

na quinta e sexta décadas de vida<sup>(6,7)</sup>, com discreta predileção pelo sexo masculino e acometimento preferencial pela região sacrococcígea (50%), seguida da região esfeno-occipital (35%) e colunas cervical e lombar, sendo raros na coluna dorsal e mediastino posterior<sup>(6-8)</sup>. Sintomas frequentemente aparecem somente depois de a lesão atingir grandes dimensões, com invasão local comprometendo estruturas neurovasculares. A recorrência local é comum caso a ressecção completa não seja possível.

Nos diagnósticos diferenciais devem ser considerados metástases, condrossarcoma, mieloma múltiplo, tumores neurogênicos, dentre outros. Apesar de os métodos de imagem ajudarem na delimitação, o diagnóstico é histopatológico<sup>(7)</sup>.

Na ressonância magnética, a maioria das lesões apresenta-se iso/hipointensas em T1 e hiperintensas em T2 e STIR, refletindo seu alto conteúdo de água, podendo ainda apresentar septos fibrosos de permeio, mostrando baixo sinal em T2<sup>(6-8)</sup>. O realce pelo gadolínio tende a ser moderado e heterogêneo<sup>(6,8)</sup>. As lesões são frequentemente associadas a erosão óssea, diferentemente do nosso caso. Estudos recentes destacam o uso da sequência em difusão na diferenciação de cordomas e condrossarcomas, mostrando valores maiores do coeficiente de difusão aparente nos condrossarcomas<sup>(9,10)</sup>.

Além do local de acometimento incomum, o paciente deste caso apresentou a peculiaridade de lesão sincrônica. Alguns autores relataram casos semelhantes<sup>(7,8,11,12)</sup>, porém, não existe nenhum critério específico para diferenciação de cordomas multicêntricos e disseminação metastática. Acreditamos que nosso caso possa corresponder a disseminação líquórica, já que havia comprometimento do canal vertebral.

O tratamento de escolha é a ressecção cirúrgica associada a radioterapia adjuvante, que proporciona um tempo livre de doença de aproximadamente 2,5 anos a mais em relação ao tratamento cirúrgico isolado<sup>(7)</sup>. Como o cordoma é radiorresistente à radioterapia convencional, outras modalidades são utilizadas, como a radiocirurgia estereotáxica. Quimioterapia não é uma terapêutica com boa resposta, somente sendo observada, em pequenos estudos, atividade antitumoral com uso de mesilato de imatinib<sup>(13)</sup>.

Apesar de raro, o diagnóstico de cordoma deve ser lembrado dentro das possibilidades diagnósticas de lesões acometendo o

mediastino posterior. Além disso, convém efetuar pesquisa para descartar a presença de lesões sincrônicas.

#### REFERÊNCIAS

- Guimaraes MD, Hochegger B, Koenigk-Santos M, et al. Magnetic resonance imaging of the chest in the evaluation of cancer patients: state of the art. *Radiol Bras.* 2015;48:33-42.
- Pessanha LB, Melo AMF, Braga FS, et al. Acute post-tonsillectomy negative pressure pulmonary edema. *Radiol Bras.* 2015;48:197-8.
- Barbosa BC, Marchiori E, Zanetti G, et al. Catamenial pneumothorax. *Radiol Bras.* 2015;48:128-9.
- Nishiyama KH, Falcão EAA, Kay FU, et al. Acute tracheobronchitis caused by *Aspergillus*: case report and imaging findings. *Radiol Bras.* 2014;47:317-9.
- Fernandes GL, Teixeira AA, Antón AGS, et al. Churg-Strauss syndrome: a case report. *Radiol Bras.* 2014;47:259-61.
- Rodallec MH, Feydy A, Larousserie F, et al. Diagnostic imaging of solitary tumors of the spine: what to do and say. *Radiographics.* 2008;28:1019-41.
- Aydin AL, Sasani M, Oktenoglu T, et al. A case of chordoma invading multiple neuroaxial bones: report of ten years follow up. *Turk Neurosurg.* 2013;23:551-6.
- Lim JJ, Kim SH, Cho KH, et al. Chordomas involving multiple neuraxial bones. *J Korean Neurosurg Soc.* 2009;45:35-8.
- Yeom KW, Lober RM, Mobley BC, et al. Diffusion-weighted MRI: distinction of skull base chordoma from chondrosarcoma. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2013;34:1056-61.
- Freeze BS, Glastonbury CM. Differentiation of skull base chordomas from chondrosarcomas by diffusion-weighted MRI. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2013;34:E113.
- Badwal S, Pal L, Basu A, et al. Multiple synchronous spinal extraosseous intradural chordomas: is it a distinct entity? *Br J Neurosurg.* 2006;20:99-103.
- Simon SL, Inneh IA, Mok CL, et al. Multiple epidural lumbar chordomas without bone involvement in a 17-year-old female: a case report. *Spine J.* 2011;11:e7-10.
- Casali PG, Stacchiotti S, Sangalli C, et al. Chordoma. *Curr Opin Oncol.* 2007;19:367-70.

