

podendo demonstrar gás no sistema porta (18%) e o trombo vascular hipodenso. Trombose de segmentos venosos portais intra-hepáticos, veias mesentérica superior e esplênica é observada em 39%, 42% e 12% dos casos, respectivamente, enquanto a veia mesentérica inferior é pouco acometida isoladamente (2%). Gás no sistema porta (portograma aéreo), diferentemente da aerobilia, se estende até a periferia hepática^(2,4,8-12).

A terapêutica mais utilizada é a associação de anticoagulantes e antibióticos. O tratamento cirúrgico fica reservado a casos não responsivos, ressecção do foco inflamatório/infeccioso, drenagem de grandes coleções e abscessos⁽⁴⁻⁶⁾. Os índices de mortalidade são de 11–50%^(2,4-8). Complicações ocorrem em 20–50%, como abscessos hepáticos (37%), infarto venoso mesentérico, trombose portal crônica e hipertensão portal^(2,4-8).

REFERÊNCIAS

1. Fonseca-Neto OCL, Vieira LPF, Miranda AL. Tromboflebite séptica da veia porta secundária à apendicite. ABCD Arq Bras Cir Dig. 2007; 20:137–8.
2. Guimarães RA, Sueth DM, Barros MGCRM, et al. Pileflebite mesentérica secundária à diverticulite. GED Gastroenterol Endosc Dig. 2010; 29:90–2.
3. Gonçalves L, Maio J, Barros MF, et al. Trombose da veia porta. Atitudes. A propósito de caso clínico. Acta Pediatr Port. 2001;32:377–80.
4. Belhassen-García M, Gomez-Munuera M, Pardo-Lledias J, et al. Pylephlebitis: incidence and prognosis in a tertiary hospital. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2014;32:350–4.

5. Choudhry AJ, Baghdadi YM, Amr MA, et al. Pylephlebitis: a review of 95 cases. J Gastrointest Surg. 2016;20:656–61.
6. Kanellopoulou T, Alexopoulou A, Theodosiades G, et al. Pylephlebitis: an overview of non-cirrhotic cases and factors related to outcome. Scand J Infect Dis. 2010;42:804–11.
7. Machado MM, Rosa ACF, Mota OM, et al. Ultrasonographic features of portal vein thrombosis. Radiol Bras. 2006;39:151–5.
8. Balthazar EJ, Gollapudi P. Septic thrombophlebitis of the mesenteric and portal veins: CT imaging. J Comput Assist Tomogr. 2000;24:755–60.
9. Lee WK, Chang SD, Duddalwar VA, et al. Imaging assessment of congenital and acquired abnormalities of the portal venous system. Radiographics. 2011;31:905–26.
10. Tandon R, Davidoff A, Worthington MG, et al. Pylephlebitis after CT-guided percutaneous liver biopsy. AJR Am J Roentgenol. 2005;184(3 Suppl):S70–2.
11. Muglia VF. Diverticular disease of the colon: evolution of the therapeutic approach and the role of computed tomography in the evaluation of acute conditions. Radiol Bras. 2017;50(2):ix–x.
12. Naves AA, D'Ippolito G, Souza LRME, et al. What radiologists should know about tomographic evaluation of acute diverticulitis of the colon. Radiol Bras. 2017;50:126–31.

Rodolfo Mendes Queiroz¹, Fernando Dias Couto Sampaio¹, Pedro Eduardo Marques², Marcus Antônio Ferez², Eduardo Miguel Febrônio¹

1. Documenta – Hospital São Francisco, Ribeirão Preto, SP, Brasil. 2. Hospital São Francisco – Centro de Terapia Intensiva, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Correspondência: Dr. Rodolfo Mendes Queiroz. Documenta – Hospital São Francisco. Rua Bernardino de Campos, 980, Centro. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 14015-130. E-mail: rod_queiroz@hotmail.com.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2017.0046>



Síndrome de Boerhaave: o papel da radiografia simples do tórax

Boerhaave's syndrome: the role of conventional chest X-ray

Sr. Editor,

Foi com bastante entusiasmo que recebemos o artigo “Síndrome de Boerhaave: diagnóstico diferencial de dor toracoabdominal”, publicado no número de março/abril 2018 da **Radiologia Brasileira**⁽¹⁾. Mesmo tendo mencionado que a utilização dos métodos de imagem convencional tem grande valor na detecção imediata da ruptura do esôfago, gostaríamos de fazer uma complementação no texto com base na radiografia simples, uma vez que o artigo só nos apresentou imagens de tomografia computadorizada.

