

necrose caseosa), em áreas endêmicas, são o suficiente para a definição diagnóstica^(5,8). O diagnóstico diferencial é amplo, no entanto, nessa faixa etária e localização, os principais são: craniofaringiomas, astrocitomas, germinomas, histiocitose de células de Langerhans e vasculite associada a infartos⁽⁸⁾.

O tratamento é realizado com esquema antituberculoso diferenciado, composto por dois meses de rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol, seguido de sete meses de rifampicina e isoniazida associadas a corticosteroides⁽¹⁰⁾. Cirurgia descompressiva pode ser necessária em casos de hidrocefalia ou compressão de estruturas nobres, como o quiasma óptico^(5,7).

Concluindo, apesar de raro, o diagnóstico de tuberculose deve ser considerado nas lesões supraselares, em especial quando há realce anelar pelo meio de contraste na RM, em zonas endêmicas da doença.

REFERÊNCIAS

1. Niemeyer B, Muniz BC, Gasparetto EL, et al. Congenital Zika syndrome and neuroimaging findings: what do we know so far? *Radiol Bras.* 2017;50:314–22.
2. Duarte SBL, Oshima MM, Mesquita JVA, et al. Magnetic resonance imaging findings in central nervous system cryptococcosis: comparison between immunocompetent and immunocompromised patients. *Radiol Bras.* 2017;50:359–65.
3. Leite CC, Valente KDR, Fiore LA, et al. Proton spectroscopy of the thalamus in a homogeneous sample of patients with easy-to-control juvenile myoclonic epilepsy. *Radiol Bras.* 2017;50:279–84.
4. Jugpal TS, Dixit R, Garg A, et al. Spectrum of findings on magnetic

resonance imaging of the brain in patients with neurological manifestations of dengue fever. *Radiol Bras.* 2017;50:285–90.

5. Joshi VP, Agrawal A, Mudkanna A, et al. Supra-sellar tubercular abscess. *Asian J Neurosurg.* 2016;11:175–6.
6. Singh J, Kharosekar H, Vernon Velho MC. An unusual intraventricular lesion – septum pellucidum tuberculoma. *J Spine Neurosurg.* 2014;3:1–3.
7. Garg K, Gurjar H, Chandra PS, et al. Suprasellar tuberculoma. *Br J Neurosurg.* 2014;28:562–3.
8. Behari S, Shinghal U, Jain M, et al. Clinoradiological presentation, management options and a review of sellar and suprasellar tuberculomas. *J Clin Neurosci.* 2009;16:1560–6.
9. Kim JK, Jung TY, Lee KH, et al. Radiological follow-up of a cerebral tuberculoma with a paradoxical response mimicking a brain tumor. *J Korean Neurosurg Soc.* 2015;57:307–10.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

Bernardo Carvalho Muniz^{1,a}, Bruno Niemeyer de Freitas Ribeiro^{1,b}, Nina Ventura^{1,c}, Emerson Leandro Gasparetto^{1,d}, Edson Marchiori^{2,e}

1. Instituto Estadual do Cérebro Paulo Niemeyer – Departamento de Radiologia, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Correspondência: Dr. Bernardo Carvalho Muniz. Instituto Estadual do Cérebro Paulo Niemeyer – Departamento de Radiologia. Rua do Resende, 156, Centro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 20231-092. E-mail: bernardocmuniz@yahoo.com.br.

a. <https://orcid.org/0000-0003-1483-2758>; b. <https://orcid.org/0000-0002-1936-3026>; c. <https://orcid.org/0000-0003-2364-1612>; d. <https://orcid.org/0000-0001-5764-6724>; e. <https://orcid.org/0000-0001-8797-7380>.

