

mieloma múltiplo e aumento focal ou difuso do pâncreas, a hipótese de plasmocitoma deve ser considerada, evitando retardo do diagnóstico.

REFERÊNCIAS

1. Hue SS, Azhar R. Plasmacytoma of the pancreas: an unusual manifestation of multiple myeloma. *Singapore Med J.* 2013;54:e105-7.
2. Smith A, Hal H, Frauenhoffer E. Extramedullary plasmacytoma of the pancreas: a rare entity. *Case Rep Radiol.* 2012;2012:798264.
3. Hatem M, So B, Gray R, et al. Plasmacytoma presented as pancreatic head mass. *Radiol Case Rep.* 2015;10:81-7.
4. Pallavi R, Ravella PM, Popescu-Martinez A. An unusual pancreatic mass: a case report and literature review. *Transl Gastrointest Cancer.* 2014;3:106-10.

5. Hiller N, Goitein O, Ashkenazi YJ. Plasmacytoma of the pancreas. *Isr Med Assoc J.* 2004;6:704-5.
6. Wilson TE, Korobkin M, Francis IR. Pancreatic plasmacytoma: CT findings. *AJR Am J Roentgenol.* 1989;152:1227-8.

Camila Soares Moreira de Sousa¹, Carla Lorena Vasques Mendes de Miranda¹, Marcelo Coelho Avelino², Breno Braga Bastos³, Ilan Lopes Leite Mendes¹

1. Med Imagem – Radiologia, Teresina, PI, Brasil. 2. Hospital de Urgência de Teresina Prof. Zenon Rocha, Teresina, PI, Brasil. 3. UDI 24 horas – Radiologia, Teresina, PI, Brasil. Endereço para correspondência: Dra. Camila Soares Moreira de Sousa. Med Imagem – Radiologia. Rua Paissandu, 1862, Centro. Teresina, PI, Brasil, 64001-120. E-mail: camilasoares__@hotmail.com.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2016.0052>

Um caso raro de pneumórraque epidural associada a pneumomediastino espontâneo

A rare case of pneumorrhachis accompanying spontaneous pneumomediastinum

Sr. Editor,

Pré-escolar do sexo feminino, sete anos, com quadro de dispneia e edema cervical associados a tosse, foi atendida em outro serviço onde foram prescritos anti-inflamatórios e aerosol. Evoluiu com piora da dispneia e da tosse, além de tiragem intercostal e aumento de volume cervical. Foi atendida em nosso serviço em regular estado geral, orofaringe sem alterações, edema cervical e periorbital bilateralmente, murmúrio vesicular diminuído, com sibilos esparsos, frequência respiratória de 30 incursões por minuto, tiragem intercostal, crepitações subcutâneas à palpação torácica anterior e posterior, sinal de Hamman negativo. A radiografia de tórax da admissão (Figura 1) mostrou pneumomediastino e extenso enfisema subcutâneo. Foram realizados cortes tomográficos de tórax (Figura 2), que demonstraram, ainda, o raro achado de pneumórraque. A paciente foi mantida em internação hospitalar por cinco dias em tratamento de suporte, tendo havido remissão completa dos sintomas.

A síndrome de Hamman é condição incomum na prática médica, ocorrendo em aproximadamente 1/30.000 admissões hospitalares⁽¹⁾ e em 1% dos casos de asma⁽²⁾. Suas principais cau-

sas são: exercício físico intenso, trabalho de parto, barotrauma pulmonar, mergulhos em grandes profundidades, tosse em paroxismos de forte intensidade, vômitos, inalação de drogas entorpecentes, asma brônquica e biotipo longilíneo^(1,2).

O marco inicial da fisiopatologia da síndrome de Hamman é a superdistensão e ruptura alveolar, que resulta de uma alta pressão intra-alveolar, de uma baixa pressão perivascular, ou de ambas. Após o evento inicial, o ar penetra livremente no mediastino durante o ciclo respiratório, buscando equilibrar os gradientes pressóricos^(3,4). Desencadeantes conhecidos incluem

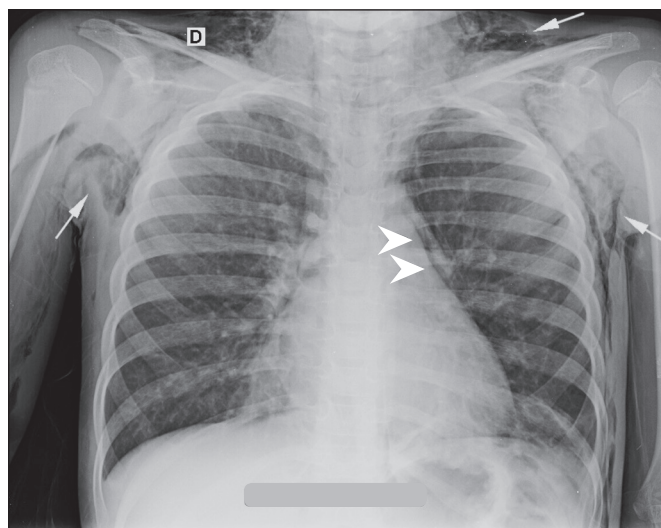


Figura 1. Radiografia de tórax em posteroanterior mostrando pneumomediastino (cabeças de setas) e extenso enfisema subcutâneo em regiões supraclaviculares e axilares (setas).

