

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).

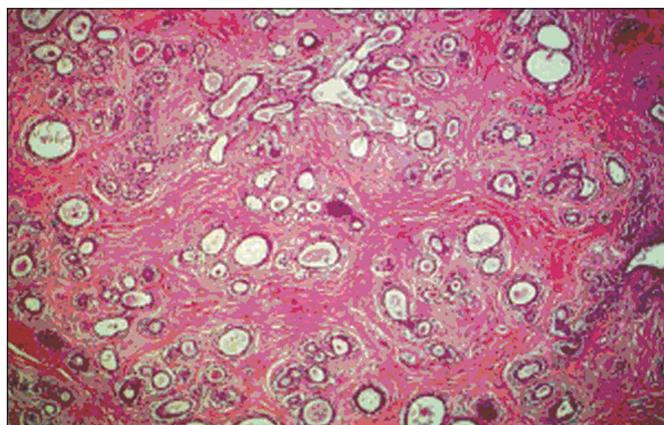


Figura 3. Imagem de microscopia eletrônica demonstrando lóbulos imaturos, ductos em fendas e proliferação de células mioepiteliais e estromais, achados estes compatíveis com fibroadenoma juvenil.

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 hipercogênicas 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

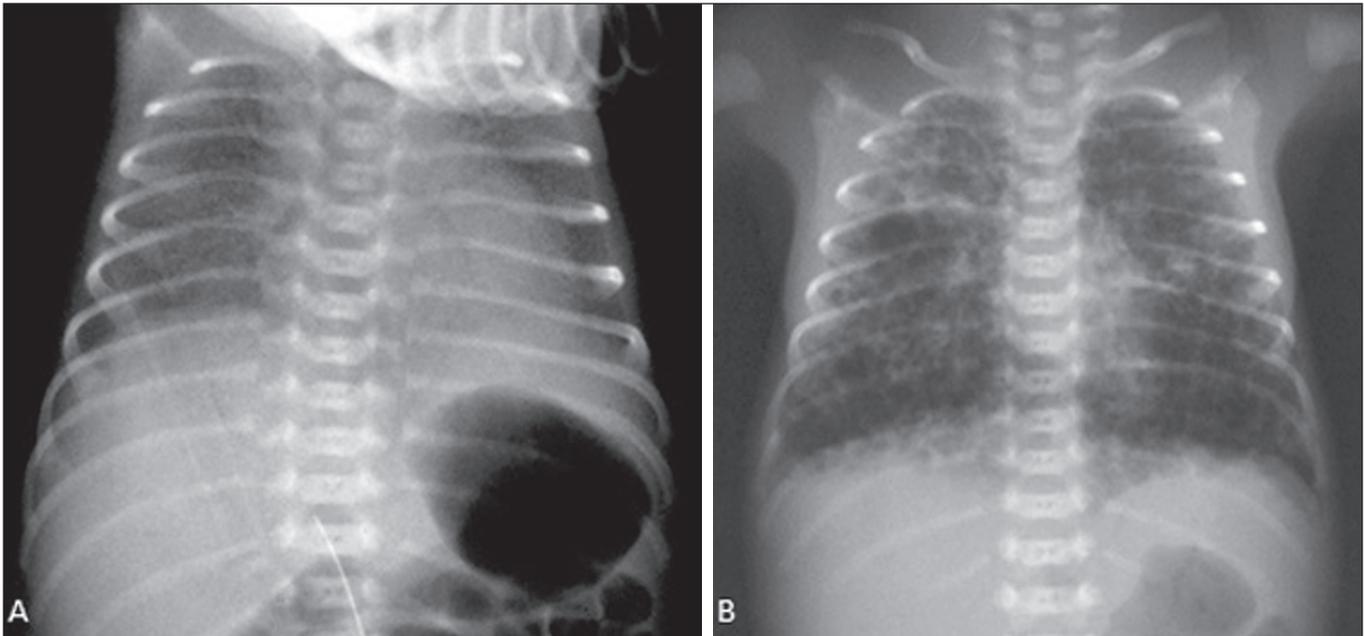


Figura 1. A: Pulmões apresentando infiltrado reticulogranular difuso bilateral, com presença de broncogramas aéreos periféricos, caracterizando SDR. **B:** Hiperinsuflação dos pulmões, com imagens císticas de dimensões variadas distribuídas bilateralmente, compatíveis com EIP.

e retração subdiafragmática. Nova radiografia de tórax demonstrou imagens císticas, difusas, bilaterais, compatíveis com enfisema intersticial pulmonar (EIP) (Figura 1B). Foi realizada intubação traqueal, e na evolução o RN apresentou bradicardia e cianose de extremidades, sendo administrados adrenalina e gluconato de cálcio e realizada reanimação por 20 minutos, sem sucesso, evoluindo para óbito com nove horas de vida.

