

REFERÊNCIAS

1. Orazi C, Inserra A, Schingo PM, et al. Pleuropulmonary blastoma, a distinctive neoplasm of childhood: report of three cases. *Pediatr Radiol.* 2007;37:337–44.
2. Messinger YH, Stewart DR, Priest JR, et al. Pleuropulmonary blastoma: a report on 350 central pathology-confirmed pleuropulmonary blastoma cases by the International Pleuropulmonary Blastoma Registry. *Cancer.* 2015;121:276–85.
3. Vilela VM, Ribeiro VM, Paiva JC, et al. Clinical and radiological characterization of fibrous hamartoma of infancy. *Radiol Bras.* 2017;50:204–5.
4. Moreira FP, Aihara AY, Lederman HM, et al. Cognitive map to support the diagnosis of solitary bone tumors in pediatric patients. *Radiol Bras.* 2018;51:297–302.
5. Peçanha AS, Monteiro AM, Gazolla FM, et al. Ultrasound as a method to evaluate the distribution of abdominal fat in obese prepubertal children and the relationship between abdominal fat and metabolic alterations. *Radiol Bras.* 2018;51:293–6.
6. Figueiras FN, Duarte ML, Duarte ER, et al. Giant ovarian teratoma: an important differential diagnosis of pelvic masses in children. *Radiol Bras.* 2017;50:342–3.
7. Togni Filho PH, Casagrande JLM, Lederman HM. Utility of the inspiratory phase in high-resolution computed tomography evaluations of pediatric patients with bronchiolitis obliterans after allogeneic bone marrow transplant: reducing patient radiation exposure. *Radiol Bras.* 2017;50:90–6.
8. Naffaa LN, Donnelly LF. Imaging findings in pleuropulmonary blastoma. *Pediatr Radiol.* 2005;35:387–91.
9. Kuzucu A, Soysal O, Yakinci C, et al. Pleuropulmonary blastoma: report of a case presenting with spontaneous pneumothorax. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2001;19:229–30.
10. Piastra M, Ruggiero A, Caresta E, et al. Critical presentation of pleuropulmonary blastoma. *Pediatr Surg Int.* 2005;21:223–6.

Isa Félix Adôrno^{1,a}, Rômulo Florêncio Tristão Santos^{1,b}, Bernardo Bacelar de Faria^{2,c}, Edson Marchiori^{3,d}, Thiago Franchi Nunes^{1,e}

1. Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (HUMAP-UFMS), Campo Grande, MS, Brasil. 2. Screenlab, Campo Grande, MS, Brasil. 3. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

a. <https://orcid.org/0000-0002-2106-1211>; b. <https://orcid.org/0000-0002-8679-7369>; c. <https://orcid.org/0000-0002-4258-2198>; d. <https://orcid.org/0000-0001-8797-7380>; e. <https://orcid.org/0000-0003-0006-3725>.

Correspondência: Dr. Edson Marchiori. Rua Thomaz Cameron, 438, Valparaíso, Petrópolis, RJ, Brasil, 25685-120. E-mail: edmarchiori@gmail.com.

Recebido para publicação em 17/10/2017. Aceito, após revisão, em 8/11/2017.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2017.0189>



Nódulos reumatóides escavados: um achado pulmonar incomum
Cavitary rheumatoid nodules: an unusual pulmonary finding

Sr. Editor,

Paciente feminina, 45 anos, procurou assistência médica em outra instituição com queixas de tosse seca e dispneia há 4 meses. Relatou piora progressiva dos sintomas respiratórios, com radiografias do tórax mostrando lesões nodulares escavadas de localização predominantemente periférica. Referiu diagnóstico prévio de artrite reumatóide, com tratamento irregular. A

paciente foi submetida a broncoscopia, com baciloscopia, cultura e exame micológico direto negativos, optando-se por acompanhamento ambulatorial. Com a progressão do quadro, apesar de múltiplos esquemas antibióticos, foi prescrito tratamento empírico para tuberculose. A paciente evoluiu com hepatite medicamentosa, necessitando de nova internação hospitalar. Tomografia computadorizada do tórax mostrou múltiplas lesões nodulares em ambos os pulmões, várias delas escavadas (Figura 1). Investigação com ecocardiograma transesofágico afastou a hipótese de endocardite. A paciente foi então encaminhada para

