

A ruptura de um endometrioma é evento raro, com incidência estimada inferior a 3% para mulheres em idade fértil sabidamente portadoras de endometriomas⁽⁵⁾. Essa situação ocorre mais frequentemente durante a gravidez, em função da estimulação hormonal de elementos estromais endometriais⁽²⁾ e em lesões de maiores dimensões ($\geq 6,0$ cm)⁽⁶⁾.

O aspecto de imagem é de lesão cística ovariana com conteúdo heterogêneo, contornos irregulares e descontinuidade parietal, em associação a hemoperitônio, que pode ser visto como conteúdo líquido heterogêneo na US e como coleção com hipersinal em imagens ponderadas em T1 na RM. No cenário de emergência, sua apresentação pode mimetizar outras condições ginecológicas agudas, como cistos de corpo lúteo, gestação ectópica e até mesmo hemoperitônio espontâneo^(7,8). Além disso, a ruptura de endometriomas pode elevar significativamente os níveis séricos de CA-125, mimetizando também neoplasias epiteliais ovarianas⁽⁹⁾. No entanto, história e/ou exames prévios demonstrando endometriomas ou estes associados a conteúdo hemático peritoneal nos estudo de imagem de emergência devem nos lembrar da possibilidade de ruptura espontânea.

A importância do diagnóstico pré-operatório é auxiliar na decisão do tratamento. Em primeiro lugar, embora alguns casos mais brandos possam ser manejados de forma conservadora, existe uma tendência de exploração cirúrgica precoce, tendo em vista efeitos indesejáveis a longo prazo do fluido endometriótico na cavidade peritoneal, como aderências, dor pélvica e infertilidade⁽⁶⁾. Em segundo lugar, o diagnóstico presuntivo de endometrioma roto, em detrimento a neoplasias ovarianas, auxilia a decisão do cirurgião para exploração laparoscópica com maior segurança.

REFERÊNCIAS

1. Siegelman ES, Oliver ER. MR imaging of endometriosis: ten imaging pearls. *Radiographics*. 2012;32:1675–91.
2. Chamié LP, Blasbalg R, Pereira RM, et al. Findings of pelvic endometriosis at transvaginal US, MR imaging, and laparoscopy. *Radiographics*. 2011;31:E77–100.
3. Bastos BB, Fonseca EKUN, Yamauchi FI, et al. Chocolate cyst with ground glass appearance in endometriomas. *Abdom Radiol (NY)*. 2017;42:2957–8.
4. Togashi K, Nishimura K, Kimura I, et al. Endometrial cysts: diagnosis with MR imaging. *Radiology*. 1991;180:73–8.
5. Evangelinakis N, Grammatikakis I, Salamalekis G, et al. Prevalence of acute hemoperitoneum in patients with endometriotic ovarian cysts: a 7-year retrospective study. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2009;36:254–5.
6. Huang YH, Hsieh CL, Shiao CS, et al. Suitable timing of surgical intervention for ruptured ovarian endometrioma. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2014;53:220–3.
7. Lucey BC, Varghese JC, Anderson SW, et al. Spontaneous hemoperitoneum: a bloody mess. *Emerg Radiol*. 2007;14:65–75.
8. Brown DL, Dudiak KM, Laing FC, et al. Adnexal masses: US characterization and reporting. *Radiology*. 2010;254:342–54.
9. Rani AK, Kapoor D. Ruptured ovarian endometrioma with an extreme rise in serum CA 125 level – a case report: ovarian endometrioma with very high CA-125 level. *Gynecol Oncol Case Rep*. 2012;2:100–1.

Eduardo Kaiser U. N. Fonseca^{1,a}, Bruna Bringel Bastos^{1,b}, Fernando Ide Yamauchi^{1,c}, Ronaldo Hueb Baroni^{1,d}

1. Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil.

