

outro caso de cálculo ureteral em hérnia inguinoescrotal da be-xiga foi relatado.

REFERÊNCIAS

1. Levine B. Scrotal cystocele. J Am Med Assoc. 1951;147:1439-41.
2. Fisher PC, Hollenbeck BK, Montgomery JS, et al. Inguinal bladder hernia masking bowel ischemia. Urology. 2004;63:175-6.
3. Huerta S, Fairbanks T, Cinat M. Incarcerated vesicoinguinal hernia presenting with gross hematuria. J Am Coll Surg. 2005;201:992-3.
4. Kraft KH, Sweeney S, Fink AS, et al. Inguinoscrotal bladder hernias: report of a series and review of the literature. Can Urol Assoc J. 2008;2: 619-23.
5. Ng AC, Leung AK, Robson WL. Urinary bladder calculi in a sliding vesical-inguinal-scrotal hernia diagnosed preoperatively by plain abdominal radiography. Adv Ther. 2011;24:1016-9.

6. Bacigalupo LE, Bertolotto M, Barbiera F, et al. Imaging of urinary bladder hernias. AJR Am J Roentgenol. 2005;184:546-51.
7. Burkhardt JH, Arshanskiy Y, Munson JL, et al. Diagnosis of inguinal region hernias with axial CT: the lateral crescent sign and other key findings. Radiographics. 2011;31: E1-12.
8. Resende DAQP, Souza LRME, Monteiro IO, et al. Scrotal collections: pictorial essay correlating sonographic with magnetic resonance imaging findings. Radiol Bras. 2014;47:43-8.

Jose Domingos Contrera¹, Francisco Teixeira Cardoso Sobrinho²

1. IDI - Instituto de Diagnóstico por Imagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil. 2. Centro de Diagnóstico por Imagem, Parintins, AM, Brasil. Endereço para correspondência: Dr. Jose Domingos Contrera. Rua Pau Brasil, 432, Jardim Re-creio. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 14040-220. E-mail: jdcontrera@gmail.com.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2015.0122>

Amiloidose traqueobrônquica primária

Primary tracheobronchial amyloidosis

Sr. Editor,

Paciente do sexo masculino, 58 anos, queixando-se de disp-nea aos esforços e tosse, eventualmente com secreção mucoide. Referiu tratamento para asma há 14 anos, uso de broncodilata-dores e corticosteroides inalatórios, e negou sintomas de asma na infância. Foram realizadas tomografia computadorizada (TC) (Figuras 1A, 1B e 1C) e, posteriormente, broncoscopia (Figura 1D) com biópsia. A TC mostrou espessamento parietal concên-trico regular da traqueia, brônquios principais, lobares, segmen-tares e subsegmentares, com discretas calcificações. A bron-

coscopia identificou infiltrado difuso e concêntrico da mucosa, com aspecto amarelo-acinzentado. O estudo histopatológico demonstrou deposição de material amorfo, cujas características eram compatíveis com depósito amiloide.

Amiloidose compreende um conjunto de doenças caracte-rizadas por depósito e acúmulo anormal de material proteico em órgãos e tecidos⁽¹⁾. Considerando a distribuição anatômica, a amiloidose pode ser sistêmica (envolvimento de múltiplos ór-gãos) ou localizada (envolvimento de órgão único). Na classifi-cação bioquímica, segundo o tipo de componente fibrilar nos depósitos amiloides, são considerados inúmeros subtipos. Na grande maioria dos casos estão presentes o amiloide fibrilar de cadeia leve e o amiloide sérico A⁽¹⁾.