#### Bruno Niemeyer de Freitas Ribeiro<sup>1</sup>, Edson Marchiori<sup>2</sup>

1. Instituto Estadual do Cérebro Paulo Niemeyer, Rio de Janeiro RJ, Brasil. 2. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Endereço para correspondência: Dr. Bruno Niemeyer de Freitas Ribeiro. Instituto Estadual do Cérebro Paulo Niemeyer – Departamento de Radiologia. Rua do Rezende, 156, Centro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 20231-092. E-mail: bruno.niemeyer@hotmail.com.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2016.0059>

#### Estesioneuroblastoma

##### *Esthesioneuroblastoma*

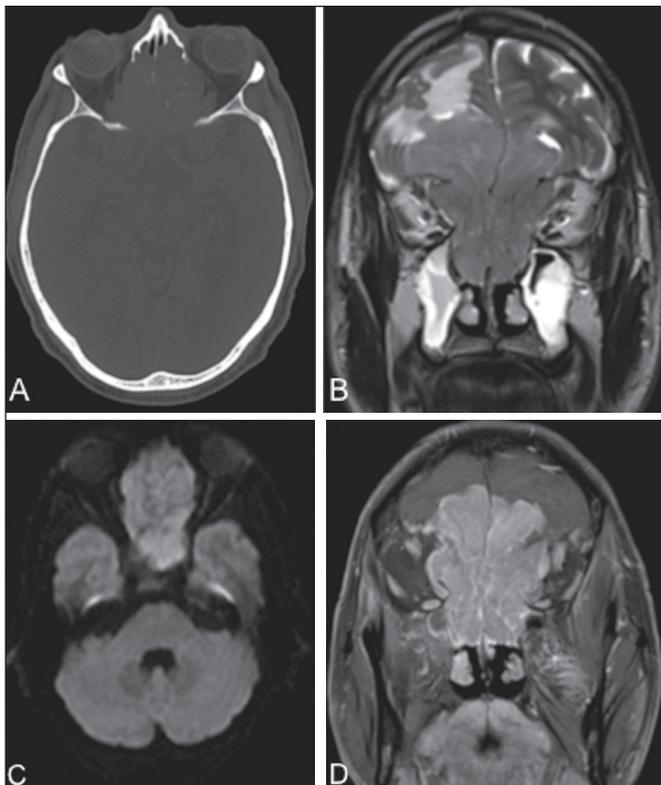
Sr. Editor,

Paciente de 64 anos, masculino, com obstrução nasal, anosmia, redução da acuidade visual há poucos meses, perda ponderal e cefaleia há dois anos. Realizou tomografia computadorizada (TC) de crânio (Figura 1A), que mostrou lesão expansiva de limites mal definidos ocupando as células etmoidais, seios esfenoides e a fossa craniana anterior, com edema associado nos lobos frontais. Na ressonância magnética (RM) de crânio (Figuras 1B, 1C e 1D) a lesão apresentou restrição à difusão e intenso realce após a injeção do meio de contraste. Foi realizada biópsia, que demonstrou células hiper Cromáticas organizadas em torno de um estroma fibrilar, formando rosetas, compatível com estesioneuroblastoma, grau I pelo estadiamento histológico de Hyams. Não havia evidências de acometimento cervical ou metástases a distância. O paciente faleceu 15 dias após a realização dos exames.

