

**Acalasia associada a dois divertículos epifrênicos***Achalasia associated with two epiphrenic diverticula*

Sr. Editor,

Paciente do sexo feminino, 63 anos de idade, previamente hígida, procurou o ambulatório de cirurgia geral queixando-se de disfagia para sólidos há cerca de um ano. Foi realizada seriografia esofagogastroduodenal, que mostrou acalasia e dois divertículos no esôfago distal (Figura 1). Esses achados foram documentados também em tomografia computadorizada (Figura 2) e endoscopia digestiva alta. Esta identificou uma área de esofagite em um dos divertículos, confirmada por biópsia.

Os divertículos que ocorrem nos 10 centímetros distais do esôfago, ditos epifrênicos, podem ser congênitos ou adquiridos. Os congênitos, extremamente raros, resultam da comunicação entre a luz do esôfago e um cisto de duplicação. São divertículos verdadeiros, possuindo mucosa, submucosa, muscular própria e adventícia. Os adquiridos são pseudodivertículos, formados pela herniação da mucosa e submucosa através da muscular própria. Isto decorre do aumento da pressão na luz esofágica. Por esse motivo, são ditos “de pulsão”. Existem sempre condições predisponentes, como doenças do colágeno, hérnias hiatais e, sobretudo, distúrbios da motilidade esofágica<sup>(1,2)</sup>.

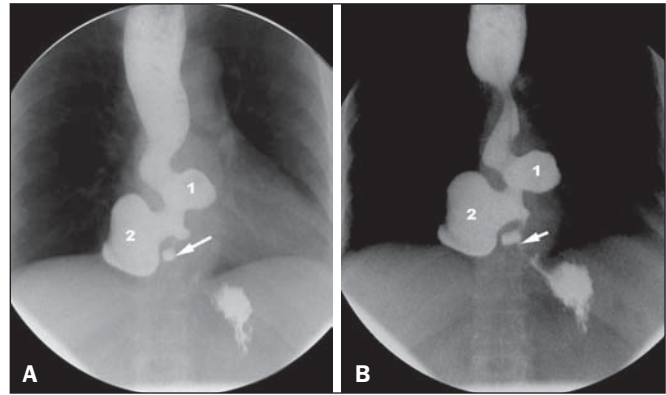
O melhor método de imagem para a abordagem inicial de distúrbios esofágicos é a seriografia esofagogastroduodenal, por ser não invasiva e demonstrar tanto a anatomia como a motilidade esofágica<sup>(1)</sup>.

A disfagia para sólidos – queixa principal da paciente – é um sintoma inespecífico, podendo ocorrer em diversas afecções esofágicas. Muitos divertículos epifrênicos são assintomáticos ou oligossintomáticos<sup>(3)</sup>. Quando presentes, os sintomas em geral decorrem dos distúrbios da peristalse. Nesta paciente, os sintomas provavelmente foram consequência da acalasia. A ocorrência de dois divertículos epifrênicos num mesmo paciente, como neste caso, é rara<sup>(1,4)</sup>.

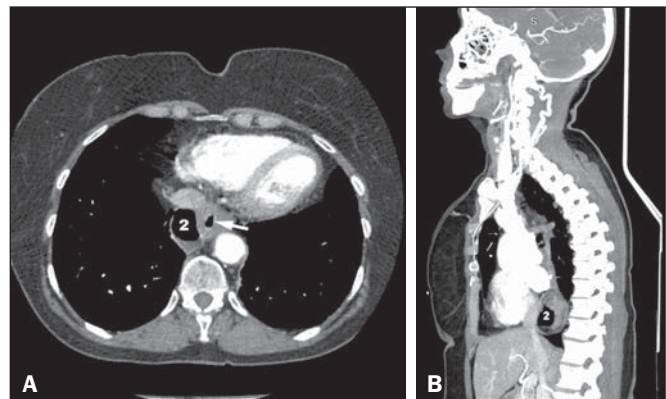
A retenção de resíduos em divertículos pode causar halitose, regurgitação, pneumonias por aspiração e esofagite<sup>(4)</sup>. Pode haver evolução para metaplasia do epitélio de revestimento, explicando o risco aumentado para desenvolvimento de câncer esofágico (0,3% a 3% dos casos). Podem também ocorrer episódios de hemorragia digestiva<sup>(3)</sup>.

