

**Plasmocitoma pancreático difuso: uma entidade rara**

*Diffuse plasmacytoma of the pancreas: a rare entity*

Sr. Editor,

Paciente de 50 anos, masculino, com diagnóstico de mieloma múltiplo há 10 meses, em tratamento quimioterápico, após início de quadro de dor abdominal procurou o serviço de urgência e emergência. Exames laboratoriais revelaram discreta elevação das enzimas pancreáticas e, posteriormente, tomografia computadorizada (TC) de abdome total com contraste demonstrou aumento difuso e exuberante do parênquima pancreático, com captação homogênea pelo meio de contraste iodado na fase portal (Figura 1). Inicialmente, pensou-se em pancreatite aguda, porém, não houve melhora clínica, laboratorial e radiológica. Optou-se por se realizar biópsia guiada por TC, que demonstrou, no histopatológico, neoplasia maligna formada por células atípicas pouco coesas, com núcleos hipercromáticos, volumosos e excêntricos, compatível com neoplasia de células plasmocitoides (Figura 2A). Estudo imuno-histoquímico complementar revelou expressão de CD138, associada a monoclonalidade para cadeia leve de imunoglobulina kappa, confirmando o diagnóstico de infiltração pancreática por plasmocitoma (Figura 2B).

O mieloma múltiplo é caracterizado por proliferação de plasmócitos malignos originários da medula óssea e representa 10% das neoplasias hematológicas. O plasmocitoma extramedular corresponde a 5% dos tumores de células plasmáticas, com idade média de apresentação em torno de 55 anos e predominância no sexo masculino. Eles podem ser primários, quando ocorrem como massas solitárias sem o envolvimento da medula óssea, ou secundários, como parte do mieloma múltiplo, apresentação mais frequente<sup>(1-4)</sup>. O local mais comum de acometimento extramedular é o trato respiratório superior (80%), porém,

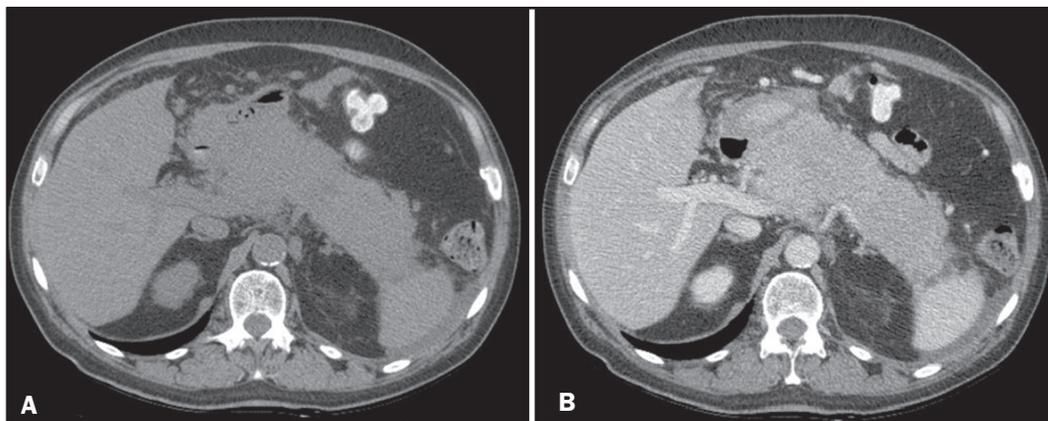
outros locais como trato gastrointestinal e geniturinário, sistema reticuloendotelial, tireoide, pulmões, pele e testículos também podem ser envolvidos<sup>(4)</sup>.

Relatórios de plasmocitoma extramedular afetando o pâncreas são escassos, havendo pouco mais de 25 casos descritos, a maioria com aparência de massa focal e apenas um de infiltração difusa do pâncreas, sendo o nosso paciente o segundo caso relatado na literatura<sup>(2-6)</sup>. A cabeça pancreática é o local mais comum de apresentação, determinando, na maioria dos casos, dor abdominal e icterícia obstrutiva<sup>(1-4)</sup>. Os achados radiológicos de plasmocitoma pancreático não são muito específicos. Na apresentação focal destaca-se massa sólida homogênea ou heterogênea, multilobulada, com realce variável, enquanto na forma difusa o único caso relatado revelou aumento volumétrico difuso do pâncreas com lobulação dos contornos e captação predominantemente homogênea na fase portal, semelhante ao caso aqui referido<sup>(1,6)</sup>.

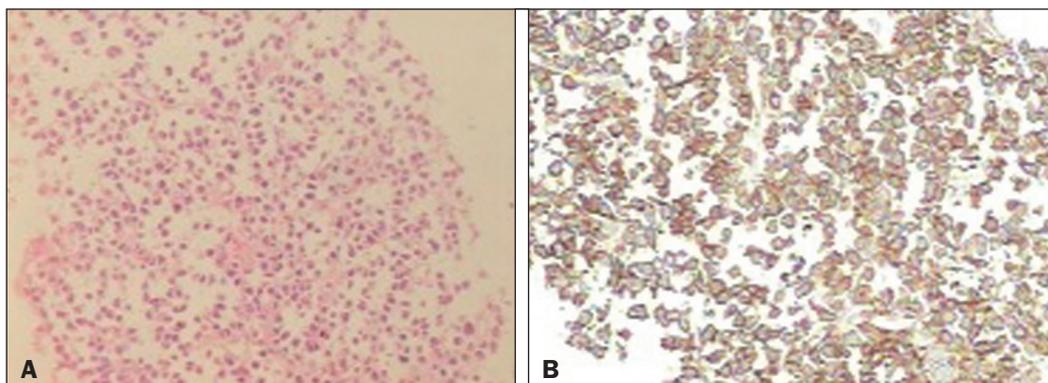
A TC é o método de escolha para investigação, entretanto, não é possível excluir outras doenças, como adenocarcinoma, linfoma e metástase, sendo o histopatológico fundamental para o diagnóstico<sup>(3)</sup>. No caso ora relatado, com apresentação difusa, as principais hipóteses foram pancreatite e linfoma. Descartou-se linfoma devido ao quadro clínico e laboratorial, que indicava pancreatite como o diagnóstico mais provável. No entanto, com base na história prévia de mieloma múltiplo e persistência dos sintomas, considerou-se a possibilidade de infiltração pancreática por plasmocitoma.

