

O sarcoma de Kaposi é cerca de 300 vezes mais comum em pacientes com síndrome da imunodeficiência adquirida do que em outros tipos de imunodeficiência, e geralmente ocorre no contexto de contagem de CD4 abaixo de 150–200 células/mm³(1).

O diagnóstico é feito por meio de estudo por endoscopia digestiva e biópsia. O achado endoscópico clássico são lesões ulceradas ou não, subepiteliais, de coloração avermelhada(3).

Ao estudo radiológico baritado são caracterizadas lesões polipoides, de contorno liso, de tamanhos variando de poucos milímetros até 3 cm. As lesões maiores podem ulcerar, dando à lesão aspecto de “olho de boi” ou “em alvo”(4).

Na TC são detectadas lesões polipoides subepiteliais ou como espessamento irregular das pregas gástricas, que após injeção do contraste intravenoso mostram comportamento hipervasculoso, com realce maior que o da mucosa adjacente na fase arterial, devido a intensa vascularização do tumor. Ainda pode ser observada linfonodomegalia peripancreática, na porta hepatis, mesentérico e retroperitônio em até 80% dos casos(1,3).

O envolvimento visceral do sarcoma de Kaposi é frequentemente associado a mau prognóstico. O tratamento inclui terapia antirretroviral, radioterapia e quimioterapia(5).

Em conclusão, o sarcoma de Kaposi deve ser considerado entre os diagnósticos diferenciais das lesões hipervasculares da

submucosa gástrica, notadamente em pacientes com imunodeficiência adquirida.

REFERÊNCIAS

- Restrepo CS, Martinez S, Lemos JA, et al. Imaging manifestations of Kaposi sarcoma. *Radiographics*. 2006;26:1169–85.
- Arora M, Goldberg EM. Kaposi sarcoma involving the gastrointestinal tract. *Gastroenterol Hepatol*. 2010;6:459–62.
- Lee NK, Kim S, Kim GH, et al. Hypervascular subepithelial gastrointestinal masses: CT-pathologic correlation. *Radiographics*. 2010;30:1915–34.
- Rose HS, Balthazar EJ, Megibow AL, et al. Alimentary tract involvement in Kaposi sarcoma: radiographic and endoscopic findings in 25 homosexual men. *AJR Am J Roentgenol*. 1982;139:661–6.
- Radu O, Pantanowitz L. Kaposi sarcoma. *Arch Pathol Lab Med*. 2013;137:289–94.

Veluma Lopes Teixeira¹, Pedro José de Santana Júnior¹, Kim-Ir-Sen Santos Teixeira¹, Daniella Carneiro², Marise Moreira², Gabriela Moura Paula¹

1. Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, GO, Brasil. Endereço para correspondência: Dr. Pedro José de Santana Júnior. Departamento de Radiologia. Avenida Primeira Avenida, s/nº, Setor Leste Universitário. Goiânia, GO, Brasil, 74605-020. E-mail: pedrojosesantanajr@hotmail.com.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2014.0033>

Edema pulmonar agudo por pressão negativa pós-tonsilectomia

Acute post-tonsillectomy negative pressure pulmonary edema

Sr. Editor,

Paciente feminina, 28 anos, foi submetida a tonsilectomia e desenvolveu desconforto respiratório no pós-operatório imediato. No dia seguinte realizou radiografias de tórax nas incidências posteroanterior e perfil que mostraram opacidades em ambos os pulmões, coalescentes, de bordas imprecisas, poupando a periferia, caracterizando o padrão dito em “asas de borboleta”, compatível com processo alveolar difuso. A imagem cardíaca era normal (Figura 1A). Radiografias nas mesmas incidências realizadas três dias após, sem que a paciente usasse qualquer medicação, mostraram desaparecimento dessas opacidades (Figura 1B).

O edema pulmonar por pressão negativa (EPPN) constitui uma ocorrência rara em cirurgias (0,094%), mais frequentemente

em cirurgias bucomaxilofaciais e orais devido a probabilidade de obstrução das vias aéreas superiores(1–3). Divide-se o EPPN em duas classes. O do tipo I é decorrente de obstrução das vias aéreas superiores, como, por exemplo, laringoespasmó pós-extubação traqueal, epiglotite, obstrução da cânula traqueal e paralisia pós-operatória das cordas vocais(3–6). O tipo II ocorre após realização de procedimentos cirúrgicos para correção de obstrução crônica das vias aéreas, como hiperplasia das tonsilas, apneia do sono, tumores e acromegalia(7,8). O tratamento, nesses casos, deve ser direcionado no intuito de reverter a hipóxia e diminuir o volume líquido dos pulmões(1–5). O prognóstico é bom, com involução, na maioria dos casos, nas primeiras 24 horas(8).