Recebido para publicação em 28/5/2017. Aceito, após revisão, em 28/7/2017.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2017.0091>



Tuberculose do rádio em uma criança

Tuberculosis of the radius in a child

Sr. Editor,

Paciente masculino, nove meses de idade, deu entrada na emergência por trauma do punho esquerdo. Após radiografia do antebraço ter mostrado fratura do rádio distal, foi feita imobilização do membro e encaminhado para acompanhamento ambulatorial. Após um mês, retornou com a mãe relatando emagrecimento e abaulamento da região após retirada precoce da

imobilização. No exame físico observou-se edema pouco doloroso do terço distal do antebraço esquerdo, sem bloqueio articular do punho. Foram realizadas radiografia do antebraço (Figura 1A), ressonância magnética (Figuras 1B, 1C e 1D) e imobilização analgésica em tala axilopalmar associada a analgésico oral, com acompanhamento ambulatorial. Anatomopatológico conclusivo de tuberculose óssea e paciente em esquema terapêutico.

Atualmente, dois bilhões de pessoas encontram-se infectadas pelo *Mycobacterium tuberculosis* e oito a nove milhões desenvolvem doença⁽¹⁾. A tuberculose é um importante problema

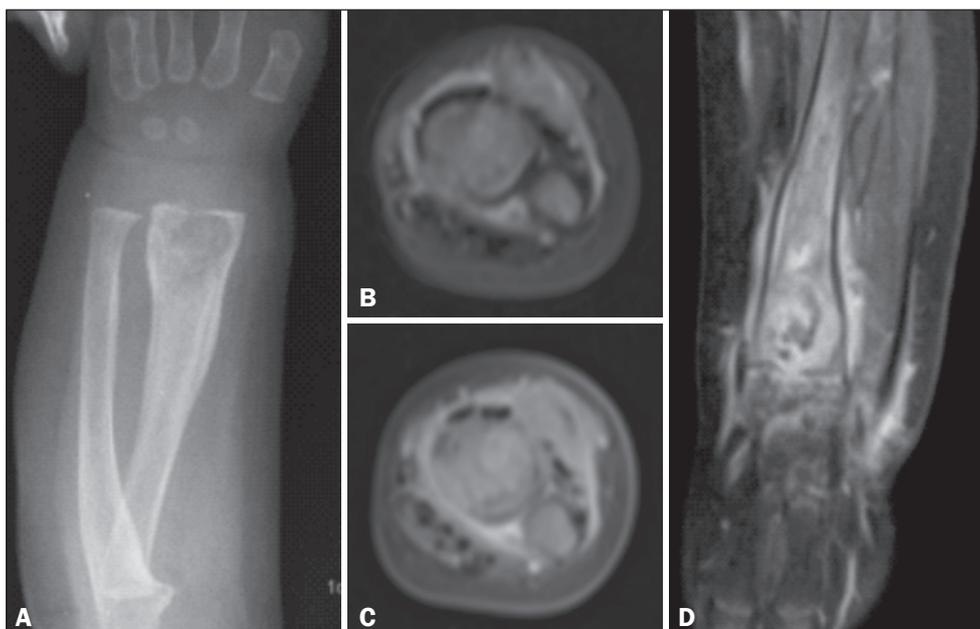


Figura 1. A: Radiografia em anteroposterior do antebraço. Formação osteolítica, arredondada, margens parcialmente definidas, irregularidade da cortical e reação periosteal no terço distal do rádio. **B:** RM axial DP. Lesão expansiva sólida heterogênea, limites imprecisos, ocupando a medular óssea da metáfise distal do rádio. Observa-se imagem linear hiperintensa no DP na metadiáfise e interrupção da cortical, sugestiva de fratura. **C:** RM axial T1 com supressão pós-contraste. Sinal semelhante ao tecido cartilaginoso, com focos hiperintensos. **D:** RM coronal T1 com supressão pós-contraste. A lesão ultrapassa focalmente a fise e infiltra partes moles perilesionais, com realce significativo pelo gadolínio, persistindo pequenas localizações hipointensas; infiltração líquida e realce das interlinhas articulares, planos musculares e subcutâneo.

de saúde nos países em desenvolvimento. No Brasil, em 2012, foram registrados 71.230 casos novos, com taxa de incidência de 36,7/100.000 habitantes para todas as formas da tuberculose⁽¹⁻³⁾. No mesmo ano, no Rio de Janeiro, foram registrados 10.871 casos novos⁽¹⁾.

