

REFERÊNCIAS

1. Bodnar TW, Acevedo MJ, Pietropaolo M. Management of non-islet-cell tumor hypoglycemia: a clinical review. *J Clin Endocrinol Metab.* 2014;99:713–22.
2. Khowaja A, Johnson-Rabebett B, Bantle J, et al. Hypoglycemia mediated by paraneoplastic production of insulin like growth factor-2 from a malignant renal solitary fibrous tumor – clinical case and literature review. *BMC Endocr Disord.* 2014;14:49.
3. Dutta P, Aggarwal A, Gogate Y, et al. Non-islet cell tumor-induced hypoglycemia: a report of five cases and brief review of the literature. *Endocrinol Diabetes Metab Case Rep.* 2013;2013:130046.
4. Schutt RC, Gordon TA, Bhabhra R, et al. Doege-Potter syndrome presenting with hypoinsulinemic hypoglycemia in a patient with a malignant extrapleural solitary fibrous tumor: a case report. *J Med Case Rep.* 2013;7:11.
5. Shanbhogue AK, Prasad SR, Takahashi N, et al. Somatic and visceral solitary fibrous tumors in the abdomen and pelvis: cross-sectional imaging spectrum. *Radiographics.* 2011;31:393–408.
6. Ginat DT, Bokhari A, Bhatt S, et al. Imaging features of solitary fibrous tumors. *AJR Am J Roentgenol.* 2011;196:487–95.
7. Wignall OJ, Moskovic EC, Thway K, et al. Solitary fibrous tumors of the soft tissues: review of the imaging and clinical features with histopathologic correlation. *AJR Am J Roentgenol.* 2010;195:W55–62.
8. Batista GR, D'Ippolito G, Szejnfeld J, et al. Tumor fibroso solitário do rim: descrição de caso. *Radiol Bras.* 2005;38:313–5.

**Bruno Lima Moreira<sup>1</sup>, Marlon Augusto Schiocchet Monarim<sup>1</sup>, Ricardo Francisco Tavares Romano<sup>1</sup>, Leandro Accardo Mattos<sup>1</sup>, Giuseppe D'Ippolito<sup>1</sup>**

1. Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM-Unifesp), São Paulo, SP, Brasil. Endereço para correspondência: Dr. Bruno Lima Moreira. Departamento de Diagnóstico por Imagem – EPM-Unifesp. Rua Napoleão de Barros, 800, Vila Clementino. São Paulo, SP, Brasil, 04024-012. E-mail: limamoreiramed@gmail.com.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2014.0126>

