

Os hemangiomas são formações tumorais benignas de capilares e vasos sanguíneos, comuns em vários órgãos, porém, em localização vesical representam uma afecção extremamente rara, correspondendo a 0,6% de todos os tumores neste órgão^(1,2). Menos de 100 casos com comprovação histológica foram relatados na literatura⁽¹⁾.

Os hemangiomas vesicais, em sua maioria, são solitários, de dimensões menores que 3 cm e com predileção pela cúpula, parede posterior e trígono da bexiga. Ocorrem em todas as idades, mas observam-se com maior frequência em menores de 30 anos, com ligeira predominância do sexo masculino⁽²⁾. Geralmente se apresentam como achado incidental durante a investigação de hematúria. O sintoma mais comum é a hematúria macroscópica, podendo vir associado a sintomas urinários irritativos e dor abdominal. Às vezes, coexistem com hemangioma cutâneo ou estão associados com a síndrome de Sturge-Weber e a síndrome de Klippel-Trenaunay-Weber⁽³⁻⁵⁾.

Achados endoscópicos de massa azulada e sésil, associados a hematúria macroscópica em paciente jovem são altamente sugestivos de hemangioma⁽¹⁾. Os principais diagnósticos diferenciais considerados para lesões pigmentadas no exame endoscópico incluem endometriose, melanoma e sarcoma⁽⁶⁾. Exames de imagem, como ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética, são úteis na definição da extensão e localização do tumor⁽²⁾.

O tratamento é controverso e várias opções estão disponíveis, entretanto, a cistectomia parcial, atualmente, é a mais utilizada^(3,6,7). Embora tenham curso benigno, o acompanhamento é obrigatório para detectar recorrência ou doença residual^(3,7,8). O relato deste caso tem como objetivo difundir a importância do

diagnóstico precoce e a diferenciação com neoplasias malignas da bexiga, o que mudaria a opção terapêutica e a sobrevida do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Cheng L, Nascimento AG, Neumann RM, et al. Hemangioma of the urinary bladder. *Cancer*. 1999;86:498-504.
2. Stimac G, Dimanovski J, Katusic J, et al. A large cavernous hemangioma of the urinary bladder: imaging of possible spontaneous regression. *Eur J Radiol Extra*. 2007;61:61-3.
3. Jibhkatte S, Sanklecha V, Valand A. Urinary bladder hemangioma – a rare urinary bladder tumor in a child. *APSP J Case Rep*. 2015;6:6.
4. Kim YY, Kim MJ, Lee MJ, et al. Multiple hemangiomas of the urinary bladder in a child with gross hematuria. *Ultrasonography*. 2015;34:231-4.
5. Ikeda T, Shimamoto K, Tanji N, et al. Cavernous hemangioma of the urinary bladder in an 8-year-old child. *Int J Urol*. 2004;11:429-31.
6. Wong-You-Cheong JJ, Woodward PJ, Manning MA, et al. From the Archives of the AFIP: Neoplasms of the urinary bladder: radiologic-pathologic correlation. *Radiographics*. 2006;26:553-80.
7. Lahyani M, Slaoui A, Jakhhal N, et al. Cavernous hemangioma of the bladder: an additional case managed by partial cystectomy and augmentation cystoplasty. *Pan Afr Med J*. 2015;22:131.
8. Castillo OA, Foneron A, Sepúlveda F, et al. Bladder hemangioma: case report. *Arch Esp Urol*. 2012;65:623-5.

Camila Soares Moreira de Sousa¹, Ivo Lima Viana¹, Carla Lorena Vasques Mendes de Miranda¹, Breno Braga Bastos², Ilan Lopes Leite Mendes¹

1. Medimagem, Teresina, PI, Brasil. 2. UDI 24 horas, Teresina, PI, Brasil. Endereço para correspondência: Dra. Camila Soares Moreira de Sousa. Medimagem – Radiologia. Rua Paissandu, 1862, Centro. Teresina, PI, Brasil, 64001-120. E-mail: camilasoares__@hotmail.com.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2015.0231>

Prolapso da gordura subconjuntival: uma entidade pouco conhecida dos radiologistas

Subconjunctival fat prolapse: a disease little known to radiologists

Sr. Editor,

Paciente do sexo masculino, 69 anos de idade, procurou o ambulatório com queixa de massa gordurosa no canto lateral dos olhos há cerca de 10 anos, mais bem caracterizada com a retro-pulsão dos globos oculares. Foi realizada tomografia compu-

tadorizada (TC) de órbitas, que demonstrou prolapso da gordura intraconal no canto lateral das órbitas para a região epibulbar (Figura 1). Considerando a apresentação clínica e de imagem, foi feito o diagnóstico de prolapso da gordura subconjuntival.