Os achados na EPPN nas radiografias e na tomografia computadorizada de tórax são edema intersticial, evoluindo para edema alveolar nos casos mais graves. Os sintomas e os achados radiológicos geralmente envolvem em dois ou três dias(6). Muitas doen-

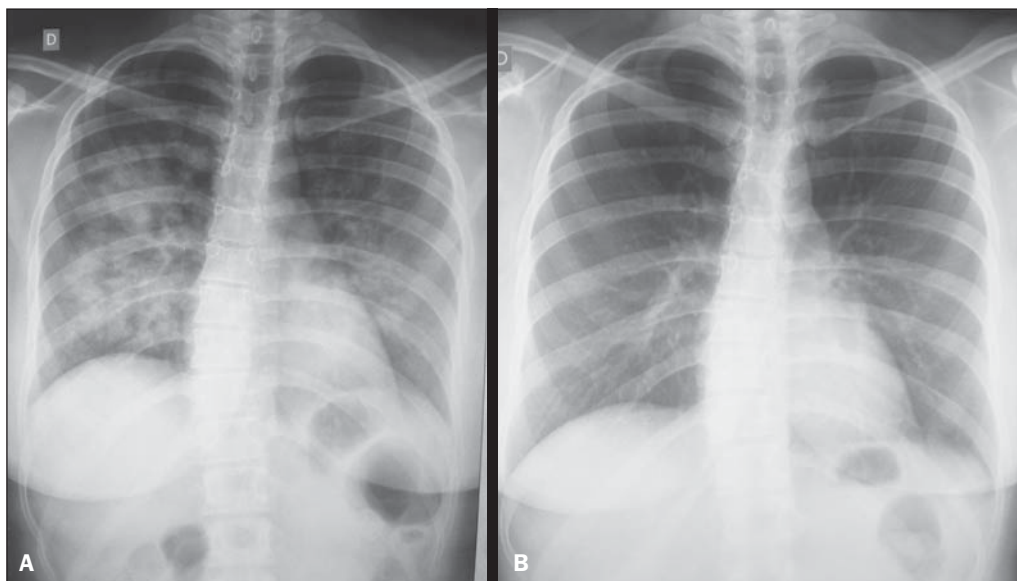


Figura 1. A: Incidência posteroanterior de tórax mostrando opacidades coalescentes, de limites imprecisos, bilaterais, configurando o padrão dito “em asas de borboleta”, típico de processo alveolar. A imagem cardíaca tem dimensões normais. Este exame foi feito um dia após tonsilectomia. A paciente apresentava discreta dispneia. **B:** Incidência posteroanterior de tórax, três dias após. Houve involução total do processo alveolar demonstrado no exame anterior.

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 agrupamento 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-

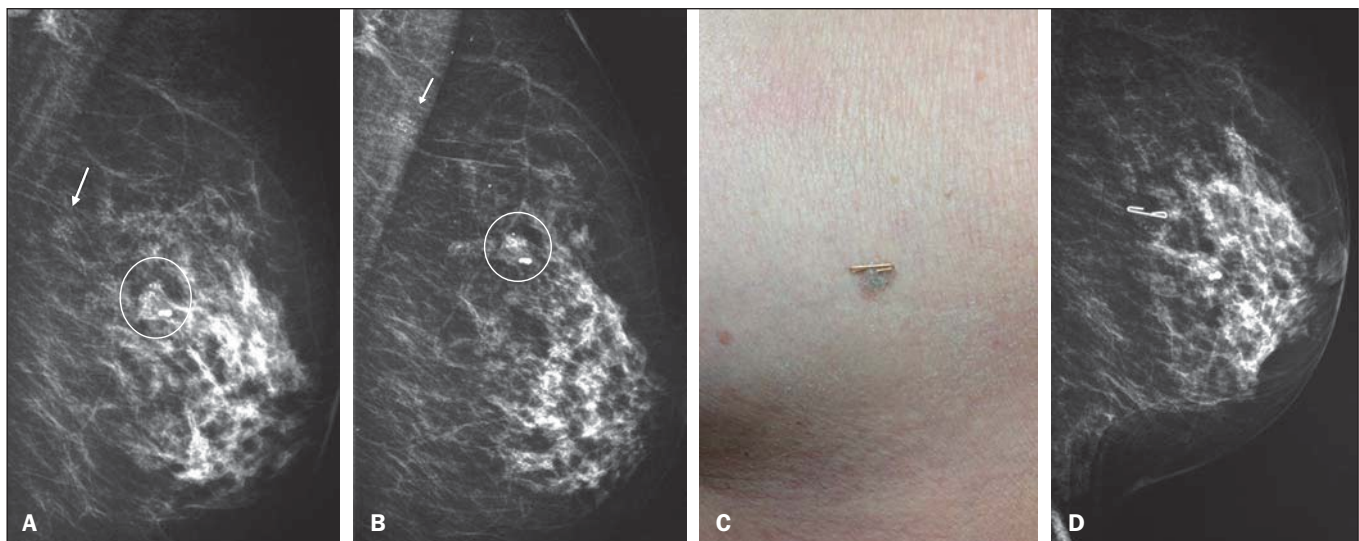


Figura 1. A,B: Incidências mediolateral oblíqua e craniocaudal da mama esquerda mostrando nódulo parcialmente calcificado (círculo) e grupamento de microcalcificações pleomórficas (seta) localizado no quadrante superolateral. C,D: Clipe metálico sobre o nevo cutâneo contendo resíduos de talco em suas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