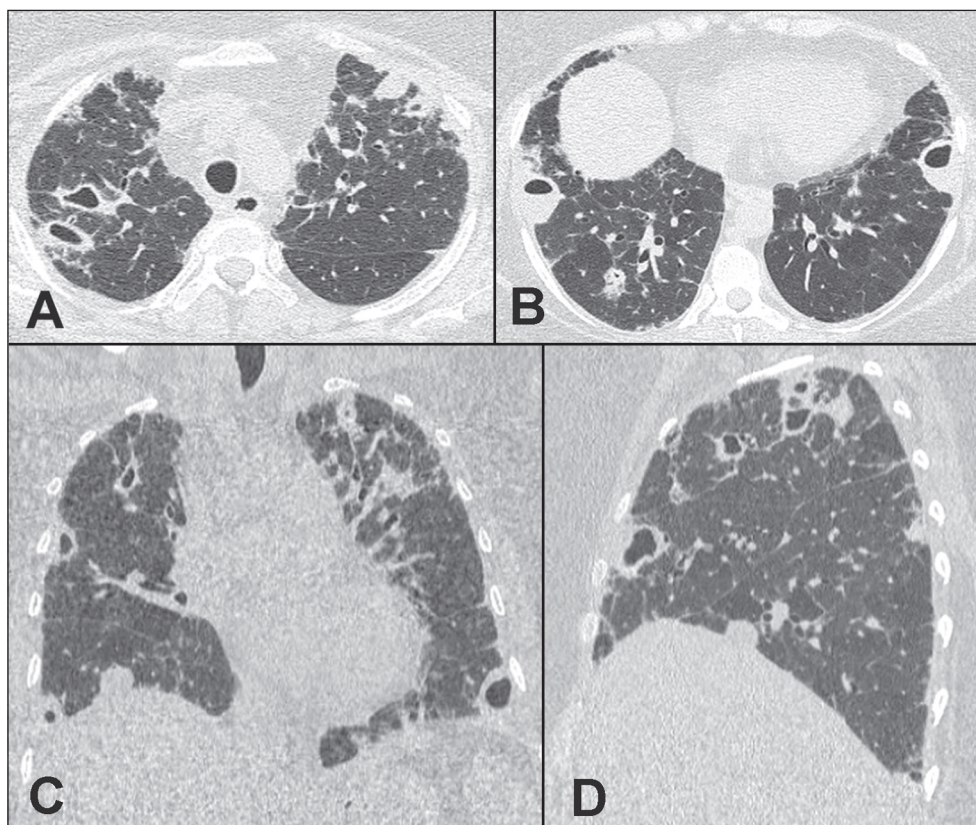


Figura 1. Tomografia computadorizada do tórax com cortes axiais (A,B), coronal (C) e sagital (D) mostrando múltiplas lesões nodulares com graus diferentes de escavação, algumas com níveis líquidos. Observar também discretas opacidades subpleurais, com reticulação.

o nosso hospital, para definição diagnóstica. Dosagens de anticorpos citoplasmáticos antineutrófilos negativas. Fator reumatoide positivo. Outros exames laboratoriais pouco expressivos. Broncoscopia com lavado broncoalveolar foi negativa para fungos nas colorações de PAS e para bacilos álcool-ácido resistentes na coloração de Ziehl-Neelsen. Culturas também foram negativas. Biópsia pulmonar a céu aberto mostrou formação nodular subpleural com extensa porção central necrótica e escavada, e porção periférica fibrótica de aspecto hialinizado, com histiócitos e fibroblastos de permeio, compatível com nódulo reumatoide pulmonar. O tecido pulmonar adjacente exibia moderado infiltrado inflamatório mononuclear intersticial, com hiperplasia de pneumócitos e discreta fibrose intersticial, compatível com pneumonia intersticial não específica. Durante hospitalização, a paciente apresentou quadro de insuficiência respiratória secundária a pneumonia bacteriana, vindo a falecer no centro de terapia intensiva.

A artrite reumatoide é uma doença autoimune inflamatória crônica sistêmica caracterizada por inflamação persistente das articulações diartrodiais com hiperplasia sinovial que, se contínua, resulta em destruição articular progressiva^(1,2). Cerca de 40% dos pacientes acometidos apresentam manifestações extra-articulares, sendo o acometimento pulmonar a segunda causa mais comum de morte nesses pacientes⁽¹⁻³⁾.

Trabalhos recentes publicados no Brasil têm ressaltado a importância da radiologia para o diagnóstico das doenças torácicas⁽⁴⁻⁸⁾. Os nódulos reumatoides, geralmente subcutâneos, são a manifestação mais comum da artrite reumatoide. São mais frequentes em homens fumantes e ocorrem em cerca de um terço dos pacientes com doença soropositiva. Embora os nódulos sejam comumente encontrados em pontos de pressão, eles podem também envolver outros órgãos^(3,9). Os nódulos reumatoides pulmonares são idênticos aos nódulos encontrados no tecido subcutâneo. Eles usualmente medem entre 0,5 e 5,0 cm de diâmetro e se localizam nas zonas periféricas das regiões superiores e médias dos pulmões, podendo sofrer escavação, calcificação ou aumento de tamanho, ou mesmo podem involuir espontaneamente^(1,2). São em geral assintomáticos e não requerem, na maioria dos casos, tratamento específico^(3,9,10).

