

ças apresentam quadro radiológico de processo alveolar difuso, não sendo este achado específico de nenhuma delas⁽⁹⁾. A paciente era hígida, sem comorbidades, em pós-operatório imediato de cirurgia de vias aéreas superiores (tonsilectomia), com resolução espontânea em apenas três dias.

Embora o padrão radiológico tenha sido inespecífico, o antecedente cirúrgico e a rápida resolução do quadro permitiram excluir outras causas, restando como único diagnóstico possível a EPPN. Desse modo, julgamos desnecessário prosseguir a investigação diagnóstica com outros métodos de imagem ou exames laboratoriais.

REFERÊNCIAS

1. Cascade PN, Alexander GD, Mackie DS. Negative-pressure pulmonary edema after endotracheal intubation. *Radiology*. 1993;186:671-5.
2. Mamiya H, Ichinohe T, Kaneko Y. Negative pressure pulmonary edema after oral and maxillofacial surgery. *Anesth Prog*. 2009;56:49-52.
3. Deepika K, Kanaan CA, Barrocas AM, et al. Negative pressure pulmonary edema after acute upper airway obstruction. *J Clin Anesth*. 1997;9:403-8.
4. Davidson S, Guinn C, Gacharna D. Diagnosis and treatment of negative

- pressure pulmonary edema in a pediatric patient: a case report. *AANA J*. 2004;72:337-8.
5. Timby J, Reed C, Zeilender S, et al. "Mechanical" causes of pulmonary edema. *Chest*. 1990;98:973-9.
6. Sulek C. Negative-pressure pulmonary edema. In: Gravenstein N, Kirby RR, editors. *Complications in anesthesiology*. 2nd ed. Philadelphia, PA: Lippincott-Raven; 1996. p. 191-7.
7. Hobaika ABS, Lorentz MN. Laringoespasm. *Rev Bras Anesthesiol*. 2009;59:487-95.
8. Albergaria VF, Soares CM, Araújo RM, et al. Edema pulmonar por pressão negativa após hipofisectomia transfenoidal. Relato de caso. *Rev Bras Anesthesiol*. 2008;58:391-6.
9. Felson B. Disseminated interstitial diseases of the lung. *Ann Radiol*. 1966;9:325-45.

Lais Bastos Pessanha¹, Adriana Maria Fonseca de Melo¹, Flavia Silva Braga¹, Gabriel Antonio de Oliveira¹, Livia Guidoni de Assis Barbosa¹, Antonio Roberto Carrareto¹

1. Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, ES, Brasil. Endereço para correspondência: Dra. Lais Bastos Pessanha. Rua Primeiro de Maio, 79, Centro. Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil, 28035-145. E-mail: laispessanha@hotmail.com.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2013.0015>

Artefato em mamografia causando resultado falso-positivo

Mammographic artifact leading to false-positive result

Sr. Editor,

Paciente feminina, 75 anos, encaminhada com mamografia de rastreamento de outro serviço mostrando microcalcificações pleomórficas agrupadas no quadrante superolateral da mama esquerda, classificadas como achados mamográficos altamente suspeitos (BI-RADS 5). O objetivo do encaminhamento seria o agulhamento guiado por mamografia seguido de biópsia excisional da lesão suspeita. Foi realizada nova mamografia, que revelou nódulo de aspecto benigno, já presente e estável em relação à mamografia prévia, e microcalcificações pleomórficas agrupadas, ambos localizados no quadrante superolateral da mama esquerda. O aspecto das microcalcificações suspeitas chamou a atenção por apresentar grupamento de formato arredondado (Figuras 1A e 1B).

A paciente foi reexaminada, sendo detectado nevo cutâneo de superfície irregular com resíduos de talco aderidos às suas fis-

suras. Após marcar a lesão descrita com clipe metálico, foi realizada nova incidência que revelou que as microcalcificações observadas eram devidas a artefatos relacionados aos resíduos de talco sobre o nevo cutâneo (Figuras 1C e 1D). Houve reclassificação da mamografia como achados mamográficos benignos (BI-RADS 2) e a paciente foi reencaminhada à rede básica de saúde.