Na ruptura espontânea do esôfago temos como expressão radiográfica e diagnóstica o sinal do V de Naclerio (Figura 1), identificado no raio-X de tórax e descrito como duas linhas hipert transparentes em forma de V, uma ao longo da borda esquerda da aorta e a outra criando o sinal do diafragma contínuo para a esquerda. É produzido pela presença de ar entre a aorta descendente (ramo vertical do V) e a pleura parietal com o diafragma esquerdo (ramo horizontal oblíquo do V). Este sinal foi descrito em 1957 pelo cirurgião de tórax Emil A. Naclerio (1915-1985)⁽²⁾ em pacientes com ruptura na região posterolateral esquerda do esôfago, no entanto, não é patognomônico, e as lesões ao nível do esôfago proximal (iatrogênicas ou traumáticas) podem não apresentar este sinal⁽²⁻⁴⁾.

Bladergroen et al.⁽⁵⁾ observaram que as lesões esofágicas, em até 55% dos casos, eram iatrogênicas, secundárias a endoscopia, em 15% eram espontâneas, em 14% eram secundárias a corpo estranho e em 10% eram decorrentes de trauma. Outros sinais na radiografia de tórax que indicam pneumoperitônio, além do V de Naclerio, são: pneumopericárdio, sinal do diafragma contínuo, sinal do hemidiafragma esquerdo contínuo, sinal do V da confluência das veias braquiocefálicas e sinal do anel ao redor da aorta⁽²⁻⁴⁾.

A radiografia simples é um método útil, prático, rápido e portátil que pode ser realizado em pacientes graves e internados

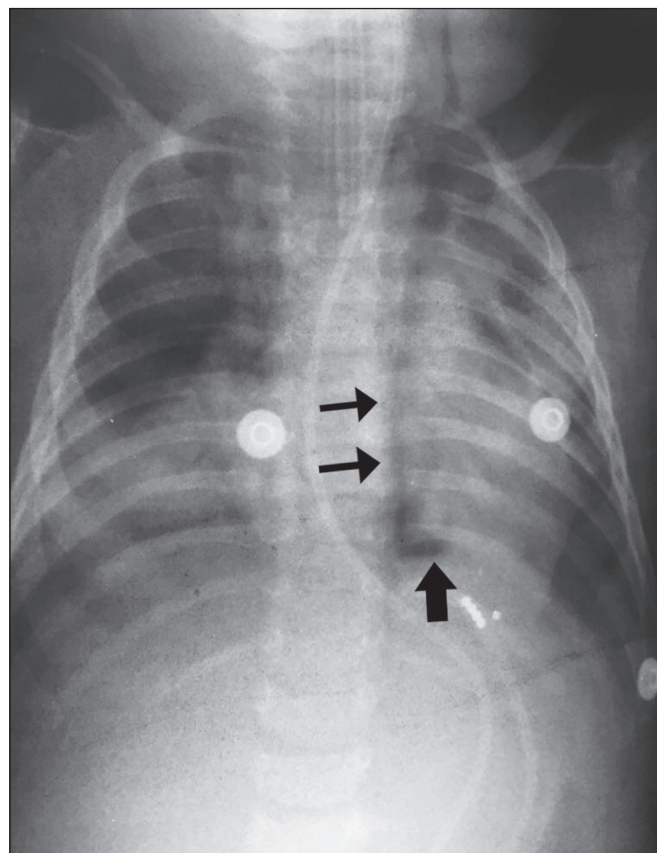


Figura 1. Sinal do V de Naclerio. Menor do sexo masculino, um ano de idade, internado com diagnóstico de pneumonia no lobo inferior esquerdo sem resposta satisfatória ao tratamento. Após passagem de cateter enteral houve piora do quadro clínico, tendo sido solicitado raio-X de tórax que demonstrou o sinal do V de Naclerio e o diagnóstico de ruptura de esôfago com pneumoperitônio. Ramo vertical (setas finas) e ramo horizontal (seta grossa).

