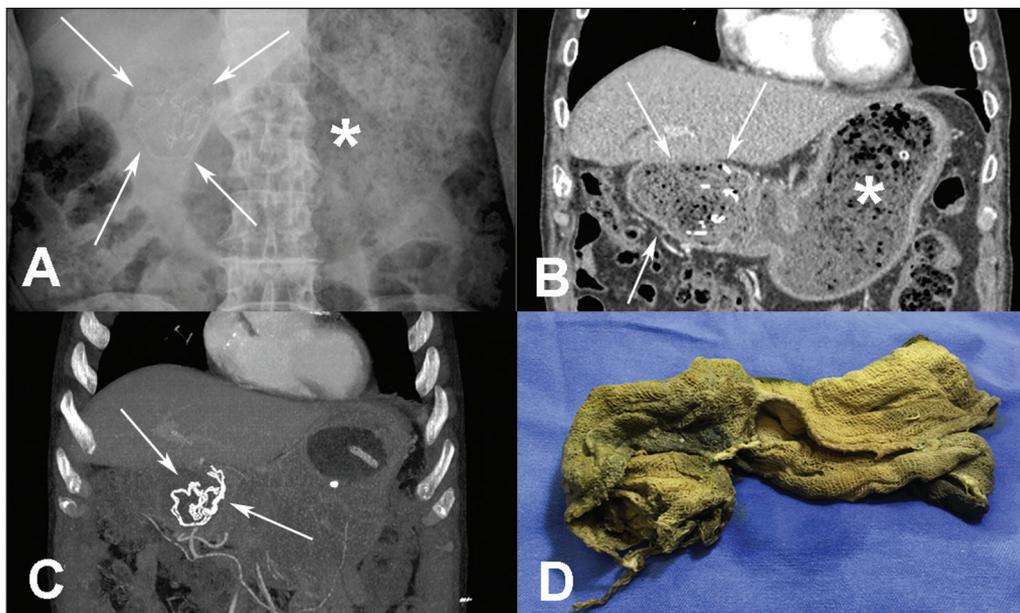


Figura 1. A: Radiografia simples de abdome (paciente em posição supina) demonstrando acentuada distensão do estômago (asterisco) e material contendo linhas hiperdensas serpiginosas localizado na região da primeira porção duodenal (setas). **B,C:** Tomografia computadorizada de abdome pós-contraste, aquisição coronal (**B**) e projeção de intensidade máxima (**C**) confirmando os achados radiográficos e caracterizando melhor a massa intraluminal duodenal (setas), heterogênea, com gás no interior e estruturas densas lineares, bem como o espessamento da parede gástrica e bulbo duodenal. **D:** Peça cirúrgica mostrando compressa (gossipiboma) com impregnação por conteúdo bilioso (coloração amarelado-esverdeada).



rios metálicos, contendo ar, com aspecto esponjiforme. O realce da borda pode ocorrer após a administração do meio de contraste, que provavelmente se deve a inflamação na parede adjacente à massa. Uma cápsula com alta densidade, com centro de baixa densidade, é encontrada na maioria dos casos e pode causar dificuldade diagnóstica entre abscessos e hematoma. A calcificação é um achado raro e é mais comum em casos de longa data⁽⁵⁾.

REFERÊNCIAS

- Miranda CLVM, Sousa CSM, Cordão NGNP, et al. Intestinal perforation: an unusual complication of barium enema. *Radiol Bras.* 2017;50:339–40.
- Pessoa FMC, Bittencourt LK, Melo ASA. Ogilvie syndrome after use of vincristine: tomographic findings. *Radiol Bras.* 2017;50:273–4.
- Niemeyer B, Correia RS, Salata TM, et al. Subcapsular splenic hematoma and spontaneous hemoperitoneum in a cocaine user. *Radiol Bras.* 2017;50:136–7.
- Naves AA, D'Ippolito G, Souza LRMF, et al. What radiologists should know about tomographic evaluation of acute diverticulitis of the colon. *Radiol Bras.* 2017;50:126–31.
- Williams M. Transduodenal migration of a retained surgical swab causing

small bowel obstruction—imaging findings in the acute setting and prior to onset of symptoms. *J Radiol Case Rep.* 2015;9:43–8.

- Lal A, Gupta P, Sinha SK. An unusual cause of intestinal obstruction in a young female. Transmural migration of gossypiboma with small bowel obstruction. *Gastroenterology.* 2015;149:e7–8.
- Rafie BA, AbuHamdan OJ, Trengganu NS. Intraluminal migration of retained surgical sponge as a cause of intestinal obstruction. *J Surg Case Rep.* 2013;(5).

Isa Félix Adorno^{1,a}, Rômulo Florêncio Tristão Santos^{1,b}, Andrea Cylena Tamura^{1,c}, Edson Marchiori^{2,d}, Thiago Franchi Nunes^{1,e}

1. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campo Grande, MS, Brasil. 2. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Correspondência: Dr. Thiago Franchi Nunes. Avenida Senador Filinto Müller, 355, Vila Ipiranga. Campo Grande, MS, Brasil, 79080-190. E-mail: thiagofranchinunes@gmail.com.

a. <https://orcid.org/0000-0002-2106-1211>; b. <https://orcid.org/0000-0002-8679-7369>; c. <https://orcid.org/0000-0002-3600-7197>; d. <https://orcid.org/0000-0001-8797-7380>; e. <https://orcid.org/0000-0003-0006-3725>.

