

Figura 1. A: Ultrassonografia identificando nódulo sólido, hipocogênico, irregular e espiculado, adjacente à papila da mama direita. **B:** Biópsia de mama direita demonstrando infiltração maciça por carcinoma invasivo de tipo não especial, grau III. Coloração hematoxilina-eosina.

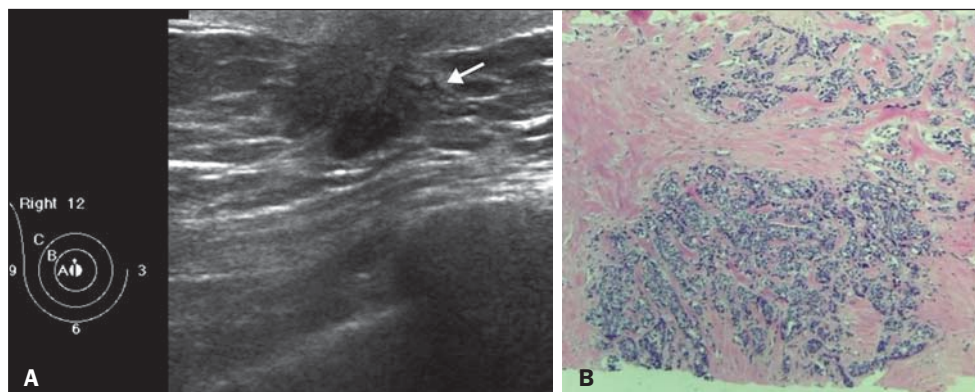
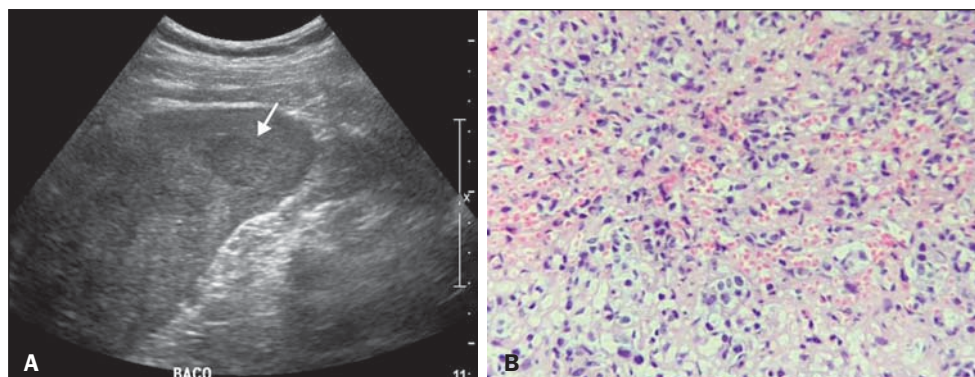


Figura 2. A: Ultrassonografia mostrando múltiplos nódulos esplênicos hipocogênicos, um deles apontado pela seta. **B:** Biópsia demonstrando infiltração esplênica pelo carcinoma mamário. Coloração hematoxilina-eosina.



o câncer de mama feminino, bem como a hormonioterapia, sendo o tamoxifeno a droga de escolha⁽³⁾.

O padrão metastático do câncer de mama masculino segue o feminino, sendo ossos, pulmão e fígado os sítios mais comuns. A metástase esplênica relacionada ao câncer de mama, conforme apresentando neste caso, é rara na literatura, havendo poucos relatos e todos relacionados a mulheres. Metástases para o baço são bastante incomuns, podem ser únicas ou múltiplas e frequentemente ocorrem num contexto de carcinoma metastático multivisceral, geralmente sem relevância clínica, sendo a esplenectomia paliativa no caso de sintomas. São detectadas incidentalmente por meio de exames de imagem para seguimento do tumor primário (melanoma é o principal) e radiologicamente indistinguíveis de lesões primárias. O significado clínico dessas metástases não está bem estabelecido na literatura. Quando isoladas, 60% são assintomáticas, entretanto, o paciente pode apresentar fadiga, esplenomegalia, entre outros sintomas. Quando solitária, não há estudos na literatura sobre a abordagem preferencial. O diagnóstico pode ser feito por biópsia percutânea, com baixas taxas de complicação (0–2%)⁽⁷⁾.