Correspondência: Dr. Fernando Ide Yamauchi. Hospital Israelita Albert Einstein – Departamento de Imagem. Avenida Albert Einstein, 627, Jardim Leonor. São Paulo, SP, Brasil, 05652-900. E-mail: fernando.yamauchi@einstein.br.

a. <https://orcid.org/0000-0002-0233-0041>; b. <https://orcid.org/0000-0001-9875-8458>; c. <https://orcid.org/0000-0002-4633-3711>; d. <https://orcid.org/0000-0001-8762-0875>.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2017.0092>



Meningioma intraósseo primário: apresentação atípica de um tumor comum

Primary intraosseous meningioma: atypical presentation of a common tumor

Sr Editor,

Mulher, 41 anos, apresentando aumento da face e déficit visual à esquerda, de aspecto progressivo, há cerca de um ano. Tomografia computadorizada (TC) de crânio mostrou lesão expansiva e esclerótica na parede lateral/superior da órbita esquerda,

estendendo-se ao canal óptico e reduzindo sua amplitude (Figura 1A). Ressonância magnética (RM) demonstrou lesão hipointensa em T1 e T2, sem captação significativa do meio de contraste, associada a discreto espessamento captante de contraste da paquimeninge adjacente, os quais provocavam compressão do nervo óptico esquerdo (Figuras 1B, 1C e 1D). Estudo histopatológico confirmou o diagnóstico de meningioma intraósseo.

A literatura radiológica brasileira vem, recentemente, ressaltando a importância dos exames de imagem no aprimoramento do diagnóstico do sistema nervoso central^(1–3). O meningioma é o

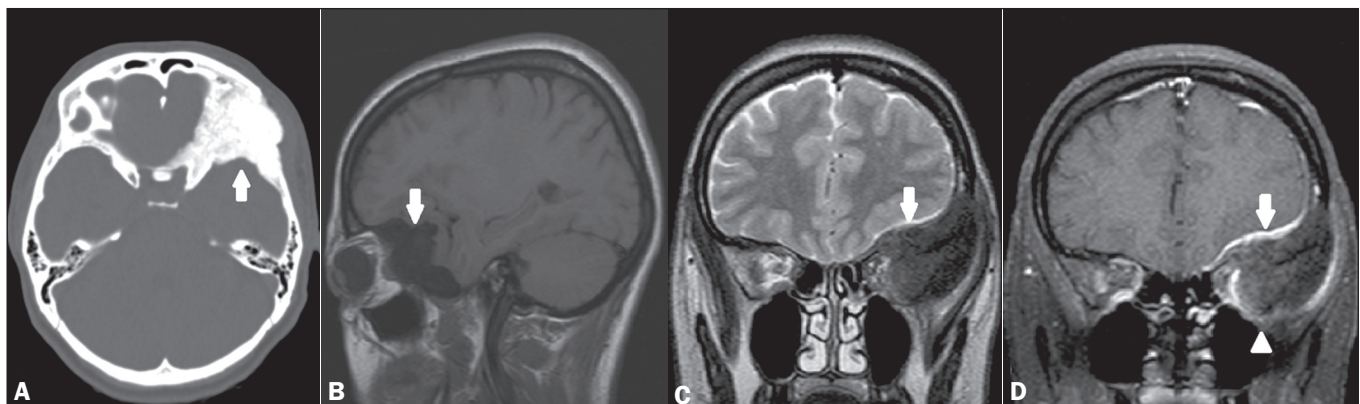


Figura 1. A: TC, corte axial, janela óssea, demonstrando lesão expansiva, osteoblástica, acometendo a parede lateral/superior da órbita esquerda (seta). B: RM, T1 sem contraste, corte sagital, demonstrando a hipointensidade da lesão em T1 (seta). C: RM, T2, corte coronal, mostrando o baixo sinal da lesão em T2 (seta). Notar ainda o efeito compressivo e deslocamento das estruturas intraorbitárias, inclusive do nervo óptico. D: RM, T1 pós-contraste, corte coronal, mostrando que a lesão não possui captação significativa pelo meio de contraste (cabeça de seta), observando-se apenas discreta captação na dura-máter subjacente ao tumor (seta).

