

**Paracoccidioidomicose intestinal e apendicular**

*Intestinal and appendiceal paracoccidioidomycosis*

Sr. Editor,

Paciente masculino, 20 anos, há um ano com hematoquezia e enterorragia associadas a perda ponderal. Realizada colonoscopia, que demonstrou retite inespecífica, sendo o exame histopatológico compatível com doença de Crohn. Foi iniciado tratamento, havendo remissão dos sintomas.

A medicação foi interrompida sem orientação médica após cinco meses, voltando o paciente a apresentar os mesmos sintomas iniciais após um mês, além de lesões papulares, algumas pustulosas, pelo corpo e couro cabeludo. Após cinco dias de terapia imunossupressora, houve progressão das lesões papulares e surgimento de lesões hemorrágicas na mucosa oral, intensamente dolorosas, e linfonodomegalias dolorosas em cadeias cervicais.

Transferido para o nosso hospital, a avaliação do Serviço de Dermatologia levantou a suspeita de paracoccidioidomicose (PCM), confirmada por raspado da lesão oral, sendo realizada coloração pela prata e visualizadas células em roda de leme características. A retossigmoidoscopia mostrou proctossigmoidite granulomatosa e a biópsia realizada confirmou o diagnóstico. A tomografia computadorizada (TC) de abdome identificou massa ileocecal, espessamento apendicular com realce parietal pelo meio de contraste, infiltração da gordura peritoneal adjacente, linfonodomegalias mesentéricas e retroperitoneais, espessamento parietal do reto com focos gasosos pararetais à direita, causados por fístulas, além de borramento da gordura perirretal (Figura 1).

Iniciou-se tratamento com anfotericina B, que resultou, após quatro dias, na melhora dos quadros dermatológico e algico. O acompanhamento tomográfico revelou involução dos acometimentos ileocecal, apendicular e retal.

A literatura radiológica brasileira vem, recentemente, ressaltando muito a importância dos exames de imagem no diagnóstico das afecções do aparelho digestivo<sup>(1-12)</sup>.

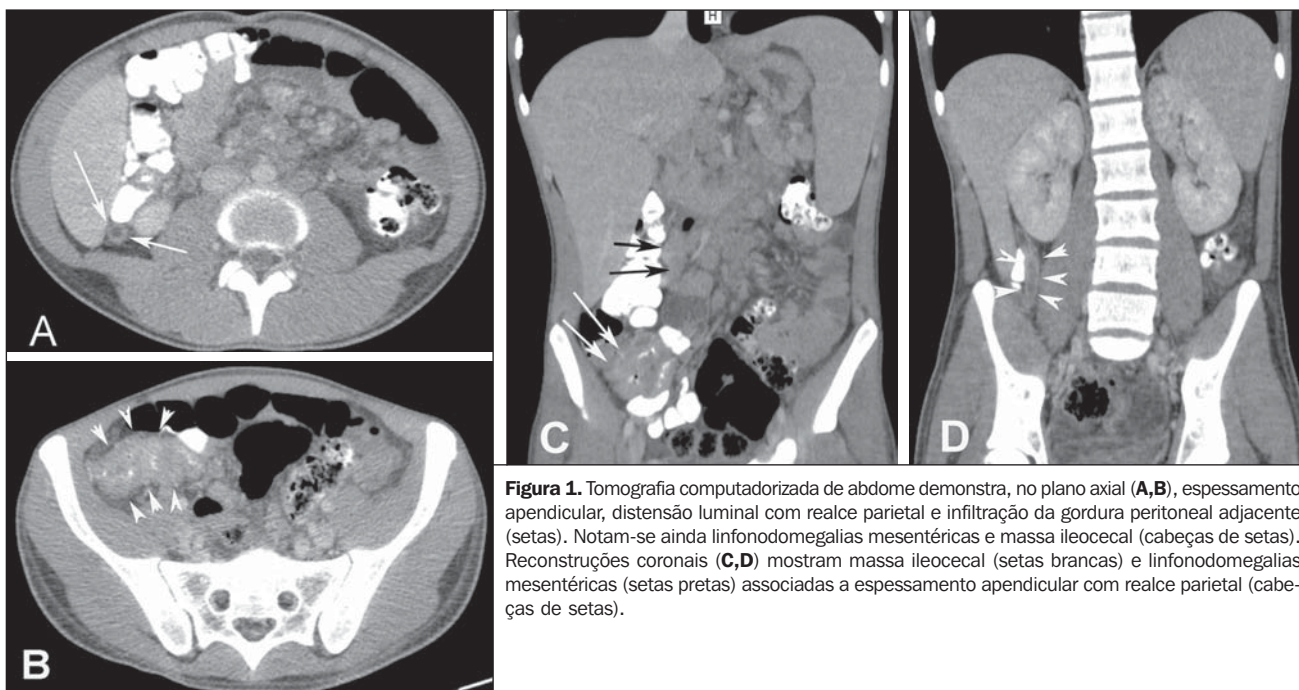
A PCM é uma micose sistêmica, endêmica em países da América Latina, causada pelo fungo termodimórfico *Paracoccidioides brasiliensis*<sup>(13)</sup>. Embora todos os segmentos do trato digestivo, da boca ao ânus, possam ser afetados pelo *P. brasiliensis*, as lesões são mais comuns nos locais mais ricos em tecido linfóide<sup>(14)</sup>, como o íleo terminal, o apêndice e o hemicólon direito<sup>(15)</sup>. Esta característica pode justificar o quadro de apendicite manifestado no presente relato. Inflamação granulomatosa do apêndice é rara e pode ser originada por uma variedade de condições, incluindo causas sistêmicas como doença de Crohn e sarcoidose, ou infecções como por *Mycobacterium tuberculosis*, *Yersinia*, parasitas e fungos<sup>(16-18)</sup>.