**REFERÊNCIAS**

1. Bruggeman LL, Seaman WB. Epiphrenic diverticula. An analysis of 80 cases. *Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med.* 1973;119:266–76.
2. Tedesco P, Fisichella PM, Way LW, et al. Cause and treatment of epiphrenic diverticula. *Am J Surg.* 2005;190:891–4.
3. Conklin JH, Singh D, Katlic MR. Epiphrenic esophageal diverticula:



**Figura 1.** Sequências de imagens da esofagografia em ortostase mostrando redução da luz e espasmo do esôfago distal, caracterizando acalasia (setas). Imediatamente acima, observam-se dois divertículos (1 e 2). O esôfago proximal apresenta-se dilatado e com peristalse reduzida.



**Figura 2. A:** Corte axial de tomografia computadorizada, janela para mediastino, demonstrando ar no divertículo 2 e na luz do esôfago (seta). **B:** Reformatação no plano sagital demonstrando a localização posterior do divertículo 2.

spectrum of symptoms and consequences. *J Am Osteopath Assoc.* 2009; 109:543–5.

4. Fasano NC, Levine MS, Rubesin SE, et al. Epiphrenic diverticulum: clinical and radiographic findings in 27 patients. *Dysphagia.* 2003;18:9–15.

**Stéphano Santos Belisário<sup>1</sup>, Gabriel Antonio de Oliveira<sup>1</sup>, Rodrigo Stênio Moll de Souza<sup>1</sup>, Thais Julio Pacheco<sup>1</sup>, Elton Francisco Pavan Batista<sup>1</sup>**

1. Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, ES, Brasil. Endereço para correspondência. Dr. Stéphano Santos Belisário. Avenida Marechal Campos, 1355, Santos Dumont. Vitória, ES, Brasil, 29040-091. E-mail: stephanobelisario@gmail.com.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2015.0019>

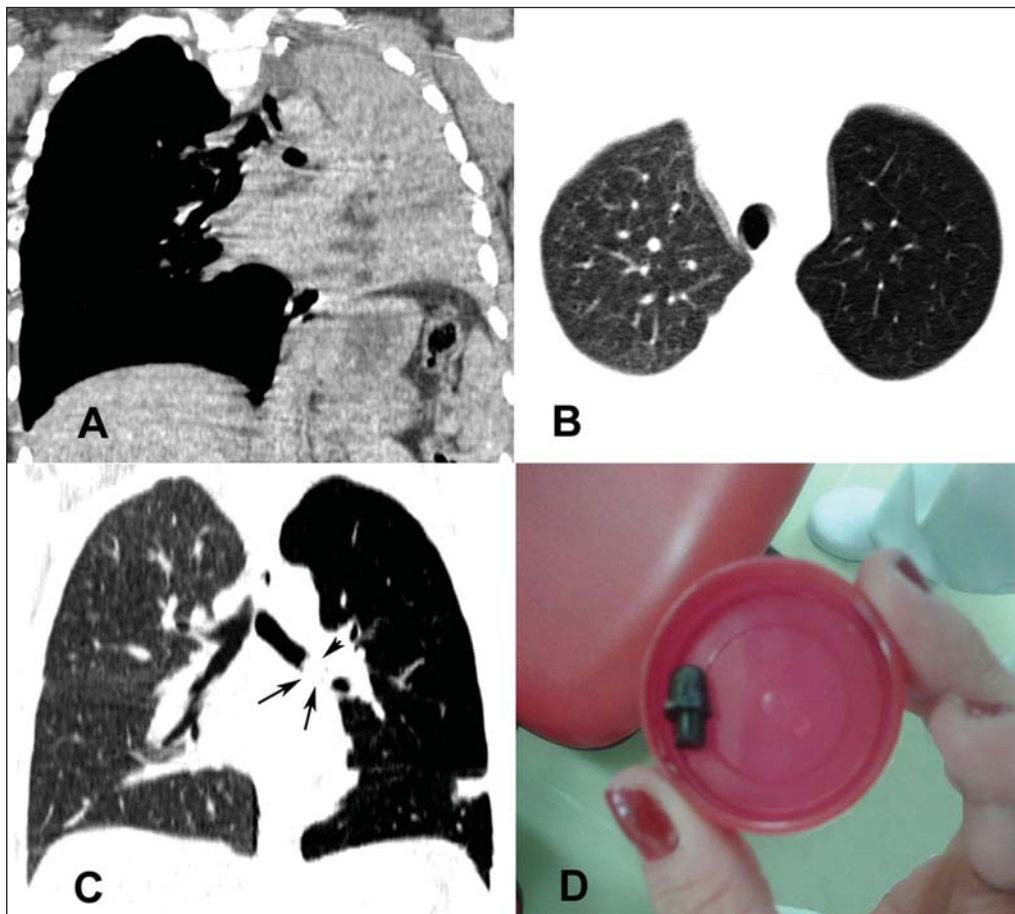
**Corpo estranho brônquico em criança: a importância do diagnóstico correto***Foreign body in the bronchus of a child: the importance of making the correct diagnosis*