tumor primário intracraniano mais comum, representando cerca de 14–20% dos casos. Na grande maioria são lesões intradurais, e apenas 1–2% são extradurais⁽⁴⁾. Os meningiomas extradurais acometem a calvária em 68% dos casos, comprometendo principalmente os ossos frontal e parietal, assim como a região da órbita, sendo empregada a designação meningioma intraósseo primário (MIP) nesses casos^(5–7). Outros locais comuns de acometimento extradural são tecido subcutâneo, seios paranasais, espaços parafaríngeos e, raramente, pulmões e adrenais^(5,6). Ao contrário dos meningiomas intradurais típicos, que acometem preferencialmente pacientes do sexo feminino na sexta e sétima décadas de vida e comumente apresentam comportamento benigno, os MIPs não têm predileção por sexo, possuem pico de incidência em pacientes na segunda década de vida e estão mais relacionados com degenerações malignas⁽⁶⁾.

Na TC, a maioria dos MIPs apresenta-se como lesão óssea expansiva e osteoblástica (65%), podendo haver destruição cortical⁽⁶⁾. Na RM, comumente são hipointensos em T1 e T2 e geralmente não possuem realce significativo pelo meio de contraste, semelhante ao caso relatado⁽⁵⁾. Porém, mais raramente, quando o MIP se apresenta como lesão osteolítica na TC, a RM pode mostrar hipointensidade em T1 e hiperintensidade em T2, com realce pelo meio de contraste^(6,7). Os MIPs não apresentam o sinal da cauda dural, comumente encontrado nos meningiomas intradurais, mas pode estar presente captação de contraste na dura-máter subjacente ao tumor, secundária a estase venosa ou por invasão tumoral, conforme demonstrado no nosso caso⁽⁷⁾. Como diferenças inerentes, a TC permite melhor delimitação do acometimento ósseo, enquanto a RM proporciona melhor avaliação do comprometimento das partes moles e extensão extradural da lesão⁽⁶⁾.

O diagnóstico diferencial no MIP osteoblástico inclui meningioma intradural típico com hiperostose óssea reativa, e nesses casos o componente mais evidente da lesão é o meníngeo. Outros diagnósticos que devem ser cogitados são metastases, plasmocitoma, displasia fibrosa, osteoma, osteossarcoma e doença de Paget⁽⁶⁾.

Na maioria dos casos de MIP o tratamento é a ressecção cirúrgica total, com posterior reconstrução craniana. Se a ressecção for parcial, o acompanhamento radiológico deve ser realizado, e caso haja recorrência da doença ou progressão da lesão residual, radioterapia adjuvante pode ser associada a novo procedimento cirúrgico⁽⁶⁾.

Concluindo, apesar de raros, os MIPs devem ser lembrados no diagnóstico diferencial de lesões ósseas, principalmente quando osteoblásticas e localizadas na calota craniana.

REFERÊNCIAS

1. Niemeyer B, Salata T, Borges R, et al. Posterior reversible encephalopathy syndrome following immunoglobulin therapy in a patient with Miller-Fisher syndrome. *Radiol Bras.* 2016;49:58–9.
2. Niemeyer B, Lima G, Ventura N, et al. Chronic kernicterus: magnetic resonance imaging findings. *Radiol Bras.* 2016;49:407–8.
3. Campos LG, Trindade RAR, Faistauer A, et al. Rhombencephalitis: pictorial essay. *Radiol Bras.* 2016;49:329–36.
4. Zakhari N, Torres C, Castillo M, et al. Uncommon cranial meningioma: key imaging features on conventional and advanced imaging. *Clin Neuro-radiol.* 2017;27:135–44.
5. Lang FF, Macdonald OK, Fuller GM, et al. Primary extradural meningiomas: a report on nine cases and review of the literature from the era of computerized tomography scanning. *J Neurosurg.* 2000;93:940–50.
6. Tokgoz N, Oner YA, Kaymaz M, et al. Primary intraosseous meningioma: CT and MRI appearance. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2005;26:2053–6.
7. Chen TC. Primary intraosseous meningioma. *Neurosurg Clin N Am.* 2016; 27:189–93.

