

A TFP não possui tratamento definido<sup>(1,3)</sup>, havendo a possibilidade de uso de anticoagulação<sup>(1-4,6)</sup>, AINES<sup>(1,3,6)</sup>, meias elásticas<sup>(3,6)</sup> e repouso<sup>(6)</sup>. Todavia, as terapias têm mostrado resultados semelhantes.

As complicações mais importantes da TFP são a progressão da trombose para as veias profundas da perna<sup>(7)</sup> e a ocorrência de tromboembolismo pulmonar<sup>(1)</sup>.

Dentre os diagnósticos diferenciais da TFP, podemos destacar: fasciite plantar<sup>(2,4,5)</sup>, afecções tendíneas<sup>(3,5)</sup>, bursites<sup>(5)</sup>, neuroma de Morton<sup>(4,5)</sup>, fraturas de estresse<sup>(2,4,5)</sup>, sesamoidite<sup>(5)</sup> e cistos gangliônicos<sup>(5)</sup>. Não há descrição de óbito relacionado à TFP.

REFERÊNCIAS

1. Barros M, Nascimento I, Barros T, et al. Plantar vein thrombosis and pulmonary embolism. *Phlebology*. 2015;30:66-9.
2. Bruetman JE, Andrews JA, Finn BC, et al. Plantar vein thrombosis as a cause of local pain. *Medicina (B Aires)*. 2014;74:87-8.
3. Czihal M, Röling J, Rademacher A, et al. Clinical characteristics and course of plantar vein thrombosis: a series of 22 cases. *Phlebology*. 2014. [Epub ahead of print].

4. Karam L, Tabet G, Nakad J, et al. Spontaneous plantar vein thrombosis: state of the art. *Phlebology*. 2013;28:432-7.
5. Miranda FC, Carneiro RD, Longo CH, et al. Tromboflebite plantar: achados em ressonância magnética. *Rev Bras Ortop*. 2012;47:765-9.
6. Geiger C, Rademacher A, Chappell D, et al. Plantar vein thrombosis due to busy night duty on intensive care unit. *Clin Appl Thromb Hemost*. 2011;17:232-4.
7. Barros MV, Labropoulos N. Plantar vein thrombosis – evaluation by ultrasound and clinical outcome. *Angiology*. 2010;61:82-5.
8. Bernathova M, Bein E, Bendix N, et al. Sonographic diagnosis of plantar vein thrombosis: report of 3 cases. *J Ultrasound Med*. 2005;24:101-3.
9. Siegal DS, Wu JS, Brennan DD, et al. Plantar vein thrombosis: a rare cause of plantar foot pain. *Skeletal Radiol*. 2008;37:267-9.

**Maurício Fabro<sup>1</sup>, Sara Raquel Madalosso Fabro<sup>1</sup>, Rafael Santiago Oliveira Sales<sup>1</sup>, Cesar Augusto Machado<sup>1</sup>, Gustavo Lopes de Araújo<sup>1</sup>**

1. Hospital Santa Catarina de Blumenau, Blumenau, SC, Brasil. Endereço para correspondência: Dr. Maurício Fabro. Rua Tobias Barreto, 266, ap. 304, Vila Nova. Blumenau, SC, Brasil, 89035-070. E-mail: mauriciofabro@hotmail.com.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2015.0075>