Sr. Editor,

Paciente do sexo feminino, 7 anos de idade, chegou na emergência com queixas de, há 24 horas, dispnéia, febre e episódio de síncope. No exame físico foram detectados temperatura axilar de 38°C e murmúrio vesicular abolido à esquerda. O hemograma mostrou 21.000 leucócitos, com 8 bastões. Após realizar tomo-

grafia computadorizada (TC) de tórax, a paciente foi internada com diagnóstico presuntivo de pneumonia comunitária. No primeiro dia de internação apresentou queda da saturação de oxigênio, cianose e parada cardiorrespiratória, revertidas após manobras habituais de ressuscitação. Após trinta dias de cuidados intensivos e antibioticoterapia, houve melhora dos parâmetros clínicos e laboratoriais. No entanto, mantinha, na ausculta pulmonar, redução do murmúrio vesicular no hemitórax esquerdo. Diante deste achado, realizou-se nova TC de tórax.

A primeira TC de tórax mostrou atelectasia do pulmão esquerdo (Figura 1A), que foi erroneamente interpretada como



**Figura 1.** Em **A**, TC de tórax mostra atelectasia total do pulmão esquerdo. Em **B** e **C**, nova TC realizada um mês após exibe redução difusa da atenuação do pulmão esquerdo, com discreta hiperinsuflação. Nota-se também, em **C**, imagem densa no interior do brônquio principal esquerdo (setas). Em **D**, fotografia do corpo estranho removido por broncoscopia.

pneumonia. Nova TC, realizada um mês após, mostrava redução difusa do coeficiente de atenuação do parênquima do pulmão esquerdo, com hiperinsuflação (Figuras 1B e 1C). Foi sugerida a possibilidade de obstrução brônquica parcial, hipótese fortalecida pela visualização de imagem arredondada, com diâmetro de 20 mm, localizada no terço distal do brônquio principal esquerdo. A paciente foi submetida a procedimento broncoscópico, que identificou e retirou o corpo estranho, um componente plástico de caneta esferográfica (Figura 1D), recebendo alta dias depois.

A aspiração de corpo estranho (ACE) é um evento comum, com significativo potencial de morbimortalidade<sup>(1-4)</sup>. Crianças, particularmente as com menos de três anos de idade e do sexo masculino, são as vítimas mais frequentes<sup>(1,5,6)</sup>.

O diagnóstico de ACE nem sempre é fácil, pois na maior parte dos casos os pais não presenciam o acidente e a suspeita deve ser feita com base na história clínica, exame físico e métodos diagnósticos complementares<sup>(1)</sup>. De modo geral, a apresentação clínica depende de fatores como o tipo, o tamanho e a localização do corpo estranho, além da idade do paciente. Vale ressaltar que uma parcela das vítimas pode estar assintomática e sem alterações ao exame físico<sup>(1,5,6)</sup>.

A maioria dos corpos aspirados é radiotransparente, de modo que os achados de imagem no exame radiográfico são alterações secundárias à sua presença na via aérea e dependem do tamanho do corpo estranho, do local de impactação e do grau de obstrução causado<sup>(3,5)</sup>. Os principais achados radiológicos são atelectasia, aprisionamento aéreo/hiperinsuflação pulmonar, individualização do corpo estranho radiopaco e, menos frequentemente, pneumomediastino e pneumotórax<sup>(2)</sup>.

