

deposição preferencial da bilirrubina não conjugada, configurando o kernicterus crônico, como no caso apresentado.

O diagnóstico de lesões bilaterais nos núcleos da base na população pediátrica é amplo, podendo ser citadas como principais causas encefalopatia hipóxico-iscêmica, hipoglicemia, encefalites, erros inatos do metabolismo, distúrbios hidroeletrólíticos, intoxicação por monóxido de carbono e afecções desmielinizantes, sendo fundamental a correlação com dados clinicolaboratoriais para definição diagnóstica^(7,12,13).

Concluindo, a possibilidade de kernicterus agudo ou crônico deve ser considerada quando achados clinicolaboratoriais e de RM típicos são encontrados, sendo sua apresentação crônica o quadro final e irreversível promovido pela neurotoxicidade da bilirrubina.

REFERÊNCIAS

- Alfnas R, Niemeyer B, Bahia PRV, et al. Parry-Romberg syndrome: findings in advanced magnetic resonance imaging sequences – case report. *Radiol Bras.* 2014;47:186–8.
- Bimbato EM, Carvalho AG, Reis F. Toxic and metabolic encephalopathies: iconographic essay. *Radiol Bras.* 2015;48:121–5.
- Castro FD, Reis F, Guerra JGG. Intraventricular mass lesions at magnetic resonance imaging: iconographic essay – part 1. *Radiol Bras.* 2014;47:176–81.
- Ono SE, Carvalho Neto A, Gasparetto EL, et al. X-linked adrenoleukodystrophy: correlation between Loes score and diffusion tensor imaging parameters. *Radiol Bras.* 2014;47:342–9.
- Barbosa JHO, Santos AC, Salmon CEG. Susceptibility weighted imaging: differentiating between calcification and hemosiderin. *Radiol Bras.* 2015;48:93–100.

- Turkel SB, Miller CA, Guttenberg ME, et al. A clinical pathologic reappraisal of kernicterus. *Pediatrics.* 1982;69:267–72.
- Parashari UC, Singh R, Yadav R, et al. Changes in the globus pallidus in chronic kernicterus. *J Pediatr Neurosci.* 2009;4:117–9.
- Perlstein MA. The late clinical syndrome of posticteric encephalopathy. *Pediatr Clin North Am.* 1960;7:665–87.
- Martich-Kriss V, Kollias SS, Ball WS Jr. MR findings in kernicterus. *AJNR Am J Neuroradiol.* 1995;16(4 Suppl):819–21.
- Coskun A, Yikilmaz A, Kumandas S, et al. Hyperintense globus pallidus on T1-weighted MR imaging in acute kernicterus: is it common or rare? *Eur Radiol.* 2005;15:1263–7.
- Govaert P, Lequin M, Swarte R, et al. Changes in globus pallidus with (pre)term kernicterus. *Pediatrics.* 2003;112(6 Pt 1):1256–63.
- Hegde AN, Mohan S, Lath N, et al. Differential diagnosis for bilateral abnormalities of the basal ganglia and thalamus. *Radiographics.* 2011; 31:5–30.
- Khanna PC, Iyer RS, Chaturvedi A, et al. Imaging bithalamic pathology in the pediatric brain: demystifying a diagnostic conundrum. *AJR Am J Roentgenol.* 2011;197:1449–59.

Bruno Niemeyer de Freitas Ribeiro¹, Gabriela de Almeida Lima¹, Nina Ventura¹, Emerson Leandro Gasparetto¹, Edson Marchiori²

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/10.1590/0100-3984.2015.0190>

Linfangiectasia renal: conhecer para diagnosticar

Renal lymphangiectasia: know it in order to diagnose it

Sr. Editor,

Menina, 9 anos de idade, com quadro de hiperparatireoidismo. A ultrassonografia (US) demonstrou cistos renais e aumento da ecogenicidade do parênquima de ambos os rins. Pensou-se em hiperparatireoidismo secundário a doença renal crônica/policística. A paciente piorou progressivamente da função renal e da hipertensão arterial, sendo então realizados novos exames de imagem. A US mostrou imagens anecoicas, parapiélicas, multiloculadas em ambos os rins, e cistos de localização perirrenais e subcapsulares. Tomografia computadorizada (TC) sem contraste prejudicou a exata caracterização, porém, revelou alterações similares à US. Foi realizada ressonância magnética (RM), que demonstrou cistos de localização parapiélica, perirrenais com alteração da intensidade de sinal do parênquima renal e perda da diferenciação corticomedular (Figura 1A), fechando o diagnóstico de linfangiectasia renal (LR), em conjunto com dados clínicos e laboratoriais.

A LR é uma doença benigna rara que ocorre por falha de comunicação entre o sistema de drenagem linfática renal com o sistêmico retroperitoneal⁽¹⁾. Como consequência, há acúmulo de linfa nos ductos linfáticos, ectasiando-os e formando coleções renais parapiélicas, perinefráticas ou intraparenquimatosas, uni ou multiloculadas, normalmente assimétricas e bilaterais; podendo afetar também apenas uma parte de um rim (Figura 1 – B,C). Não há predileção por sexo ou faixa etária, e até 2005 apenas 40 casos tinham sido descritos^(1,2).