A apendicite ocorre principalmente pela obstrução da luz por apendicolitos, cálculos, processos infecciosos, tumores, e por hiperplasia linfóide. Quando a obstrução apendicular ocorre, a secreção mucosa continuada provavelmente leva a um crescente aumento da pressão intraluminal, o que causa colapso da drenagem venosa. A lesão isquêmica, então, favorece a proliferação bacteriana<sup>(19)</sup>. No caso ora relatado, o acometimento linfóide do órgão pelo fungo, levando a uma massa ileocecal, foi a provável causa da obstrução luminal.

Os aspectos tomográficos da apendicite aguda incluem o espessamento parietal com diâmetro superior a 6 mm, a distensão luminal, o realce parietal pelo meio de contraste e a infiltração da gordura periapendicular. Pode haver perfuração e formação de abscesso<sup>(20)</sup>. Na tomografia computadorizada de pacientes com PCM intestinal pode haver acentuado espessamento parietal ileocecal, por vezes configurando massa, associado a linfonodomegalias de aspecto conglomerado<sup>(21)</sup>.

**REFERÊNCIAS**

1. Monjardim RF, Costa DMC, Romano RFT, et al. Diagnosis of hepatic steatosis by contrast-enhanced abdominal computed tomography. *Radiol Bras.* 2013;46:134-8.
2. Hollanda ES, Torres US, Gual F, et al. Spontaneous perforation of gallbladder with intrahepatic biloma formation: sonographic signs and correlation with computed tomography. *Radiol Bras.* 2013;46:320-2.



**Figura 1.** Tomografia computadorizada de abdome demonstra, no plano axial (A,B), espessamento apendicular, distensão luminal com realce parietal e infiltração da gordura peritoneal adjacente (setas). Notam-se ainda linfonodomegalias mesentéricas e massa ileocecal (cabeças de setas). Reconstruções coronais (C,D) mostram massa ileocecal (setas brancas) e linfonodomegalias mesentéricas (setas pretas) associadas a espessamento apendicular com realce parietal (cabeças de setas).