A TC é o exame de escolha para a avaliação de grande parcela das doenças pulmonares, conforme mostra a recente literatura radiológica nacional<sup>(7-12)</sup>. A TC e a broncoscopia são úteis na investigação dos quadros respiratórios persistentes, em que a ACE figura como hipótese diagnóstica. O diagnóstico de ACE deve ser precoce, pois o retardo no seu reconhecimento e tratamento pode determinar sequelas definitivas ou dano fatal. Muitos pacientes são tratados por semanas a meses para doenças respiratórias recorrentes, até que haja suspeita de ACE<sup>(1)</sup>.

Em conclusão, a presença de quadro respiratório agudo associado a atelectasia em crianças deve ser um sinalizador para a probabilidade de ACE, determinando indicação precoce de exame broncoscópico, uma vez que se trata de método tanto diagnóstico como terapêutico.

REFERÊNCIAS

1. Fraga AMA, Reis MC, Zambon MP, et al. Foreign body aspiration in children: clinical aspects, radiological aspects and bronchoscopic treatment. *J Bras Pneumol.* 2008;34:74-82.
2. Mu LC, Sun DQ, He P. Radiological diagnosis of aspirated foreign bodies in children: review of 343 cases. *J Laryngol Otol.* 1990;104:778-82.
3. Hochhegger B, Irion KL, Andrade CF, et al. Congenital lobar emphysema: the role of multislice computed tomography with virtual bronchoscopy in the differential diagnosis with bronchial foreign bodies. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2012;269:2015-6.
4. Hochhegger B, Irion KL, Zanetti G, et al. A curious case of pill aspiration. *Chest.* 2015;147:e234-5.
5. Oliveira CF, Almeida JF, Troster EJ, et al. Complications of tracheo-bronchial foreign body aspiration in children: report of 5 cases and review of the literature. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo.* 2002;57:108-11.

6. Bittencourt PFS, Camargos PAM. Aspiração de corpos estranhos. *J Pediatr (Rio J)*. 2002;78:9–18.

7. Franco RM, Guimaraes MD, Moreira BL, et al. Enhancing survival with early surgical resection of endobronchial metastasis in a follow-up of ovarian carcinoma. *Radiol Bras*. 2015;48:130.

8. Barbosa BC, Marchiori E, Zanetti GMR, et al. Catamenial pneumothorax. *Radiol Bras*. 2015;48:128–9.

9. Francisco FAF, Rodrigues RS, Barreto MM, et al. Can chest high-resolution computed tomography findings diagnose pulmonary alveolar microlithiasis? *Radiol Bras*. 2015;48:205–10.

10. Batista MN, Barreto MM, Cavaguti RF, et al. Pulmonary artery sarcoma mimicking chronic pulmonary thromboembolism. *Radiol Bras*. 2015;48:333–4.

11. Fernandes GL, Teixeira AA, Antón AGS, et al. Churg-Strauss syndrome: a case report. *Radiol Bras*. 2014;47:259–61.

12. Nishiyama KH, Falcão EAA, Kay FU, et al. Acute tracheobronchitis caused by *Aspergillus*: case report and imaging findings. *Radiol Bras*. 2014;47:317–9.

**Antonio Gabriel de Jesus Barbosa<sup>1</sup>, Diana Penha<sup>2</sup>, Gláucia Zanetti<sup>1</sup>, Edson Marchiori<sup>1</sup>**

1. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2. Heart and Chest Hospital NHS Foundation Trust, Liverpool, UK. 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/10.1590/0100-3984.2015.0169>

**Malignant uterine disease with concurrent myometrial contraction at MRI: a possible source of overstaging**

*Doença uterina maligna concomitante a contração do miométrio na RM: uma possível fonte de superestadiamento*