O câncer de mama, excetuando-se tumores de pele do tipo não melanoma, é a neoplasia mais frequente e com elevada mortalidade em mulheres no Brasil⁽¹⁾. A mamografia é o principal método de imagem para diagnóstico precoce do câncer de mama e a análise das diferenças entre o tecido mamário normal e os achados suspeitos necessita de um alto padrão na qualidade da imagem para detecção precoce de lesões⁽²⁻⁹⁾. Além disso, a presença de artefatos pode mascarar ou mimetizar o diagnóstico de lesões iniciais, reduzindo a sensibilidade e especificidade do método e levando a condutas inapropriadas.

Os artefatos mais comuns ocorrem por fatores relacionados à paciente, à técnica empregada na realização do exame e ao pro-

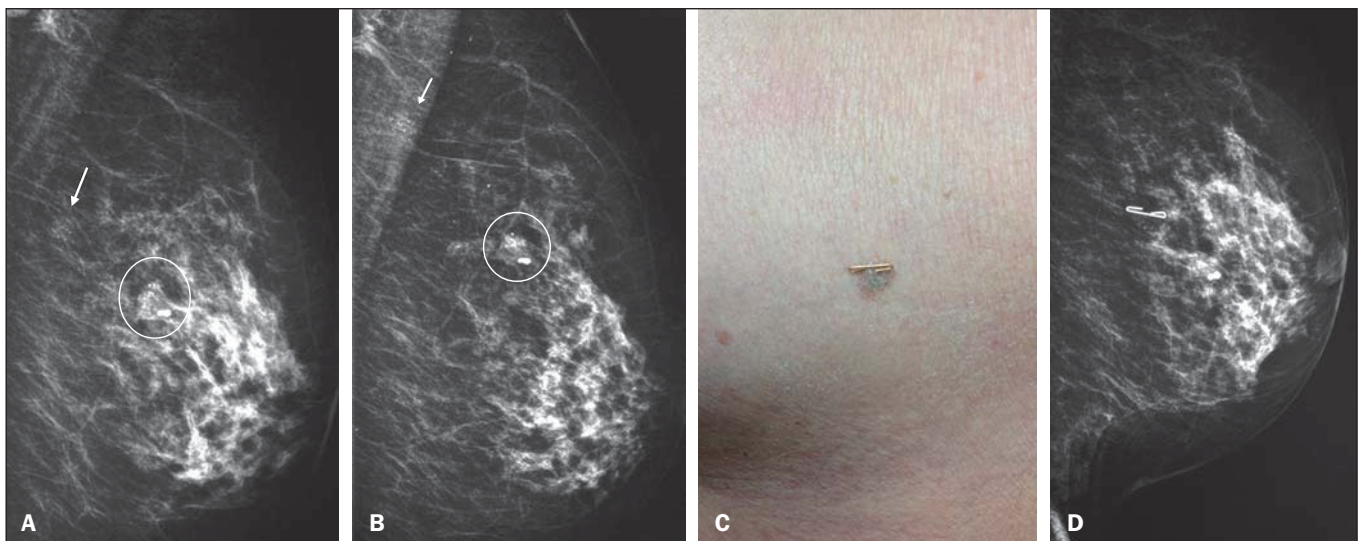


Figura 1. A,B: Incidências mediolateral oblíqua e craniocaudal da mama esquerda mostrando nódulo parcialmente calcificado (círculo) e grupamento de microcalcificações pleomórficas (seta) localizado no quadrante superolateral. C,D: Clipe metálico sobre o nevo cutâneo contendo resíduos de talco em suas fissuras e incidência craniocaudal da mama esquerda demonstrando que o grupamento de microcalcificações correspondia aos resíduos de talco.

cessamento da imagem ou problemas no equipamento^(10,11). Os principais artefatos relacionados às pacientes decorrem da dificuldade na mobilização das mamas durante a aquisição das imagens e do uso de substâncias sobre a pele.