Histologicamente, os nódulos pulmonares são semelhantes aos nódulos extrapulmonares, com aspecto de necrose central, células epitelioides em paliçada, infiltrado de células mononucleares e vasculite associada^(2,9). Os nódulos reumatoides pulmonares devem ser diferenciados de processos malignos e infecciosos, particularmente quando apenas um único nódulo está presente. Portanto, o acompanhamento radiológico e, por vezes, biópsia, podem ser necessários para excluir malignidade^(2,9).

REFERÊNCIAS

1. Yuksekkaya R, Celikyay F, Yilmaz A, et al. Pulmonary involvement in rheumatoid arthritis: multidetector computed tomography findings. *Acta Radiol.* 2013;54:1138-49.
2. Anaya JM, Diethelm L, Ortiz LA, et al. Pulmonary involvement in rheumatoid arthritis. *Semin Arthritis Rheum.* 1995;24:242-54.
3. Sargin G, Senturk T. Multiple pulmonary rheumatoid nodules. *Reumatologia.* 2015;53:276-8.
4. von Ranke FM, Freitas HMP, Dinoia V, et al. Congenital lobar emphysema. *Radiol Bras.* 2018;51:205-6.
5. Oliveira DS, Araújo Filho JA, Paiva AFL, et al. Idiopathic interstitial pneumonias: review of the latest American Thoracic Society/European Respiratory Society classification. *Radiol Bras.* 2018;51:321-7.
6. Hochegger B, Irion KL, Hochegger D, et al. Pneumorrhachis as a complication of bronchial asthma: computed tomography findings. *Radiol Bras.* 2018;51:268.
7. Barbosa DL, Hochegger B, Souza Jr AS, et al. High-resolution computed tomography findings in eight patients with hantavirus pulmonary syndrome. *Radiol Bras.* 2017;50:148-53.
8. Belém LC, Souza CA, Souza Jr AS, et al. Metastatic pulmonary calcification: high-resolution computed tomography findings in 23 cases. *Radiol Bras.* 2017;50:231-6.
9. Amital A, Shitrit D, Adir Y. The lung in rheumatoid arthritis. *Presse Med.* 2011;40(1 Pt 2):e31-48.
10. Herrero HG, Sarasa MA, Marco IR, et al. Nódulos pulmonares reumatoides: forma de presentación, métodos diagnósticos y evolución, a propósito de 5 casos. *Reumatol Clin.* 2012;8:212-5.

Ana Clara da Costa Geraldino^{1,a}, Edson Marchiori^{1,b}

1. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Correspondência: Dra. Ana Clara da Costa Geraldino. Rua São Clemente, 114, ap. 608, bloco 02, Botafogo. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 22260-002. E-mail: accgeraldino@gmail.com.

a. <https://orcid.org/0000-0002-4812-6839>; b. <https://orcid.org/0000-0001-8797-7380>.

Recebido para publicação em 10/10/2017. Aceito, após revisão, em 16/11/2017.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2017.0182>



Spontaneous dissection of the left gastric artery: a rare cause of abdominal pain

Dear Editor,

A 44-year-old man was admitted to the emergency department with a 12-h history of severe epigastric pain. He reported no history of trauma or fall. Physical examination revealed a flaccid abdomen, pain on deep palpation of the epigastrium, and no signs of peritoneal irritation. The results of laboratory tests, including a complete blood count, together with the determination of the levels of amylase and transaminases, showed no relevant changes. Upper gastrointestinal endoscopy showed signs of mild non-erosive distal esophagitis and moderate erosive antral gastritis, as well as some sessile hyperplastic polyps in the gastric body. An abdominal ultrasound did not show any changes. Because of persistent pain, the patient underwent abdominal computed tomography (CT) angiography, which showed high attenuation of the tissue before contrast administration (Figure 1A). Contrast-enhanced axial CT showed diffuse irregular thickening of the left gastric artery (Figure 1B). Multiplanar reconstruction

demonstrated eccentric thickening suggestive of false lumen thrombosis (Figure 1C). Three-dimensional (3D) reconstruction revealed diffuse irregular thickening of the left gastric artery (Figure 1D). These findings are consistent with a diagnosis of spontaneous dissection of the left gastric artery. No aneurysm formations or relevant anatomical variations were found in the evaluated arteries. A multidisciplinary group recommended conservative treatment (with anticoagulant/antiplatelet therapy and analgesics), hospital discharge, and outpatient follow-up.

Spontaneous dissection of a splanchnic artery is a rare event. Although several possible causes, including fibromuscular dysplasia, congenital connective tissue disorders, cystic medial necrosis, trauma, and hypertension, have been proposed, no strong association has yet been established^(1,2). Dissection of the superior mesenteric artery has been the most often described, although its incidence is estimated at only approximately 0.06%. To our knowledge, there has been only one reported case of isolated left gastric artery dissection without aneurysm formation⁽³⁾.

Acute abdomen has been the subject of recent publications in the radiology literature of Brazil⁽⁴⁻⁸⁾. CT angiography is the