

também é frequente (77–90%)<sup>(1,3–6)</sup>. Na TC são tipicamente hiperdensos, em função da sua hiper celularidade e da alta relação núcleo-citoplasma<sup>(1,3)</sup>. Na RM apresentam, com frequência, hipo/isossinal e iso/hipersinal nas sequências ponderadas em T1 e T2, respectivamente. Após administração de meio de contraste intravenoso, apresentam realce homogêneo (90%) ou raramente anelar. Exibem sinais de restrição à difusão da água. A perfusão mostra baixo aporte sanguíneo comparado a outros tumores cerebrais malignos. Na espectroscopia observa-se elevação dos picos de lipídios e colina, além de redução do N-acetil-aspartato<sup>(1,3–5)</sup>. A biópsia é o método diagnóstico definitivo<sup>(1,2,4,6)</sup>. Respondem a quimioterapia e, principalmente, a radioterapia, sendo a opção cirúrgica utilizada na redução da massa tumoral<sup>(1,3–5)</sup>. A sobrevida varia entre 15% e 80%, conforme a idade do paciente, as características e o estágio da doença<sup>(2,4)</sup>.

O diagnóstico diferencial das lesões expansivas do SNC nos exames de imagem é amplo, abrangendo gliomas, isquemia aguda, processos inflamatórios e infecciosos<sup>(1,3–5,7–11)</sup>. Quando observados em localização intraventricular e hiperdensos na TC, podem ser confundidos com cistos coloides, por serem comuns nesse sítio e também exibirem densidade semelhante<sup>(4)</sup>.

Linfomas Burkitt-símile são altamente malignos, com características celulares intermediárias entre o difuso de grandes células B e o Burkitt<sup>(12–14)</sup>. Geralmente associam-se com o HIV e ao vírus Epstein-Barr. Representam 2% a 3% dos linfomas não-Hodgkin em adultos imunocompetentes, incidindo mais em idosos<sup>(12–14)</sup>. Sítios de ocorrência incluem cérebro, intestino, pele, ovários, rins, fígado e medula óssea<sup>(12)</sup>. A quimioterapia é o tratamento mais usado, mas com sobrevida inferior a um ano<sup>(13,14)</sup>.

O termo “tumor fantasma” se refere à intensa regressão ou desaparecimento de tumores, expostos ou não a terapia inespecífica, podendo ressurgir ou apresentar progressão com novas formas<sup>(2,4,15,16)</sup>. No encéfalo destacam-se os linfomas após corticoterapia, doenças desmielinizantes e distúrbios inflamatórios<sup>(15,16)</sup>.

## REFERÊNCIAS

- Mansour A, Qandeel M, Abdel-Razeq H, et al. MR imaging features of intracranial primary CNS lymphoma in immune competent patients. *Cancer Imaging*. 2014;14:22.
- Bellesso M, Bizzetto R, Pereira J, et al. Primary central nervous system lymphoma. *Rev Bras Hematol Hemoter*. 2008;30:54–60.