3. Salvadori PS, Costa DMC, Romano RFT, et al. What is the real role of the equilibrium phase in abdominal computed tomography? *Radiol Bras.* 2013;46:65–70.
4. Costa DMC, Salvadori PS, Monjardim RF, et al. When the noncontrast-enhanced phase is unnecessary in abdominal computed tomography scans? A retrospective analysis of 244 cases. *Radiol Bras.* 2013;46:197–202.
5. Teixeira ACV, Torres US, Westin CEG, et al. Multidetector-row computed tomography in the preoperative diagnosis of intestinal complications caused by clinically unsuspected ingested dietary foreign bodies: a case series emphasizing the use of volume rendering techniques. *Radiol Bras.* 2013;46:346–50.
6. Kierszenbaum ML, von Atzingen AC, Tiferes DA, et al. Colonografia por tomografia computadorizada na visão do médico encaminhador: qual o seu valor segundo a visão de especialistas? *Radiol Bras.* 2014;47:135–40.
7. Francisco FAF, Araújo ALE, Oliveira Neto JA, et al. Contraste hepatobiliar: diagnóstico diferencial das lesões hepáticas focais, armadilhas e outras indicações. *Radiol Bras.* 2014;47:301–9.
8. Terceiro MG, Faria IM, Alfenas R, et al. Hérnia de Amyand com apendicite perfurada. *Radiol Bras.* 2014;47(6):xi–xiii.
9. Cunha EFC, Rocha MS, Pereira FP, et al. Necrose pancreática delimitada e outros conceitos atuais na avaliação radiológica da pancreatite aguda. *Radiol Bras.* 2014;47:165–75.
10. Kadow JS, Fingerhut CJP, Fernandes VB, et al. Peritonite encapsulante: tomografia computadorizada e correlação cirúrgica. *Radiol Bras.* 2014;47:262–4.
11. Pedrassa BC, Rocha EL, Kierszenbaum ML, et al. Tumores hepáticos incomuns: ensaio iconográfico – Parte 1. *Radiol Bras.* 2014;47:310–6.
12. Pedrassa BC, Rocha EL, Kierszenbaum ML, et al. Tumores hepáticos

- incomuns: ensaio iconográfico – Parte 2. *Radiol Bras.* 2014;47:374–9.
13. Shinakai-Yasuda MA, Telles Filho FQ, Mendes RP, et al. Consenso em paracoccidiodomicose. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2006;39:297–310.
14. Campos EP, Padovani CR, Cataneo AMJ. Paracoccidiodomicose: estudo radiológico e pulmonar de 58 casos. *Rev Inst Med Trop São Paulo.* 1991;33:267–76.
15. Costa MAB, Carvalho TN, Araújo Júnior CR, et al. Manifestações extrapulmonares da paracoccidiodomicose. *Radiol Bras.* 2005;38:45–52.
16. Tucker ON, Healy V, Jeffers M, et al. Granulomatous appendicitis. *Surgeon.* 2003;1:286–9.
17. AbdullGaffar B. Granulomatous diseases and granulomas of the appendix. *Int J Surg Pathol.* 2010;18:14–20.
18. Bronner MP. Granulomatous appendicitis and the appendix in idiopathic inflammatory bowel disease. *Semin Diagn Pathol.* 2004;21:98–107.
19. Carr NJ. The pathology of acute appendicitis. *Ann Diagn Pathol.* 2000;4:46–58.
20. Chojniak R, Vieira RAC, Lopes A, et al. Intestinal paracoccidiodomyces simulating colon cancer. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2000;33:309–12.
21. Birnbaum BA, Wilson SR. Appendicitis at the millennium. *Radiology.* 2000;215:337–48.