O prolapso da gordura subconjuntival é uma lesão adquirida, geralmente bilateral, caracterizada por herniação da gordura intraconal decorrente da fraqueza da bainha do bulbo do olho e do septo intermuscular por envelhecimento, trauma ou cirurgia⁽¹⁾. É mais comum em homens obesos entre a 7ª e 8ª décadas

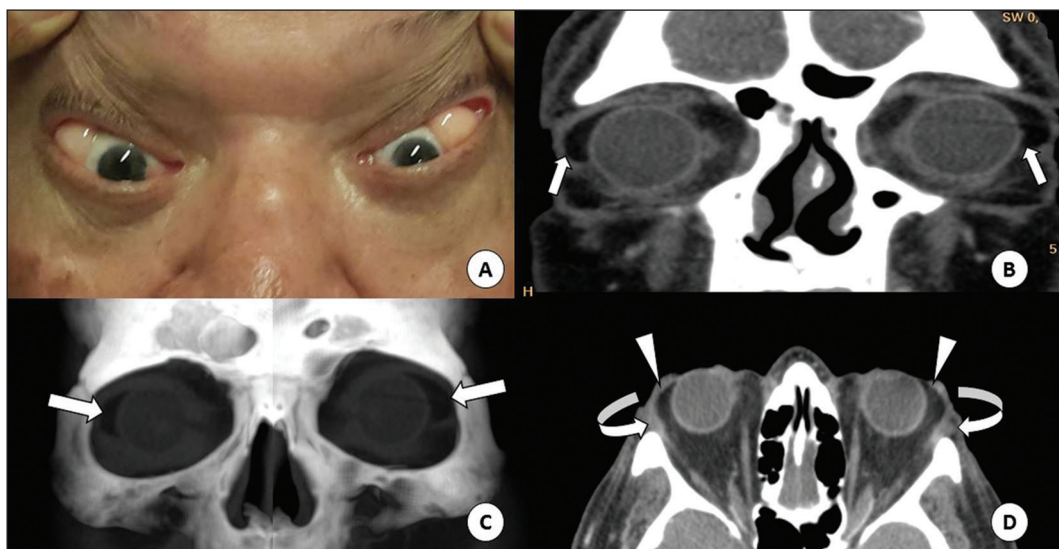


Figura 1. A: Massa gordurosa no canto lateral das órbitas, mais bem caracterizada com a retro-pulsão dos globos oculares. TC de órbitas no plano coronal (B), em reformatação volumétrica coronal (C) e no plano axial (D) demonstrando a massa nos cantos laterais (setas retas), contígua com a gordura intraconal (pontas de setas) e rechaçando as glândulas lacrimais (setas curvas).

de vida e manifesta-se clinicamente como massa amarelada no canto lateral dos olhos, que se torna mais evidente com a retro-pulsão do globo ocular⁽²⁾.

Os exames de imagem que podem auxiliar no diagnóstico são a TC e a ressonância magnética (RM) de órbitas, cujo achado radiológico mais importante é de massa com densidade de gordura ou intensidade de sinal semelhante a tecido gorduroso, respectivamente, localizada no aspecto temporal das órbitas, que se continua com a gordura intraconal.

O tratamento consiste em excisão cirúrgica transconjuntival, um procedimento simples, seguro e eficaz, com relatos de recorrência em cerca de 9%⁽³⁾.

Apesar de o prolapso da gordura subconjuntival ser de fácil diagnóstico clínico, em razão da sua raridade pode ser erroneamente diagnosticado como dermolipoma conjuntival, linfoma, cisto epidermoide e prolapso da glândula lacrimal⁽⁴⁾. O principal diagnóstico diferencial é o dermolipoma conjuntival, uma lesão benigna, em geral presente ao nascimento⁽⁵⁾, que acomete preferencialmente mulheres jovens com idade média de 22 anos⁽⁶⁾. A apresentação clínica é semelhante à do prolapso da gordura subconjuntival, porém, é geralmente unilateral e pouco móvel. Ao estudo por TC e por RM, apresenta-se como massa gordurosa em forma de crescente no aspecto temporal da órbita, sem comunicação com a gordura intraconal⁽¹⁾.

O tratamento cirúrgico para ressecção do dermolipoma conjuntival é indicado principalmente para fins estéticos, tende a ser mais conservador⁽¹⁾, e apesar de ser um procedimento simples, há sérias complicações associadas, como blefaroptose, diplopia e ceratoconjuntivite seca. São descritas, portanto, várias técnicas cirúrgicas diferentes, entre elas a ressecção com rotação de flap conjuntival, visando um menor índice de complicações e bons resultados estéticos⁽⁷⁾.

O prolapso da gordura subconjuntival e o dermolipoma apresentam-se clinicamente como massa gordurosa epibulbar

no canto lateral das órbitas e, em alguns casos, sua diferenciação por aspectos clínicos pode ser difícil. O tema é pouco conhecido entre os radiologistas e há poucos relatos na literatura radiológica. Dessa forma, considerando-se a diferença de tratamento entre estas duas entidades, é necessário que os radiologistas estejam familiarizados com estas doenças, para o pronto reconhecimento e diagnóstico diferencial por exames de imagem.