em unidades fechadas, sendo assim uma ferramenta diagnóstica muito importante, utilizada desde os primórdios e ainda de grande utilidade nos dias atuais, quando não raramente é o único recurso de imagem disponível; portanto, saber identificar no raio-X esta e outras doenças graves é fundamental⁽²⁻⁴⁾. Reconhecemos a importância da tomografia computadorizada para avaliar afecções torácicas, mas gostaríamos de enfatizar que um quadro clínico aliado ao raio-X de tórax são habitualmente suficientes para o diagnóstico do pneumomediastino⁽²⁾.

REFERÊNCIAS

1. Ribeiro TA, Cordoval LTC, Viana Neto EM, et al. Síndrome de Boerhaave: diagnóstico diferencial de dor toracoabdominal. Radiol Bras. 2018; 51:124-5.
 2. Cottani M. Signo de la V de Naclerio. RAR. 2012;76:263.

3. Bejvan SM, Godwin JD. Pneumomediastinum: old signs and new signs. AJR Am J Roentgenol. 1996;166:1041-8.
 4. Lomoschitz FM, Linnau KF, Mann FA. Pneumomediastinum without pneumothorax caused by esophageal rupture. AJR Am J Roentgenol. 2001; 177:1416.
 5. Bladergroen MR, Lowe JE, Postlethwait RW. Diagnosis and recommended management of esophageal perforation and rupture. Ann Thorac Surg. 1986;42:235-9.

Claudio Marcio Amaral de Oliveira Lima¹, Waldyr Maymone¹, Tatiana Mendonça Fazecas¹

1. Hospital Municipal Jesus, Departamento de Radiologia, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Correspondência: Dr. Claudio Marcio Amaral de Oliveira Lima. Rua Queiroz Júnior, 181/1002, Barra da Tijuca. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 22775-170. E-mail: cmaolima@gmail.com.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2018.0087>



Hérnia de Broesike: dor abdominal incharacterística e de longa data

Broesike hernia: long-standing incharacteristic abdominal pain

Sr. Editor,

Mulher, 75 anos de idade, apresentando dor mesogástrica inespecífica há três anos, intermitente, similar a cólicas, de média intensidade, pouca melhora com medicação, associada a plenitude pós-prandial e náuseas. Histórico cirúrgico abdominal, recrudescimento sintomático há seis meses, foi submetida a tomografia computadorizada de múltiplos detectores (TCMD) (Figura 1), solicitada pelo médico assistente, para elucidação diagnóstica. Na TCMD identificaram-se a primeira, a segunda e a terceira porções do arco duodenal normopositionados e a quarta porção apresentando passagem pela fossa intermesocólica (Treitz móvel) para a direita, com alças jejunais predominantemente deste lado, atravessando para o lado contralateral à veia e artéria mesentéricas. Este achado é característico da hérnia paraduodenal direita pela fossa intermesocólica (Broesike), sem sinais de obstrução de alças do jejuno no momento do exame, com alta suspeição para o aspecto intermitente do achado.

A maior capacidade de caracterização anatômica da TCMD e o desenvolvimento dos métodos de diagnóstico por imagem tornou o estudo das hérnias internas abdominais mais preciso, pois seu aspecto intermitente pode descaracterizar o diagnóstico⁽¹⁻³⁾. Causadas por mecanismos congênitos, cirurgia, trauma, inflamação ou circulação pobre, recebem diversas subclassificações^(4,5).

Define-se hérnia paraduodenal direita (ou de Broesike) a hérnia em que o intestino delgado se concentra na cavidade peritoneal, adjacente ao ligamento de Treitz^(2,4). Ela se desenvolve através da fossa de Waldeyer, resultante da falha de fusão do mesocólon ascendente com o peritônio parietal posterior, conforme esquema ilustrativo da Figura 2⁽³⁾.

