

paciente faleceu após 14 dias de internação na unidade de terapia intensiva.

A perfuração colorretal é complicação grave do enema opaco, cuja ocorrência exata é difícil estabelecer, porém, alguns estudos indicam incidência média de 0,02% a 0,23% dos exames realizados, com taxa de mortalidade de até 50%<sup>(1,2)</sup>. Os locais mais comumente afetados são o cólon sigmoide e o reto.

Etiologicamente, as perfurações podem ser divididas em iatrogênica e secundária a fraqueza da parede colorretal. As perfurações iatrogênicas podem ocorrer por introdução forçada do cateter na parede anterior do reto, hiperinsuflação do balão ou pressão hidrostática excessiva durante a injeção do contraste. O segundo grupo corresponde aos pacientes com comorbidades prévias, como doença inflamatória intestinal, diverticulite aguda, processos obstrutivos colorretais, procedimento cirúrgico recente, idade avançada e corticoterapia, que tornam estes pacientes mais suscetíveis a perfuração durante o enema opaco<sup>(3)</sup>. Nesses casos em que há risco elevado, contraste solúvel em água deve ser considerado.

Os sintomas são variáveis e dependem do local e tamanho da lesão, podendo iniciar com quadro clínico de dor abdominal e evoluir para peritonite, sepse e choque. Entretanto, em menos de 10% dos casos o paciente pode ser assintomático nos primeiros dias após ter realizado o exame, podendo o radiologista ser o primeiro a sugerir a perfuração, como foi na paciente deste relato<sup>(3,4)</sup>.

Em casos de estabilidade do paciente, foco pequeno de perfuração e ausência de fezes no trato gastrintestinal, bem como

no retroperitônio, adota-se tratamento conservador. Caso contrário, a laparotomia exploradora faz-se necessária<sup>(5)</sup>.

O enema opaco é um exame rotineiro, mas que necessita de cautela durante a sua realização. Nos casos de perfuração, a adoção de terapêutica deve ser precoce, individualizada para cada tipo de lesão e na dependência das condições clínicas do paciente, o que permite a redução da morbidade e mortalidade desta afecção.

REFERÊNCIAS

1. Batista RR, Castro CAT, Pincinato A, et al. Perfuração retal incompleta após enema opaco: relato de caso. Rev Bras Coloproctol. 2010;30:347–51.
2. de Feiter PW, Soeters PB, Dejong CHC. Rectal perforations after barium enema: a review. Dis Colon Rectum. 2006;49:261–71.
3. Gayer G, Zissin R, Apter S, et al. Perforations of the rectosigmoid colon induced by cleansing enema: CT findings in 14 patients. Abdom Imaging. 2002;27:453–7.
4. Paran H, Butnaru G, Neufeld D, et al. Enema-induced perforation of the rectum in chronically constipated patients. Dis Colon Rectum. 1999;42:1609–12.
5. Madhala O, Greif F, Cohen M, et al. Major rectal perforations caused by enema: is surgery mandatory? Dig Surg. 1998;15:270–2.

**Carla Lorena Vasques Mendes de Miranda<sup>1</sup>, Camila Soares Moreira de Sousa<sup>2</sup>, Nathalie Gonçalves Nascimento Pinheiro Cordão<sup>1</sup>, Breno Braga Bastos<sup>2</sup>, Francisco Edward Mont'Alverne Filho<sup>1</sup>**

1. Med Imagem – Radiologia, Teresina, PI, Brasil. 2. 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/10.1590/0100-3984.2015.0222>

**Cordoma gigante do mediastino posterior associado a lesão sincrônica**

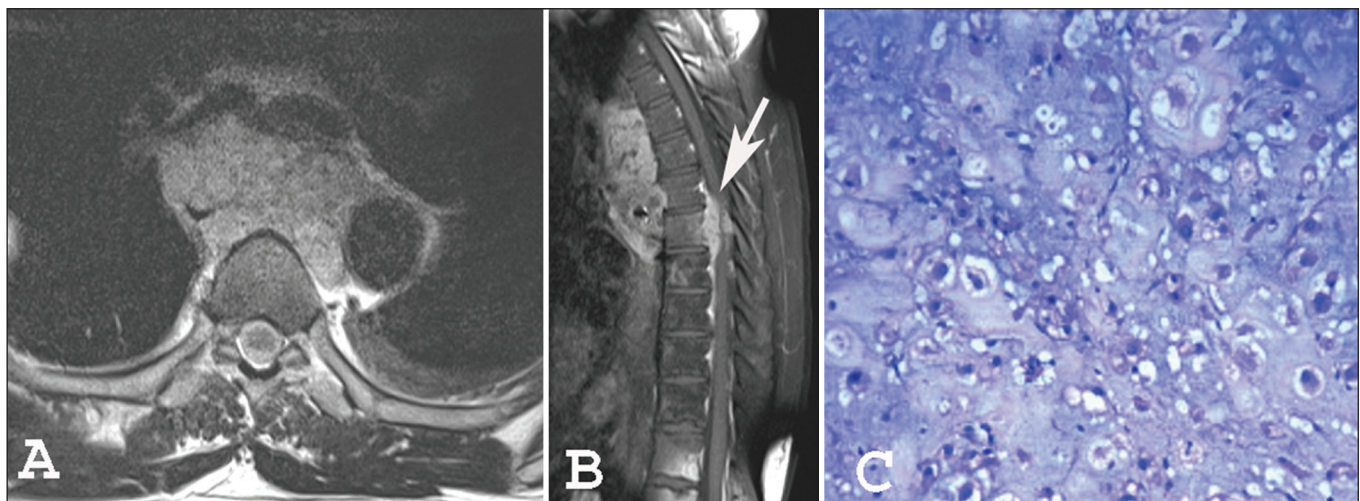
*Chordoma of the posterior mediastinum accompanied by synchronous lesion*