O caso aqui relatado ilustra a necessidade do rígido controle de qualidade da imagem mamográfica e de correlação com achados clínicos para melhor acurácia diagnóstica. A lesão cutânea observada levou à simulação de grupamento de microcalcificações pleomórficas, o que implicaria a necessidade de biópsia. A busca ativa de prevenção e detecção de artefatos, associada ao constante controle de qualidade dos processos de obtenção, processamento, armazenamento e análise das imagens, reduzem a incidência de erros diagnósticos e os custos, devendo ser o objetivo de toda equipe do serviço de mamografia.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Estimativas 2012 – Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, RJ: INCA; 2011.
2. Pisano ED, Hendrick RE, Yaffe MJ, et al. Diagnostic accuracy of digital versus film mammography: exploratory analysis of selected population subgroups in DMIST. *Radiology*. 2008;246:376–83.
3. Caldas FAA, Isa HLVR, Trippia AC, et al. Controle de qualidade e artefatos em mamografia. *Radiol Bras*. 2005;38:295–300.
4. Badan GM, Roveda Júnior D, Ferreira CAP, et al. Auditoria interna completa do serviço de mamografia em uma instituição de referência em imagiologia mamária. *Radiol Bras*. 2014;47:74–8.
5. Bitencourt AGV, Lima, ENP, Chojniak R, et al. Correlação entre resul-

- tado do PET/CT e achados histológicos e imuno-histoquímicos em carcinomas mamários. *Radiol Bras*. 2014;47:67–73.
6. Rodrigues DCN, Freitas-Junior R, Corrêa RS, et al. Avaliação do desempenho dos centros de diagnóstico na classificação dos laudos mamográficos em rastreamento oportunista do Sistema Único de Saúde (SUS). *Radiol Bras*. 2013;46:149–55.
7. Coeli GNM, Reis HF, Bertinetti DR, et al. Carcinoma mucinoso da mama: ensaio iconográfico com correlação histopatológica. *Radiol Bras*. 2013;46:242–6.
8. Pardal RC, Abrantes AFL, Ribeiro LPV, et al. Rastreio de lesões mamárias: estudo comparativo entre a mamografia, ultrassonografia modo-B, elastografia e resultado histológico. *Radiol Bras*. 2013;46:214–20.
9. Badan GM, Roveda Júnior D, Ferreira CAP, et al. Valores preditivos positivos das categorias 3, 4 e 5 do Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS®) em lesões mamárias submetidas a biópsia percutânea. *Radiol Bras*. 2013;46:209–13.
10. Chaloeykitti L, Muttarak M, Ng KH. Artifacts in mammography: way to identify and overcome them. *Singapore Med J*. 2006;47:634–41.
11. Geiser WR, Haygood TM, Santiago L, et al. Challenges in mammography: Part I, artifacts in digital mammography. *AJR Am J Roentgenol*. 2011;197:1023–30.

Matheus Silveira Avelar¹, Orlando Almeida¹, Beatriz Regina Alvares¹

1. Departamento de Radiologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM-Unicamp), Campinas, SP, Brasil. Endereço para correspondência: Dr. Matheus Silveira Avelar. Rua Hermantino Coelho, 299, ap. 114A, Bairro Mansões Santo Antônio. Campinas, SP, Brasil, 13087-500. E-mail: avelarmatheus@ig.com.br.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2013.0003>

Degeneração olivar hipertrófica secundária a lesão do trato tegmentar central

Hypertrophic olivary degeneration secondary to central tegmental tract injury

Sr. Editor,

Paciente masculino, 30 anos, apresentando estrabismo convergente de início súbito, compareceu ao serviço com queixa de diplopia. Ao exame físico apresentava comprometimento do VI nervo esquerdo e mioclônus palatal. Foi realizada ressonância magnética (Figura 1), que demonstrou degeneração olivar hipertrófica (DOH) secundária a lesão do trato tegmentar central.

