

Quando a neoplasia se desenvolve em lesões pulmonares prévias, ela surge principalmente em áreas fibroatelectásicas ou granulomatosas, resultantes de sequelas, em geral de tuberculose. O aparecimento de câncer de pulmão em cavidades simulando bola fúngica ou o sinal do crescente aéreo é bastante raro^(1,2,5). No parênquima pulmonar adjacente, a lesão tumoral tende a se infiltrar causando um efeito paracicatricial, podendo promover alterações enfisematosas ou císticas junto ao processo neoplásico⁽¹⁾.

Em conclusão, câncer de pulmão deve ser considerado no diagnóstico diferencial em pacientes que apresentem imagem de bola fúngica, particularmente quando a bola é fixa em relação à parede da cavidade.

REFERÊNCIAS

1. Wang LF, Chu H, Chen YM, et al. Adenocarcinoma of the lung presenting as a mycetoma with an air crescent sign. *Chest*. 2007;131:1239–42.

2. Gazzoni FF, Severo LC, Marchiori E, et al. Pulmonary diseases with imaging findings mimicking aspergilloma. *Lung*. 2014;192:347–57.
 3. Truong MT, Ko JP, Rossi SE, et al. Update in the evaluation of the solitary pulmonary nodule. *Radiographics*. 2014;34:1658–79.
 4. Watanabe H, Uruma T, Tsunoda T, et al. Lung metastasis of transitional cell cancer of the urothelium, with fungus ball-like shadows closely resembling aspergilloma: a case report and review of the literature. *Oncol Lett*. 2014;8:95–8.
 5. Bandoh S, Fujita J, Fukunaga Y, et al. Cavitory lung cancer with an aspergilloma-like shadow. *Lung Cancer*. 1999;26:195–8.

Bruno Fernandes Cavalcante¹, Gláucia Zanetti¹, Edson Marchiori¹

1. Departamento de Radiologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Endereço para correspondência: Dr. Edson Marchiori. Rua Thomaz Cameron, 438, Valparaíso. Petrópolis, RJ, Brasil, 25685-120. E-mail: edmarchiori@gmail.com.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2015.0119>

Plasmocitoma extramedular no hilo pulmonar direito

Extramedullary plasmacytoma in the right pulmonary hilum

Sr Editor,

Homem, 53 anos de idade, negro, motorista, assintomático, em avaliação para liberação de atividade física. Negou tabagismo ou comorbidades.

Radiografia do tórax, realizada em 1/2/2011, mostrou opacidade ovalada na região hilar direita, sem outras anormalidades (Figura 1A).

Tomografia computadorizada (TC) do tórax, realizada em 16/3/2011, identificou opacidade arredondada circunscrita com atenuação de partes moles na região hilar direita, com realce após administração intravenosa de meio de contraste, adjacente à artéria pulmonar principal ipsilateral e seus ramos. Ausência de outros achados (Figuras 1B e 1C).

Resultado da biópsia da lesão: *macroscopia/microscopia* – fragmentos pardo-claros, hiperclulares de células plasmocitoides bem diferenciadas, com núcleos pequenos, excêntricos e hiper-cromáticos; *imuno-histoquímica* – anticorpos CD138 e lambda positivos; CD3, CD20, AE1/AE3 e kappa negativos.

Prosseguiu-se a investigação com TC do abdome realizada em 16/5/2011, que mostrou cisto hepático e sinais de infiltração gordurosa no fígado; hemograma normal; proteinúria de Bence-Jones negativa; eletroforese de proteínas sem anormalidades; ausência de achados dignos de nota na cintilografia óssea e no aspirado de medula óssea.

O tratamento utilizado foi o radioterápico, com resposta satisfatória.

TC de tórax realizada em 9/11/2012 (Figura 1D) e demais exames radiológicos sem achados suspeitos de recidiva/progredimento até 20/5/2015.