**Sarcoma de Kaposi gástrico**

*Gastric Kaposi's sarcoma*

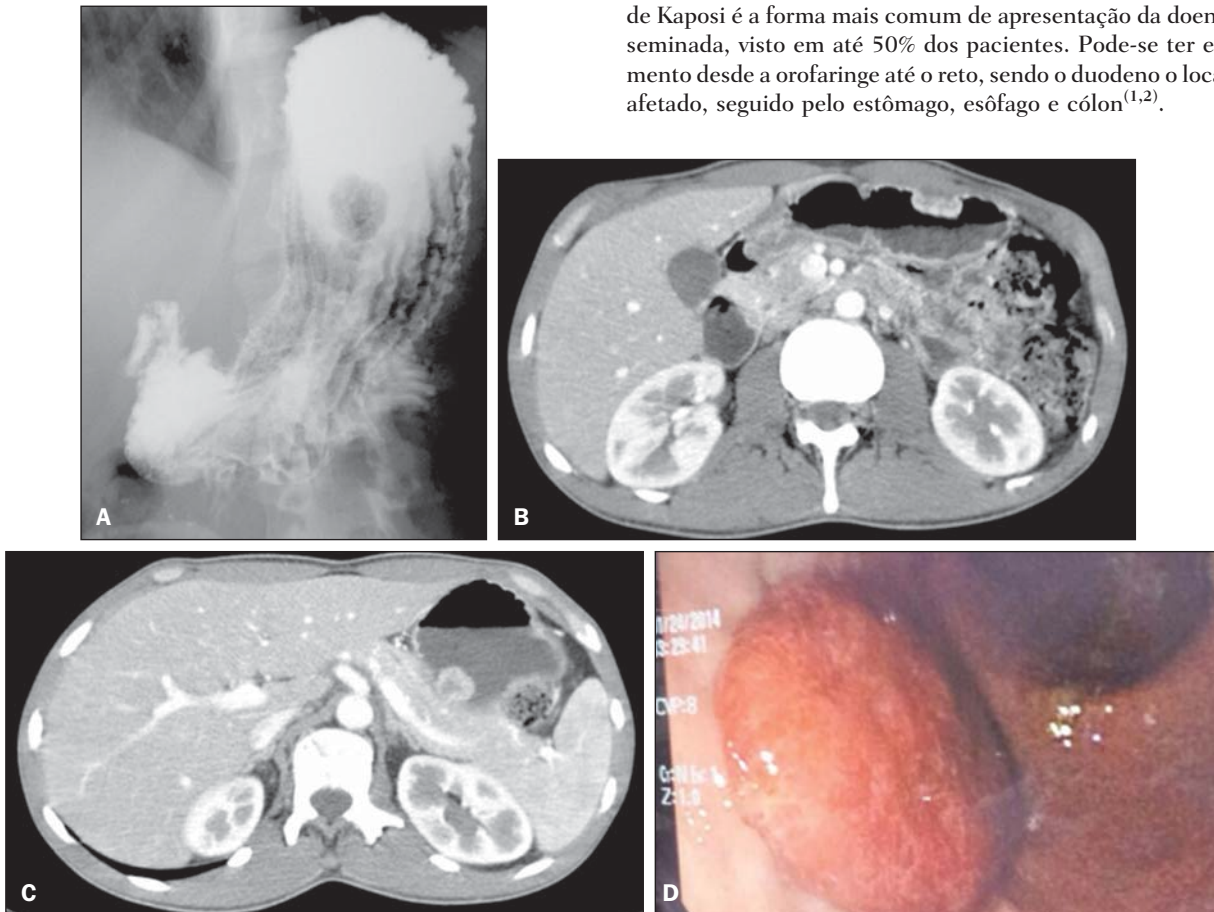
*Sr. Editor,*

Paciente masculino, 29 anos, homossexual, com história de perda ponderal de 20 kg, astenia, náuseas e epigastralgia há três meses, associadas a aparecimento de lesões cutâneas em membros superiores e na bolsa escrotal.

A sorologia era positiva para o vírus HIV. No estudo radiológico com duplo contraste do estômago (Figura 1A) foram observadas

lesões polipoides. Na tomografia computadorizada (TC) do abdome (Figuras 1B e 1C) foram vistas formações nodulares sólidas polipoides na submucosa gástrica com componente endoluminal, com realce precoce pelo meio de contraste. Foi realizada endoscopia digestiva alta (Figura 1D), que mostrou lesões eritematosas, algumas violáceas, polipoides e planas, com mucosa gástrica íntegra. Nessa ocasião foi realizada biópsia das lesões da pele e do estômago, que mostrou lesão vascular atípica, e os estudos anatomopatológico e imuno-histoquímico confirmaram o diagnóstico de sarcoma de Kaposi.

O comprometimento do trato gastrointestinal pelo sarcoma de Kaposi é a forma mais comum de apresentação da doença disseminada, visto em até 50% dos pacientes. Pode-se ter envolvimento desde a orofaringe até o reto, sendo o duodeno o local mais afetado, seguido pelo estômago, esôfago e cólon<sup>(1,2)</sup>.