A literatura radiológica brasileira vem, recentemente, ressaltando muito a importância dos exames de imagem no aprimoramento do diagnóstico das doenças do sistema nervoso⁽¹⁻¹⁰⁾.

A DOH é um fenômeno raro que ocorre após insulto na via dentato-rubro-olivivar (triângulo de Guillain-Mollaret), constituída pelos núcleos denteado, rubro e olivar inferior, que se interconectam via pedúnculo cerebelar superior e inferior e trato tegmentar central. Trata-se de desordem degenerativa que inicialmente cursa com hipertrofia⁽¹¹⁾. A lesão de quaisquer desses componentes pode resultar na interrupção de axônios ao núcleo olivar inferior, levando à sua degeneração⁽¹²⁾. Quando as alterações estiverem restritas ao trato tegmentar central, a DOH será ipsilateral, como

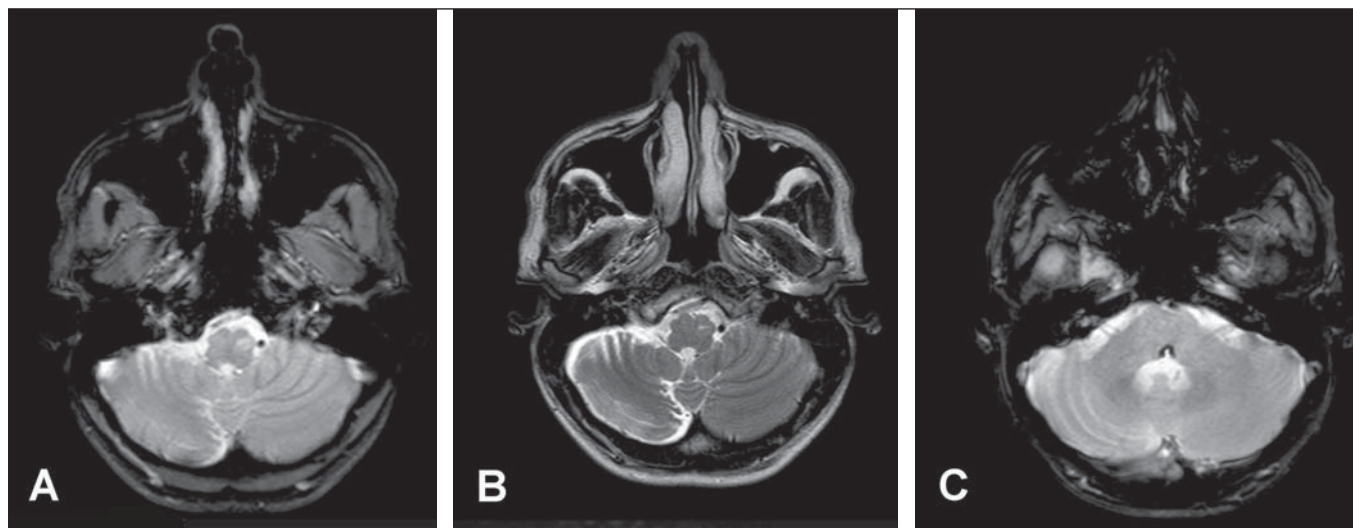


Figura 1. RM do encéfalo. Imagem axial ponderada em T2 FFE no nível do bulbo (A) e axial T2 (B) mostra hipersinal na região do núcleo olivar inferior esquerdo, bem como acentuação dos sulcos no hemisfério cerebelar direito. Imagem em SWI (C) no nível da ponte mostra lesão com hipossinal periférico no tegmento pontino (colículo facial esquerdo), compatível com foco hemorrágico.