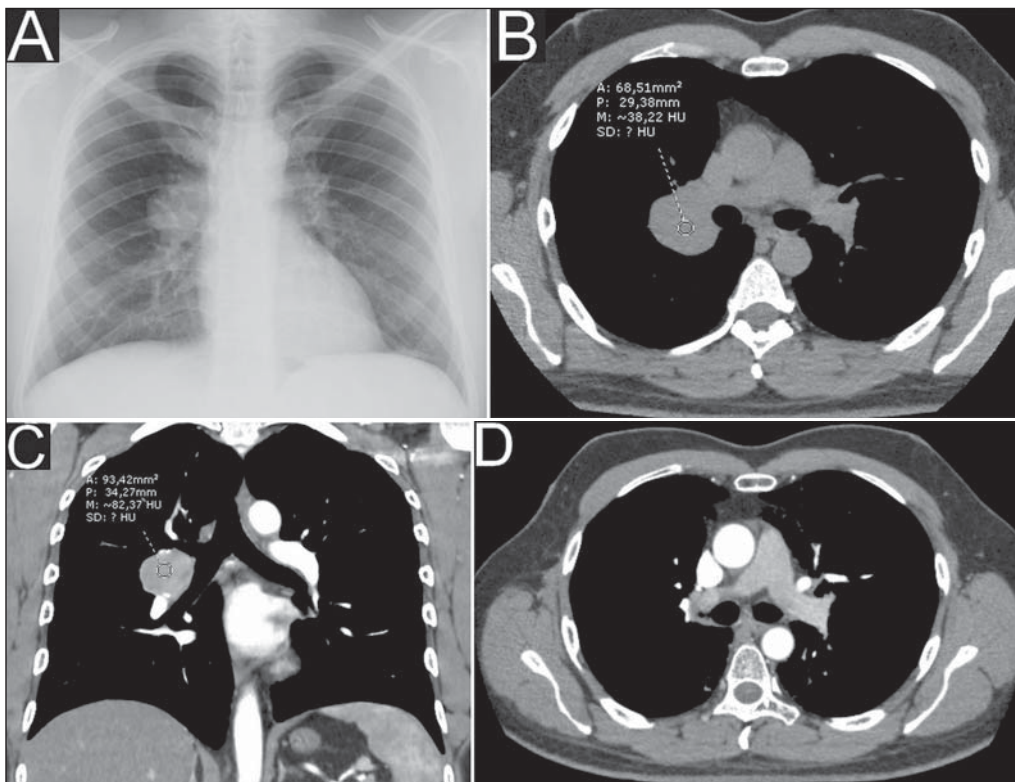


Figura 1. Radiografia torácica (A) mostrando opacidade ovalada na região hilar direita. Corte tomográfico axial do tórax (B), fase pré-contraste, demonstrando opacidade arredondada circunscrita com atenuação de partes moles na região hilar à direita, apresentando realce após administração de meio de contraste intravenoso, observado em reconstrução tomográfica coronal (C). Corte tomográfico axial do tórax (D) após tratamento radioterápico, com administração de meio de contraste, não caracterizando mais a opacidade descrita previamente, sugerindo boa resposta terapêutica.

Diagnóstico: plasmocitoma extramedular (PEM) no hilo pulmonar.

Plasmocitomas são divididos principalmente em medular/ósseo único (mieloma solitário), extramedular ou um dos componentes do mieloma múltiplo^(1,2). São constituídos por células plasmocitárias apresentando degeneração maligna, produtoras de uma molécula específica de imunoglobulina⁽³⁻⁷⁾.

A incidência do PEM é maior no gênero masculino do que no feminino, com uma relação de 3-4:1, mais frequente por volta dos 50-60 anos de idade^(1,4,6,7). Estima-se que sejam 2-4% das neoplasias derivadas dos plasmócitos, em que o maior representante é o mieloma múltiplo^(1,3-7), este último constituindo até 1% do total das malignidades gerais⁽⁸⁾.

Aproximadamente 80-90% dos casos de PEM ocorrem em estruturas craniocervicais (trato aerodigestivo superior, laringe, nasofaringe, tonsilas, cavidades nasais e paranasais)⁽¹⁻⁸⁾, porém, seus números não chegam a 1% das lesões neoplásicas da cabeça e pescoço⁽⁵⁾. Outros sítios como os tratos gastrointestinal e urogenital, sistema nervoso central, tireoide, paratireoides, glândulas salivares, linfonodos, pele, pulmões e mamas são incomuns^(2,3,5,6).

O acometimento linfonodal nos hilos pulmonares é extremamente raro, com valores inferiores a 2% das ocorrências⁽²⁾.

Geralmente, se apresentam como formações com densidade de partes moles de aspecto inespecífico⁽³⁾.

Histologicamente, não se originam diretamente da medula óssea e são indistinguíveis do mieloma múltiplo, além de ser difícil a diferenciação de granulomas de células plasmocitárias e outras reações inflamatórias, sendo essencial a imunofenotipagem^(1,4).

O diagnóstico de PEM decorre após rigorosa investigação para excluir mieloma múltiplo, destacando-se a sua confirmação histológica utilizando-se imuno-histoquímica, biópsia/punção de medula óssea mostrando menos de 5% de atipia plasmocitária, descartar presença de lesões osteolíticas, dosagem e eletroforese das proteínas séricas e urinárias (excluir presença das proteínas M e Bence-Jones, respectivamente) e inexistência de anemia^(1-4,6,7).

Os PEMs podem ser a manifestação inicial do mieloma múltiplo, com progressão, em média, de 30% das situações^(1,2,7).

Os tratamentos de escolha são o radioterápico, em virtude da alta radiosensibilidade em 80-100% dos casos, e o cirúrgico para lesões localizadas^(1,3-5,8). Observam-se nessas alternativas taxas de recorrência e disseminação aproximadas entre 20-40%^(1,2,5-7), com sobrevida de 70% em até 10 anos^(1,5-7).