**Neoplasia pulmonar simulando bola fúngica**

*Pulmonary neoplasia mimicking fungus ball*

Sr. Editor,

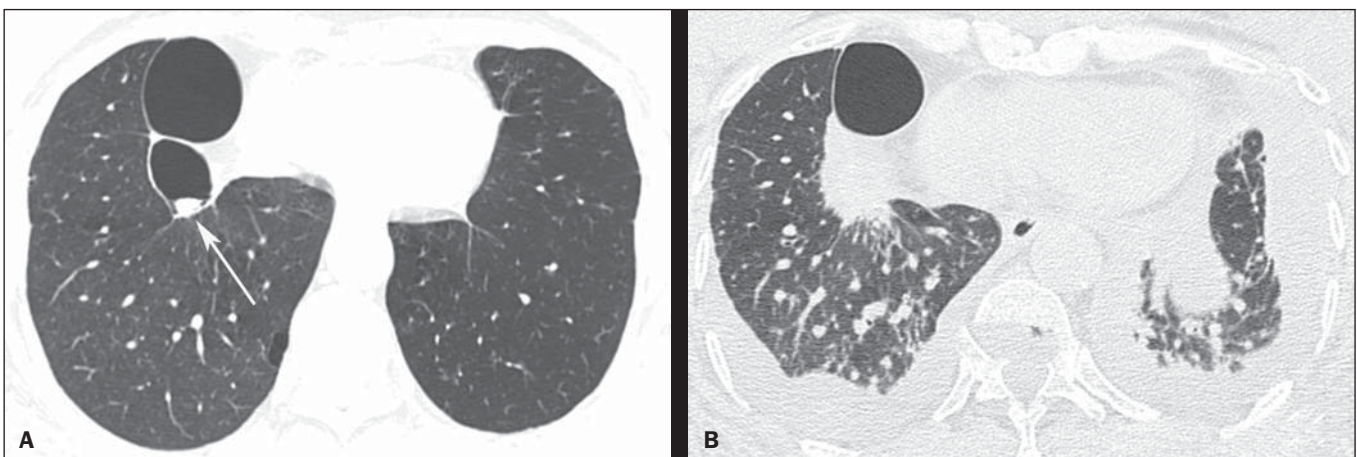
Relatamos o caso de um homem de 74 anos, tabagista de 80 maços/ano, com história de tuberculose pulmonar há 50 anos. Há dois anos realizou tomografia computadorizada de tórax, que mostrou enfisema centrolobular e parasseptal, além de formações bolhosas esparsas, com destaque para a maior, no lobo inferior direito, que apresentava pequena formação nodular em seu interior, medindo cerca de 0,8 cm de diâmetro (Figura 1A).

O paciente não retornou, e dois anos depois apresentou quadro de dispneia progressiva que teve início há dois meses, acompanhada de tosse, emagrecimento e dor no terço inferior do hemitórax direito. Foi realizada nova tomografia computadorizada de tórax, que mostrou massa com densidade de partes moles e contornos espiculados, adjacente à porção posterior da maior formação bolhosa, ocupando totalmente a bolha onde havia a imagem nodular no exame anterior (Figura 1B). Havia também espessamento intersticial, sugestivo de linfangite carcinomatosa, além de derrame pleural bilateral.

Biópsia de pericárdio e citologia do derrame pleural revelaram adenocarcinoma, sendo levantada a hipótese diagnóstica de adenocarcinoma de pulmão com metástases para pleura e pericárdio. Foi iniciada quimioterapia com gemcitabina e carboplatina. O paciente apresentou piora do quadro respiratório e evoluiu para óbito dois meses após.

Câncer de pulmão frequentemente se apresenta sob a forma de nódulo ou massa pulmonar solitária<sup>(1,2)</sup>. Contudo, as formas de apresentação são muito variadas e alguns aspectos atípicos podem ser observados. Um deles é o crescimento a partir de uma formação cística preexistente, simulando bola fúngica. Assim, uma imagem cística que apresenta espessamento focal ou difuso em sua parede, evoluindo para formação nodular, deve incluir neoplasia pulmonar no seu diagnóstico diferencial<sup>(3)</sup>, especialmente quando o nódulo está aderido à parede e não se move quando o paciente muda de decúbito.

Outras afecções que podem apresentar aspecto de bola fúngica são os aneurismas de Rasmussen, cistos hidáticos, abscessos e hematomas intracavitários, além de doenças fúngicas propriamente ditas (aspergilose, nocardiose, actinomicose, candidíase, coccidioidomicose)<sup>(2,4)</sup>.