- Haldorsen IS, Espeland A, Larsson EM. Central nervous system lymphoma: characteristic findings on traditional and advanced imaging. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2011;32:984–92.
- Sasani M, Bayhan M, Sasani H, et al. Primary central nervous system lymphoma presenting as a pure third ventricular lesion: a case report. *J Med Case Reports*. 2011;5:213.
- Reis F, Schwingel R, Nascimento FBP. Central nervous system lymphoma: iconographic essay. *Radiol Bras*. 2013;46:110–6.
- Alabdulsalam A, Zaidi SZA, Taylor I, et al. Primary Burkitt lymphoma of the fourth ventricle in an immunocompetent young patient. *Case Rep Pathol*. 2014;2014:630954.
- Castro FD, Reis F, Guerra JGG. Intraventricular mass lesions at magnetic resonance imaging: iconographic essay – part 1. *Radiol Bras*. 2014;47:176–81.
- Castro FD, Reis F, Guerra JGG. Intraventricular mass lesions at magnetic resonance imaging: iconographic essay – part 2. *Radiol Bras*. 2014;47:245–50.
- Destefani MH, Mello AS, Oliveira RS, et al. Chordoid glioma of the third ventricle. *Radiol Bras*. 2015;48:338–9.
- Schwingel R, Duarte SBL, Oshima MM, et al. Multiple hemangioblastomas, association with von Hippel-Lindau syndrome. *Radiol Bras*. 2015;48(2):xi–xiii.
- Dultra AHA, Noro F, Melo ASA, et al. Primary intercavernous lymphoma of the central nervous system. *Radiol Bras*. 2015;48:337–8.
- Simcock DE, O’Shaughnessy T, Balasanthiran A, et al. Pulmonary Burkitt’s-like lymphoma. *Respir Med Extra*. 2005;1:81–3.
- Re M, Di Massimo U, Romeo R, et al. Burkitt-like lymphoma of the sphenoid sinus: case report. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 2004;24:30–2.
- Johnson KA, Tung K, Mead G, et al. The imaging of Burkitt’s and Burkitt-like lymphoma. *Clin Radiol*. 1998;53:835–41.
- Okita Y, Narita Y, Miyakita Y, et al. Long-term follow-up of vanishing tumors in the brain: how should a lesion mimicking primary CNS lymphoma be managed? *Clin Neurol Neurosurg*. 2012;114:1217–21.
- Pohl P, Oberhuber G, Dietze O, et al. Steroid-induced complete remission in a case of primary cerebral non-Hodgkin’s lymphoma. *Clin Neurol Neurosurg*. 1989;91:247–50.

**Rodolfo Mendes Queiroz<sup>1</sup>, Lucas Giansante Abud<sup>1</sup>, Thiago Giansante Abud<sup>2</sup>, Cecília Hissae Miyake<sup>1</sup>, Antonio Carlos dos Santos<sup>3</sup>**

1. Documenta – Hospital São Francisco, Ribeirão Preto, SP, Brasil. 2. Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil. 3. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), 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/10.1590/0100-3984.2016.0065>

## Tumor de células gigantes do seio frontal: típico e improvável

*Giant cell tumor of the frontal sinus: a typical finding in an unlikely location*

