

Neoplasia maligna mais frequente do trato urinário, o câncer vesical atinge majoritariamente indivíduos acima dos 55–60 anos, sendo 75–80% homens, com predomínio de carcinomas uroteliais<sup>(5,6)</sup>. Podem ser multifocais/multicêntricos no trato urinário superior e inferior, e altamente recorrentes<sup>(5)</sup>. O tabagismo é responsável por 50–65% dos casos em homens e 20–30% nas mulheres<sup>(4)</sup>. Outras causas menos usuais são exposição a quimioterápicos, aminas aromáticas e heterocíclicas, radioterapia e infecções crônicas<sup>(2,4-6)</sup>.

Malignidades primárias múltiplas são tumores malignos confirmados, independentes, de origem não metastática<sup>(7)</sup>.

Classificação: *sincrônicas* – identificação em até seis meses após a primeira lesão; *metacrônicas* – diagnóstico após seis meses do reconhecimento do primeiro tumor<sup>(7)</sup>. A prevalência geral é de 0,7–11,7%, elevando-se proporcionalmente com a idade do paciente<sup>(2,3,7,8)</sup>. Calcula-se que 75% dos portadores tenham mais de 50 anos<sup>(7)</sup>. Esses valores estão em ascensão em razão da eficácia dos tratamentos, tipos de técnicas terapêuticas, melhoria dos métodos diagnósticos, aumento da longevidade populacional e estilo de vida contemporâneo<sup>(3,7)</sup>. Hayat et al. relataram probabilidade de desenvolver uma segunda malignidade, baseada nos tumores primários diagnosticados, variando de 1% (antecedente de neoplasia hepática) a 16% (tumores vesicais prévios)<sup>(2)</sup>. Braisch et al. observaram que 1,2–2,5% dos pacientes oncológicos tabagistas em seguimento desenvolviam, em até um ano, outra lesão maligna distinta<sup>(4)</sup>.

Malignidades primárias múltiplas em fumantes acometem vários órgãos, destacadamente pulmões, vias aerodigestivas superiores, rins e tratos urinários superior e inferior. Outros possíveis sítios de acometimento são tireoide, estômago, cólon, reto e pâncreas<sup>(4,6,8)</sup>.

REFERÊNCIAS

1. Tiferes DA, Jayanthi SK, Liguori AAL. Cólon, reto e apêndice. In: D'Ippolito G, Caldana RP, editores. *Gastrointestinal – Série CBR*. São Paulo: Elsevier; 2011. p. 203–51.
2. Hayat MJ, Howlader N, Reichman ME, et al. Cancer statistics, trends, and multiple primary cancer analyses from the Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) Program. *Oncologist*. 2007;12:20–37.
3. VanderWalde AM, Hurria A. Second malignancies among elderly survivors of cancer. *Oncologist*. 2011;16:1572–81.
4. Braisch U, Meyer M, Radespiel-Tröger M. Risk of tobacco-related multiple primary cancers in Bavaria, Germany. *BMC Cancer*. 2012; 12:250.
5. Prando A. Tumores uroteliais. In: Prando A, Baroni RH, editores. *Urinário – Série CBR*. São Paulo: Elsevier; 2013. p. 321–58.
6. Bermejo JL, Sundquist J, Hemminki K. Bladder cancer in cancer patients: population-based estimates from a large Swedish study. *Br J Cancer*. 2009;101:1091–9.
7. Demandante CGN, Troyer DA, Miles TP. Multiple primary malignant neoplasms: case report and a comprehensive review of the literature. *Am J Clin Oncol*. 2003;26:79–83.
8. Tabuchi T, Ito Y, Ioka A, et al. Tobacco smoking and the risk of subsequent primary cancer among cancer survivors: a retrospective cohort study. *Ann Oncol*. 2013;24:2699–704.

Rodolfo Mendes Queiroz<sup>1</sup>, Daniel Roque<sup>1</sup>, Eduardo Miguel Febronio<sup>1</sup>

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/10.1590/0100-3984.2015.0114>

Fístula dural com suprimento arterial bilateral mimetizando tumor de tronco cerebral

Dural fistula with bilateral arterial supply, mimicking a brainstem tumor

Sr. Editor,

Mulher, 73 anos, com história progressiva de pelo menos quatro episódios de trombose venosa profunda. Nos últimos cinco meses vem apresentando ataxia severa, dificuldade de deglutição, zumbido bilateral e sintomas relacionados a hipertensão intracraniana, como náuseas e vômitos. A ressonância magnética (RM) revelou hipersinal em T2 e aumento de volume do tronco cerebral, estendendo-se aos tálamos, pedúnculos cerebelares e à porção cervical da medula (Figuras 1A e 1B). As imagens poderiam erroneamente direcionar para o diagnóstico de um tumor de tronco cerebral, particularmente o glioma, devido ao padrão infiltrativo da lesão e aumento de volume do órgão. Avaliação minuciosa, contudo, com a utilização de técnicas avançadas de imagem, como a sequência de suscetibilidade magnética, demonstrou extensa rede de veias periféricas dilatadas, além de proeminente circulação colateral retromedular. A angiografia cerebral mostrou fístula arteriovenosa dural (FAVD) com suprimento arterial bilateral por ramos das artérias maxilares. A drenagem venosa era majoritariamente pelo seio reto e veias galênicas (Figuras 1C e 1D). O envolvimento do tronco cerebral e da medula cervical se deu por injúria congestiva venosa. A abordagem cirúrgica clássica e a terapia endovascular foram descartadas, em razão da localização profunda de difícil acesso, bem como pelo extenso acometimento e natureza bilateral do suprimento arterial mantenedor da fístula,

