

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

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<sup>(3)</sup>.

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

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

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)<sup>(5,13)</sup>. 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<sup>(14)</sup>. Há ainda redução numérica das glândulas submucosas, calcificações e focos de metaplasia óssea nas vias aéreas maiores<sup>(14)</sup>.

Diagnósticos diferenciais devem ser considerados em pacientes com sintomas de asma brônquica que apresentem sintomas atípicos e resposta insuficiente ao tratamento clínico<sup>(15)</sup>. 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 Torres<sup>1</sup>, Matheus Rabahi<sup>2</sup>, Sebastião Alves Pinto<sup>3</sup>, Karla Cristina de Moraes Arantes Curado<sup>4</sup>, Marcelo Fouad Rabahi<sup>5</sup>**

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

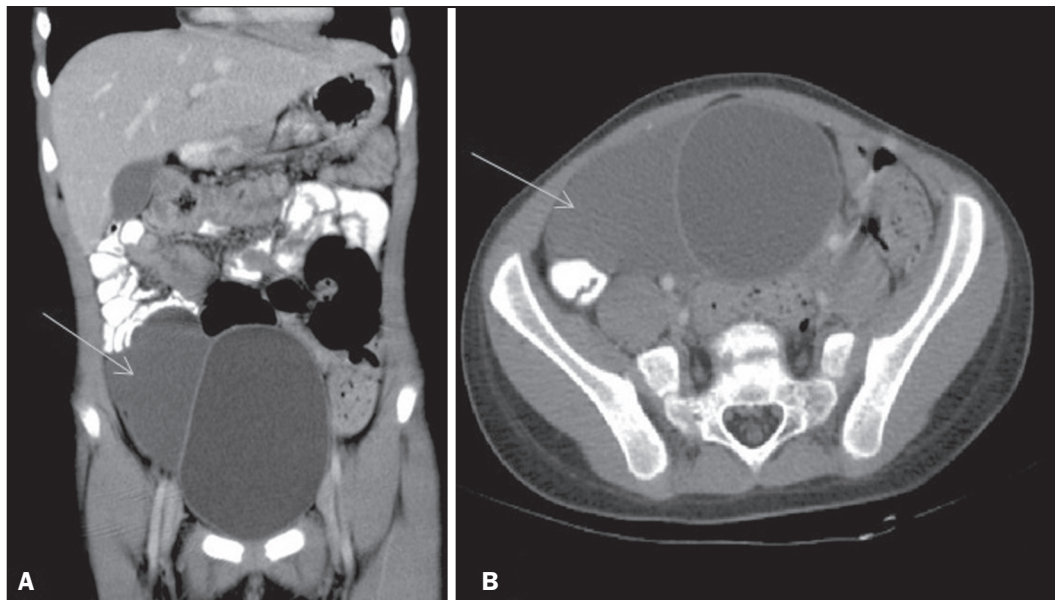
*Xanthogranulomatous cystitis in a child*

Sr. Editor,

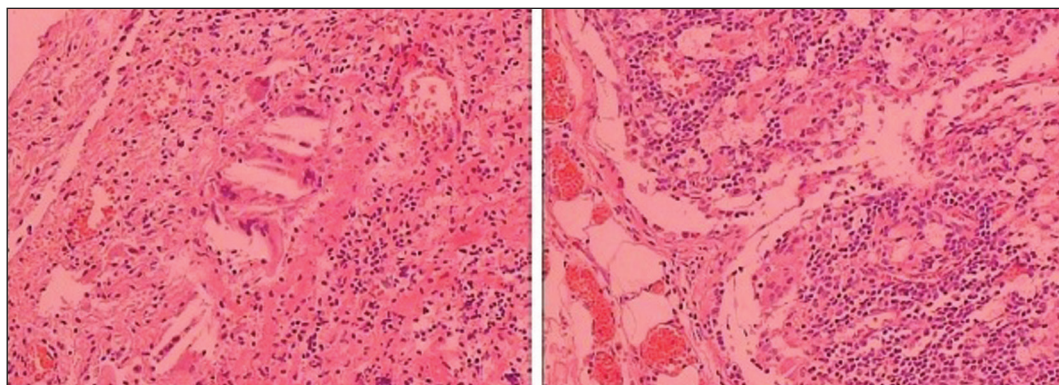
Paciente do sexo feminino, sete anos de idade, admitida com quadro de apendicite aguda, foi submetida a apendicectomia de urgência. Durante o procedimento observaram-se, como achados incidentais, bexiga volumosa e provável coleção aderida à parede. Optou-se por se realizar cistoscopia, que demonstrou 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



**Figura 1.** Reformatações coronal (A) e axial (B) de tomografia computadorizada de abdome com contraste mostrando coleção hipodensa, com atenuação cística, bem delimitada, de contornos regulares, sem realce, em íntimo contato com a parede lateral direita da bexiga.