A descoberta da LR é acidental, com ou sem sinais e sintomas de dor, aumento do volume abdominal, hematúria, ascite, edema de membros inferiores, hipertensão arterial, eritrocitose com trombose da veia renal associada e, excepcionalmente, qui-lúria⁽³⁾. Tais manifestações podem ser justificadas pela distensão

da fásia renal e compressão do parênquima renal pelos cistos, fistulização para a cavidade pélvica e alteração do sistema renina-angiotensina⁽²⁻⁴⁾. Insuficiência renal crônica já foi relatada em casos raros⁽⁵⁾. No conhecimento dos autores, não há relatos específicos da evolução clínica com hiperparatireoidismo, embora a relação com insuficiência renal crônica possa ser presumida.

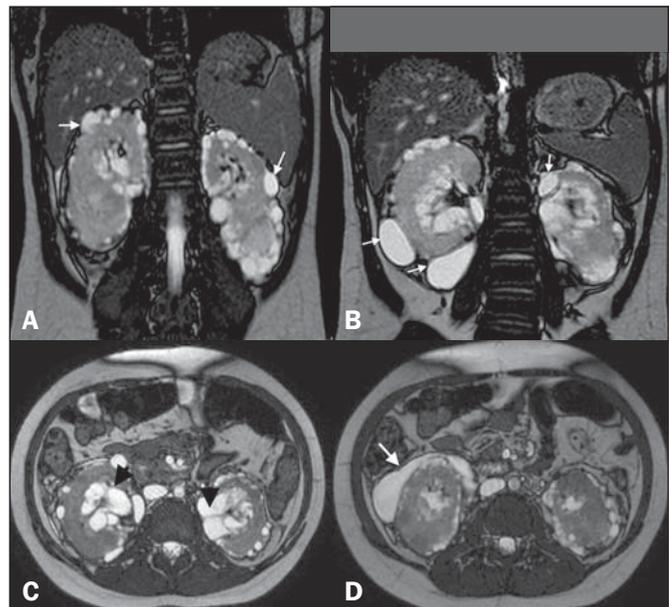


Figura 1. A: Corte coronal de RM ponderado em T2 mostra perda da diferenciação corticomedular em ambos os rins e múltiplas lesões císticas, de paredes delgadas, que se localizam na cortical (setas). **B:** Formações císticas subcapsulares corticais (setas). **C:** Plano axial T2 revela cistos localizados nos seios renais (cabeças de setas) e espaços perinefráticos simulando dilatação piélica. **D:** As mesmas imagens císticas corticais simulam coleções subcapsulares (seta).

A TC pode demonstrar formações expansivas perirrenais com coeficientes de atenuação de líquido, delimitadas pela fásia renal, que se amoldam e não invadem estruturas vizinhas, podendo comprimir o córtex renal, expandir o seio e distorcer o sistema calicinal; ou, também, identificar coleções hipodensas periféricas predominantemente pequenas, observando-se valores de atenuação de 0 a 15 UH⁽³⁾. Pode haver espessamento das fásias renais e coleções retroperitoneais cruzando a linha média ao nível do hilo renal. Não há realce das coleções ou das paredes das formações císticas após uso de contraste iodado⁽⁶⁾.

Na RM os cistos exibem baixo sinal em T1 (pode haver hiper-sinal, caso haja sangramento⁽⁶⁾) e hipersinal em T2, sem realce, e ainda se pode diagnosticar a LR demonstrando coleções linfáticas perirrenais com inversão da intensidade de sinal corticomedular^(1,4) (Figura 1 – B,C,D).

É essencial o conhecimento dos aspectos radiológicos da LR, para sugerir o diagnóstico, orientar a terapêutica e a prevenção de complicações, sendo necessário diferenciá-la de outras doenças que mimetizam enfermidades renais císticas. Embora seja rara a associação com insuficiência renal, seu conhecimento é importante também para prevenir morbidades que, se associadas, podem evoluir com esta complicação, como a obesidade e a hipertensão arterial.

REFERÊNCIAS

1. Rastogi R, Rastogi V. Computed tomographic scan in the diagnosis of bilateral renal lymphangiectasia. Saudi J Kidney Dis Transpl. 2008;19: 976–9.
2. Ashraf K, Raza SS, Ashraf O, et al. Renal lymphangiectasia. Br J Radiol. 2007;80:e117–8.
3. Vega J, Santamarina M. Linfangiectasia renal unilateral. Caso clínico. Rev Méd Chile. 2012;140:1312–5.
4. Restrepo JM, Amaya JEL, Sepúlveda NA, et al. Renal lymphangiectasia: MDCT and MRI findings. Rev Colomb Radiol. 2011;22:1–8.
5. Ueda S, Yanagida H, Sugimoto K, et al. Chronic renal insufficiency in a boy with cystic renal lymphangiectasia: morphological findings and long-term follow-up. Clin Nephrol. 2007;68:416–21.
6. Vasconcelos RA, Pereira ES, Bauab Jr T, et al. Renal lymphangiectasia: incidental finding at multislice computed tomography and literature review. Radiol Bras. 2012;45:178–80.

