

A TC pode demonstrar formações expansivas perirrenais com coeficientes de atenuação de líquido, delimitadas pela fásia renal, que se amoldam e não invadem estruturas vizinhas, podendo comprimir o córtex renal, expandir o seio e distorcer o sistema calicinal; ou, também, identificar coleções hipodensas periféricas predominantemente pequenas, observando-se valores de atenuação de 0 a 15 UH⁽³⁾. Pode haver espessamento das fásias renais e coleções retroperitoneais cruzando a linha média ao nível do hilo renal. Não há realce das coleções ou das paredes das formações císticas após uso de contraste iodado⁽⁶⁾.

Na RM os cistos exibem baixo sinal em T1 (pode haver hiper-sinal, caso haja sangramento⁽⁶⁾) e hipersinal em T2, sem realce, e ainda se pode diagnosticar a LR demonstrando coleções linfáticas perirrenais com inversão da intensidade de sinal corticomedular^(1,4) (Figura 1 – B,C,D).

É essencial o conhecimento dos aspectos radiológicos da LR, para sugerir o diagnóstico, orientar a terapêutica e a prevenção de complicações, sendo necessário diferenciá-la de outras doenças que mimetizam enfermidades renais císticas. Embora seja rara a associação com insuficiência renal, seu conhecimento é importante também para prevenir morbidades que, se associadas, podem evoluir com esta complicação, como a obesidade e a hipertensão arterial.

REFERÊNCIAS

1. Rastogi R, Rastogi V. Computed tomographic scan in the diagnosis of bilateral renal lymphangiectasia. Saudi J Kidney Dis Transpl. 2008;19: 976–9.
2. Ashraf K, Raza SS, Ashraf O, et al. Renal lymphangiectasia. Br J Radiol. 2007;80:e117–8.
3. Vega J, Santamarina M. Linfangiectasia renal unilateral. Caso clínico. Rev Méd Chile. 2012;140:1312–5.
4. Restrepo JM, Amaya JEL, Sepúlveda NA, et al. Renal lymphangiectasia: MDCT and MRI findings. Rev Colomb Radiol. 2011;22:1–8.
5. Ueda S, Yanagida H, Sugimoto K, et al. Chronic renal insufficiency in a boy with cystic renal lymphangiectasia: morphological findings and long-term follow-up. Clin Nephrol. 2007;68:416–21.
6. Vasconcelos RA, Pereira ES, Bauab Jr T, et al. Renal lymphangiectasia: incidental finding at multislice computed tomography and literature review. Radiol Bras. 2012;45:178–80.

Andréa Farias de Melo Leite¹, Bruna Venturieri¹, Rosana Gonçalves de Araújo¹, Eduardo Just Costa e Silva¹, Jorge Elias Junior²

1. Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira de Pernambuco (IMIP), Recife, PE, Brasil. 2. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil. Endereço para correspondência: Dra. Andréa Farias de Melo Leite. Rua Laura Campelo, 130, Torre. Recife, PE, Brasil, 50710-270. E-mail: andreaarias@gmail.com.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2015.0025>

Sarcoma primário indiferenciado do tórax: um diagnóstico raro em pacientes jovens

Primary undifferentiated sarcoma in the thorax: a rare diagnosis in young patients

Sr. Editor,

Homem de 30 anos de idade foi admitido no serviço de cirurgia torácica de um hospital terciário para investigação de uma massa torácica. Duas semanas antes da internação havia iniciado dor no hemitórax direito e flanco direito, entre a linha axilar anterior e a linha axilar média, de evolução progressiva, tendo recebido tratamento para pneumonia. Ao exame clínico, apresentava murmúrio vesicular abolido no hemitórax direito.

