Souza Jr AS, et al. Alterações difusas da traqueia: aspectos na tomografia computadorizada. *J Bras Pneumol*. 2008;34:47-54.
6. Smati B, Boudaya MS, Ayadi A, et al. Tuberculosis of the trachea. *Ann Thorac Surg*. 2006;82:1900-1.
7. Gasparetto TD, Azevedo FB, Toledo A, et al. Primary tracheal non-Hodgkin lymphoma: case report with an emphasis on computed tomography findings. *J Thorac Imaging* 2010;25:W24-6.
8. Marchiori E, Zanetti G, Mano CM. Tracheobronchial papillomatosis with diffuse cavitary lung lesions. *Pediatr Radiol*. 2010;40:1301-2.
9. Marchiori E, Araujo Neto C, Meirelles GSP, et al. Laryngotracheobronchial papillomatosis: findings on computed tomography scans of the chest. *J Bras Pneumol*. 2008;34:1084-9.
10. Marchiori E, Escuissato DL, Souza Jr AS, et al. Computed tomography findings in patients with tracheal paracoccidiodomycosis. *J Comput Assist Tomogr*. 2008;32:788-91.
11. Azeredo F, Severo A, Zanetti G, et al. Floppy ears and tracheal wall narrowing. *Neth J Med*. 2012;70:417-21.
12. Hochhegger B, Guimarães MD, Marchiori E. Thacheal paraganglioma: differential diagnosis of a contrast-enhanced tracheal mass. *AJR Am J Roentgenol*. 2014;202:w598.
13. Lachi T, Nakayama M. Radiological findings of pulmonary tuberculosis in indigenous patients in Dourados, MS, Brazil. *Radiol Bras*. 2015;48:275-81.
14. Barbosa BC, Marchiori E, Zanetti GMR, et al. Catamenial pneumothorax. *Radiol Bras*. 2015;48:128-9.
15. Francisco FAF, Rodrigues RS, Barreto MM, et al. Can chest high-resolution computed tomography findings diagnose pulmonary alveolar microlithiasis? *Radiol Bras*. 2015;48:205-10.
16. Guimaraes MD, Hochhegger B, Koenigk-Santos M, et al. Magnetic resonance imaging of the chest in the evaluation of cancer patients: state of the art. *Radiol Bras*. 2015;48:33-42.
17. Batista MN, Barreto MM, Cavaguti RF, et al. Pulmonary artery sarcoma mimicking chronic pulmonary thromboembolism. *Radiol Bras*. 2015;48:333-4.
18. Guimarães MD. Pulmonary tuberculosis in Brazilian indians: a picture of this context depicted through radiography. *Radiol Bras*. 2015;48(5):v-vi.
19. Silva Junior GM, Zanetti GMR, Barillo JL, et al. Peripheral primitive neuroectodermal tumor of chest wall in young adult. *Radiol Bras*. 2015;48:59-60.

Brainner Campos Barbosa¹, Viviane Brandão Amorim², Luiz Flávio Maia Ribeiro², Edson Marchiori³

1. Hospital Samaritano – Clínica Luiz Felipe Mattoso, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2. Clínica Felipe Mattoso, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 3. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Endereço para correspondência: Dr. Brainner Campos Barbosa. Rua das Laranjeiras, 371, ap. 303, Laranjeiras. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 22240-004. E-mail: brainnerc@gmail.com.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2015.0200>

Síndrome inflamatória da reconstituição imune e criptococose neuropulmonar em paciente HIV-negativo

Immune reconstitution inflammatory syndrome, with pulmonary and neurological cryptococcosis, in an HIV-negative patient

Sr. Editor,

Homem, 26 anos, queixando-se de tosse e febre há alguns dias. Relatou regime para emagrecimento nos últimos quatro meses, com perda ponderal de 20 kg. Negou comorbidades.

Radiografia torácica caracterizou consolidação pulmonar à esquerda. Hemogramas apresentaram leucocitose e contagem de linfócitos no limite inferior da normalidade. Radiografias subsequentes, na vigência de antibioticoterapia, mostraram aumento da consolidação. Tomografia computadorizada torácica exibiu, no pulmão esquerdo, consolidação com broncograma aéreo e opacidade hilar parcialmente arredondada, ambas contendo áreas hi-

podensas (Figura 1A), levantando as hipóteses de processo infeccioso ou neoplásico. Devido a surgimento de confusão mental, crises convulsivas e instabilidade postural, realizou-se ressonância magnética (RM) encefálica, que demonstrou múltiplas lesões císticas intraparenquimatosas (Figura 1B), sem realce e com mínimo edema marginal.

Estudo anatomopatológico de biópsia da consolidação pulmonar revelou infecção fúngica com características de micose profunda por criptococos. A coloração com mucicarmim mostrou positividade para muco da cápsula fúngica. As sorologias para HIV, HBV e HCV foram negativas. Iniciou-se terapia com fluconazol alternada com anfotericina B. O paciente apresentou estado geral instável durante a internação, sendo submetido a traqueostomia e desenvolvendo candidíase traqueal subsequente. Recebeu alta após melhora clínica, para seguimento ambulatorial, com terapia domiciliar e atenção para dieta adequada.