Recebido para publicação em 26/10/2017. Aceito, após revisão, em 7/12/2017.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2017.0201>



Principais achados radiológicos no pâncreas anular

The main radiologic findings in annular pancreas

Sr. Editor,

Paciente do sexo feminino, nascida a termo, sem intercorrências. Após 12 dias de vida, foi atendida na emergência pediátrica com quadro clínico de vômitos pós-prandiais frequentes, perda de peso e irritabilidade. As eliminações fisiológicas estavam presentes, segundo relato materno. O exame físico revelou distensão abdominal. Os achados laboratoriais eram compatíveis com anemia ferropriva. A radiografia de abdome mostrou distensão gasosa do estômago e duodeno proximal, sem a presença de gás distalmente, caracterizando o típico sinal da dupla bolha (Figura 1A). Os achados foram sugestivos de obstrução duodenal. A ultrassonografia de abdome confirmou os achados da radiografia, revelando distensão do estômago e duodeno, sugerindo o diagnóstico de pâncreas anular como causa da obstrução duodenal (Figuras 1B e 1C). A paciente foi submetida a

laparotomia exploradora, na qual se confirmou o diagnóstico de obstrução duodenal por pâncreas anular (Figura 1D). O procedimento cirúrgico realizado foi duodenostomia *diamond-shaped* e a paciente apresentou boa evolução pós-operatória.

Afecções abdominais agudas são motivo de estudos recentes na literatura radiológica^(1–4). A obstrução duodenal congênita é relativamente comum durante o período neonatal e pode ser dividida em completa ou parcial, intrínseca ou extrínseca. A obstrução duodenal extrínseca apresenta muitas causas, incluindo pâncreas anular, má rotação e veia porta anterior⁽⁵⁾.

O pâncreas anular é uma malformação congênita rara, caracterizada pelo desenvolvimento de uma banda de tecido pancreático que circunda total ou parcialmente a segunda porção duodenal, determinando graus diferentes de obstrução⁽⁶⁾. Sua origem embriológica tem início entre a quinta e a sétima semana gestacional, quando os dois brotos pancreáticos, dorsal e ventral, acompanham o processo de rotação intestinal^(6,7). Nesse período o duodeno sofre uma rotação da esquerda para a direita, normalmente acompanhada pelo broto pancreático ventral, que

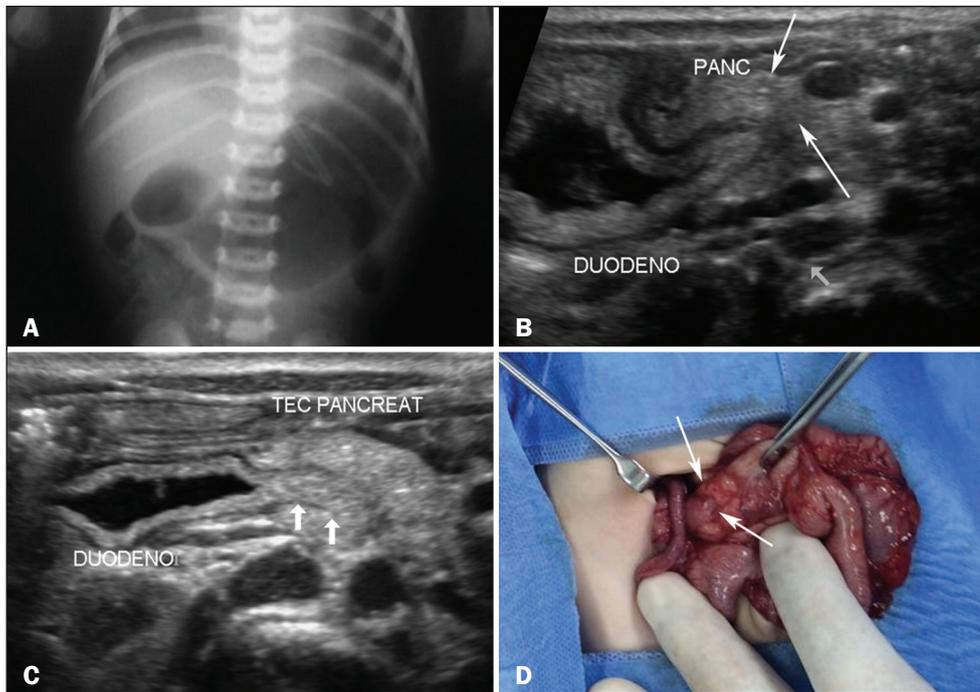


Figura 1. **A:** Radiografia do abdome mostrando distensão gasosa no estômago e duodeno, com pobreza de gás distalmente, caracterizando o sinal da “dupla bolha”. **B,C:** Ultrassonografia do abdome demonstrando o tecido pancreático (cabeças de setas em **B**) envolvendo parcialmente o duodeno (setas em **C**). **D:** Fotografia obtida durante laparotomia confirmando a presença do tecido pancreático (setas) envolvendo o duodeno.