Após penetrar no organismo pela via respiratória, o *M. tuberculosis* pode instalar-se em qualquer órgão, principalmente se houver queda da imunidade⁽⁴⁾. Existe maior dificuldade no diagnóstico das formas extrapulmonares, com confirmação bacteriológica em cerca de um quarto dos casos, em razão da localização das lesões e por serem paucibacilares. O estudo da imagem geralmente é inespecífico⁽⁴⁾.

A tuberculose óssea é uma doença incomum, acometendo 10–15% dos pacientes com tuberculose⁽⁵⁻⁷⁾. O envolvimento ósseo e articular é mais comum em crianças e idosos. Geralmente, é secundário a disseminação hematogênica, podendo ocorrer também por disseminação linfática ou por contiguidade^(4,5).

O esqueleto todo pode ser afetado, sendo a coluna o local mais comum e o rádio um local de acometimento raro. A clínica, em geral, manifesta-se por lesão monoarticular, sendo frequente o relato de traumatismo envolvendo a articulação afetada. Os achados radiográficos incluem lesões osteolíticas com irregularidade e esclerose circundante. As lesões ósseas com cavidade cística em radiografias são altamente inespecíficas e simulam osteomielite piogênica, infecção fúngica, metástase, osteossarcoma telangiectásico, cisto aneurismático, sarcoidose, granuloma eosinofílico ou cordoma⁽⁸⁻¹⁰⁾. Notavelmente, o diagnóstico é difícil por causa da sua natureza indolente e dos achados inespecíficos, acarretando aumento da morbidade e pior prognóstico^(4,6,11).

Concluindo, a tuberculose óssea, quando acomete locais incomuns, é de difícil diagnóstico e muitas vezes pode ser confundida com tumor, por apresentar semelhantes manifestações clínicas e achados de imagem. O médico deve estar sempre atento a possível causa pelo *M. tuberculosis*, principalmente em áreas endêmicas, e ser cauteloso nos diagnósticos diferenciais, avaliando sempre a necessidade da biópsia, pois o tratamento tardio, ou excessivo, pode causar danos ao paciente.



Enfisema lobar congênito

Congenital lobar emphysema

Sr. Editor,

Paciente do sexo masculino, 41 dias de vida, nascido por parto cesáreo sem complicações, com 38 semanas de gestação. Exames pré-natais normais, em aleitamento materno exclusivo. Encaminhado com história de esforço respiratório progressivo, iniciado sete dias após o nascimento, com piora há três dias. Ausência de febre. Pais referiram atendimentos anteriores com prescrição de nebulização e melhora parcial do quadro. Exame físico de entrada com tiragem subcostal, murmúrio vesicular diminuído à direita e sibilos esparsos à esquerda. Frequência respiratória: 72 irpm; saturação de oxigênio em ar ambiente: 96%. Radiografia do tórax demonstrou hipertransparência direita, com desvio do mediastino para a esquerda (Figura 1A). Tomografia computadorizada (TC) mostrou parênquima do lobo médio hiperinsuflado, com efeito expansivo, deslocando o mediastino para a esquerda (Figuras 1B, 1C e 1D). Foi realizada nebulização com broncodilatador e oxigenoterapia, resultando em melhora clínica e estabilização do quadro. Após cinco dias de internação, recebeu alta assintomático para acompanhamento ambulatorial.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Panorama da tuberculose no Brasil – indicadores epidemiológicos e operacionais. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
2. Hino P, Santos CB, Villa TCS, et al. O controle da tuberculose na perspectiva da vigilância da saúde. *Esc Anna Nery*. 2011;15:417–21.
3. Gupta P, Prakash M, Sharma N, et al. Computed tomography detection of clinically unsuspected skeletal tuberculosis. *Clin Imaging*. 2015;39:1056–60.
4. Lopes JA, Capone D, Mogami R, et al. Tuberculose extrapulmonar: aspectos clínicos e de imagem. *Pulmão RJ*. 2006;15:253–61.
5. Santos FCF, Nascimento ALA, Lira LAS, et al. Bone tuberculosis: a case report on child. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2013;46:249–51.
6. Ye C, Hu X, Yu X, et al. Misdiagnosis of cystic tuberculosis of the olecranon. *Orthopade*. 2017;46:451–3.
7. Prakash J, Aggarwal S, Mehtani AK. Primary tuberculosis of the clavicle. *Orthopedics*. 2014;37:e879–84.
8. Sharma R, Gupta P, Mahajan M, et al. X-ray and computed tomography findings in macrodystrophia lipomatosa of the foot with secondary osteoarthritic changes diagnosed in an elderly female: a case report. *Radiol Bras*. 2017;50:132–4.
9. Reis LM, Duarte ML, Alvarenga SB, et al. Sarcoidosis: when the initial manifestations are musculoskeletal symptoms. *Radiol Bras*. 2018;51:132–3.
10. Costa FM, Canella C, Vieira FG, et al. The usefulness of chemical-shift magnetic resonance imaging for the evaluation of osteoid osteoma. *Radiol Bras*. 2018;51:156–61.
11. Dhillon MS, Aggarwal S, Prabhakar S, et al. Tuberculosis of the foot: an osteolytic variety. *Indian J Orthop*. 2012;46:206–11.