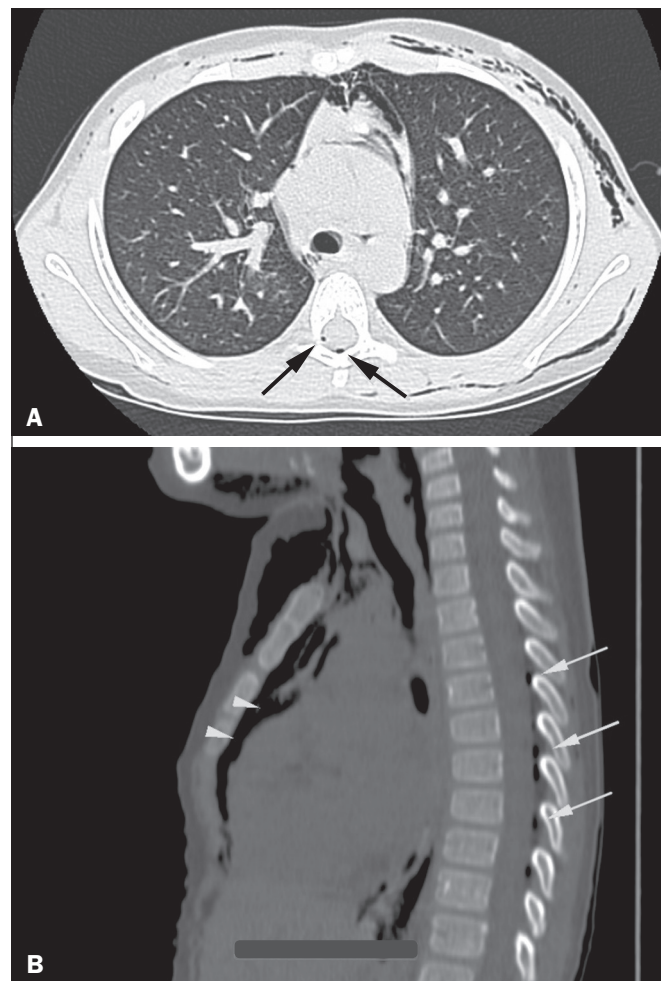


Figura 2. TC de tórax nos planos axial (A) e sagital (B) demonstrando pneumórraque (setas) e enfisema mediastinal (cabeças de setas).

exacerbação aguda de asma e situações que exigem a realização de manobra de Valsava⁽⁴⁾.

A associação do pneumomediastino espontâneo com a pneumórraque é extremamente rara^(5,6). Possíveis causas de pneumórraque incluem: consumo de êxtase, abscessos, ataques de asma ou tosse, vômitos violentos, anestesia peridural, punção lombar, cirurgia ou trauma torácico e vertebral^(7,8). Mais raramente, também pode ser associada a meningite ou pneumoencéfalo⁽⁷⁾. A pneumórraque geralmente ocorre diretamente, quando o ar atmosférico chega ao espaço epidural por meio de uma agulha ou de ferimentos penetrantes diretos da coluna vertebral, ou indiretamente, como na asma brônquica. Nesse caso, o ar proveniente da ruptura de um alvéolo pulmonar periférico vaza para o interstício perivascular pulmonar e diseca o caminho de menor resistência do mediastino aos planos faciais do pescoço. Devido à inexistência de barreiras faciais, o ar atravessa o forame neural e se deposita no espaço epidural. Em qualquer situação, a sua presença é geralmente assintomática na maioria dos casos e desaparece espontaneamente em poucas semanas.

Enquanto a tomografia computadorizada visualiza diretamente a presença de ar no(s) compartimento(s) atingido(s), a avaliação radiográfica pode demonstrar sinais típicos de pneumomediastino, produzidos quando o ar que deixa o mediastino delinea as estruturas anatômicas normais, como o enfisema subcutâneo, o “sinal da vela” do tórax, o pneumopericárdio, o sinal do “anel ao redor da artéria”, o sinal do “diafragma contínuo”, o sinal da “parede brônquica dupla”, entre outros⁽³⁾.

