

A primeira armadilha, em casos como este, reside em se confundir a marcada vascularização dos PRCs com MAVs⁽²⁾. Deve-se ter em mente que os PRCs ocorrem muito mais frequentemente que as MAVs⁽³⁾, e portanto, aconselha-se que áreas de hipervascularização focais uterinas sejam simplesmente relacionadas como tal, sem necessariamente relacioná-las a MAVs⁽⁴⁾. Ademais, a presença de um componente endometrial dessas alterações focais direciona o diagnóstico para PRC, ao passo que um componente inequivocamente intramural permite aumentar a suspeição para MAV⁽²⁾.

A segunda armadilha deste caso reside na associação com SILP, entidade que pode ocorrer tanto na presença de PRC (geralmente determinada por acretismos focais) quanto isoladamente^(5,6), que cursa com a formação de vasos proeminentes miometriais/periuterinos, e que do ponto de vista de imagem são indistinguíveis dos achados de MAVs⁽²⁾. Assim, por se tratar de um diagnóstico raro, fundamentalmente histopatológico^(5,7) e pouco discutido na literatura radiológica, é provável que a SILP também responda por uma parcela dos diagnósticos excessivos⁽⁴⁾ e não comprovados de MAVs. Mesmo assim, as MAVs são ainda mais raras que a SILP^(2,6).

Em suma, diante de um caso de sangramento vaginal pós-parto em paciente com valores normais de b-HCG e achado de alteração focal hipervascular uterina, deve-se primeiro afastar seu caráter endometrial (PRC). Quando esta diferenciação não for clara, e especialmente quando se detectarem vasos miometriais dilatados anômalos em suas adjacências, deve-se considerar a possibilidade de SILP associada a PRC como diagnóstico

alternativo a MAVs. O diagnóstico de MAV pode ser confirmado por angiografia digital, ou a diferenciação entre os diagnósticos ser obtida por estudo anatomopatológico^(1,4).

REFERÊNCIAS

1. Annaiah TK, Sreenivasan SK. Uterine arteriovenous malformations: clinical implications. *The Obstetrician & Gynaecologist*. 2015;17:243–50.
2. Sellmyer MA, Desser TS, Maturen KE, et al. Physiologic, histologic, and imaging features of retained products of conception. *Radiographics*. 2013;33:781–96.
3. Goyal S, Goyal A, Mahajan S, et al. Acquired uterine arteriovenous malformation developing in retained products of conception: a diagnostic dilemma. *J Obstet Gynaecol Res*. 2014;40:271–4.
4. Müngen E. Vascular abnormalities of the uterus: have we recently over-diagnosed them? *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2003;21:529–31.
5. Plunk M, Lee JH, Kani K, et al. Imaging of postpartum complications: a multimodality review. *AJR Am J Roentgenol*. 2013;200:W143–54.
6. Babarinsa IA, Hayman RG, Draycott TJ. Secondary post-partum haemorrhage: challenges in evidence-based causes and management. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2011;159:255–60.
7. Weydert JA, Benda JA. Subinvolution of the placental site as an anatomic cause of postpartum uterine bleeding: a review. *Arch Pathol Lab Med*. 2006;130:1538–42.

Laiz Laura Godoy¹, Ulysses S. Torres¹, Giuseppe D'Ippolito²

1. Hospital São Luiz, Grupo Fleury, São Paulo, SP, Brasil. 2. Hospital São Luiz, Grupo Fleury, e Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM-Unifesp), São Paulo, SP, Brasil. Endereço para correspondência: Dra. Laiz Laura Godoy. Fleury Medicina e Saúde. Rua Cincinato Braga, 282, Bela Vista. São Paulo, SP, Brasil, 01333-010. E-mail: laizgodoy@hotmail.com.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2016.0131>

Fibroadenomatose juvenil

Juvenile fibroadenoma

Sr. Editor,

Paciente adolescente, sexo feminino, 17 anos de idade, negra, apresentou queixa de nódulos palpáveis em ambas as mamas. Há cinco meses notou crescimento abrupto, sendo solicitados exames de ultrassonografia (Figura 1) e ressonância magnética (Figura 2). Devido ao crescimento das lesões em curto espaço de tempo, foi solicitada biópsia por agulha grossa (*core biopsy*) orientada por ultrassonografia para melhor avaliação diagnóstica (Figura 3).