A tomografia computadorizada (TC) do tórax demonstrou extensa massa na região torácica direita (Figura 1), heterogênea, predominantemente sólida, com áreas de conteúdo interno de baixa atenuação (21–26 unidades Hounsfield), focos de sangramento, sem calcificações de permeio e sem determinar osteólise costal. Exames laboratoriais apresentaram resultados dentro dos

limites da normalidade. O paciente foi submetido a biópsia percutânea e o exame anatomopatológico (Figura 2) revelou sarcoma indiferenciado do tórax.

Os sarcomas representam um grupo heterogêneo de tumores derivados de células de origem mesenquimal^(1–3). Eles representam 1% de todas as neoplasias e ocorrem principalmente nas extremidades (60%), trato gastrointestinal (25%), retroperitônio (20%) e região da cabeça e pescoço (4,1%). Os sarcomas primários do tórax são excepcionalmente raros, representam 0,2% dos cânceres pulmonares e 5% de todas as neoplasias torácicas, e podem envolver o pulmão, o mediastino, a pleura e, principalmente, a parede torácica. A presença de sarcoma em qualquer outra parte do corpo deve ser descartada, uma vez que a metástase é muito mais frequente que o tumor primário^(4–7).

Os tipos histológicos dos sarcomas primários intratorácicos mais comuns são o angiomiossarcoma, o leiomiiossarcoma, o rabdomiossarcoma e o mesotelioma (variante sarcomatoide)⁽⁸⁾. Na parede torácica, os sarcomas primários mais comuns são o sarcoma de Ewing, o tumor neuroectodérmico primitivo, o condrossarcoma,

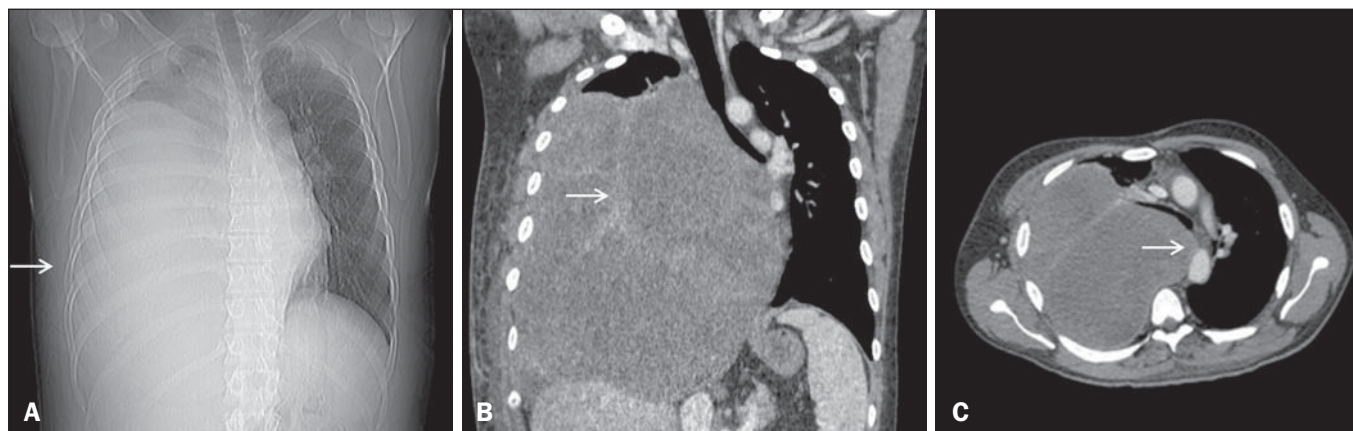


Figura 1. Imagens da TC mostram um sarcoma torácico primário no hemitórax direito. **A:** Scout tomográfico mostrando velamento do hemitórax direito. **B:** Reconstituição coronal tomográfica, com realce heterogêneo (seta) em destaque. **C:** Corte axial da TC mostrando desvio mediastinal contralateral.