REFERÊNCIAS

1. Lopes FPL, Marchiori E, Zanetti G, et al. Pneumomediastino espontâneo após esforço vocal: relato de caso. Radiol Bras. 2010;43:137–9.
2. Bote RP, Moreno AM, Núñez JMF, et al. Enfisema epidural associado a traumatismo torácico grave. Emergências. 2008;20:70–1.
3. Fatureto MC, Santos JPV, Goulart PEN, et al. Pneumomediastino espontâneo: asma. Rev Port Pneumol. 2008;14:437–41.
4. van Veelen I, Hogeman PHG, van Elburg A, et al. Pneumomediastinum: a rare complication of anorexia nervosa in children and adolescents. A case study and review of the literature. Eur J Pediatr. 2008;167:171–4.
5. Nascimento J, Gomes M, Moreira C, et al. Caso radiológico. Nascer e Crescer. 2012;21:153–4.
6. Alves GRT, Silva RVA, Corrêa JRM, et al. Pneumomediastino espontâneo (síndrome de Hamman). J Bras Pneumol. 2012;38:404–7.
7. Aribas OK, Gormus N, Aydogdu Kiresi D. Epidural emphysema associated with primary spontaneous pneumothorax. Eur J Cardiothorac Surg. 2001;20:645–6.
8. Araujo MS, Fernandes FLA, Kay FU, et al. Pneumomediastino, enfisema subcutâneo e pneumotórax após prova de função pulmonar em paciente com pneumopatia intersticial por bleomicina. J Bras Pneumol. 2013;39:613–9.

Luciana Mendes Araújo Borem¹, Dimitrius Nikolaos Jaconi Stamoulis², Ana Flávia Mundim Ramos²

1. Santa Casa de Montes Claros, Montes Claros, MG, Brasil. 2. Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba, MG, Brasil. Endereço para correspondência: Dr. Dimitrius Nikolaos Jaconi Stamoulis. Departamento de Radiologia e Diagnóstico por Imagem – UFTM. Avenida Getúlio Guaritã, 130, Nossa Senhora da Abadia. Uberaba, MG, Brasil, 38025-250. E-mail: dimitriusss@hotmail.com.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2015.0031>

Síndrome Terson: importante diagnóstico diferencial no contexto das hemorragias subaracnóideas

Terson's syndrome: an important differential diagnosis of subarachnoid hemorrhage

Sr. Editor,

Paciente do gênero feminino, 42 anos, admitida no pronto-socorro com cefaleia intensa e urgência hipertensiva (pressão arterial: 220 × 110 mmHg), evoluindo com hemiparesia à esquerda, anisocoria à direita e rebaixamento do nível de consciência, com escala de coma de Glasgow igual a 4. A tomografia computadorizada de crânio mostrou hemorragia subaracnoide

aguda Fisher 4, decorrente de ruptura de aneurisma da circulação anterior. Além disso, mostrou sinais de hemorragia intraocular bilateral (Figura 1). Tais achados são compatíveis com o diagnóstico de síndrome Terson.

A síndrome Terson foi descrita inicialmente como hemorragia vítrea secundária a hemorragia subaracnoide aguda, mas publicações recentes também demonstram que pode resultar de traumatismo cranioencefálico ou mesmo de hemorragia intraparenquimatosa cerebral não traumática⁽¹⁾. Descrita originalmente em 1900 por Albert Terson, a síndrome tem incidência variando entre 2,6% e 27% no contexto das hemorragias subaracnóideas por ruptura de aneurismas^(2–4). Sua etiologia, apesar

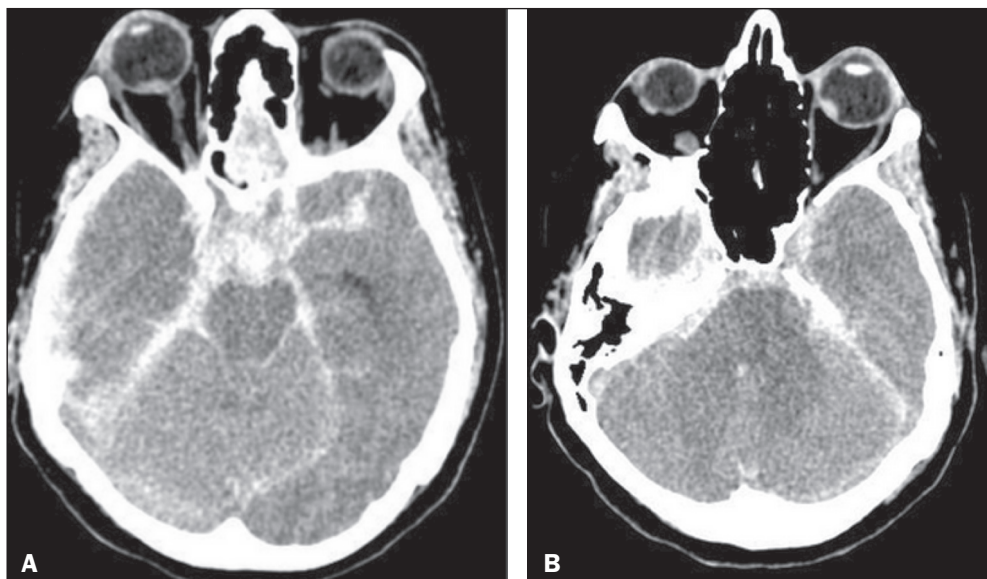


Figura 1. A: TC demonstrando sinais de hemorragia subaracnoide e hemorragia intraocular direita, como foco espontaneamente hiperatenuante na porção posterior do globo ocular direito. **B:** TC mostrando hemorragia intraocular à esquerda.