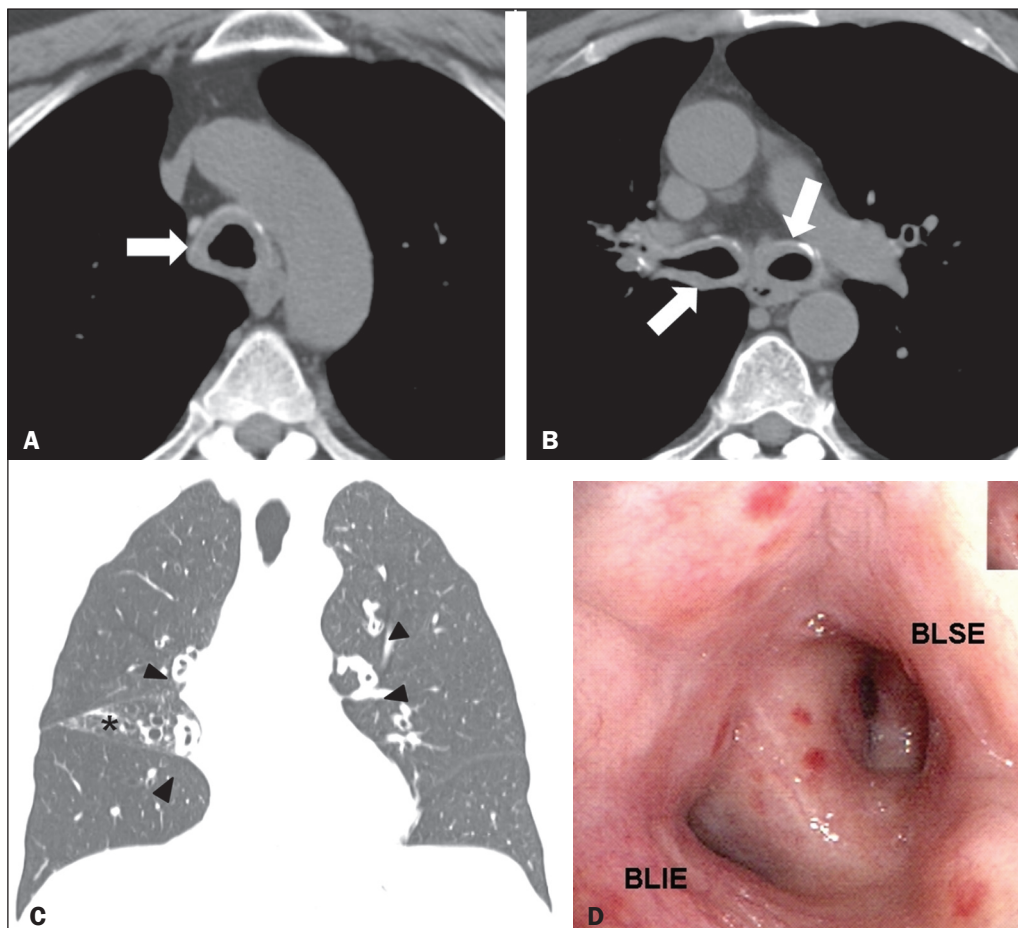


Figura 1. A,B: Imagens axiais de tomografia do tórax em janela de mediastino, sem administração do meio de contraste, ao nível da traqueia proximal (A) e abaixo da carina (B) mostram importante espessamento parietal concêntrico regular e com discretas calcificações comprometendo a traqueia e brônquios principais (setas). **C:** Imagem coronal de tomografia do tórax em janela de pulmão mostra espessamento parietal regular comprometendo brônquios segmentares e subsegmentares (cabeças de setas). Sinais de perda volumétrica do lobo médio (asterisco) por redução luminal do respectivo brônquio lobar (não demonstrada na imagem). **D:** Imagem de broncoscopia demonstra redução na luz brônquica por infiltração na mucosa, concêntrica e difusa, com coloração amarelo-acinzentada, determinando alargamento da carina secundária. BLSE, brônquio do lobo superior esquerdo; BLIE, brônquio do lobo inferior esquerdo.

No compartimento torácico, a doença compromete mais frequentemente o coração, podendo envolver parênquima pulmonar, pleura, cadeias linfonodais, árvore traqueobrônquica, entre outros^(1,2). O acometimento pulmonar é raro, descrito nas manifestações traqueobrônquica, difusa/alveolar-septal e nodular, sendo a primeira a mais comum⁽²⁻⁴⁾.

