

Figura 2. A: Reconstrução 3D endoluminal com padrão de colonoscopia virtual identificando o orifício fistuloso (asterisco) no intestino grosso. No detalhe, a imagem bidimensional de referência da posição do orifício (seta). **B:** Reconstrução 3D demonstrando a distensão intestinal gasosa e o orifício fistuloso (seta).

endoluminal com padrão de colonoscopia virtual mostrou o orifício fistuloso no cólon transverso (Figura 2A). A reconstrução 3D direcionada para materiais gasosos demonstrou a distensão gasosa difusa dos cólons direito, transverso e esquerdo e também o local da fístula biliocólica (Figura 2B). Após firmado o diagnóstico, a paciente foi submetida a cirurgia com êxito.

Colecistite aguda obstrutiva pode provocar aproximação das serosas do trato biliar e intestinal devido a dilatação da vesícula e/ou do ducto biliar comum. Com a repetição dos episódios inflamatórios e aderências das serosas, pode haver fistulização colecistointestinal, possibilitando a passagem dos cálculos biliares para a luz do intestino⁽¹⁾, além de impaction do cálculo em algum ponto no trajeto, ocasionando dor importante, irritação local grave, edema ou gangrena⁽²⁾. Dentre as fístulas colecistointestinais, as colecistoduodenais representam mais de 70%, enquanto as colecistocólicas constituem 8% a 26% delas⁽³⁾. Rigler et al. estabeleceram quatro critérios (presença de ar ou contraste nas vias biliares; identificação direta ou indireta do cálculo no intestino; alteração na posição de um cálculo previamente identificado; sinais radiológicos de oclusão parcial ou total da luz intestinal) que corroboram um diagnóstico de obstrução intestinal por cálculo⁽⁴⁾. Utilizando esses critérios, constituiu-se a tríade de Rigler: sinais de distensão delgada, pneumobilia e cálculos ectópicos.

Apesar de incomum, é necessário estar atento à possibilidade de cólon biliar em quadros obstrutivos intestinais baixos de início agudo, a fim de estabelecer prontamente o diagnóstico correto e a instituição da terapêutica adequada.

REFERÊNCIAS

1. Wang JK, Foster SM, Wolff BG. Incidental gallstone. *Perm J.* 2009;13:50-4.
2. Costi R, Randone B, Violi V, et al. Cholecystocolonic fistula: facts and myths. A review of the 231 published cases. *J Hepato Biliary Pancreat Surg.* 2009;16:8-18.
3. Del Gaizo A, Raval B. Cholecystocolonic fistula. *Applied Radiology.* 2006;35:21-2.
4. Smyth J, Dasari BV, Hannon R. Biliary-colonic fistula. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2011;9:A26.

Ernesto Lima Araujo Melo¹, Francisco Thiago Martins de Paula², Rainne André Siqueira¹, Sariane Coelho Ribeiro²

1. Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza, CE, Brasil.
2. Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil. Endereço para correspondência: Dr. Ernesto Lima Araujo Melo. Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde – Curso de Medicina. Avenida Paranjana, 1700, Campus do Itaperi. Fortaleza, CE, Brasil, 60740-000. E-mail: ernesto.melo@uece.br.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2014.0073>

Pneumotórax catamenial

Catamenial pneumothorax

Sr. Editor,

Mulher, 29 anos, previamente hígida, procurou o serviço de emergência com queixa de dispnéia súbita. No exame físico o murmúrio vesicular estava abolido em todo o hemitórax direito. Na radiografia do tórax observou-se pneumotórax à direita (Figura 1) e a tomografia computadorizada (TC) de tórax não mostrou nenhuma outra alteração, além do pneumotórax identificado na radiografia. Realizada toracotomia com drenagem fechada. Como o pneumotórax coincidiu com o período menstrual, foi feita ultrassonografia pélvica que mostrou imagem compatível com endometrioma no ovário esquerdo. Em três meses, a paciente evoluiu com novo pneumotórax espontâneo à direita, sendo colocado um dreno tipo *pig tail*. Posteriormente foi realizada videotoracoscopia, com identificação e ressecção de focos endometrióticos (Figura 2), e colocação de tela de Marlex na parede torácica. Após três meses, a paciente permanece assintomática.