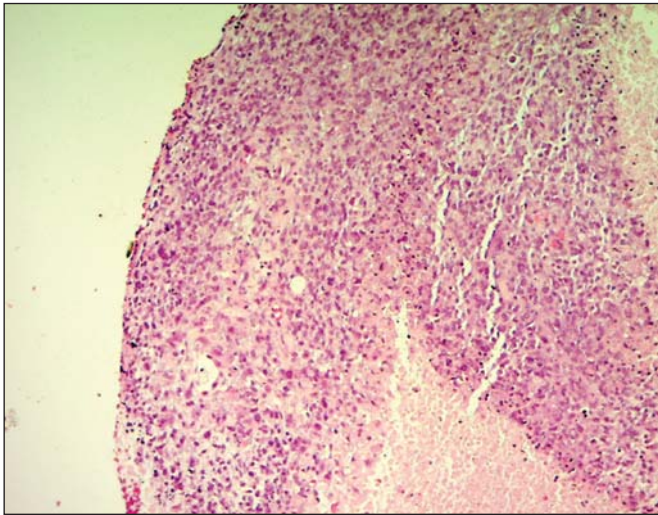


Figura 2. Sarcoma indiferenciado. Coloração hematoxilina-eosina, 100×.

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

- Batista MN, Barreto MM, Cavaguti RF, et al. Pulmonary artery sarcoma mimicking chronic pulmonary thromboembolism. *Radiol Bras.* 2015;48:333-4.
- Nascif RL, Antón AGS, Fernandes GL, et al. Leiomyosarcoma of the inferior vena cava: a case report. *Radiol Bras.* 2014;47:384-6.
- Teixeira VL, Santana Júnior PJ, Teixeira KISS, et al. Gastric Kaposi's sarcoma. *Radiol Bras.* 2015;48:196-7.
- Alkis N, Muallaoglu S, Koçer M, et al. Primary adult soft tissue sarcomas: analysis of 294 patients. *Med Oncol.* 2011;28:391-6.
- 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.
- Gaj Levra M, Novello S, Scagliotti GV, et al. Primary pleuropulmonary sarcoma: a rare disease entity. *Clin Lung Cancer.* 2012;13:399-407.
- Tzias D, Cassidy HJ, Douraghi-Zadeh D, et al. Imaging characteristics of thoracic sarcomas – an illustration of interesting cases. *ECR.* 2013 / C-1007.
- 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

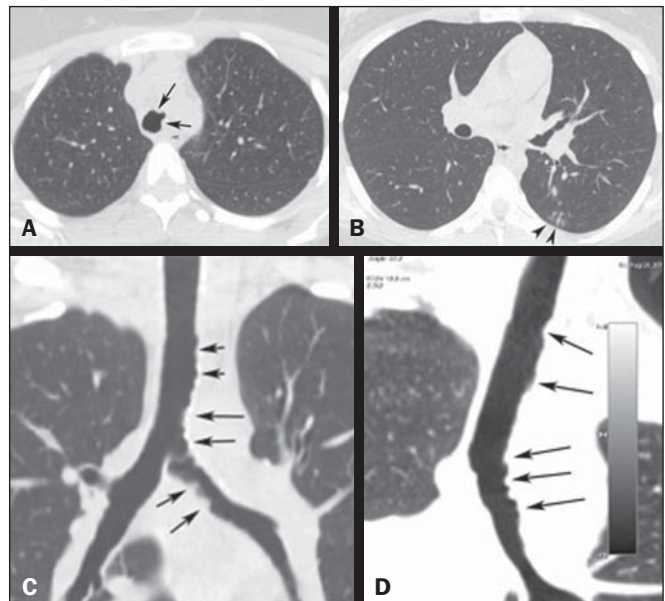


Figura 1. **A:** TC em corte axial mostrando estreitamento luminal irregular da traqueia (setas). **B:** TC em corte axial mostrando opacidades centrolobulares com aspecto de “árvore em brotamento” no lobo inferior do pulmão esquerdo sugerindo preenchimento bronquiolar. **C,D:** Reconstruções coronal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