**Figura 1.** TCAR com corte ao nível das bases pulmonares (A) mostrando lesões bolhosas à direita, com pequena formação nodular medindo cerca de 0,8 cm de diâmetro no interior de uma das bolhas (seta). Em B, exame feito dois anos após, com corte na mesma região mostrando massa com densidade de partes moles e contornos espiculados, adjacente à porção posterior da maior formação bolhosa, ocupando totalmente a bolha onde havia a imagem nodular no exame anterior. Observar também espessamento intersticial, sugestivo de linfangite carcinomatosa, além de derrame pleural bilateral.

Quando a neoplasia se desenvolve em lesões pulmonares prévias, ela surge principalmente em áreas fibroatelectásicas ou granulomatosas, resultantes de sequelas, em geral de tuberculose. O aparecimento de câncer de pulmão em cavidades simulando bola fúngica ou o sinal do crescente aéreo é bastante raro<sup>(1,2,5)</sup>. No parênquima pulmonar adjacente, a lesão tumoral tende a se infiltrar causando um efeito paracicatricial, podendo promover alterações enfisematosas ou císticas junto ao processo neoplásico<sup>(1)</sup>.

Em conclusão, câncer de pulmão deve ser considerado no diagnóstico diferencial em pacientes que apresentem imagem de bola fúngica, particularmente quando a bola é fixa em relação à parede da cavidade.

REFERÊNCIAS

1. Wang LF, Chu H, Chen YM, et al. Adenocarcinoma of the lung presenting as a mycetoma with an air crescent sign. *Chest*. 2007;131:1239–42.

2. Gazzoni FF, Severo LC, Marchiori E, et al. Pulmonary diseases with imaging findings mimicking aspergilloma. *Lung*. 2014;192:347–57.  
 3. Truong MT, Ko JP, Rossi SE, et al. Update in the evaluation of the solitary pulmonary nodule. *Radiographics*. 2014;34:1658–79.  
 4. Watanabe H, Uruma T, Tsunoda T, et al. Lung metastasis of transitional cell cancer of the urothelium, with fungus ball-like shadows closely resembling aspergilloma: a case report and review of the literature. *Oncol Lett*. 2014;8:95–8.  
 5. Bandoh S, Fujita J, Fukunaga Y, et al. Cavitory lung cancer with an aspergilloma-like shadow. *Lung Cancer*. 1999;26:195–8.

**Bruno Fernandes Cavalcante<sup>1</sup>, Gláucia Zanetti<sup>1</sup>, Edson Marchiori<sup>1</sup>**

1. Departamento de Radiologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Endereço para correspondência: Dr. Edson Marchiori. Rua Thomaz Cameron, 438, Valparaíso. Petrópolis, RJ, Brasil, 25685-120. E-mail: edmarchiori@gmail.com.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2015.0119>

**Plasmocitoma extramedular no hilo pulmonar direito**

*Extramedullary plasmacytoma in the right pulmonary hilum*

Sr Editor,

Homem, 53 anos de idade, negro, motorista, assintomático, em avaliação para liberação de atividade física. Negou tabagismo ou comorbidades.

Radiografia do tórax, realizada em 1/2/2011, mostrou opacidade ovalada na região hilar direita, sem outras anormalidades (Figura 1A).