A manifestação traqueobrônquica caracteriza-se pela deposição de material amiloide na traqueia e brônquios principais, determinando espessamento parietal, estreitamento luminal e consequente obstrução de vias aéreas, além de consolidações, atelectasias, hiperinsuflação pulmonar e bronquiectasias⁽³⁾.

Clinicamente, o comprometimento traqueobrônquico pode ser assintomático ou provocar manifestações de dispneia, sibilância, hemoptise, tosse e pneumonias de repetição^(4,5). Os sintomas podem ser semelhantes a doenças brônquicas de maior frequência, incluindo asma brônquica⁽⁵⁾.

A TC de tórax tem se mostrado o exame de imagem de escolha não só para avaliação das doenças torácicas⁽⁶⁻⁹⁾, como também da árvore traqueobrônquica⁽¹⁰⁻¹²⁾. A TC demonstra espessamento parietal liso ou irregular/nodular da parede traqueal e brônquios, podendo haver calcificações nodulares submucosas associadas⁽⁴⁾. Diagnósticos diferenciais de doenças traqueobrônquicas difusas incluem vasculites (granulomatose de Wegener), papilomatose traqueobrônquica, comprometimento infeccioso (*Klebsiella rhinoscleromatis* – rinoscleroma), traqueobroncopatia osteocondrolástica e policondrite recidivante⁽¹³⁾. Ao contrário do comprometimento traqueal na traqueobroncopatia osteocondrolástica ou policondrite recidivante, a amiloidose traqueobrônquica determina comprometimento da parede membranosa posterior traqueal^(4,13).

A broncoscopia usualmente mostra espessamento parietal com placas planas multifocais amarelo-acinzentadas na traqueia e brônquios. Não comumente pode-se observar massa pseudotumoral (pseudotumor amiloide)^(5,13). Os achados histopatológicos da doença demonstram espessamento da submucosa por material amiloide em massas nodulares ou lâminas, com birrefringência “verde maçã” na coloração vermelho Congo⁽¹⁴⁾. Há ainda redução numérica das glândulas submucosas, calcificações e focos de metaplasia óssea nas vias aéreas maiores⁽¹⁴⁾.

Diagnósticos diferenciais devem ser considerados em pacientes com sintomas de asma brônquica que apresentem sintomas atípicos e resposta insuficiente ao tratamento clínico⁽¹⁵⁾. O paciente em questão apresentou diagnóstico inicial de asma, sem resposta terapêutica, cujo diagnóstico definitivo de amiloidose traqueobrônquica primária foi realizado após seguimento propedêutico direcionado. Conclui-se que, embora rara, a ami-

