

outro propósito. Os sintomas, quando presentes, correspondem a palpitações, dispneia e síncope⁽¹¹⁾. O prognóstico da degeneração caseosa do anel mitral é bom, principalmente em pacientes assintomáticos; entretanto, alguns pacientes podem desenvolver disfunção valvar grave sintomática e nestes casos o prognóstico é ruim e a cirurgia deve ser considerada^(9,12).

Na TCC observa-se massa hiperdensa em forma de crescente ou massa oval bem definida com calcificação periférica, geralmente ao longo do anel mitral posterior, que não realça após administração de contraste⁽¹³⁾. A heterogeneidade do conteúdo da massa é confirmada pela variação de densidade, que pode ser desde unidades Hounsfield negativas, sugerindo degeneração gordurosa, até unidades Hounsfield elevadas, sugerindo o alto teor proteico e calcificação estrutural⁽¹⁴⁾. A hipodensidade central é secundária a liquefação do cálcio que preenche o centro da massa^(11,13,15).

Neste contexto, pode-se concluir que a TCC auxilia na confirmação diagnóstica, permite avaliar o grau de estenose da valva mitral e oferece medidas para a melhor estratégia terapêutica, principalmente na programação de implante transcaterter ou percutâneo transapical de valva mitral, sendo por isso considerada excelente ferramenta neste diagnóstico.

REFERÊNCIAS

1. Neves PO, Andrade J, Monção H. Coronary anomalies: what the radiologist should know. *Radiol Bras.* 2015;48:233–41.
2. Araújo Neto CA, Oliveira Andrade AC, Badaró R. Intima-media complex in the investigation of atherosclerosis in HIV-infected patients [Letter]. *Radiol Bras* 2014;47(1):x.
3. Brasileiro Junior VL, Luna AHB, Sales MAO, et al. Reliability of digital panoramic radiography in the diagnosis of carotid artery calcifications. *Radiol Bras.* 2014;47:28–32.
4. Ramos SMO, Glavam AP, Kubo TTA, et al. Optimization of a protocol for myocardial perfusion scintigraphy by using an anthropomorphic phantom. *Radiol Bras.* 2014;47:217–22.
5. Barranhas AD, Santos AASMD, Coelho-Filho OR, et al. Cardiac magnetic resonance imaging in clinical practice. *Radiol Bras.* 2014;47:1–8.

6. Stamou SC, Braverman AC, Kouchoukos NT. Caseous calcification of the anterior mitral valve annulus presenting as intracardiac mass. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2010;140:e9–e10.
7. França LA, Rodrigues ACT, Vieira MLC, et al. Calcificação caseosa do anel mitral: relato de caso. *Einstein.* 2013;11:370–2.
8. Sequeira A, Morris L, Patel, B, et al. Calcific mitral stenosis in the hemodialysis patient. *Hemodial Int.* 2014;18:212–4.
9. Mozenska O, Sypula S, Celinska-Spoder M, et al. Mitral annulus caseous calcification mimicking cardiac mass in asymptomatic patient – multimodality imaging approach to incidental echocardiographic finding. *Pol J Radiol.* 2014;79:88–90.
10. Stone E, Cohn D, Deal C, et al. Calcific atrial mass in end-stage renal failure. *Nephrol Dial Transplant.* 1997;12:807–10.
11. Elgendy IY, Conti CR. Caseous calcification of the mitral annulus: a review. *Clin Cardiol.* 2013;36:E27–31.
12. Mallat N, Limeme M, Zaghouni H, et al. Caseous calcification of the mitral annulus on MDCT: a rare intracardiac mass. *Acta Radiol Short Rep.* 2013;2:2047981613502177.
13. Vanovermeire OM, Duerinckx AJ, Duncan DA, et al. Caseous calcification of the mitral annulus imaged with 64-slice multidetector CT and magnetic resonance imaging. *Int J Cardiovasc Imaging.* 2006;22:553–9.
14. Harpaz D, Auerbach I, Vered Z, et al. Caseous calcification of the mitral annulus: a neglected, unrecognized diagnosis. *J Am Soc Echocardiogr.* 2001;14:825–31.
15. Ribeiro S, Salgado A, Salomé N, et al. Caseous calcification of the mitral annulus: a multi-modality imaging perspective. *Rev Port Cardiol.* 2012; 31:313–6.