migra posterior e inferiormente, fundindo-se à porção mais caudal da cabeça pancreática e ao processo uncinado, enquanto o broto dorsal se desenvolverá em corpo e cauda do pâncreas⁽⁶⁾. O pâncreas anular deve-se a uma falha da rotação do broto ventral, resultando no encarceramento do duodeno⁽⁷⁾. Em geral, o pâncreas anular é sintomático nas crianças, especialmente no período neonatal⁽⁵⁾, e os principais sintomas são os vômitos biliosos e a distensão abdominal⁽⁶⁾. Nos adultos, usualmente os pacientes são assintomáticos, sendo descoberto acidentalmente^(5,8).

Na radiografia de abdome observa-se o sinal da “dupla bolha”, indicativo de obstrução duodenal. A ultrassonografia é o primeiro exame na investigação de dor abdominal em crianças e revela duodeno distendido por líquido, podendo identificar a segunda porção duodenal encarcerada pelo tecido pancreático. Na tomografia computadorizada o tecido pancreático também pode ser visto envolvendo o duodeno⁽⁹⁾. Em geral, também são realizados exames endoscópicos, mas deve-se ter em mente que ainda que a associação de achados radiológicos e endoscópicos sugira a presença de pâncreas anular, o diagnóstico definitivo só é firmado durante a intervenção cirúrgica. A realização de uma laparotomia em paciente com sintomas obstrutivos, com identificação de uma banda de tecido pancreático que circunda a segunda porção do duodeno, reforça a hipótese diagnóstica confirmada com o exame da peça ressecada⁽⁶⁾.

REFERÊNCIAS

1. Miranda CLVM, Sousa CSM, Cordão NGNP, et al. Intestinal perforation: an unusual complication of barium enema. *Radiol Bras.* 2017;50:339–40.

2. Pessoa FMC, Bittencourt LK, Melo ASA. Ogilvie syndrome after use of vincristine: tomographic findings. *Radiol Bras.* 2017;50:273–4.
 3. Niemeyer B, Correia RS, Salata TM, et al. Subcapsular splenic hematoma and spontaneous hemoperitoneum in a cocaine user. *Radiol Bras.* 2017;50:136–7.
 4. Queiroz RM, Sampaio FDC, Marques PE, et al. Pylephlebitis and septic thrombosis of the inferior mesenteric vein secondary to diverticulitis. *Radiol Bras.* 2018;51:336–7.
 5. Yigiter M, Yildiz A, Firinci B, et al. Annular pancreas in children: a decade of experience. *Eurasian J Med.* 2010;42:116–9.
 6. Schmidt MK, Osvaldt AB, Fraga JCS, et al. Pâncreas anular – ressecção pancreática ou derivação duodenal. *Rev Assoc Med Bras.* 2004;50:74–8.
 7. Sandrasegaran K, Patel A, Fogel EL, et al. Annular pancreas in adults. *AJR Am J Roentgenol.* 2009;193:455–60.
 8. Türkvatan A, Erden A, Türkoğlu MA, et al. Congenital variants and anomalies of the pancreas and pancreatic duct: imaging by magnetic resonance cholangiopancreatography and multidetector computed tomography. *Korean J Radiol.* 2013;14:905–13.
 9. Nijs E, Callahan MJ, Taylor GA. Disorders of the pediatric pancreas: imaging features. *Pediatr Radiol.* 2005;35:358–73.

Elazir B. M. Di Piglia^{1,a}, Claudia Renata R. Penna^{1,b}, Jeferson Tobias^{1,c}, Desirée Oliveira^{1,d}, Edson Marchiori^{1,e}

1. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
 a. <https://orcid.org/0000-0003-3683-697X>; b. <https://orcid.org/0000-0002-9696-0449>;
 c. <https://orcid.org/0000-0001-8010-5846>; d. <https://orcid.org/0000-0003-0444-6539>;
 e. <https://orcid.org/0000-0001-8797-7380>.

Correspondência: Dr. Edson Marchiori. Rua Thomaz Cameron, 438, Valparaíso, Petrópolis, RJ, Brasil, 25685-120. E-mail: edmarchiori@gmail.com.

Recebido para publicação em 22/10/2017. Aceito, após revisão, em 28/11/2017.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2017.0196>



Cutis verticis gyrata primária essencial

Primary essential cutis verticis gyrata

Sr. Editor,

Mulher, 53 anos, admitida na unidade de pronto-atendimento com quadro de febre não aferida e cefaleia holocraniana há três dias. Negou intervenções cirúrgicas prévias. Ao exame

físico apresentava-se em regular estado geral, com tumor de aspecto cerebroides, rico em sulcos, localizado na região parietal direita, sem secreções (Figura 1A). Tomografia computadorizada de crânio mostrou espessamento cutâneo parietal, temporal e occipital à direita, com microcalcificações difusas, determinando aspecto giriforme. Calota craniana e parênquima cerebral preservados (Figura 1B). A reconstrução tridimensional mostrou