Sr. Editor,

Paciente masculino, 53 anos, com dorsalgia nos últimos 3 meses, apresentando recentemente quadro de paraparesia progressiva, sem alteração do controle esfinteriano. Ressonância magnética da coluna dorsal (Figuras 1A e 1B) mostrou lesão expansiva, de contorno lobulado, acometendo mediastino posterior e estendendo-se para o canal vertebral, provocando redução

da amplitude e compressão medular. Observou-se ainda lesão sincrônica, de aspecto semelhante, acometendo a 12ª vértebra dorsal. Estudo histopatológico demonstrou células grandes com citoplasma vacuolizado, núcleos parcialmente vesiculares e algumas demonstrando nucléolos proeminentes, com aspecto de células fisalíferas (do grego *physallis*, bolha), compatíveis com cordoma (Figura 1C).

A literatura radiológica brasileira vem, recentemente, ressaltando a importância dos métodos de imagem no aprimoramento do diagnóstico das alterações intratorácicas<sup>(1-5)</sup>. Cordomas são tumores malignos de crescimento lento, derivados de remanescentes primitivos da notocorda. Tipicamente, surgem



**Figura 1.** Ressonância magnética, imagens T2 axial (A) e T1 com contraste sagital (B) mostram lesão comprometendo o mediastino posterior e invadindo o canal vertebral (seta em B). Estudo histopatológico (C) demonstra as células fisalíferas.

na quinta e sexta décadas de vida<sup>(6,7)</sup>, com discreta predileção pelo sexo masculino e acometimento preferencial pela região sacrococcígea (50%), seguida da região esfeno-occipital (35%) e colunas cervical e lombar, sendo raros na coluna dorsal e mediastino posterior<sup>(6-8)</sup>. Sintomas frequentemente aparecem somente depois de a lesão atingir grandes dimensões, com invasão local comprometendo estruturas neurovasculares. A recorrência local é comum caso a ressecção completa não seja possível.

Nos diagnósticos diferenciais devem ser considerados metástases, condrossarcoma, mieloma múltiplo, tumores neurogênicos, dentre outros. Apesar de os métodos de imagem ajudarem na delimitação, o diagnóstico é histopatológico<sup>(7)</sup>.

Na ressonância magnética, a maioria das lesões apresenta-se iso/hipointensas em T1 e hiperintensas em T2 e STIR, refletindo seu alto conteúdo de água, podendo ainda apresentar septos fibrosos de permeio, mostrando baixo sinal em T2<sup>(6-8)</sup>. O realce pelo gadolínio tende a ser moderado e heterogêneo<sup>(6,8)</sup>. As lesões são frequentemente associadas a erosão óssea, diferentemente do nosso caso. Estudos recentes destacam o uso da sequência em difusão na diferenciação de cordomas e condrossarcomas, mostrando valores maiores do coeficiente de difusão aparente nos condrossarcomas<sup>(9,10)</sup>.

Além do local de acometimento incomum, o paciente deste caso apresentou a peculiaridade de lesão sincrônica. Alguns autores relataram casos semelhantes<sup>(7,8,11,12)</sup>, porém, não existe nenhum critério específico para diferenciação de cordomas multicêntricos e disseminação metastática. Acreditamos que nosso caso possa corresponder a disseminação líquórica, já que havia comprometimento do canal vertebral.

O tratamento de escolha é a ressecção cirúrgica associada a radioterapia adjuvante, que proporciona um tempo livre de doença de aproximadamente 2,5 anos a mais em relação ao tratamento cirúrgico isolado<sup>(7)</sup>. Como o cordoma é radiorresistente à radioterapia convencional, outras modalidades são utilizadas, como a radiocirurgia estereotáxica. Quimioterapia não é uma terapêutica com boa resposta, somente sendo observada, em pequenos estudos, atividade antitumoral com uso de mesilato de imatinib<sup>(13)</sup>.

Apesar de raro, o diagnóstico de cordoma deve ser lembrado dentro das possibilidades diagnósticas de lesões acometendo o

mediastino posterior. Além disso, convém efetuar pesquisa para descartar a presença de lesões sincrônicas.