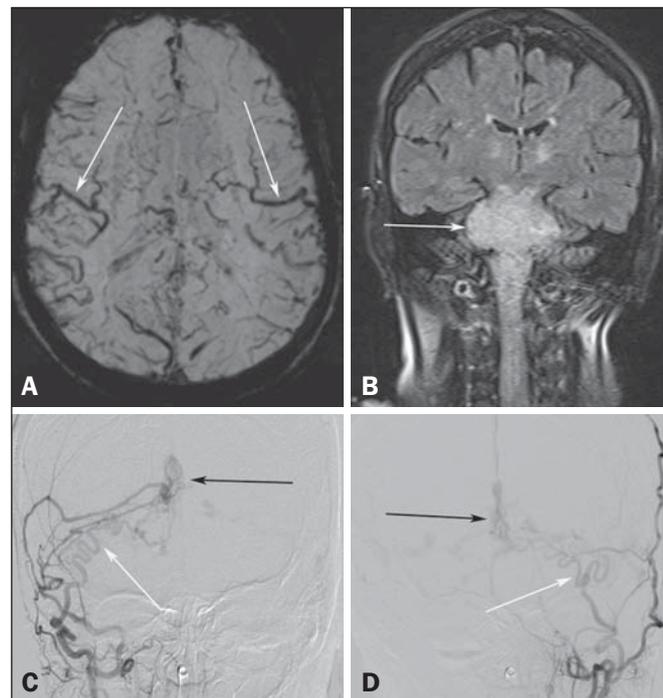


Figura 1. A: corte axial na sequência SWI mostrando veias superficiais numerosas e calibrosas representando a congestão venosa. B: corte coronal na sequência FLAIR mostrando hipersinal e aumento de volume do tronco cerebral mimetizando tumor cerebral. C,D: Angiografia digital com técnica de subtração identificando a natureza bilateral do suprimento arterial (setas brancas) e o nidus (setas pretas) formado pela fístula.

respectivamente. A paciente recebeu alta com gastrostomia e serviço de *homecare* para cuidados paliativos.

Lesões vasculares frequentemente são de difícil diagnóstico<sup>(1-8)</sup>. FAVDs são caracterizadas por uma comunicação anormal dos sistemas arterial e venoso, sem a interposição de leitos capilares. São responsáveis por menos de 10% de todas as malformações vasculares cerebrais<sup>(9)</sup>. O local mais comum de ocorrência é junto ao seio transversos<sup>(9)</sup> e não há relato de ocorrência de suprimento arterial bilateral. As duas principais formas de apresentação são as manifestações hemorrágicas e as não hemorrágicas, usualmente como consequência da hipertensão venosa intracraniana<sup>(9,10)</sup>, que aparece como melhor valor preditor de mau prognóstico<sup>(11)</sup>.

A angiografia cerebral permanece como padrão ouro para o diagnóstico das FAVDs, na qual é visto o *nidus* representando o *shunt* arteriovenoso propriamente dito e os vasos colaterais desenvolvidos na tentativa de escoamento da congestão venosa<sup>(12)</sup>. A injúria por congestão venosa é um exemplo de manifestação não hemorrágica grave, que pode ser prevenida com o diagnóstico precoce das FAVDs, sendo a terapia endovascular o tratamento de escolha, visando interromper o suprimento arterial para o sistema venoso<sup>(9)</sup>.

REFERÊNCIAS

1. Cardarelli-Leite L, Velloni FG, Salvadori PS, et al. Abdominal vascular syndromes: characteristic imaging findings. *Radiol Bras.* 2016;49:257-63.
2. Batista MN, Barreto MM, Cavaguti RF, et al. Pulmonary artery sarcoma mimicking chronic pulmonary thromboembolism. *Radiol Bras.* 2015; 48:333-4.
3. Dias DA, Afonso LHC, Abud DG. Femoral artery injury during aneurysm coiling. *Radiol Bras.* 2015;48:335-6.