REFERÊNCIAS

1. American College of Radiology. ACR BI-RADS® Atlas, 2013. Reston, VA: American College of Radiology; 2013.

2. Oger AS, Boukerrou M, Cutuli B, et al. Male breast cancer: prognostic factors, diagnosis and treatment: a multi-institutional survey of 95 cases. *Gynecol Obstet Fertil.* 2015;43:290–6.
3. Harlan LC, Zujewski JA, Goodman MT, et al. Breast cancer in men in the United States: a population-based study of diagnosis, treatment, and survival. *Cancer.* 2010;116:3558–68.
4. Valentim MH, Monteiro V, Marques JC. Primary neuroendocrine breast carcinoma: a case report and literature review. *Radiol Bras.* 2014;47:125–7.
5. Bitencourt AGV, Lima ENP, Chojniak R, et al. Correlation between PET/CT results and histological and immunohistochemical findings in breast carcinomas. *Radiol Bras.* 2014;47:67–73.
6. Pinheiro DJPC, Elias S, Nazário ACP. Axillary lymph nodes in breast cancer patients: sonographic evaluation. *Radiol Bras.* 2014;47:240–4.
7. Compérat E, Bardier-Dupas A, Camparo P, et al. Splenic metastases: clinicopathologic presentation, differential diagnosis, and pathogenesis. *Arch Pathol Lab Med.* 2007;131:965–9.

Bruna Maria Thompson¹, Flávio Ferrarini de Oliveira Pimentel¹, Jaime Afonso Coelho Nogueira Diógenes¹, Marcelo Hajime Kohayagawa², Maria Regina Vianna²

1. Grupo Fleury/Hospital Alemão Oswaldo Cruz, São Paulo, SP, Brasil. 2. Hospital Alemão Oswaldo Cruz, São Paulo, SP, Brasil. Endereço para correspondência: Dra. Bruna Maria Thompson. Rua Afonso de Freitas, 78, ap. 71, Paraíso. São Paulo, SP, Brasil, 04006-050. E-mail: thompsonbruna@gmail.com.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2015.0109>

Corpo estranho intratorácico incomum: galho de árvore

Unusual intrathoracic foreign body: tree branch

Sr. Editor,

Paciente do sexo masculino, 46 anos de idade, deu entrada no serviço de emergência quatro horas após ter sofrido trauma na parede lateral esquerda do tórax, com penetração de um galho de

árvore, após queda de bicicleta. No momento do exame apresentava sangramento pelo orifício de entrada da lesão, queixando-se de muita dor local. Os sinais vitais eram normais. A tomografia computadorizada mostrou aspecto de laceração pulmonar no lobo superior esquerdo, com áreas de contusão pulmonar e derrame pleural homolateral. Observou-se também imagem tubular, com densidade de –136 UH, com extremidade proximal nas partes

moles da parede torácica e extremidade distal no parênquima pulmonar (Figura 1). O paciente foi operado no mesmo dia, tendo sido retirado um pedaço de galho de árvore na cavidade da ferida torácica. Foi feita também drenagem pleural, com saída de cerca de 1,5 litro de sangue misturado com coágulos. Não havia lesão vascular ou mediastinal.