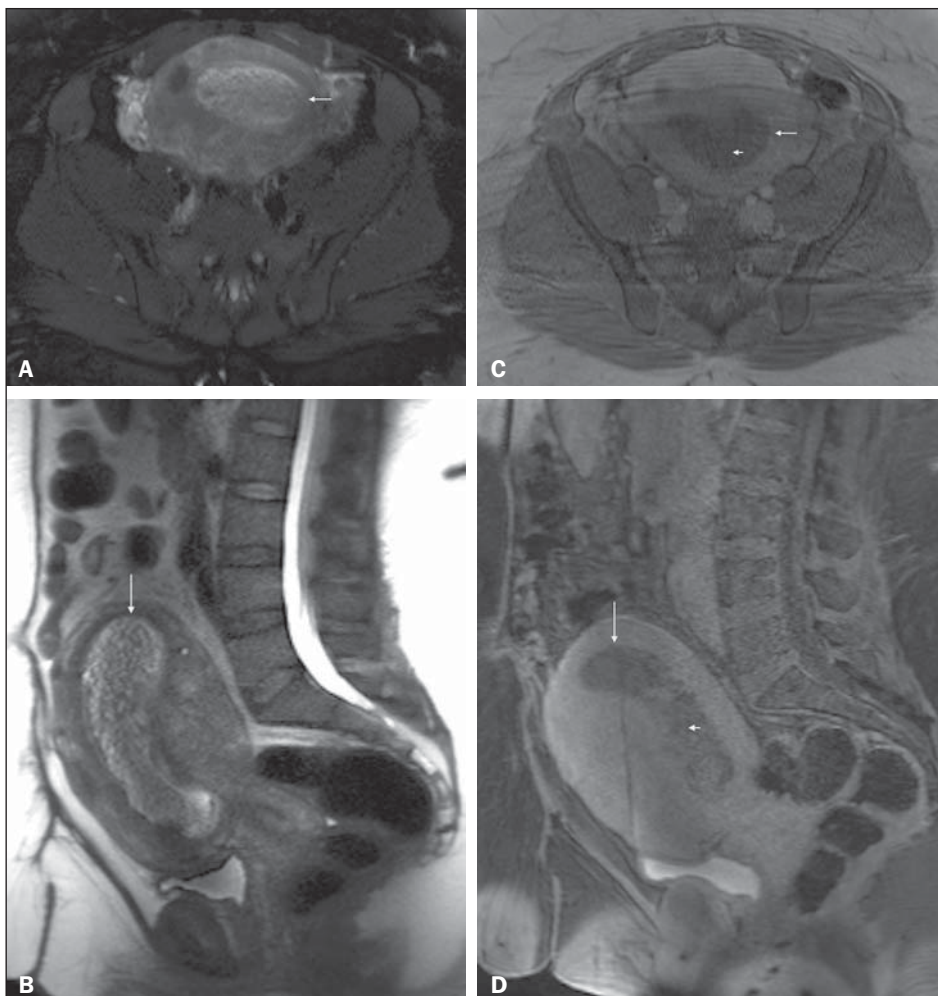
Dear Editor,

We report a case of a 41-year-old woman with lower abdominal pain and vaginal bleeding with negative ultrasound scan except for fibroids, and elevation of serum  $\beta$ -hCG (244,410 mIU/mL). Differential diagnoses included ectopic pregnancy, early pregnancy failure, very early ongoing pregnancy and molar pregnancy.

MRI showed an enlarged uterus with central heterogeneous T2 hyperintensity distending the endometrial canal, demonstrat-

ing reticular enhancement, concerning for gestational trophoblastic disease. There was also distortion of the junctional zone with broad intermediate-to-low signal on T2-weighted images. The variable appearance of myometrial thickness especially on post-contrast images, showing a homogeneous myometrium, facilitated the diagnosis of contractions (Figure 1). The patient underwent suction and curettage with a final diagnosis of complete hydatidiform mole (HM) (p57 negative).

Gestational trophoblastic disease (GTD) arise from placental trophoblastic tissue after abnormal fertilization and comprises a spectrum of disorders from the pre-malignant conditions of partial HM and complete HM to the malignant invasive mole, choriocarcinoma and the very rare placental site trophoblastic tumor<sup>(1,2)</sup>.



**Figure 1.** Pelvic MRI. Axial fat-suppressed (A) and sagittal (B) T2-weighted images, and post-contrast axial (C) and sagittal fat-suppressed (D) T1-weighted MRI images. An enlarged uterus is depicted, with a heterogeneous T2-weighted hyperintense lesion distending the endometrial canal (arrows, A-D). The lesion shows reticular enhancement on postcontrast imaging, concerning for gestational trophoblastic disease (short arrows, C and D). Note the different morphologic aspect of the anterior and posterior uterine walls between the first set of images (A and B) and those acquired later (C and D), suggesting motion in the context of contraction. These differences are more accentuated on sagittal images, showing substantial increase in thickness and bulging of the posterior myometrial wall on T2-weighted image (B), whereas this pattern is inverted and appearing on the anterior myometrial wall on late post-contrast T1-weighted images (D) (acquired with a delay of 30 minutes compared to T2-weighted images).