**Priscila Gava<sup>1</sup>, Alessandro Severo Alves de Melo<sup>1</sup>, Edson Marchiori<sup>1</sup>, Márcia Henriques de Magalhães Costa<sup>1</sup>, Eric Pereira<sup>1</sup>, Raissa Dantas Batista Rangel<sup>1</sup>**

1. Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Endereço para correspondência: Dra. Priscila Gava. Rua Vitor Meireles, 198, Condomínio Green Country, Mata Paca. Niterói, RJ, Brasil, 24322-110. E-mail: pris\_gava@hotmail.com.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2014.0035>

### Cólon biliar: um caso incomum de obstrução intestinal

*Biliary colon: an unusual case of intestinal obstruction*

Sr. Editor,

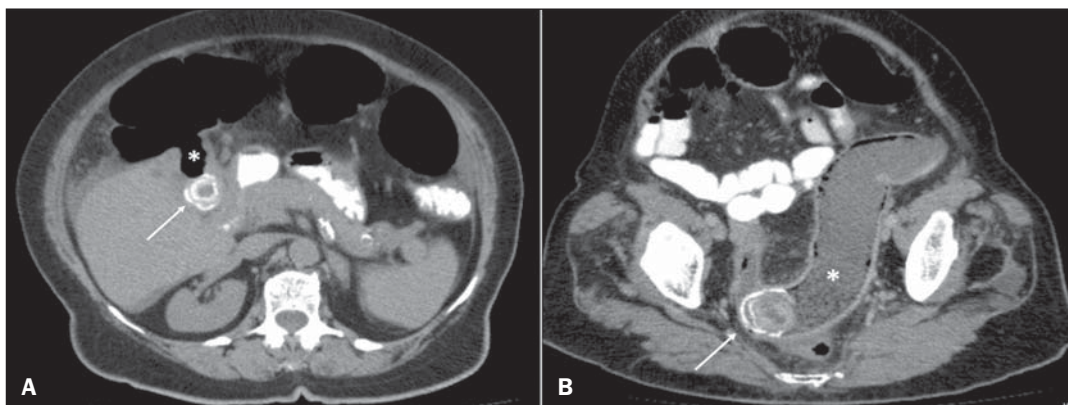
Paciente mulher, 80 anos, diabética, hipertensa e obesa, referiu início súbito de intensa dor em cólica no hipogástrio por dois dias. Adicionalmente, acompanhou-se quadro de náuseas, parada da eliminação de gases e fezes, além de distensão abdominal. Ao exame físico constataram-se aumento do volume abdominal, dor à palpação profunda do hipogástrio, timpanismo abdominal à percussão e sinais de leve desidratação. A hipótese clínica levantada foi síndrome obstrutiva.

Foram realizadas, em outro serviço, radiografias e ultrassonografia abdominal, porém inconclusivas quanto à causa. Radiografias abdominais anteroposteriores em ortostase e decúbito dorsal horizontal demonstraram quadro obstrutivo com distensão predominantemente gasosa de alças intestinais delgadas e de parte

do intestino grosso, sem sinais de pneumoperitônio. A ultrassonografia exibiu distensão gasosa sem sinais de líquido livre no momento do estudo. Com tais exames apontando para obstrução baixa sem causa definida, optou-se por realizar tomografia computadorizada (TC) do abdome para esclarecimento diagnóstico e definição de conduta terapêutica.

Pela suspeita clínica de obstrução neoplásica, a paciente foi encaminhada ao nosso serviço. Com a realização da TC estabeleceu-se o diagnóstico, e diversas técnicas de reconstrução das imagens empregadas – reconstruções multiplanares, curvas e tridimensionais (3D) – foram utilizadas para apresentar ao médico solicitante os achados de uma maneira de fácil compreensão.

A TC demonstrou amplo trajeto fistuloso comunicando a luz da vesícula biliar com a do cólon transverso e presença de cálculo residual na vesícula biliar (Figura 1A). A reconstrução curva na região do reto e do sigmoide demonstrou cálculo impactado no cólon sigmoide, obstruindo-o e causando distensão intestinal a montante por acúmulo fecal (Figura 1B). Uma reconstrução



**Figura 1. A:** Imagem de TC no plano axial mostrando cálculo na vesícula biliar (seta) e trajeto fistuloso comunicando a vesícula biliar com o intestino grosso (asterisco). **B:** Imagem de TC em reconstrução curva mostrando cálculo biliar impactado no cólon sigmoide (seta) e distensão intestinal a montante (asterisco).