A maioria das condições clínicas que cursam com aumento das mamas ou nódulos mamários em adolescentes e crianças é de caráter benigno. O aumento mamário unilateral está mais comumente relacionado ao desenvolvimento anormal das mamas, enquanto o aparecimento de nódulos está mais relacionado ao fibroadenoma. Eles apresentam baixo risco de malignização, são hormônio-dependentes e podem diminuir de tamanho após a menopausa⁽¹⁾.

O fibroadenoma juvenil (ou celular) é um subtipo histológico que apresenta crescimento acelerado (7% a 8% de todos os subtipos), tendo predileção por meninas negras^(2,3). Cerca de 10% a 25% das pacientes têm tumores múltiplos ou bilaterais ao diagnóstico, tal como o caso apresentado. Seu comportamento biológico é de lesão de crescimento acelerado comprometendo a mama, podendo haver ulceração de pele e distensão venosa superficial^(3,4).

O exame de ultrassonografia é a principal ferramenta na investigação diagnóstica de lesões mamárias em pacientes jovens, sendo bastante sensível na detecção e acompanhamento dos fibroadenomas. Eles apresentam uma aparência típica na grande

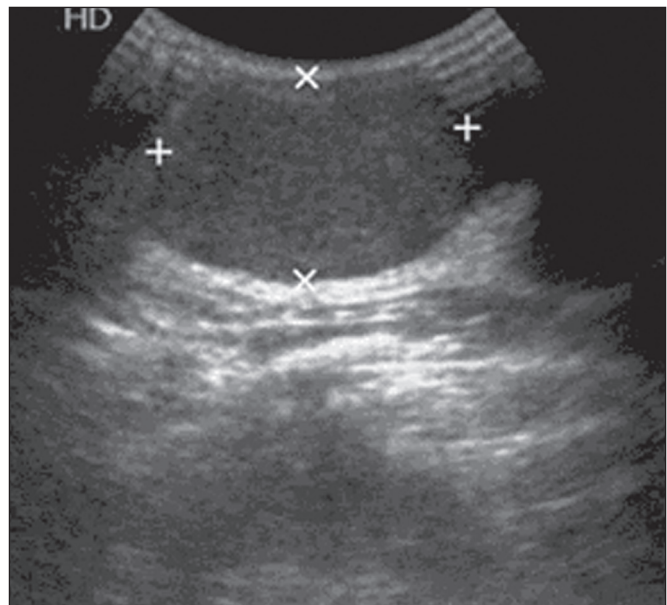


Figura 1. Ultrassonografia mostrando nódulos ovais e circunscritos, hipocóicos, maior eixo paralelo à pele, sugerindo lesões de natureza provavelmente benigna.

maioria dos casos: nódulo oval, circunscrito, hipocóico, com maior eixo paralelo à pele, podendo ou não apresentar vascularização ao estudo Doppler. Em pacientes mais velhas podem apresentar degeneração cálcica ou necrótica, que podem simular lesões agressivas⁽⁵⁾. Na ressonância magnética podem apresentar comportamento variado. Na grande maioria das vezes são lesões que se comportam com hipossinal/isossinal em T2, septações