As hérnias paraduodenais, apesar de acometerem cerca de 50% dos pacientes diagnosticados com hérnias internas, tendem a atingir em maior proporção idosos e homens, porém, as hérnias de Broesike compõem apenas 25% de todos esses casos, ocorrendo mais frequentemente por má-rotação do delgado^(1-3,5). Certamente subdiagnosticada, a hérnia de Broesike é causa rara de obstrução intestinal e de difícil diagnóstico clinicocirúrgico e radiológico, e quando é diagnosticada, ocorre tardiamente, levando a resultados catastróficos, como obstrução aguda do intestino delgado, isquemia e perfuração intestinal^(1,2,6). Pode ser assintomática, variando desde vaga dor epigástrica constante a dor periumbilical tipo cólica intermitente, associada a náuseas e obstrução intestinal recorrente, até encarceramento ou estrangulamento. Geralmente flutuantes, são sintomas que podem desacreditar a equipe médica em relação ao paciente⁽⁵⁾.

A TCMD, quando identifica a hérnia com suboclusão intestinal, demonstra uma massa “encapsulada” de intestino delgado dilatado entre o pâncreas e o estômago, à direita do ligamento de Treitz^(2,5). Geralmente, existe efeito de massa deslocando a parede posterior do estômago, a flexura duodenal e o cólon transverso

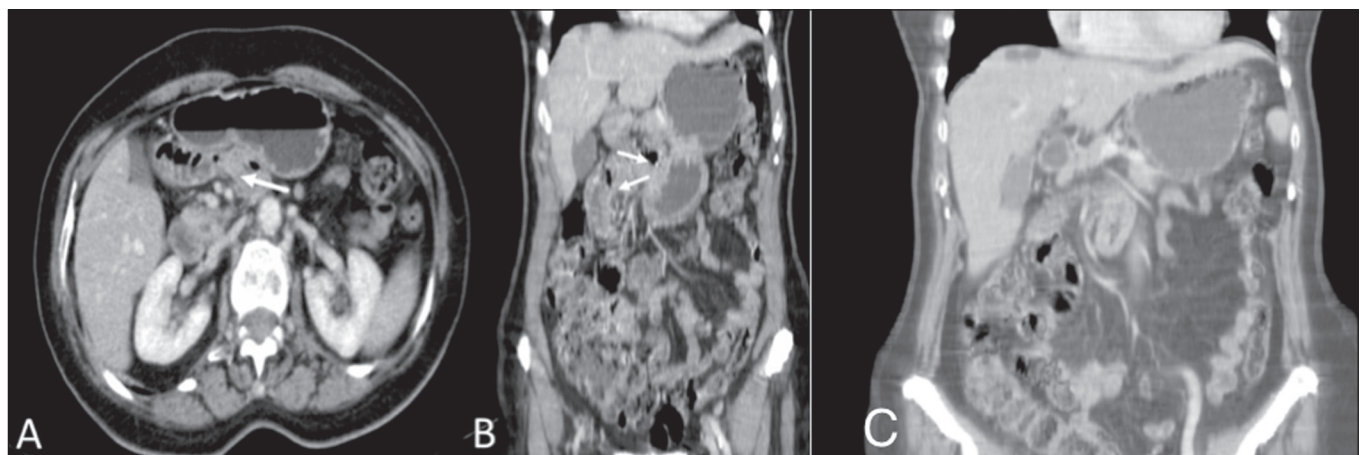


Figura 1. TCMD do abdome com contraste na fase portal, plano axial (A) e plano coronal (B). Observar a terceira porção do arco duodenal normopositionada e a quarta porção apresentando passagem pela fossa intermesocólica para a direita (seta para este lado), representando um Treitz móvel, e com alças jejunais predominantemente deste lado. C: Reconstrução MIP no plano coronal demonstrando o menor número de alças do delgado à esquerda dos vasos mesentéricos.