O estesioneuroblastoma, também chamado de neuroblastoma olfatório, é uma neoplasia maligna rara originária da neu-

roectoderme e representa 3% a 6% dos tumores malignos dos seios paranasais. Tem predileção por adultos, com distribuição bimodal, na segunda e quinta décadas de vida<sup>(1)</sup>. Acredita-se que a neoplasia cresça do epitélio olfatório, origina-se da porção superior das fossas nasais, ascenda pela lâmina cribiforme e estenda-se à fossa craniana anterior<sup>(2)</sup>.

Clinicamente, o estesioneuroblastoma provoca obstrução nasal ou epístaxe. Pode ter comportamento indolente, promover invasão local e gerar metástases a distância. Tende a invadir seios paranasais, órbitas e fossa craniana anterior. As metástases mais frequentes são para linfonodos cervicais, pulmão, fígado e ossos, e o principal preditor de sobrevivência é a disseminação linfática no momento do diagnóstico<sup>(2)</sup>. Não há um estadiamento universalmente aceito, sendo amplamente utilizada a classificação feita por Kadish et al., de 1976, que é um importante preditor prognóstico. No estágio A o tumor é limitado à cavidade nasal; no estágio B o tumor é confinado à cavidade nasal e seios paranasais; no estágio C o tumor estende-se além do estágio B. Já o estadiamento proposto por Dulguerov utiliza a classificação TNM<sup>(3,4)</sup>.



**Figura 1.** TC de crânio (A), janela óssea, mostra lesão expansiva ocupando células etmoidais, com calcificações de permeio, e destruição óssea. A RM demonstra que a lesão é extra-axial, de contornos lobulados, localizada na porção superior da cavidade nasal, com extensão para a fossa craniana anterior, seios da face e órbitas. Na sequência ponderada em T2, no plano coronal (B), a lesão expansiva apresenta isossinal e há hipersinal (edema) do parênquima cerebral no lobo frontal, principalmente à esquerda. Em axial DWI (C) há hipersinal (restrição à difusão). Em coronal T1 após contraste (D) há intenso realce.

A TC permite caracterizar destruições ósseas e calcificações na lesão<sup>(5)</sup>. A RM oferece informações mais acuradas sobre a extensão tumoral, especialmente no acometimento intracraniano e também orbitário. Na RM, a maior parte dos esteseoneuroblastomas apresenta hipossinal em relação aos músculos nas sequências ponderadas em T1, hipersinal em T2 e intenso realce após a injeção do meio de contraste<sup>(6,7)</sup>. A RM também é superior à TC na avaliação de recorrências após ressecções craniofaciais, por sua melhor capacidade de diferenciar tecido

fibrocicatricial de neoplasia remanescente/recidivada<sup>(6)</sup>. A presença de cistos na margem intracraniana do tumor é descrita nos esteseoneuroblastomas. Outro aspecto relevante é sua morfologia em haltere, com a parte superior na fossa craniana anterior e a inferior na cavidade nasal, e com a “cintura” localizada na lâmina cribiforme<sup>(5)</sup>.

Dentre os principais diagnósticos diferenciais do esteseoneuroblastoma estão: o carcinoma espinocelular, mais frequente no antro maxilar, com erosão óssea; o adenocarcinoma sinusal, com realce heterogêneo e relação com história ocupacional; o carcinoma sinusal indiferenciado, que acomete pacientes mais idosos; os meningiomas invasivos, que apresentam base dural, margens indistintas, com áreas de necrose<sup>(8)</sup>.