O EIP consiste na passagem de ar para o interstício pulmonar, caracterizando-se radiologicamente por imagens tubulares radiolúcidas e tortuosas, irradiando-se dos hilos para a periferia pulmonar, com 2 a 3 mm de largura, como no presente caso. O EIP não deve ser confundido com os broncogramas aéreos periféricos presentes na SDR do RN, pois nesta situação a ramificação brônquica apresenta diâmetros menores e uma configuração mais regular. A evolução pode ser rápida, com formação de imagens císticas em poucas horas. Caso seja realizada tomografia de tórax nesses pacientes, pode ser visualizado um padrão de linhas e pontos em meio a inclusões gasosas, além de formações císticas regulares (pseudocistos)^(1,2).

Os fatores de risco associados ao EIP incluem prematuridade, uso de ventilação mecânica invasiva e SDR grave⁽³⁻⁵⁾. No intuito de diminuir os efeitos deletérios da ventilação mecânica invasiva, o CPAP nasal tem sido cada vez mais utilizado⁽⁶⁾. Ainda assim, dados da literatura sugerem mecanismos relacionados à ocorrência de EIP em prematuros em uso do CPAP⁽⁷⁾. Os principais diagnósticos radiológicos diferenciais do EIP são malformação adenomatoide cística, enfisema lobar congênito, hérnia diafragmática congênita, pneumatocele pós-infecção e displasia broncopulmonar^(3,3,8). No presente caso, devido à rápida evolução do quadro clínico e ao fato de o RN ter tido um diagnóstico radiológico prévio de SDR, além do uso de CPAP, as demais hipóteses diagnósticas foram afastadas e o diagnóstico final foi EIP.

Para concluir, o diagnóstico de EIP deve sempre ser pensado, em face da presença de lesões bolhosas em radiografia de

tórax de RN, nas primeiras horas de vida, submetido a qualquer tipo de suporte ventilatório, não presentes em radiografias anteriores, especialmente nos casos de prematuridade extrema, em que se observa elevada ocorrência de barotrauma e de evoluções graves nas suas principais complicações.

REFERÊNCIAS

1. Agrons GA, Gourtney SE, Stocker FT, et al. From the Archives of the AFIP. Lung disease in premature neonates: radiologic-pathologic correlation. *Radiographics*. 2005;25:1047-73.
2. Amoedo MK, Souza LVS, Souza AS, et al. Enfisema intersticial pulmonar: relato de caso e revisão da literatura. *Radiol Bras*. 2013;46:317-9.
3. Gürakan B, Tarcan A, Arda IS et al. Persistent pulmonary interstitial emphysema in an unventilated neonate. *Pediatr Pulmonol*. 2002;34:409-11.
4. Varich LJ, Berk DR. Localized persistent pulmonary interstitial emphysema in a preterm infant in the absence of mechanical ventilation. *Pediatr Radiol*. 2005;35:1243-5.
5. Heneghan MA, Sosulski R, Alarcon MB. Early pulmonary interstitial emphysema in the newborn: a grave prognostic sign. *Clin Pediatr*. 1987;26:361-5.
6. Van Kaam AH, Rimensberger PC. Lung-protective ventilation in neonatology. *Neonatology*. 2011;99:338-41.
7. Bas AY, Okumus N, Demirel N, et al. Persistent pulmonary interstitial emphysema in a preterm infant. *Indian Pediatr*. 2008;45:775-7.
8. Gessler P, Toenz M, Gugger M, et al. Lobar pulmonary interstitial emphysema in a premature infant on continuous positive airway pressure using nasal prongs. *Eur J Pediatr*. 2001;160:263-4.

Mariana Chiaradia Dominguez¹, Camila da Silva Pires¹, Mônica Carvalho Sanchez Stopiglia¹, Maria Aparecida Marques dos Santos Mezzacappa², Beatriz Regina Alvares²

1. Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher / Universidade Estadual de Campinas (Caism/Unicamp), Campinas, SP, Brasil. 2. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM-Unicamp), Campinas, SP, Brasil. Endereço para correspondência: Dra. Mariana Chiaradia Dominguez. Caism/Unicamp. Rua Alexander Fleming, 101, Cidade Universitária Zeferino Vaz. Campinas, SP, Brasil, 13083-881. E-mail: mari_chiaradia@hotmail.com.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2016.0198>