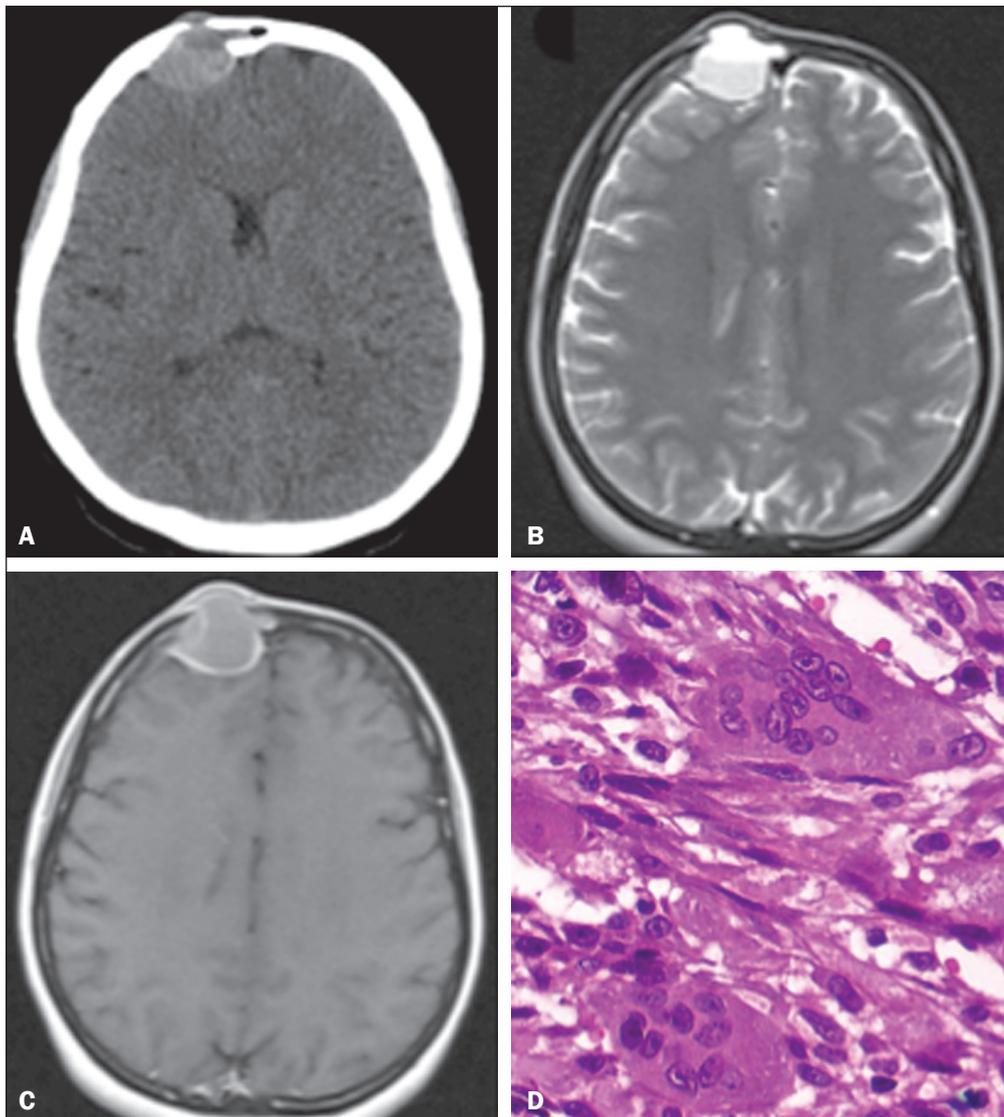
*Sr. Editor,*

Paciente do sexo feminino, 32 anos de idade, deu entrada no serviço de emergência com queixa de “calombo na testa” há um dia. Foi realizada tomografia computadorizada (TC) de crânio com e sem contraste iodado intravenoso, que demonstrou formação expansiva extra-axial com epicentro no seio frontal direito, espontaneamente densa, com aparente nível líquido e com limites bem definidos (Figura 1A). Exame de ressonância magnética (RM) identificou que a lesão tinha nível hemático nas ponderações em T2 (Figura 1B) e apresentou realce periférico pelo meio de contraste (Figura 1C). A paciente foi submetida a cirurgia para ressecção total da lesão e apresentou margens livres, com anatomopatológico e imuno-histoquímica demonstrando lesão característica de tumor de células gigantes (TCG) ósseo (Figura 1D).

O TCG é uma das neoplasias ósseas primárias mais comuns, compreendendo cerca de 10% dos tumores ósseos e 25% dos tumores ósseos benignos<sup>(1)</sup>. Acomete indivíduos, principalmente dos 20 aos 40 anos de idade, e tem início insidioso com queixa de dor e aumento de volume local<sup>(1)</sup>. Está localizado, normalmente, na epífise e metáfise dos ossos longos, mais comumente nos joelhos (fêmur distal e tíbia proximal). Nos ossos do crânio incide em menos de 1% de todos os locais (principalmente o temporal e o esfenoidal), tendendo a ser mais agressivo<sup>(2–4)</sup>.

Com base nos aspectos radiográficos clássicos, o TCG pode ser definido como uma lesão lítica, insuflativa, com afinamento ou erosão da cortical<sup>(5)</sup>. A TC é o melhor método de avaliação de destruição óssea, assim como eventuais fraturas patológicas. Já a RM pode caracterizar invasão dos tecidos moles e a presença de áreas císticas (hemorragias e cistos ósseos aneurismáticos secundários)<sup>(6,7)</sup>. O diagnóstico definitivo é feito por meio da histologia, com demonstração de células gigantes.