Andréa Farias de Melo Leite¹, Bruna Venturieri¹, Rosana Gonçalves de Araújo¹, Eduardo Just Costa e Silva¹, Jorge Elias Junior²

1. Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira de Pernambuco (IMIP), Recife, PE, Brasil. 2. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil. Endereço para correspondência: Dra. Andréa Farias de Melo Leite. Rua Laura Campelo, 130, Torre. Recife, PE, Brasil, 50710-270. E-mail: andreaarias@gmail.com.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2015.0025>

Sarcoma primário indiferenciado do tórax: um diagnóstico raro em pacientes jovens

Primary undifferentiated sarcoma in the thorax: a rare diagnosis in young patients

Sr. Editor,

Homem de 30 anos de idade foi admitido no serviço de cirurgia torácica de um hospital terciário para investigação de uma massa torácica. Duas semanas antes da internação havia iniciado dor no hemitórax direito e flanco direito, entre a linha axilar anterior e a linha axilar média, de evolução progressiva, tendo recebido tratamento para pneumonia. Ao exame clínico, apresentava murmúrio vesicular abolido no hemitórax direito.

A tomografia computadorizada (TC) do tórax demonstrou extensa massa na região torácica direita (Figura 1), heterogênea, predominantemente sólida, com áreas de conteúdo interno de baixa atenuação (21–26 unidades Hounsfield), focos de sangramento, sem calcificações de permeio e sem determinar osteólise costal. Exames laboratoriais apresentaram resultados dentro dos

limites da normalidade. O paciente foi submetido a biópsia percutânea e o exame anatomopatológico (Figura 2) revelou sarcoma indiferenciado do tórax.

Os sarcomas representam um grupo heterogêneo de tumores derivados de células de origem mesenquimal^(1–3). Eles representam 1% de todas as neoplasias e ocorrem principalmente nas extremidades (60%), trato gastrointestinal (25%), retroperitônio (20%) e região da cabeça e pescoço (4,1%). Os sarcomas primários do tórax são excepcionalmente raros, representam 0,2% dos cânceres pulmonares e 5% de todas as neoplasias torácicas, e podem envolver o pulmão, o mediastino, a pleura e, principalmente, a parede torácica. A presença de sarcoma em qualquer outra parte do corpo deve ser descartada, uma vez que a metástase é muito mais frequente que o tumor primário^(4–7).

Os tipos histológicos dos sarcomas primários intratorácicos mais comuns são o angiomiossarcoma, o leiomiiossarcoma, o rabdomiossarcoma e o mesotelioma (variante sarcomatoide)⁽⁸⁾. Na parede torácica, os sarcomas primários mais comuns são o sarcoma de Ewing, o tumor neuroectodérmico primitivo, o condrossarcoma,

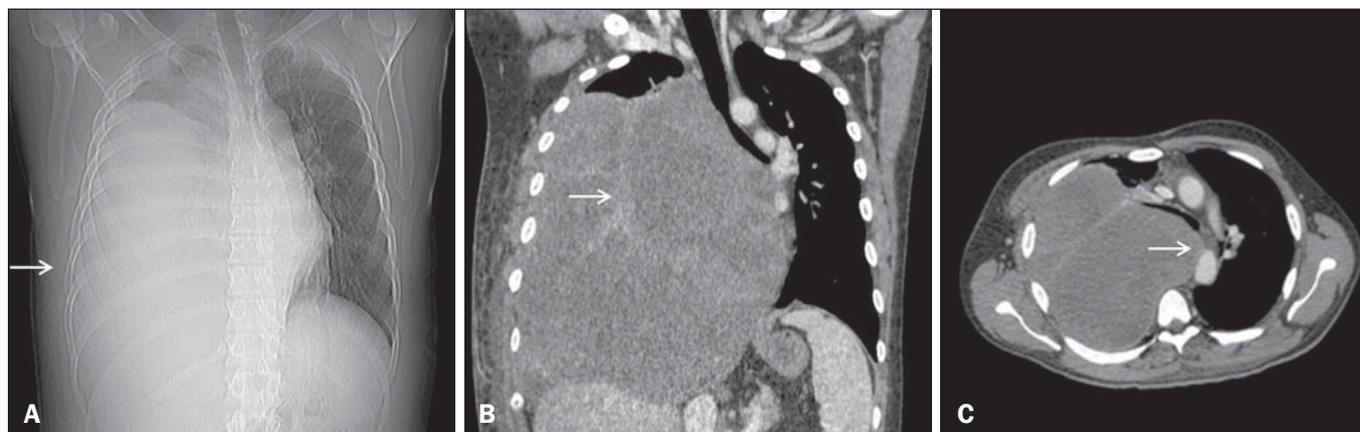


Figura 1. Imagens da TC mostram um sarcoma torácico primário no hemitórax direito. **A:** Scout tomográfico mostrando velamento do hemitórax direito. **B:** Reconstituição coronal tomográfica, com realce heterogêneo (seta) em destaque. **C:** Corte axial da TC mostrando desvio mediastinal contralateral.