REFERÊNCIAS

1. Kim E, Kim HJ, Kim YD, et al. Subconjunctival fat prolapse and dermolipoma of the orbit: differentiation on CT and MR imaging. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2011;32:465–7.
2. Schmack I, Patel RM, Folpe AL, et al. Subconjunctival herniated orbital fat: a benign adipocytic lesion that may mimic pleomorphic lipoma and atypical lipomatous tumor. *Am J Surg Pathol*. 2007;31:193–8.
3. Sibán M, Weijtens O, van den Bosch W, et al. Efficacy of transconjunctival excision of orbital fat prolapse: a long-term follow-up study. *Acta Ophthalmol*. 2014;92:291–3.
4. Wang X, Yan J. Subconjunctival orbital fat prolapse: an unsuspecting rare lesion. *J Craniofac Surg*. 2015;26:e92–4.
5. Ferraz LCB, Schellini AS, Wludarski SCL, et al. Dermolipoma e prolapso de gordura orbital – duas entidades distintas. *Arq Bras Oftalmol*. 2002;65:327–31.
6. McNab AA, Wright JE, Caswell AG. Clinical features and surgical management of dermolipomas. *Aust N Z J Ophthalmol*. 1990;18:159–62.
7. Sa HS, Kim HK, Shin JH, et al. Dermolipoma surgery with rotational conjunctival flaps. *Acta Ophthalmol*. 2012;90:86–90.

Cynthia Ramos Tejo¹, Péricles Almeida da Costa¹, Rafaella Martins Batista¹, Yuri Raoni Ramalho Rocha¹, Marcelle Alves Borba¹

1. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, RN, Brasil. Endereço para correspondência: Dra. Cynthia Ramos Tejo. Hospital Universitário Onofre Lopes. Avenida Nilo Peçanha, 620, Petrópolis. Natal, RN, Brasil, 59012-300. E-mail: cynthiatejo@gmail.com.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2015.0229>

Síndrome de Ogilvie após uso de vincristina: achados tomográficos

Ogilvie syndrome after use of vincristine: tomographic findings

Sr. Editor,

Paciente do sexo feminino, 33 anos de idade, com linfoma não-Hodgkin tipo B difuso de grandes células e término do primeiro ciclo quimioterápico há dois dias. O esquema durou cinco dias e incluiu rituximabe, ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina e prednisona no primeiro dia e apenas prednisona nos demais. Relatava dor pleurítica esquerda, flatos e evacuação presentes, encontrando-se afebril, com abdome peristáltico,

flácido e sem descompressão dolorosa. Neutropênica, foi internada, evoluindo com parada de eliminação fecal, hálito fecaloide e descompressão abdominal dolorosa. Tomografia computadorizada (TC) de tórax e abdome mostrou derrame pleural esquerdo, obstrução intestinal no cólon descendente adjacente à flexura esplênica, sendo este segmento de calibre normal, sem lesão oclusiva, havendo dilatação do cólon transverso, ascendente e ceco, este com 14 cm de diâmetro (Figuras 1 e 2), e gás na ampola retal, sugerindo abdome agudo pseudo-obstrutivo. Colonoscopia descompressiva e enema foram desconsiderados pelo risco de perfuração cecal, confirmando-se cirurgicamente

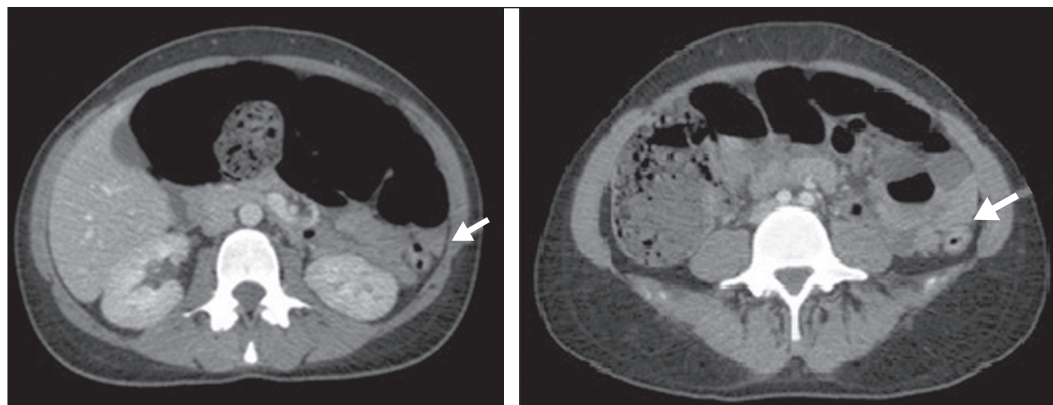


Figura 1. Cortes axiais de TC de abdome, realizados 60 segundos após injeção de contraste iodado aniônico. Obstrução intestinal ao nível do cólon descendente proximal, adjacente à flexura esplênica. Distensão do cólon transverso, ascendente e ceco, com presença de material fecal. A zona de transição pode ser vista ao nível da flexura esplênica (seta), sem material obstrutivo evidente.