**Figura 2.** Histopatológico demonstrando tecido fibroadiposo com reação xantogranulomatosa caracterizada por macrófagos xantomatosos, reação gigantocelular, cristais de colesterol e leve infiltrado inflamatório crônico. Observa-se, ainda, reação macrofágica semelhante em linfonodo.

mundial. Apresenta-se com curso benigno e sua origem ainda permanece obscura, mas relatos anteriormente descritos sugerem possíveis associações com remanescente do úraco, infecção crônica, tumor maligno vesical e distúrbios imunológicos<sup>(1)</sup>. Os sintomas clínicos são inespecíficos, não contribuindo para diferenciá-la de outras doenças da bexiga. As formas mais usuais de apresentação são sintomas urinários irritativos, massa palpável em hipogástrio e hematuria<sup>(2-4)</sup>. Com base nos casos publicados na literatura, nota-se que a idade média de acometimento é em torno de 46 anos, sem predominância de sexo, e localização preferencial na cúpula vesical<sup>(1,4,5)</sup>. No entanto, no presente caso, trata-se de paciente pediátrica, com sete anos de idade e lesão localizada na parede lateral direita, indicando ausência de relação com o úraco. O tratamento conservador não é eficaz, sendo necessária ressecção cirúrgica por meio de cistectomia parcial, padrão ouro atualmente<sup>(2-5)</sup>.

As lesões xantogranulomatosas podem ser observadas em diversos sítios além da bexiga, incluindo rins mais frequentemente, vesícula biliar, pâncreas, apêndice, cólon, ovário, endométrio e cérebro, geralmente simulando malignidade<sup>(2-4)</sup>.

A cistite xantogranulomatosa é uma doença extremamente rara e permanece sendo alvo de muitos estudos, pois pouco se conhece a respeito de sua real causa e comportamento em longo

prazo. Com este caso destaca-se a importância do reconhecimento de uma lesão incomum que pode se apresentar em qualquer faixa etária e dificultar o diagnóstico final.

**REFERÊNCIAS**

1. Yamamoto S, Yoshida K, Tsumura K, et al. Xanthogranulomatous cystitis treated by transurethral resection. *Urol Case Rep.* 2015;3:143-5.
2. Izquierdo García FM, García Díez F, Miguez Simon A, et al. Cistitis xantogranulomatosa: presentación de un caso. *Arch Esp Urol.* 2001;54:263-5.
3. Hayashi N, Wada T, Kiyota H, et al. Xanthogranulomatous cystitis. *Int J Urol.* 2003;10:498-500.
4. Wang Y, Han XC, Zheng LQ, et al. Xanthogranulomatous cystitis imitating bladder neoplasm: a case report and review of literature. *Int J Clin Exp Pathol.* 2014;7:8255-8.
5. Ekici S, Ekici I, Ruacan S, et al. Xanthogranulomatous cystitis: a challenging imitator of bladder cancer. *ScientificWorldJournal.* 2010;10:1169-73.

**Roberto César Teixeira Dantas<sup>1</sup>, Ivo Lima Viana<sup>1</sup>, Camila Soares Moreira de Sousa<sup>1</sup>, Breno Braga Bastos<sup>2</sup>, Carla Lorena Vasques Mendes de Miranda<sup>1</sup>**

1. Medimagem, Teresina, PI, Brasil. 2. UDI 24 horas, Teresina, PI, Brasil. Endereço para correspondência: Dra. Camila Soares Moreira de Sousa. Medimagem - Radiologia. Rua Paissandu, 1862, Centro. Teresina, PI, Brasil, 64001-120. E-mail: camilasoares\_\_@hotmail.com.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2015.0225>