4. Neves PO, Andrade J, Monção H. Coronary anomalies: what the radiologist should know. *Radiol Bras.* 2015;48:233-41.
5. Amaral RH, Souza VVS, Nin CS, et al. Aortic lesion simulating pulmonary disease: a case report. *Radiol Bras.* 2014;47:320-2.
6. Ribeiro BNF, Ribeiro RN, Zanetti G, et al. Hughes-Stovin syndrome: an unusual cause of pulmonary artery aneurysms. *Radiol Bras.* 2016;49: 202-3.
7. Abud TG, Nguyen AD, Abud LG, et al. Anterior cerebral artery aneurysm rupture presenting as hemorrhage in the splenium of the corpus callosum. *Radiol Bras.* 2016;49:268-9.
8. Abreu Junior L, Kuniyoshi CH, Wolosker AB, et al. Vascular loops in the anterior inferior cerebellar artery, as identified by magnetic resonance imaging, and their relationship with otologic symptoms. *Radiol Bras.* 2016;49:300-4.
9. Haccin-Bey L, Konstas AA, Pile-Spellman J. Natural history, current concepts, classification, factors impacting endovascular therapy, and pathophysiology of cerebral and spinal dural arteriovenous fistulas. *Clin Neurol Neurosurg.* 2014;121:64-75.
10. Cognard C, Gobin YP, Pierot L, et al. Cerebral dural arteriovenous fistulas: clinical and angiographic correlation with a revised classification of venous drainage. *Radiology.* 1995;194:671-80.
11. Cognard C, Casasco A, Toevi M, et al. Dural arteriovenous fistulas as a cause of intracranial hypertension due to impairment of cranial venous outflow. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1998;65:308-16.
12. Signorelli F, Gory B, Maduri R, et al. Intracranial dural arteriovenous fistulas: a review of current management based on emerging knowledge. *J Neurosurg Sci.* 2015 Feb 13. [Epub ahead of print].

**Bárbara Liaffa<sup>1</sup>, Fábio Noro<sup>1</sup>, Paulo Roberto Valle Bahia<sup>1</sup>, Flávia Pinto Dezonze Motta<sup>1</sup>, Edson Marchiori<sup>1</sup>**

1. 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/10.1590/0100-3984.2015.0186>

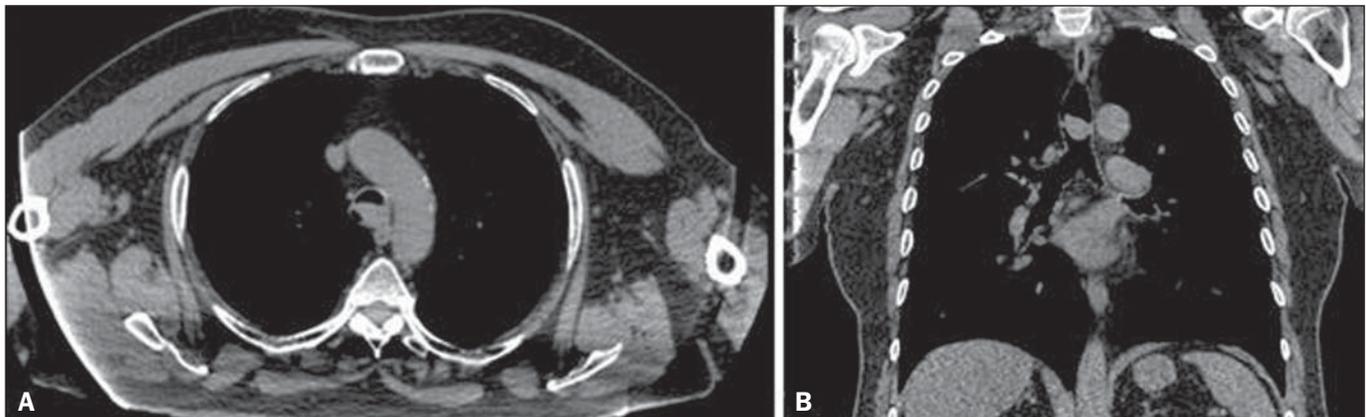
**Plasmacytoma of the trachea: a surprising diagnosis**

*Plasmocitoma traqueal: um diagnóstico surpreendente*

Dear Editor,

A 68-year-old man presented with a complaint of dyspnea on moderate exertion, and physical examination revealed stridor. The patient reported having previously been treated for chronic obstructive pulmonary disease and adenocarcinoma of the prostate, the latter having been treated with 39 radiotherapy sessions. He was a former smoker with a smoking history of 150 pack-years (3 packs/day for 50 years), having quit 4 years prior. We performed

contrast-enhanced computed tomography (CT) of the neck and chest, which showed an expansive, well-defined nodular mass in the distal trachea, near the carina, without enhancement or signs of invasion of the tracheal walls (Figures 1 and 2). Bronchoscopy was requested for tumor resection, and symptom resolution was observed after the resection. The histopathological study identified an outer layer with the appearance of plasmacytoid cells, sometimes with a central eosinophilic nucleolus—"cartwheel appearance"—and hyaline intracytoplasmic inclusions suggestive of Russell bodies. The immunohistochemical profile demonstrated positivity for CD3, CD20, CD45, CD56, kappa light chain, and



**Figure 1. A:** Axial CT scan, without contrast, showing an extensive, well-defined nodular mass in the distal trachea, measuring 2.1 × 1.3 × 1.7 cm, without signs of tracheal wall invasion. **B:** Coronal CT scan, without contrast, showing an expansive, well-defined nodular mass in the distal trachea, at the level of the carina, without signs of tracheal wall invasion.