A avaliação do tórax por métodos de imagem tem sido motivo de uma série de publicações recentes na literatura radiológica

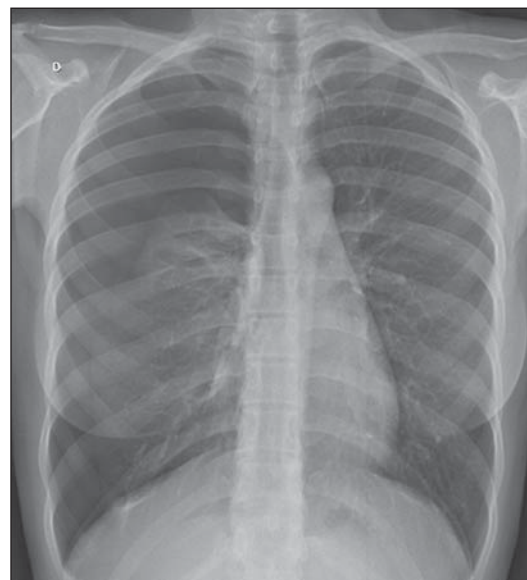


Figura 1. Radiografia do tórax em posteroanterior demonstrando pneumotórax à direita.

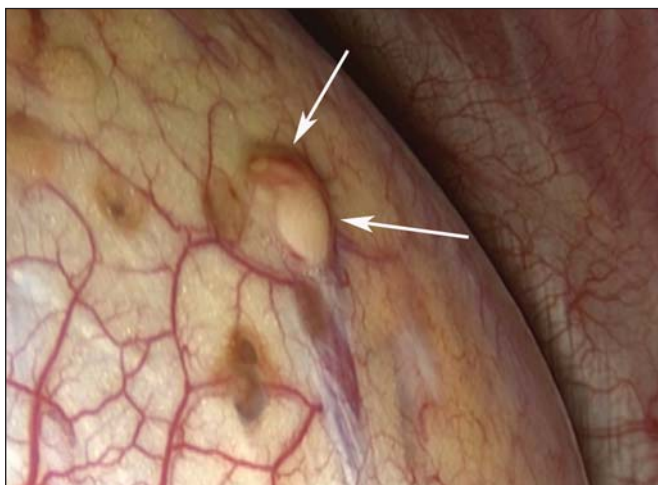


Figura 2. Videotoracoscopia demonstrando focos endometrióticos (setas) na superfície pleural.

nacional⁽¹⁻¹⁰⁾. Endometriose torácica consiste na existência de tecido endometrial no parênquima pulmonar ou na cavidade pleural e manifesta-se clinicamente por hemoptise, pneumotórax ou hemotórax, com relação temporal com a menstruação⁽¹¹⁻¹³⁾. Frequentemente acomete mulheres em idade fértil, com pico de incidência entre a terceira e a quarta décadas de vida⁽¹⁴⁾. Os implantes torácicos geralmente ocorrem na cavidade pleural e, menos comumente, no parênquima pulmonar⁽¹⁴⁾.

A endometriose pleural é uma entidade de comportamento geralmente benigno, mais frequente à direita, possivelmente por defeitos congênitos na hemicúpula diafragmática direita e pelo fluxo contínuo de fluido da pelve para o quadrante superior direito do abdome⁽¹⁵⁾. Tipicamente, os implantes endometrióticos no tórax cursam com sintomas periódicos (de um dia antes até os dois primeiros dias da menstruação)⁽¹⁶⁾. A apresentação clínica depende do local acometido: nos casos de implantes na pleura, pode ocorrer pneumotórax ou hemotórax catamenial; no parênquima pulmonar, pode ocorrer hemoptise catamenial ou nódulos pulmonares assintomáticos. Histologicamente, é identificada a presença de tecido endometrial no pulmão e/ou pleura. A citologia revela células endometriais no líquido pleural, no aspirado de massas/nódulos pulmonares ou no lavado brônquico. Os exames de imagem compreendem, principalmente, a radiografia e a TC de tórax, que podem demonstrar pneumotórax, hidropneumotórax ou lesões nodulares pleurais. A ressonância magnética vem ganhando cada vez mais importância, pois além de diferenciar lesões parenquimatosas das pleurais, promove melhor resolução espacial e, se realizada no período menstrual, é capaz de identificar tecido glandular no local acometido (focos hiperintensos na ponderação T2)⁽¹⁷⁻¹⁹⁾.

O tratamento possui dois pilares principais: o tratamento conservador, que é baseado na reposição de hormônios para prevenção de recorrência de pneumotórax e hemotórax, e o tratamento cirúrgico, que está indicado nos casos de falência do tratamento hormonal, de efeitos colaterais graves do tratamento, de recorrência após suspensão da terapêutica ou se a paciente desejar engravidar⁽²⁰⁾. Conclui-se, portanto, que o pneumotórax catamenial exige suspeição com base nas manifestações clínicas, coincidentes com o período menstrual, e que os exames de imagem podem confirmar o diagnóstico. O tratamento pode ser medica-

mentoso ou cirúrgico, devendo ser corretamente indicado para evitar recorrência das manifestações da doença.