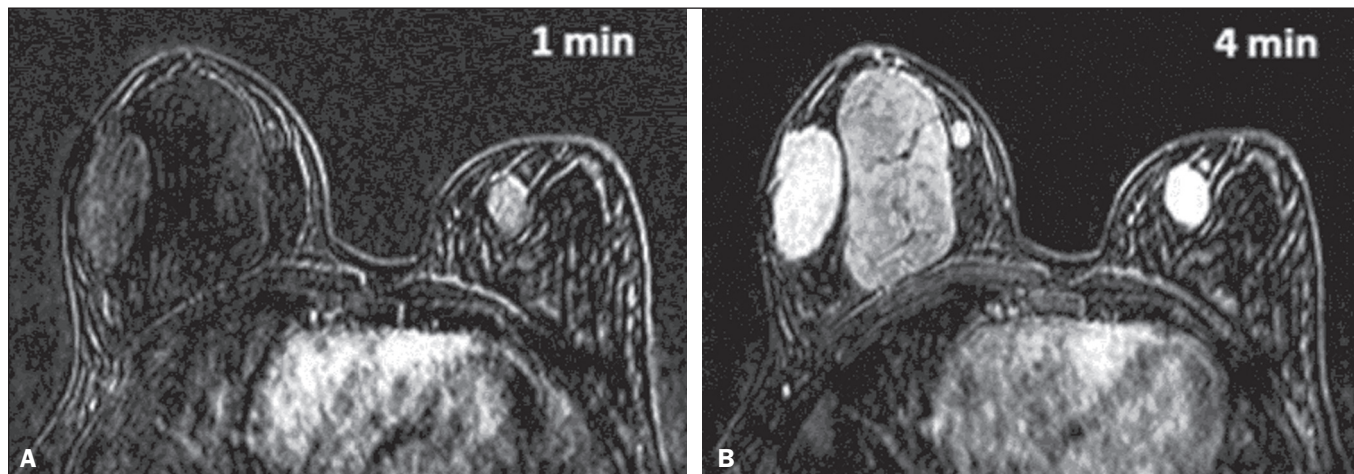


Figura 2. Ressonância magnética identificando as lesões com a mesma morfologia descrita na ultrassonografia, apresentando hipossinal/isossinal em T2 em todas as lesões, bem como realce tardio e progressivo após administração do meio de contraste paramagnético na sequência T1 com subtração do primeiro (A) ao quarto minuto (B).

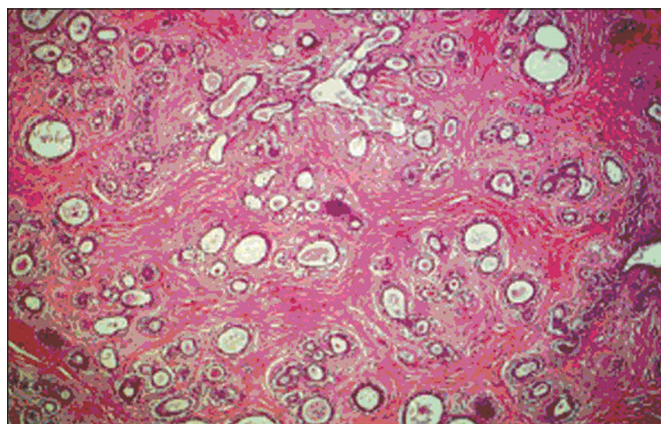


Figura 3. Imagem de microscopia eletrônica demonstrando lóbulos imaturos, ductos em fendas e proliferação de células mioepiteliais e estromais, achados estes compatíveis com fibroadenoma juvenil.

internas e padrão de realce tipo I (curva ascendente progressiva), tipo II (curva em “platô”) ou ausente, após administração do meio de contraste intravenoso paramagnético⁽⁶⁾.

O principal diagnóstico diferencial a ser considerado é o tumor phyllodes, que pode ser de natureza maligna ou benigna, sendo fundamental a diferenciação por biópsia com análise histológica. Fibroadenomas gigantes e tumor phyllodes podem ser indistinguíveis pelos métodos de imagem⁽²⁻⁴⁾.

O conhecimento da história clínica, associado às características identificadas pelos métodos de imagem e a correlação histológica diante de modificações morfológicas ou crescimento maior que 20% dos nódulos em curto prazo de tempo, oferecem as ferramentas necessárias para que o radiologista e o médico assistente orientem adequadamente o manejo desses casos.