**Figura 1. A:** Radiografia de esôfago, estômago e duodeno mostra falha de enchimento polipóide. **B,C:** TC de abdome fase arterial mostra lesões polipóides subepiteliais hipervasculares. **D:** Endoscopia digestiva alta mostra a lesão correspondente, polipóide e avermelhada.

O sarcoma de Kaposi é cerca de 300 vezes mais comum em pacientes com síndrome da imunodeficiência adquirida do que em outros tipos de imunodeficiência, e geralmente ocorre no contexto de contagem de CD4 abaixo de 150–200 células/mm<sup>3</sup>(1).

O diagnóstico é feito por meio de estudo por endoscopia digestiva e biópsia. O achado endoscópico clássico são lesões ulceradas ou não, subepiteliais, de coloração avermelhada(3).

Ao estudo radiológico baritado são caracterizadas lesões polipoides, de contorno liso, de tamanhos variando de poucos milímetros até 3 cm. As lesões maiores podem ulcerar, dando à lesão aspecto de “olho de boi” ou “em alvo”(4).

Na TC são detectadas lesões polipoides subepiteliais ou como espessamento irregular das pregas gástricas, que após injeção do contraste intravenoso mostram comportamento hipervasacular, com realce maior que o da mucosa adjacente na fase arterial, devido a intensa vascularização do tumor. Ainda pode ser observada linfonodomegalia peripancreática, na porta hepatis, mesentério e retroperitônio em até 80% dos casos(1,3).

O envolvimento visceral do sarcoma de Kaposi é frequentemente associado a mau prognóstico. O tratamento inclui terapia antirretroviral, radioterapia e quimioterapia(5).

Em conclusão, o sarcoma de Kaposi deve ser considerado entre os diagnósticos diferenciais das lesões hipervasculares da

submucosa gástrica, notadamente em pacientes com imunodeficiência adquirida.

REFERÊNCIAS

- Restrepo CS, Martinez S, Lemos JA, et al. Imaging manifestations of Kaposi sarcoma. *Radiographics*. 2006;26:1169–85.
- Arora M, Goldberg EM. Kaposi sarcoma involving the gastrointestinal tract. *Gastroenterol Hepatol*. 2010;6:459–62.
- Lee NK, Kim S, Kim GH, et al. Hypervascular subepithelial gastrointestinal masses: CT-pathologic correlation. *Radiographics*. 2010;30:1915–34.
- Rose HS, Balthazar EJ, Megibow AL, et al. Alimentary tract involvement in Kaposi sarcoma: radiographic and endoscopic findings in 25 homosexual men. *AJR Am J Roentgenol*. 1982;139:661–6.
- Radu O, Pantanowitz L. Kaposi sarcoma. *Arch Pathol Lab Med*. 2013;137:289–94.

**Veluma Lopes Teixeira<sup>1</sup>, Pedro José de Santana Júnior<sup>1</sup>, Kim-Ir-Sen Santos Teixeira<sup>1</sup>, Daniella Carneiro<sup>2</sup>, Marise Moreira<sup>2</sup>, Gabriela Moura Paula<sup>1</sup>**

1. Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, GO, Brasil. Endereço para correspondência: Dr. Pedro José de Santana Júnior. Departamento de Radiologia. Avenida Primeira Avenida, s/nº, Setor Leste Universitário. Goiânia, GO, Brasil, 74605-020. E-mail: pedrojosesantanajr@hotmail.com.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2014.0033>