#### REFERÊNCIAS

- Guimaraes MD, Hochegger B, Koenigkam-Santos M, et al. Magnetic resonance imaging of the chest in the evaluation of cancer patients: state of the art. *Radiol Bras.* 2015;48:33–42.
- Pessanha LB, Melo AMF, Braga FS, et al. Acute post-tonsillectomy negative pressure pulmonary edema. *Radiol Bras.* 2015;48:197–8.
- Barbosa BC, Marchiori E, Zanetti G, et al. Catamenial pneumothorax. *Radiol Bras.* 2015;48:128–9.
- Nishiyama KH, Falcão EAA, Kay FU, et al. Acute tracheobronchitis caused by *Aspergillus*: case report and imaging findings. *Radiol Bras.* 2014;47:317–9.
- Fernandes GL, Teixeira AA, Antón AGS, et al. Churg-Strauss syndrome: a case report. *Radiol Bras.* 2014;47:259–61.
- Rodallec MH, Feydy A, Larousserie F, et al. Diagnostic imaging of solitary tumors of the spine: what to do and say. *Radiographics.* 2008;28:1019–41.
- Aydin AL, Sasani M, Oktenoglu T, et al. A case of chordoma invading multiple neuroaxial bones: report of ten years follow up. *Turk Neurosurg.* 2013;23:551–6.
- Lim JJ, Kim SH, Cho KH, et al. Chordomas involving multiple neuraxial bones. *J Korean Neurosurg Soc.* 2009;45:35–8.
- Yeom KW, Lober RM, Mobley BC, et al. Diffusion-weighted MRI: distinction of skull base chordoma from chondrosarcoma. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2013;34:1056–61.
- Freeze BS, Glastonbury CM. Differentiation of skull base chordomas from chondrosarcomas by diffusion-weighted MRI. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2013;34:E113.
- Badwal S, Pal L, Basu A, et al. Multiple synchronous spinal extraosseous intradural chordomas: is it a distinct entity? *Br J Neurosurg.* 2006;20:99–103.
- Simon SL, Inneh IA, Mok CL, et al. Multiple epidural lumbar chordomas without bone involvement in a 17-year-old female: a case report. *Spine J.* 2011;11:e7–10.
- Casali PG, Stacchiotti S, Sangalli C, et al. Chordoma. *Curr Opin Oncol.* 2007;19:367–70.

**Bruno Niemeyer de Freitas Ribeiro<sup>1</sup>, Edson Marchiori<sup>2</sup>**

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/10.1590/0100-3984.2016.0059>

#### Estesioneuroblastoma

*Esthesioneuroblastoma*

Sr. Editor,

Paciente de 64 anos, masculino, com obstrução nasal, anosmia, redução da acuidade visual há poucos meses, perda ponderal e cefaleia há dois anos. Realizou tomografia computadorizada (TC) de crânio (Figura 1A), que mostrou lesão expansiva de limites mal definidos ocupando as células etmoidais, seios esfenoides e a fossa craniana anterior, com edema associado nos lobos frontais. Na ressonância magnética (RM) de crânio (Figuras 1B, 1C e 1D) a lesão apresentou restrição à difusão e intenso realce após a injeção do meio de contraste. Foi realizada biópsia, que demonstrou células hiper Cromáticas organizadas em torno de um estroma fibrilar, formando rosetas, compatível com estesioneuroblastoma, grau I pelo estadiamento histológico de Hyams. Não havia evidências de acometimento cervical ou metástases a distância. O paciente faleceu 15 dias após a realização dos exames.

O estesioneuroblastoma, também chamado de neuroblastoma olfatório, é uma neoplasia maligna rara originária da neu-

roectoderme e representa 3% a 6% dos tumores malignos dos seios paranasais. Tem predileção por adultos, com distribuição bimodal, na segunda e quinta décadas de vida<sup>(1)</sup>. Acredita-se que a neoplasia cresça do epitélio olfatório, origina-se da porção superior das fossas nasais, ascenda pela lâmina cribiforme e estenda-se à fossa craniana anterior<sup>(2)</sup>.

Clinicamente, o estesioneuroblastoma provoca obstrução nasal ou epístaxe. Pode ter comportamento indolente, promover invasão local e gerar metástases a distância. Tende a invadir seios paranasais, órbitas e fossa craniana anterior. As metástases mais frequentes são para linfonodos cervicais, pulmão, fígado e ossos, e o principal preditor de sobrevivência é a disseminação linfática no momento do diagnóstico<sup>(2)</sup>. Não há um estadiamento universalmente aceito, sendo amplamente utilizada a classificação feita por Kadish et al., de 1976, que é um importante preditor prognóstico. No estágio A o tumor é limitado à cavidade nasal; no estágio B o tumor é confinado à cavidade nasal e seios paranasais; no estágio C o tumor estende-se além do estágio B. Já o estadiamento proposto por Dulguerov utiliza a classificação TNM<sup>(3,4)</sup>.