O tratamento para plasmocitoma extramedular envolve a combinação de radiação local, quimioterapia e, em casos selecionados, cirurgia<sup>(4)</sup>.

O plasmocitoma pancreático é uma entidade rara e permanece sendo alvo de muitos estudos. Diante de um paciente com



**Figura 1.** Tomografia computadorizada de abdome total, secção axial sem contraste (A) e com contraste fase portal (B) demonstrando aumento difuso e exuberante do parênquima pancreático, com captação homogênea pelo meio de contraste iodado.



**Figura 2. A:** Histopatológico demonstrando neoplasia maligna formada por células atípicas pouco coesas, com núcleos hipercromáticos, volumosos e excêntricos, compatível com neoplasia de células plasmocitoides. **B:** Imuno-histoquímica revelou expressão de CD138, associada a monoclonalidade para cadeia leve de imunoglobulina kappa, confirmando o diagnóstico de infiltração pancreática por plasmocitoma.

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

REFERÊNCIAS

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

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

**Camila Soares Moreira de Sousa<sup>1</sup>, Carla Lorena Vasques Mendes de Miranda<sup>1</sup>, Marcelo Coelho Avelino<sup>2</sup>, Breno Braga Bastos<sup>3</sup>, Ilan Lopes Leite Mendes<sup>1</sup>**

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*

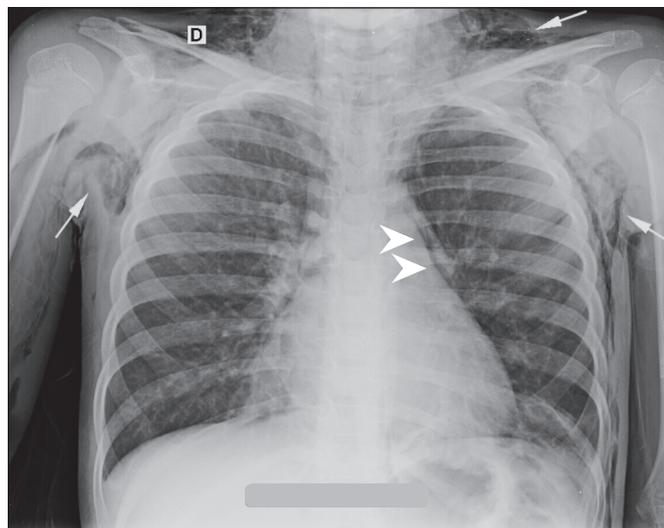
Sr. Editor,

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.

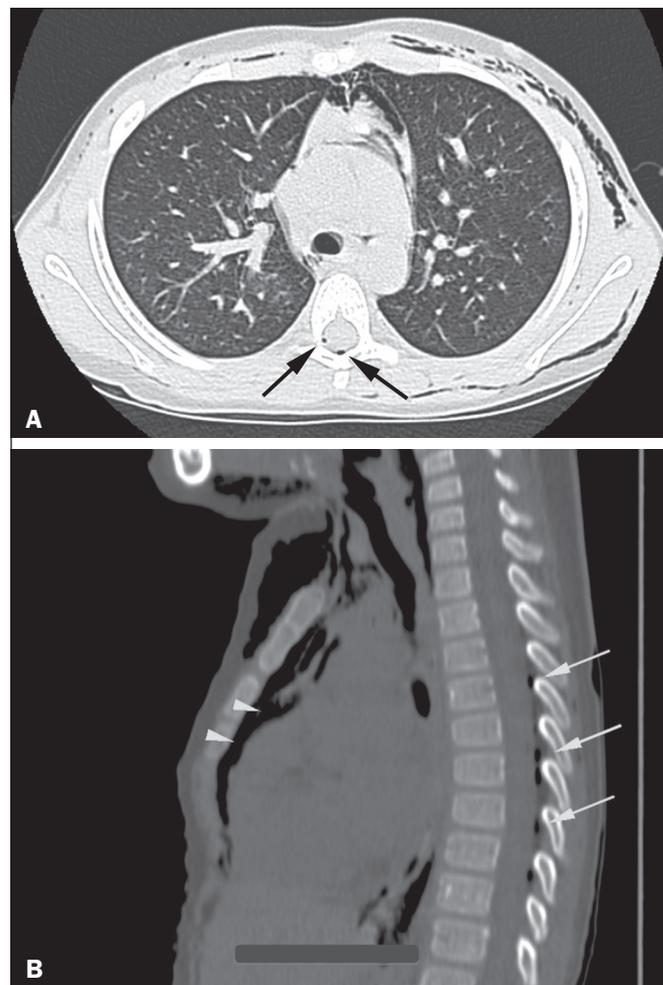
A síndrome de Hamman é condição incomum na prática médica, ocorrendo em aproximadamente 1/30.000 admissões hospitalares<sup>(1)</sup> e em 1% dos casos de asma<sup>(2)</sup>. Suas principais cau-

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<sup>(1,2)</sup>.

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<sup>(3,4)</sup>. 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).