**Edema pulmonar agudo por pressão negativa pós-tonsilectomia**

*Acute post-tonsillectomy negative pressure pulmonary edema*

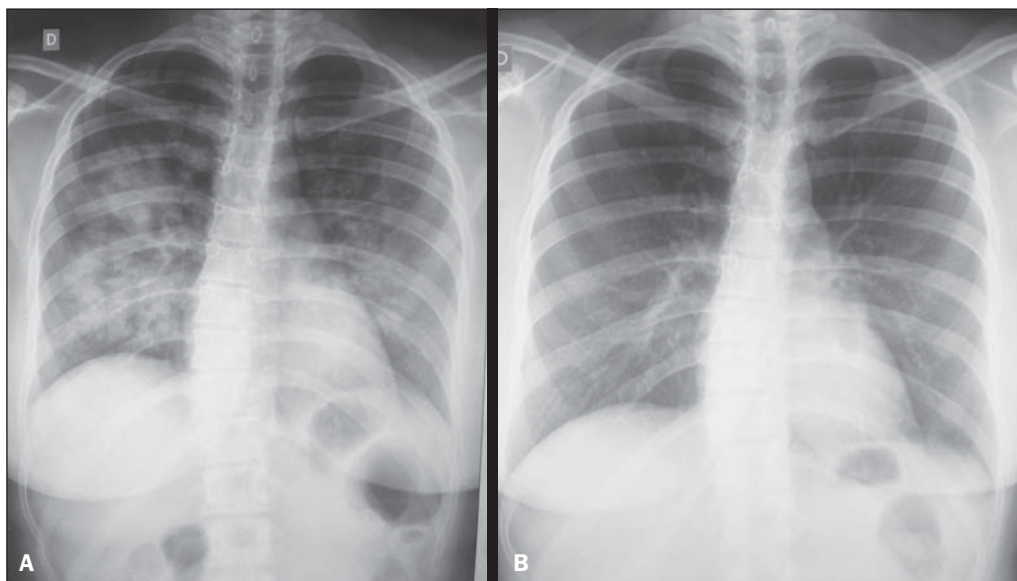
Sr. Editor,

Paciente feminina, 28 anos, foi submetida a tonsilectomia e desenvolveu desconforto respiratório no pós-operatório imediato. No dia seguinte realizou radiografias de tórax nas incidências posteroanterior e perfil que mostraram opacidades em ambos os pulmões, coalescentes, de bordas imprecisas, poupando a periferia, caracterizando o padrão dito em “asas de borboleta”, compatível com processo alveolar difuso. A imagem cardíaca era normal (Figura 1A). Radiografias nas mesmas incidências realizadas três dias após, sem que a paciente usasse qualquer medicação, mostraram desaparecimento dessas opacidades (Figura 1B).

O edema pulmonar por pressão negativa (EPPN) constitui uma ocorrência rara em cirurgias (0,094%), mais frequentemente

em cirurgias bucomaxilofaciais e orais devido a probabilidade de obstrução das vias aéreas superiores(1–3). Divide-se o EPPN em duas classes. O do tipo I é decorrente de obstrução das vias aéreas superiores, como, por exemplo, laringoespasmó pós-extubação traqueal, epiglotite, obstrução da cânula traqueal e paralisia pós-operatória das cordas vocais(3–6). O tipo II ocorre após realização de procedimentos cirúrgicos para correção de obstrução crônica das vias aéreas, como hiperplasia das tonsilas, apneia do sono, tumores e acromegalia(7,8). O tratamento, nesses casos, deve ser direcionado no intuito de reverter a hipóxia e diminuir o volume líquido dos pulmões(1–5). O prognóstico é bom, com involução, na maioria dos casos, nas primeiras 24 horas(8).

Os achados na EPPN nas radiografias e na tomografia computadorizada de tórax são edema intersticial, evoluindo para edema alveolar nos casos mais graves. Os sintomas e os achados radiológicos geralmente envolvem em dois ou três dias(6). Muitas doen-



**Figura 1. A:** Incidência posteroanterior de tórax mostrando opacidades coalescentes, de limites imprecisos, bilaterais, configurando o padrão dito “em asas de borboleta”, típico de processo alveolar. A imagem cardíaca tem dimensões normais. Este exame foi feito um dia após tonsilectomia. A paciente apresentava discreta dispneia. **B:** Incidência posteroanterior de tórax, três dias após. Houve involução total do processo alveolar demonstrado no exame anterior.