Acreditamos ser de grande importância a semiologia radiológica para o diagnóstico das doenças ósseas, uma vez que



**Figura 1. A:** TC de crânio com contraste intravenoso, corte axial, demonstrando formação expansiva extra-axial com destruição óssea e epicentro no seio frontal direito, apresentando-se espontaneamente densa, com aparente nível líquido e limites bem definidos, medindo 3,1 × 2,5 × 2,9 cm. **B:** RM, corte axial ponderado em T2, que identificou melhor a lesão predominantemente cística com nível líquido-líquido devido ao conteúdo hemático, responsável pela expansão rápida do tumor. **C:** RM pós-contraste, corte axial, mostrando importante realce periférico pelo meio de contraste. **D:** Lâmina corada com hematoxilina-eosina exibindo padrão morfológico fusocelular, em arranjo fascicular, tendo em meio numerosas células grandes multinucleadas tipo osteoclastos.

algumas lesões permitem um diagnóstico etiológico específico, porém, em outras, nos limitamos à descrição do achado para orientação terapêutica. No caso aqui apresentado, a semiologia radiológica estava muito típica, mas a localização extremamente atípica da lesão dificultou um diagnóstico específico. Existem poucos relatos de casos, na literatura, sobre TCG no crânio, daí a relevância deste caso.

Ambos os métodos, TC e RM, foram de extrema importância para o planejamento cirúrgico e para o acompanhamento posterior. O prognóstico foi bom e a paciente evoluiu bem no pós-operatório, sem a necessidade de radioterapia, e está em acompanhamento sem queixas ou sinais de recidiva local há cerca de dois anos.

**REFERÊNCIAS**

1. Catalan J, Fonte AC, Lusa JRB, et al. Tumor de células gigantes ósseo: aspectos clínicos e radiográficos de 115 casos. *Radiol Bras.* 2006;39:119–22.
2. Martínez DF, Casasco JP, Bonis C, et al. Tumor de células gigantes de base de crânio: reporte de 2 casos y revisión de la bibliografía. *Rev Argent Neuroc.* 2007;21:117–9.

3. Novaes V, Pinaud M, Paranhos JL, et al. Tumores de células gigantes do esfenóide: relato de 3 casos e revisão da literatura. *Arq Neuropsiquiatr.* 1977;35:57–67.
4. Cardona YG, González MBR. Presentación de un paciente con tumor óseo de células gigantes. *Correo Científico Médico.* 2013;17:518–22.
5. Camargo OP, Croci AT, Oliveira CRGCM, et al. Tumor de células gigantes – evolução histórica do seu diagnóstico e tratamento junto ao Instituto de Ortopedia e Traumatologia da FMUSP. *Acta Ortop Bras.* 2001;9:46–52.
6. Matushita JP, Matushita JS, Simões LAM, et al. Giant cell tumor of the frontal sinus: case report. *Radiol Bras.* 2013;46:255–8.
7. Baptista PPR, Próspero JD, Yonamine ES. Tumor de células gigantes. *Rev Bras Ortop.* 2001;36:239–44.

**Beatriz Morais e Rodrigues Cunha<sup>1</sup>, Marcelo Fontalvo Martin<sup>1</sup>, João Maurício Canavezi Indiani<sup>1</sup>, Marcelo Souto Nacif<sup>2</sup>**

1. Unidade de Radiologia Clínica (URC), São José dos Campos, SP, Brasil. 2. Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ, Brasil. Endereço para correspondência: Dra. Beatriz Morais e Rodrigues Cunha. Unidade de Radiologia Clínica – Radiologia. Rua Teopompo de Vasconcelos, 245, Vila Adyana. São José dos Campos, SP, Brasil, 12243-830. E-mail: cunhabi@hotmail.com.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2016.0060>