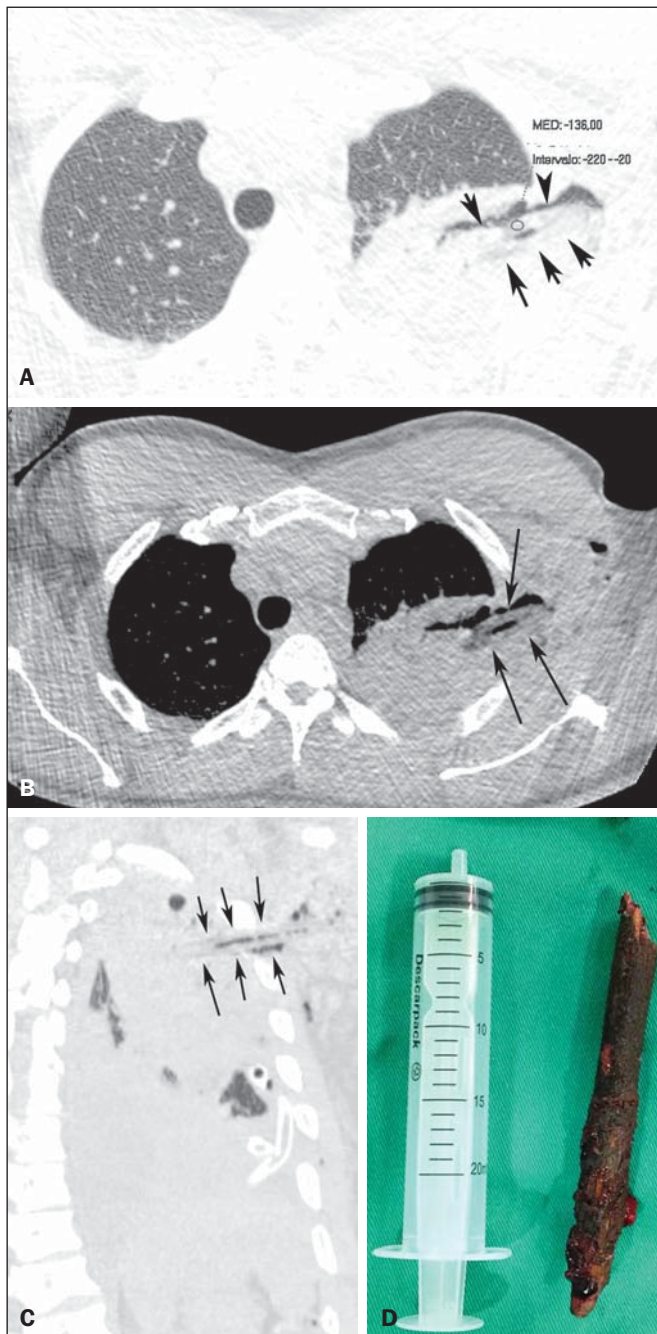


Figura 1. Tomografia computadorizada com corte axial com janela para pulmão (A), janela intermediária (B) e reconstrução oblíqua (C) mostrando corpo estranho alongado (setas) com densidade negativa (-136 UH) e faixa longitudinal de ar no seu interior. Notar também consolidação e áreas aeradas no parênquima pulmonar, que correspondem a contusão e laceração parenquimatosa. Em D, o corpo estranho removido (galho de árvore).

Corpos estranhos localizados no parênquima pulmonar compostos por madeira são raros. Eles podem penetrar no pulmão pelas feridas abertas ou lacerações na parede torácica⁽¹⁾. Quando a extremidade do corpo estranho é visível ao exame físico, o diagnóstico é simples. Contudo, às vezes o objeto não é visto externamente e a história clínica não é clara, e nestes casos o exame radiológico é fundamental para a suspeição diagnóstica. Ao contrário dos corpos estranhos radiopacos^(2,3) (metal, osso, vidro, e outros), a madeira é de difícil identificação nos exames radiológicos. Cerca de apenas 15% são identificados nas radiografias simples⁽¹⁾, e mesmo na tomografia computadorizada essa identificação pode ser bastante difícil.

A atenuação de um corpo estranho de madeira varia segundo a sua porosidade e o conteúdo de ar e de líquido no seu interstício^(1,4,5). Em geral, tem densidade negativa, pela presença de ar, e a madeira seca tem densidade menor que a madeira fresca. Além disso, diferentes tipos de madeira apresentam densidades diversas^(4,5). Em relatos da literatura, as densidades variaram de -24 a -656 UH⁽⁶⁾. No nosso paciente, a densidade média foi -136 UH. Portanto, o aspecto de imagem pode erroneamente sugerir coleções gasosas. O formato do objeto e o uso de janelas intermediárias no exame tomográfico podem fazer a diferenciação. Entretanto, corpos estranhos de madeira, encontrados anos após a sua entrada, podem sofrer deposição mineral e se tornarem hiperdensos⁽⁷⁾. É importante ressaltar que esses corpos estranhos devem ser detectados e retirados o mais breve possível, porque, pela sua porosidade e natureza orgânica, são excelente meio de cultura para microorganismos, podendo resultar em abscessos e formação de fístulas^(1,5).

Em conclusão, a identificação por imagem de corpo estranho de madeira pode ser desafiadora. O radiologista deve ter em mente que madeira frequentemente apresenta densidade negativa, podendo em alguns casos ser confundida com coleções aéreas.

REFERÊNCIAS

1. Mohamadi A, Khodabakhsh M. Retained wooden foreign body in lung parenchyma: a case report. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 2010;16:480–2.
2. Yamanari MG, Mansur MC, Kay FU, et al. Bullet embolism of pulmonary artery: a case report. *Radiol Bras.* 2014;47:128–30.
3. Avelar MS, Almeida O, Alvares BR. Mammographic artifact leading to false-positive result. *Radiol Bras.* 2015;48:198–9.
4. Yoon JH, Kim SH, Lee Y, et al. Detection of an accidentally implanted wooden foreign body using CT: case report and literature review. *Clin Imaging.* 2015;39:158–60.
5. Peterson JJ, Bancroft LW, Kransdorf MJ. Wooden foreign bodies: imaging appearance. *AJR Am J Roentgenol.* 2002;178:557–62.
6. Adesanya OO, Dawkins DM. Intraorbital wooden foreign body (IOFB): mimicking air on CT. *Emerg Radiol.* 2007;14:45–9.
7. Prabhu SM, Irodi A, George PP, et al. Missed intranasal wooden foreign bodies on computed tomography. *Indian J Radiol Imaging.* 2014;24:72–4.

Diogo Goulart Corrêa¹, Tiago Medina Salata², Luiz Sérgio Carvalho Teixeira², Rafael Silveira Borges², Edson Marchiori¹

1. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2. Hospital Casa de Portugal, 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/10.1590/0100-3984.2015.0182>