REFERÊNCIAS

1. Medeiros MM, Graziano L, de Souza JA, et al. Lesões hiperecogênicas na mama: correlação anatomopatológica e diagnósticos diferenciais à ultrassonografia. *Radiol Bras.* 2016;49:43-8.
2. Chung EM, Cube R, Hall GJ, et al. Breast masses in children and adolescents: radiologic-pathologic correlation. *Radiographics.* 2009;29:907-31.
3. Goel NB, Knight TE, Pandey S, et al. Fibrous lesions of the breast: imaging-pathologic correlation. *Radiographics.* 2005;25:1547-59.
4. Greydanus DE, Matysina L, Gains M. Breast disorders in children and adolescents. *Prim Care.* 2006;33:455-502.
5. Kim SJ, Park YM, Jung SJ, et al. Sonographic appearances of juvenile fibroadenoma of the breast. *J Ultrasound Med.* 2014;33:1879-84.
6. Hochman MG, Orel SG, Powell CM, et al. Fibroadenomas: MR imaging appearances with radiologic-histopathologic correlation. *Radiology.* 1997;204:123-9.

Décio Roveda Júnior¹, Gustavo Machado Badan¹, Mário Sérgio Dantas do Amaral Campos¹, Bianca Maragno¹, Laís Bastos Pessanha²

1. Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. 2. Faculdade de Medicina de Campos (FMC), Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil. Endereço para correspondência: Dra. Laís Bastos Pessanha. Rua Primeiro de Maio, 79, Centro. Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil, 28035-145. E-mail: laispessanha@hotmail.com.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2016.0162>

Enfisema intersticial pulmonar bilateral em recém-nascido pré-termo submetido a pressão positiva contínua das vias aéreas: correlação clínica e radiológica

Bilateral pulmonary interstitial emphysema in a preterm infant on continuous positive airway pressure: clinical and radiological correlation

Sr. Editor,

Recém-nascido (RN) do sexo masculino, gemelar, diamniótico, parto vaginal, peso ao nascimento de 920 gramas, 27 semanas e 2 dias de idade gestacional e Apgar 3/7/9. A gestante não recebeu corticoide e o líquido amniótico não possuía sinais de infecção no momento do parto. Ao nascimento, apresentou bradicardia, sendo realizada reanimação com máscara de oxigênio com pressão positiva controlada de 20 cmH₂O. Após 50 segundos, houve recuperação da frequência cardíaca, sendo encaminhado para a Unidade de Terapia Intensiva neonatal. Na admissão, o RN foi colocado em pressão de distensão de vias aéreas (CPAP) com pressão de 5 cm/H₂O e fração inspirada de oxigênio de 50%. Ao exame físico, apresentava ausculta pulmonar alterada, com murmúrio vesicular presente, poucos roncosp, retração intercostal moderada e frequência respiratória de 60 rpm. O exame radiológico de tórax foi compatível com síndrome do desconforto respiratório (SDR) (Figura 1A). Após cinco horas de vida, o RN apresentou diminuição da entrada de ar na ausculta pulmonar e retração intercostal moderada. Com oito horas de vida, evoluiu com apneia, dificuldade respiratória, gemência

gênio com pressão positiva controlada de 20 cmH₂O. Após 50 segundos, houve recuperação da frequência cardíaca, sendo encaminhado para a Unidade de Terapia Intensiva neonatal. Na admissão, o RN foi colocado em pressão de distensão de vias aéreas (CPAP) com pressão de 5 cm/H₂O e fração inspirada de oxigênio de 50%. Ao exame físico, apresentava ausculta pulmonar alterada, com murmúrio vesicular presente, poucos roncosp, retração intercostal moderada e frequência respiratória de 60 rpm. O exame radiológico de tórax foi compatível com síndrome do desconforto respiratório (SDR) (Figura 1A). Após cinco horas de vida, o RN apresentou diminuição da entrada de ar na ausculta pulmonar e retração intercostal moderada. Com oito horas de vida, evoluiu com apneia, dificuldade respiratória, gemência