REFERÊNCIAS

- Luh SP, Lai YS, Tsai CH, et al. Extramedullary plasmacytoma (EMP): report of a case manifested as a mediastinal mass and multiple pulmonary nodules and review of literature. *World J Surg Oncol*. 2007;5:123.
- Nakayama K, Okada D, Koizumi K, et al. Excision of extramedullary plasmacytoma in a hilar lymph node. *Japanese Journal of Lung Cancer*. 2006; 46:723-6.
- Ooi GC, Chim JC, Au WY, et al. Radiologic manifestations of primary solitary extramedullary and multiple solitary plasmacytomas. *AJR Am J Roentgenol*. 2006;186:821-7.
- Bertolami A, Henriques AC, Penha FG, et al. Plasmocitoma extramedular. *Arq Med ABC*. 2005;30:58-60.
- Ching ASC, Khoo JBK, Chong VFH. CT and MR imaging of solitary extramedullary plasmacytoma of the nasal tract. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2002;23:1632-6.
- Galièni P, Cavo M, Pulsoni A, et al. Clinical outcome of extramedullary plasmacytoma. *Haematologica*. 2000;85:47-51.
- Lee SY, Kim JH, Shin JS, et al. A case of extramedullary plasmacytoma arising from the posterior mediastinum. *Korean J Intern Med*. 2005;20: 173-6.
- Ferrari S, Tecchio C, Turri G, et al. Unusual case of solitary intraparenchymal brain plasmacytoma. *J Clin Oncol*. 2012;30:e350-2.

Lenara Renó Arbex Coelho¹, Gabriel Pinheiro Coelho¹, Rodolfo Mendes Queiroz², Marcus Vinicius Nascimento Valentin¹

1. Documenta – Hospital São Francisco, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Endereço para correspondência: Dr. Rodolfo Mendes Queiroz. Documenta – Centro Avançado de Diagnóstico por Imagem. Rua Bernardino de Campos, 980, Centro. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 14015-130. E-mail: rod_queiroz@hotmail.com.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2015.0074>

PET/CT e gordura marrom na avaliação da resposta terapêutica no linfoma de Hodgkin

PET/CT and brown fat in the evaluation of treatment response in Hodgkin lymphoma

Sr. Editor,

Paciente adolescente, sexo feminino, 15 anos de idade, iniciou com quadro insidioso de emagrecimento e febre baixa. Após biópsia de linfonodomegalia palpável, foi diagnosticado linfoma

de Hodgkin. Uma PET/CT com FDG-F-18 foi realizada durante o estadiamento inicial, que mostrou linfonodomegalia hipermetabólica mediastinal, axilar e cervical (Figura 1). Os achados foram interpretados como linfoma em atividade nos sítios referidos. No estudo basal de PET/CT não era observada atividade metabólica em projeção de gordura marrom. Foi iniciada quimioterapia com protocolo adriplastina, bleomicina, vimblastina e dacarbazina nos dias D1 e D15 de cada ciclo, com ciclos a cada 28 dias. Foram realizados seis ciclos, sem intercorrência. Novo estudo de PET/CT

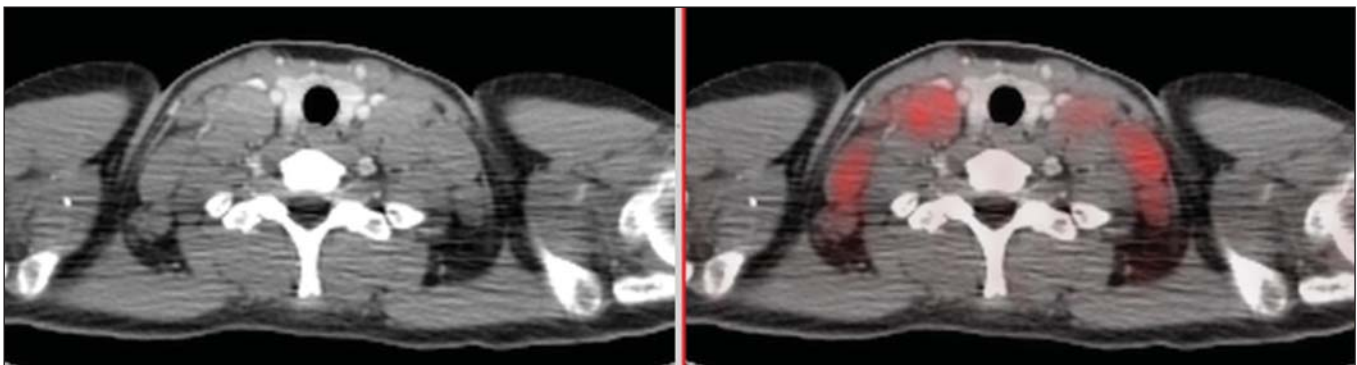


Figura 1. Exame de PET/CT mostrando linfonodomegalias hipermetabólicas nas cadeias cervicais pré-tratamento quimioterápico.