Fernanda Boldrini Assunção¹, Diogo Costa Leandro de Oliveira¹, Alair Augusto Sarmet Moreira Damas dos Santos², Marcelo Souto Nacif²

1. Complexo Hospitalar de Niterói (CHN), Niterói, RJ, Brasil. 2. Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ, Brasil. Endereço para correspondência: Dra. Fernanda Boldrini Assunção. Hospital Universitário Antonio Pedro – Radiologia. Rua Marquês do Paraná, 303, 2º andar, Centro, Niterói, RJ, Brasil, 24030-900. E-mail: fernandabassuncao@gmail.com.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2015.0096>

Anomalia do arco aórtico em paciente adulto: um caso de arco aórtico à direita com artéria subclávia esquerda aberrante e divertículo de Kommerell

Aortic arch anomaly in an adult patient: a case of right aortic arch with aberrant left subclavian artery and Kommerell's diverticulum

Sr. Editor,

Homem de 54 anos com sintomas vagos de desconforto à deglutição submetido a ressonância magnética do tórax. O exame demonstrou arco aórtico direito com artéria subclávia esquerda aberrante e divertículo de Kommerell (Figuras 1 e 2).

Doenças torácicas de origem vascular têm sido motivo de uma série de recentes publicações na literatura radiológica brasileira^(1–5). Defeito congênito incomum, presente em 0,05% da população, de causa desconhecida, primeiramente descrito por Fioratti e Aglietti, o arco aórtico à direita frequentemente é assintomático, porém, pode estar relacionado com disfagia e com complicações decorrentes de uma formação de aspecto aneurismático. Isto, em geral, ocorre na origem da artéria subclávia esquerda e é conhecido como aneurisma de Kommerell ou divertículo de Kommerell, o qual pode ocasionar compressão de estruturas mediastinais e/ou romper espontaneamente^(6–13). Em crianças, os sintomas podem estar relacionados também com possíveis anomalias cardíacas congênicas existentes⁽⁷⁾.

Diversas classificações foram propostas, entretanto, a mais utilizada é a classificação de Edwards, que descreveu três tipos

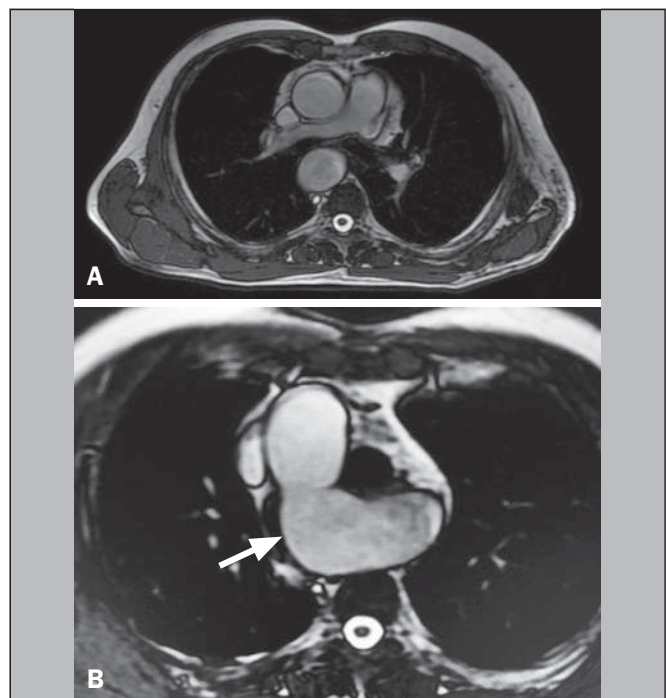


Figura 1. A,B: Ressonância magnética, plano axial, ponderada em T2 spin eco mostrando arco aórtico à direita (seta).



Figura 2. Ressonância magnética, plano coronal, ponderada em T2 spin eco demonstrando divertículo de Kommerell (seta).

principais de arco aórtico à direita: tipo I – com os ramos das grandes artérias formando imagem em espelho; tipo II – com uma artéria subclávia aberrante; e o tipo III – com artéria subclávia isolada, quando a artéria subclávia está conectada com a artéria pulmonar por meio do *ductus arteriosus*⁽⁸⁾. No caso aqui apresentado, a variante é classificada como do tipo II de Edwards, a qual representa, aproximadamente, 40% de todos os casos de arco aórtico à direita⁽⁷⁾.

Em um estudo de autópsias, citado por Fauz et al.⁽⁷⁾, 50% dos casos de arco aórtico à direita foram associados com artéria subclávia esquerda aberrante, a qual pode estar localizada atrás do esôfago (80%), entre a traqueia e o esôfago (15%) ou anteriormente à traqueia (5%). A associação com anomalias cardíacas congênicas pode ocorrer em alguns casos^(7,9,10).

O tratamento, em geral, é cirúrgico e bastante complexo. Os exames de imagem pré-operatórios são extremamente importantes para o planejamento da cirurgia, que depende da distribuição anatômica das estruturas locais, do tamanho e da extensão do

aneurisma. O acompanhamento ambulatorial pode ser uma opção, porém, o reparo endovascular tem sido feito com sucesso^(7,11).