loidose traqueobrônquica deve ser considerada neste subgrupo de pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Czeyda-Pommersheim F, Hwang M, Chen SS, et al. Amyloidosis: modern cross-sectional imaging. *Radiographics*. 2015;35:1381–92.
2. Marchiori E, Souza Jr AS, Ferreira A, et al. Amiloidose pulmonar: aspectos na tomografia computadorizada. *Radiol Bras*. 2003;36:89–94.
3. Lee AY, Godwin JD, Pipavath SN. Case 182: pulmonary amyloidosis. *Radiology*. 2012;263:929–32.
4. Ngo AV, Walker CM, Chung JH, et al. Tumors and tumorlike conditions of the large airways. *AJR Am J Roentgenol*. 2013;201:301–13.
5. Serraj M, Kamaoui I, Znati K, et al. Pseudotumoral tracheobronchial amyloidosis mimicking asthma: a case report. *J Med Case Rep*. 2012;6:40.
6. Francisco FAF, Rodrigues RS, Barreto MM, et al. Can chest high-resolution computed tomography findings diagnose pulmonary alveolar micro-lithiasis? *Radiol Bras*. 2015;48:209–10.
7. Batista MN, Barreto MM, Cavaguti RF, et al. Pulmonary artery sarcoma mimicking chronic pulmonary thromboembolism. *Radiol Bras*. 2015; 48:333–4.
8. Torres PPTS, Moreira MAR, Silva DGST, et al. High-resolution computed tomography and histopathological findings in hypersensitivity pneumonitis: a pictorial essay. *Radiol Bras*. 2016;49:112–6.
9. Mogami R, Goldenberg T, Marca PGC, et al. Pulmonary infection caused by *Mycobacterium kansasii*: findings on computed tomography of the chest. *Radiol Bras*. 2016;49:209–13.
10. Ribeiro GMR, Natal MRC, Silva EF, et al. Tracheobronchopathia osteochondroplastica: computed tomography, bronchoscopy and histopathological findings. *Radiol Bras*. 2016;49:56–7.
11. Barbosa BC, Amorim VB, Ribeiro LFM, et al. Tuberculosis: tracheal involvement. *Radiol Bras*. 2016;49:410–1.
12. Barbosa AGJ, Penha D, Zanetti G, et al. Foreign body in the bronchus of a child: the importance of making the correct diagnosis. *Radiol Bras*. 2016;49:340–2.
13. Prince JS, Duhamel DR, Levin DL, et al. Nonneoplastic lesions of the tracheobronchial wall: radiologic findings with bronchoscopic correlation. *Radiographics*. 2002;22 Spec No:S215–30.
14. Kurtz KA, Kirby PA. Pathologic quiz case: a 49-year-old man with chronic cough and a left lung hilar mass. Tracheobronchial amyloidosis. *Arch Pathol Lab Med*. 2003;127:e420–2.
15. Tilles SA. Differential diagnosis of adult asthma. *Med Clin North Am*. 2006;90:61–76.

Pedro Paulo Teixeira e Silva Torres¹, Matheus Rabahi², Sebastião Alves Pinto³, Karla Cristina de Moraes Arantes Curado⁴, Marcelo Fouad Rabahi⁵

1. Multimagem Diagnósticos, Goiânia, GO, Brasil. 2. Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás), Goiânia, GO, Brasil. 3. Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, GO, Brasil. 4. Hospital e Maternidade Jardim América, Goiânia, GO, Brasil. Endereço para correspondência: Dr. Pedro Paulo Teixeira e Silva Torres. Rua 9, nº 326, Residencial Amaury Menezes, ap. 1502, Setor Oeste. Goiânia, GO, Brasil, 74110-100. E-mail: pedroptstorres@yahoo.com.br.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2015.0177>

Cistite xantogranulomatosa em criança

Xanthogranulomatous cystitis in a child

Sr. Editor,

Paciente do sexo feminino, sete anos de idade, admitida com quadro de apendicite aguda, foi submetida a apendicectomia de urgência. Durante o procedimento observaram-se, como achados incidentais, bexiga volumosa e provável coleção aderida à parede. Optou-se por se realizar cistoscopia, que demonstrou bexiga com dimensões aumentadas e espessamento parietal difuso. Após o procedimento, realizou tomografia computadorizada do abdome, que demonstrou uma coleção hipodensa, com atenuação cística, bem delimitada, de contornos regulares, sem realce, em íntimo contato com a parede lateral direita

da bexiga (Figura 1). Ao se investigar antecedentes patológicos, foram descobertos episódios repetidos de cistite no último ano. Optou-se, então, por conduta cirúrgica laparoscópica, em que se identificou diminuto orifício de comunicação entre a lesão e o interior vesical, sendo realizada cistectomia parcial. O estudo histopatológico demonstrou tecido fibroadiposo exibindo reação xantogranulomatosa caracterizada por macrófagos xantomatosos, reação gigantocelular, cristais de colesterol e leve infiltrado inflamatório crônico. Além disso, observou-se reação macrofágica semelhante em linfonodo (Figura 2). Diante de tais achados, cistite xantogranulomatosa foi considerada a principal hipótese diagnóstica.

Cistite xantogranulomatosa é uma doença inflamatória crônica rara, tendo cerca de 30 casos documentados na literatura