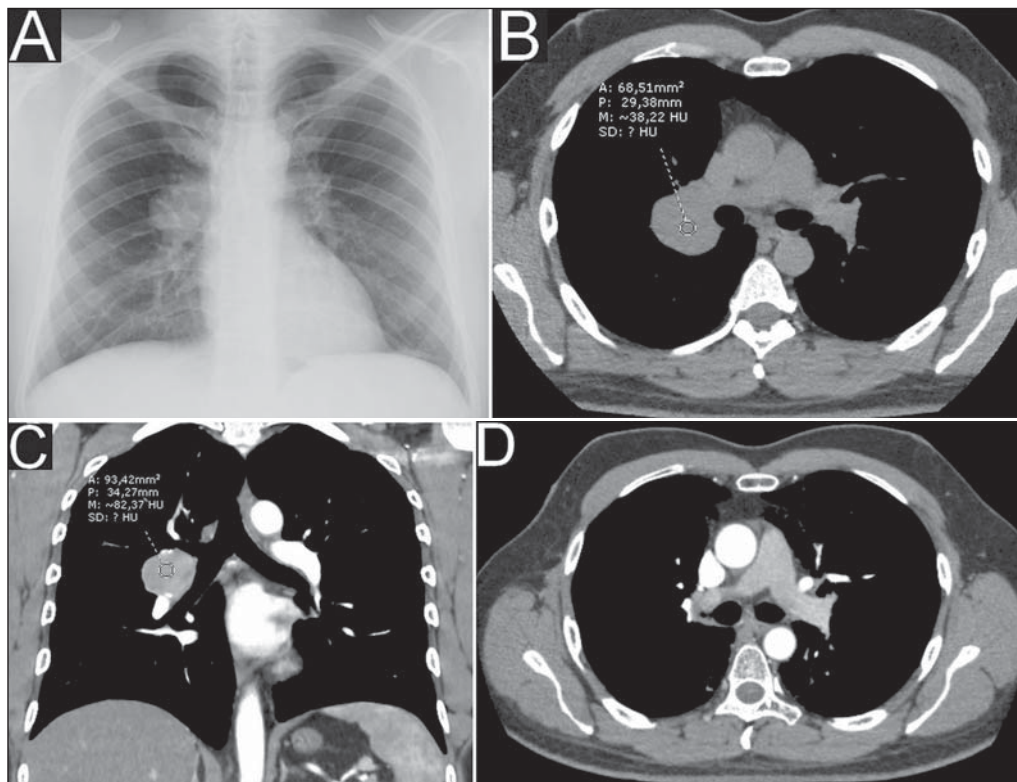
Tomografia computadorizada (TC) do tórax, realizada em 16/3/2011, identificou opacidade arredondada circunscrita com atenuação de partes moles na região hilar direita, com realce após administração intravenosa de meio de contraste, adjacente à artéria pulmonar principal ipsilateral e seus ramos. Ausência de outros achados (Figuras 1B e 1C).

Resultado da biópsia da lesão: *macroscopia/microscopia* – fragmentos pardo-claros, hiperclulares de células plasmocitoides bem diferenciadas, com núcleos pequenos, excêntricos e hiper-cromáticos; *imuno-histoquímica* – anticorpos CD138 e lambda positivos; CD3, CD20, AE1/AE3 e kappa negativos.

Prosseguiu-se a investigação com TC do abdome realizada em 16/5/2011, que mostrou cisto hepático e sinais de infiltração gordurosa no fígado; hemograma normal; proteinúria de Bence-Jones negativa; eletroforese de proteínas sem anormalidades; ausência de achados dignos de nota na cintilografia óssea e no aspirado de medula óssea.

O tratamento utilizado foi o radioterápico, com resposta satisfatória.

TC de tórax realizada em 9/11/2012 (Figura 1D) e demais exames radiológicos sem achados suspeitos de recidiva/progredimento até 20/5/2015.



**Figura 1.** Radiografia torácica (A) mostrando opacidade ovalada na região hilar direita. Corte tomográfico axial do tórax (B), fase pré-contraste, demonstrando opacidade arredondada circunscrita com atenuação de partes moles na região hilar à direita, apresentando realce após administração de meio de contraste intravenoso, observado em reconstrução tomográfica coronal (C). Corte tomográfico axial do tórax (D) após tratamento radioterápico, com administração de meio de contraste, não caracterizando mais a opacidade descrita previamente, sugerindo boa resposta terapêutica.