Benardo Carvalho Muniz^{1,a}, Bruno Niemeyer de Freitas Ribeiro^{1,b}, Nina Ventura^{1,c}, Emerson Leandro Gasparetto¹, Edson Marchiori^{2,d}

1. Instituto Estadual do Cérebro Paulo Niemeyer – Departamento de Radiologia, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Correspondência: Dr. Bernardo Carvalho Muniz. Instituto Estadual do Cérebro Paulo Niemeyer – Departamento de Radiologia. Rua do Resende, 156, Centro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 20231-092. E-mail: bernardocmuniz@yahoo.com.br.

a. <https://orcid.org/0000-0003-1483-2759>; b. <https://orcid.org/0000-0002-1936-3026>; c. <https://orcid.org/0000-0003-2364-1612>; d. <https://orcid.org/0000-0001-8797-7380>.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2017.0106>



Hemobilia em paciente com fístula arterioiliar após contusão hepática

Hemobilia in a patient with arterioiliary fistula after liver contusion

Sr. Editor,

Paciente masculino, 25 anos, com história de trauma abdominal fechado (acidente motociclístico) e apresentando dor abdominal. Tomografia computadorizada (TC) do abdome total com contraste venoso mostrou contusão hepática grau II no lobo hepático direito. Optou-se por tratamento conservador devido a estabilidade hemodinâmica, mas o paciente evoluiu com instabilidade hemodinâmica. Laparotomia exploradora demonstrou lesão hepática tipo mosaico, que foi tratada com hepatorráfia. O paciente recebeu alta no oitavo dia de pós-operatório, estável e orientado, mas retornou 17 dias depois com dor abdominal após alimentação copiosa, associada a vômitos sanguinolentos volumosos e choque hipovolêmico. Foi realizada angiogramografia de abdome (Figura 1), que demonstrou pseudoaneurisma da artéria hepática direita, em estreita relação com a área de contusão hepática, e conteúdo espontaneamente hiperdenso no interior da vesícula biliar, sugerindo fístula arterioiliar. Endoscopia digestiva alta (EDA) mostrou coágulo e sangramento ativo na papila de Vater. Arteriografia realizada em outro serviço confirmou o

pseudoaneurisma na artéria hepática direita no sub-ramo do segmento hepático V, com extravasamento de contraste sugestivo de ruptura. Foi realizada a embolização.

A hemobilia é uma afecção incomum e faz parte do diagnóstico diferencial de hemorragia digestiva alta⁽¹⁾. Existem várias causas de hemobilia, como traumas iatrogênico e acidental, litíase biliar, inflamação, malformações vasculares e tumores⁽²⁾. As manifestações clínicas da hemobilia são determinadas pela quantidade e velocidade da hemorragia no trato biliar. Caracteriza-se por icterícia, dor no hipocôndrio direito e hemorragia digestiva, que pode variar desde anemia secundária a sangramento crônico ou sangramento maciço com hipotensão, podendo desenvolver-se vários meses após o trauma^(4,5).

O aperfeiçoamento das técnicas radiológicas tem sido fundamental no diagnóstico e tratamento da hemobilia, sobretudo em casos de pseudoaneurisma traumático⁽³⁾. Em pacientes com hemorragia digestiva alta, a EDA é o exame de escolha, podendo identificar coágulos sanguíneos na ampola de Vater e descartar outras causas de sangramento. A ultrassonografia é útil, rápida e constitui método efetivo não invasivo para detectar a hemobilia, podendo mostrar coágulos ou material ecogênico intraluminal em árvore biliar ou vesícula. A TC com contraste venoso (fase arterial) pode detectar pseudoaneurismas, obstrução de ducto