REFERÊNCIAS

- Zanetti G, Nobre LF, Mançano AD, et al. Paracoccidiodomicose pulmonar. *Radiol Bras.* 2014;47(1):xi-xiii.
- Fernandes MC, Zanetti G, Hochhegger B, et al. Pneumonia por *Rhodococcus equi* em paciente com SIDA. *Radiol Bras.* 2014;47(3):xi-xiii.
- Amorim VB, Rodrigues RS, Barreto MM, et al. Achados na tomografia computadorizada em pacientes com infecção pulmonar pelo vírus influenza A (H1N1). *Radiol Bras.* 2013;46:299-306.
- Eifer DA, Arsego FV, Torres FS. Atresia unilateral das veias pulmonares: avaliação por tomografia computadorizada. *Radiol Bras.* 2013;46:376-8.
- Souza VF, Chaves RT, Balieiro VS, et al. Avaliação qualitativa e quantitativa da densidade pulmonar em paciente com polimiosite e fibrose pulmonar. *Radiol Bras.* 2013;46(3):ix-x.
- Marcos L, Bichinho GL, Panizzi EA, et al. Classificação da doença pulmonar obstrutiva crônica pela radiografia do tórax. *Radiol Bras.* 2013;46:327-32.
- Amoedo MK, Souza LVS, Souza AS, et al. Enfisema intersticial pulmonar: relato de caso e revisão da literatura. *Radiol Bras.* 2013;46:317-9.
- Zanetti G, Nobre LF, Mançano AD, et al. Sinal do halo invertido com paredes nodulares causado por tuberculose pulmonar, confirmada por cultura do escarro. *Radiol Bras.* 2013;46(6):ix-x.
- Koenigk-Santos M, Paula WD, Gompelmann D, et al. Endobronchial valves in severe emphysematous patients: CT evaluation of lung fissures completeness, treatment radiological response and quantitative emphysema analysis. *Radiol Bras.* 2013;46:15-22.
- Silva JLP. O trinômio vírus-droga-hospedeiro na caracterização tomográfica da infecção pulmonar por influenza A (H1N1) – uma visão clínico-radiológica-patológica. *Radiol Bras.* 2013;46(5):vii-ix.
- Alifano M, Vénessac N, Mouroux J. Recurrent pneumothorax associated with thoracic endometriosis. *Surg Endosc.* 2000;14:680.
- Attaran S, Bille A, Karenovics W, et al. Videothoroscopic repair of diaphragm and pleurectomy/abrasion in patients with catamenial pneumothorax: a 9-year experience. *Chest.* 2013;143:1066-9.
- Bagan P, Berna P, Assouad J, et al. Value of cancer antigen 125 for diagnosis of pleural endometriosis in females with recurrent pneumothorax. *Eur Respir J.* 2008;31:140-2.
- Costa F, Matos F. Endometriose torácica. *Rev Port Pneumol.* 2008;XIV:427-35.
- Cassina PC, Hauser M, Kacel G, et al. Catamenial hemoptysis. Diagnosis with MRI. *Chest.* 1997;111:1447-50.
- Yu Z, Fleischman JK, Rahman HM, et al. Catamenial hemoptysis and pulmonary endometriosis: a case report. *Mount Sinai J Med.* 2002;69:261-3.
- Marchiori E, Zanetti G, Rafful P, et al. Pleural endometriosis and recurrent pneumothorax: the role of magnetic resonance imaging. *Ann Thorac Surg.* 2012;93:696-7.
- Coutinho A Jr, Bittencourt LK, Pires CE, et al. MR imaging in deep pelvic endometriosis: a pictorial essay. *Radiographics.* 2011;31:549-67.
- Marchiori E, Zanetti G, Rodrigues RS, et al. Pleural endometriosis: findings on magnetic resonance imaging. *J Bras Pneumol.* 2012;38:797-802.
- Alifano M, Roth T, Broët SC, et al. Catamenial pneumothorax: a prospective study. *Chest.* 2003;124:1004-8.

Brainner Campos Barbosa¹, Edson Marchiori², Gláucia Maria Ribeiro Zanetti², Jorge Luiz Barillo³

1. Hospital Santa Teresa, Petrópolis, RJ, Brasil. 2. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 3. Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ, Brasil. Endereço para correspondência: Dr. Brainner Campos Barbosa. Rua das Laranjeiras, 371, ap. 303, Edifício Marco Luiz, Laranjeiras. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 22240-004. E-mail: brainnerc@gmail.com.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2014.0067>