O critério de intervenção ainda é motivo de debate. Geralmente se aceita a intervenção cirúrgica nos casos em que o diâmetro do orifício do divertículo excede mais de 30 mm e/ou o diâmetro da aorta descendente adjacente ao divertículo excede mais de 50 mm⁽¹¹⁾.

REFERÊNCIAS

1. Neves PO, Andrade J, Monção H. Coronary anomalies: what the radiologist should know. *Radiol Bras.* 2015;48:233–41.
2. Herrero Lara JA, de Araújo Martins-Romão D, Caparrós Escudero C, et al. Hybrid treatment of penetrating aortic ulcer. *Radiol Bras.* 2015;48:192–4.
3. Batista MN, Barreto MM, Cavaguti RF, et al. Pulmonary artery sarcoma mimicking chronic pulmonary thromboembolism [Letter]. *Radiol Bras.* 2015;48:333–4.
4. Amaral RH, Souza VVS, Nin CS, et al. Aortic lesion simulating pulmonary disease: a case report. *Radiol Bras.* 2014;47:320–2.
5. Araújo Neto CA, Andrade ACO, Badaró R. Intima-media complex in the investigation of atherosclerosis in HIV-infected patients [Letter]. *Radiol Bras.* 2014;47(1):x.
6. Sprong DH, Cutler NL. A case of human right aorta. *Anat Rec.* 1930;45:365–75.
7. Fauz RA, Furlan S, Barros AS, et al. Arco aórtico direito com artéria subclávia esquerda aberrante e divertículo de Kommerell. *Radiol Bras.* 2005;38:381–4.
8. Edwards JE. Anomalies of the derivatives of the aortic arch system. *Med Clin North Am.* 1948;32:925–49.
9. Costa RN, Andrade IS, Reyes RO, et al. Arco aórtico direito com divertículo de Kommerell. *Rev Bras Cardiol Invas.* 2009;17:279–80.
10. Kimura-Hayama ET, Meléndez G, Mendizábal AL, et al. Uncommon congenital and acquired aortic diseases: role of multidetector CT angiography. *Radiographics.* 2010;30:79–98.
11. Tanaka A, Milner R, Ota T. Kommerell's diverticulum in the current era: a comprehensive review. *Gen Thorac Cardiovasc Surg.* 2015;63:245–59.
12. Barranhas AD, Indiani JM, Marchiori E, et al. Atypical presentation of Kommerell's diverticulum. *Arq Bras Cardiol.* 2009;93:e88–90, e101–3.
13. Barranhas AD, Santos AASMD, Coelho-Filho OR, et al. Cardiac magnetic resonance imaging in clinical practice. *Radiol Bras.* 2014;47:1–8.

Alexandre Ferreira Silva¹, José Antônio dos Santos²

1. Ecotomo S/C Ltda., Belém, PA, Brasil. 2. Dimagem – Diagnóstico por Imagem, Belém, PA, Brasil. Endereço para correspondência: Dr. Alexandre Ferreira Silva. Rua Bernal do Couto, 93/1202, Umarizal. Belém, PA, Brasil, 06055-080. E-mail: alexandreecotomo@oi.com.br.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2015.0087>

Doença de Rosai-Dorfman acometendo fossas nasais e seios paranasais

Rosai-Dorfman disease affecting the nasal cavities and paranasal sinuses

Sr. Editor,

Paciente masculino, 17 anos, apresentou-se com queixas de obstrução nasal, astenia e episódios febris nos últimos três meses. Ao exame físico apresentava linfonodomegalias cervicais e axilares bilaterais e indolores à palpação. Exames laboratoriais revelaram discreta leucocitose e aumento da PCR e VHS. VDRL, monoteste, anti-HIV, sorologias para toxoplasmose e citomegalovírus foram negativas. Tomografia computadorizada (TC) de seios da face mostrou múltiplas imagens arredondadas, de aspecto polipoide, homogêneas, hipodensas, que reduziam a amplitude das

fossas nasais, além de velamento das células etmoidais e seios esfenoidais, sem evidência de erosão óssea (Figura 1). Biópsia de linfonodo cervical e de lesões nasais foi negativa para neoplasia e bacilos álcool-ácido resistentes, observando-se infiltrado linfoplasmocitário difuso, histiócitos espumantes e emperipolose. Imuno-histoquímica demonstrou positividade para S-100 e CD68 e negatividade para CD1a. Foi feito o diagnóstico de doença de Rosai-Dorfman e iniciou-se corticoterapia, havendo melhora lenta e progressiva do quadro.

A literatura radiológica brasileira vem, recentemente, ressaltando a importância dos exames de TC e ressonância magnética (RM) no aprimoramento do diagnóstico das lesões da cabeça e do pescoço^(1–5). A doença de Rosai-Dorfman, também conhecida como histiocitose sinusal com linfonodopatia maciça, consiste numa condição linfoproliferativa rara, benigna, na maioria dos