#### REFERÊNCIAS

1. Ferreira MCF, Tonoli C, Varoni ACC, et al. Esteseoneuroblastoma. Rev Ciênc Méd. 2007;16:193–8.
2. Howell MC, Branstetter BF 4th, Snyderman CH. Patterns of regional spread for esthesioneuroblastoma. AJNR Am J Neuroradiol. 2011;32:929–33.
3. Van Gompel JJ, Giannini C, Olsen KD, et al. Long-term outcome of esthesioneuroblastoma: Hyams grade predicts patient survival. J Neuro Surg B Skull Base. 2012;73:331–6.
4. Tajudeen BA, Arshi A, Suh JD, et al. Importance of tumor grade in esthesioneuroblastoma survival: a population-based analysis. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2014;140:1124–9.
5. Mendonça VF, Carvalho ACP, Freitas E, et al. Tumores malignos da cavidade nasal: avaliação por tomografia computadorizada. Radiol Bras. 2005;38:175–80.
6. Li C, Yousem DM, Hayden RE, et al. Olfactory neuroblastoma: MR evaluation. AJNR Am J Neuroradiol. 1993;14:1167–71.
7. Schuster JJ, Phillips CD, Levine PA. MR of esthesioneuroblastoma (olfactory neuroblastoma) and appearance after craniofacial resection. AJNR Am J Neuroradiol. 1994;15:1169–77.
8. Baptista AC, Marchiori E, Boasquesique E, et al. Comprometimento órbito-craniano por tumores malignos sinonasais: estudo por tomografia computadorizada. Radiol Bras. 2002;35:277–85.

**Aline de Araújo Naves<sup>1</sup>, Luiz Gonzaga da Silveira Filho<sup>1</sup>, Renata Etchebehere<sup>2</sup>, Hélio Antônio Ribeiro Júnior<sup>2</sup>, Francisco Valtenor A. Lima Junior<sup>2</sup>**

1. Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba, MG, Brasil. 2. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil. Endereço para correspondência: Dra. Aline de Araújo Naves. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Avenida Getúlio Guaritá, 130, Nossa Senhora da Abadia. Uberaba, MG, Brasil, 38025-440. E-mail: rdi.alinenaves@gmail.com.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2015.0206>

#### **Teratoma volumoso de ovário: um importante diagnóstico diferencial de massas pélvicas em criança**

*Giant ovarian teratoma: an important differential diagnosis of pelvic masses in children*

*Sr. Editor,*

Paciente do sexo feminino, 8 anos, com dor abdominal difusa associada a distensão, de caráter progressivo. Ao exame físico notou-se volumosa massa abdominal, predominando no mesogástrio, depressível e indolor à palpação. A ultrassonografia demonstrou formação sólido-cística que se estendia do epigástrio ao hipogástrio, com componente cálcico e nível líquido (Figura 1A). A tomografia computadorizada (TC) mostrou volumosa formação sólido-cística, com componente de gordura e partes moles, além de calcificações, medindo 12,6 cm × 19,2 cm

× 20,8 cm, promovendo importante efeito de massa, deslocando intestino delgado, aorta, veia cava inferior e comprimindo levemente pâncreas, rins e ureteres, sem sinais infiltrativos aparentes (Figura 2). No intraoperatório a massa estava aderida à trompa esquerda e ao epíploon (Figura 1B). A exérese da lesão ocorreu sem complicações e após cinco dias a paciente obteve alta. Ultrassonografia de abdome de controle foi realizada, sem alterações.

O aparecimento de massa abdominal em crianças deve sempre ser avaliado pelo médico pediatra. Os principais diagnósticos diferenciais são visceromegalias ou resíduos fecais impactados. Os exames de palpação abdominal inespecíficos devem ser mais bem investigados por meio de métodos de imagem<sup>(1)</sup>.

O teratoma ovariano é a neoplasia germinativa mais prevalente, sua incidência é de cerca de 32% das neoplasias ovarianas,