Vanessa Maria Terra Gomes^{1,a}, Teresa Cristina Sarmet dos Santos^{1,b}, Luis Alcides Quevedo Cañete^{1,c}, Caroline Figueira^{1,d}, Rebeca Albuquerque^{1,e}

1. Complexo Hospitalar de Niterói (CHN), Niterói, RJ, Brasil.

Correspondência: Dra. Vanessa Maria Terra Gomes. Complexo Hospitalar de Niterói. Rua La Salle, 12, Centro. Niterói, RJ, Brasil, 24020-096. E-mail: nessa_terra@hotmail.com.

a. <https://orcid.org/0000-0001-7883-8821>; b. <https://orcid.org/0000-0002-0032-1328>; c. <https://orcid.org/0000-0001-6265-5342>; d. <https://orcid.org/0000-0002-3403-2153>; e. <https://orcid.org/0000-0002-4682-7631>.

Recebido para publicação em 7/7/2017. Aceito, após revisão, em 11/8/2017.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2017.0114>

Enfermidades congênitas têm sido assunto de publicações recentes na área da radiologia⁽¹⁻⁴⁾. O enfisema lobar congênito é uma malformação pulmonar rara cuja principal causa é provavelmente uma deficiência no desenvolvimento das cartilagens brônquicas. Causas menos comuns incluem compressão extrínseca da via aérea, geralmente por estenose brônquica idiopática, tampão mucoso ou malformações vasculares. No entanto, em aproximadamente metade dos casos não há uma causa definida⁽⁵⁻¹⁰⁾.

O enfisema lobar congênito é caracterizado por hiperinsuflação lobar progressiva, por aprisionamento aéreo de uma via aérea colapsada, resultando em distensão do lobo e provocando efeito de massa que comprime os demais lobos e desvia o mediastino^(6,7). Não há destruição dos alvéolos⁽¹¹⁾. O lobo superior esquerdo está envolvido em 42,2% dos casos, o lobo médio direito em 35,3%, o lobo superior direito em 20,7% e os lobos inferiores em menos de 1%^(11,12). Sua apresentação clínica varia desde leve disfunção ventilatória até insuficiência respiratória aguda. A maioria dos pacientes apresenta sintomas antes dos seis meses de vida e é diagnosticada dentro do primeiro mês, com quadro de moderado grau de disfunção respiratória após o nascimento, e piora progressiva devido ao aumento da hiperinsuflação pulmonar. Alguns podem permanecer assintomáticos por anos^(5,10,11).