

5. Sala MAS, Ligabó ANSG, Arruda MCC, et al. Intestinal malrotation associated with duodenal obstruction secondary to Ladd's bands. *Radiol Bras.* 2016;49:271–2.
6. Nicolodi GC, Trippia CR, Caboclo MFFS, et al. Intestinal perforation by an ingested foreign body. *Radiol Bras.* 2016;49:295–9.
7. Gómez Hernández MT, Rodríguez Pérez M, Jiménez MF. Thoracoabdominal impalement by a tree branch. *Arch Bronconeumol.* 2015;51:468–9.
8. Kasapas K, Daskalaki A, Kaimasidis G, et al. Successful management of a combined abdominal and thoracic trauma with rectal impalement: report of a case. *Case Rep Surg.* 2013;2013:816089.
9. Ho LC, El Shafei H, Barr J, et al. Rectal impalement injury through the pelvis, abdomen and thorax. *Ann R Coll Surg Engl.* 2012;94:e201–3.
10. Moncure M, Konie JA, Kretzer AB, et al. Survival following rectal impalement through the pelvic, abdominal, and thoracic cavities: a case report. *Case Rep Med.* 2009;2009:361829.
11. Lupascu C, Fotea V, Sârbu P, et al. Rectal impalement injury: from cruelty to salvage endeavour. *Chirurgia (Bucur).* 2015;110:60–5.

**Antonio Gabriel de Jesus Barbosa<sup>1</sup>, Gláucia Zanetti<sup>1</sup>, Edson Marchiori<sup>1</sup>**

1. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brazil. Mailing address: Dr. Edson Marchiori. Rua Thomaz Cameron, 438, Valparaíso, Petrópolis, RJ, Brazil, 25685-120. E-mail: edmarchiori@gmail.com.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2016.0205>

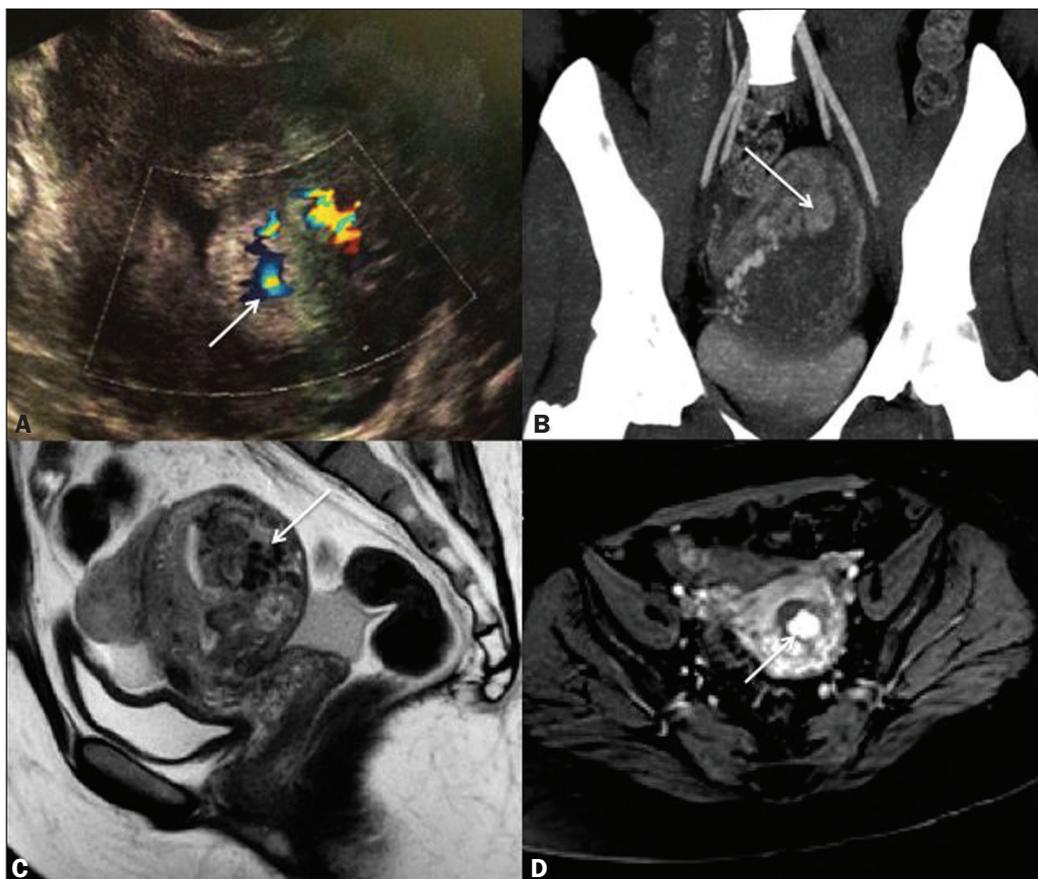
**Subinvolução do leito placentário associada a área focal de produtos retidos da concepção e acretismo superficial mimetizando malformação arteriovenosa uterina na TC e na RM: uma lição a ser aprendida**

*Subinvolution of the placental site associated with focal retained products of conception and placenta accreta mimicking uterine arteriovenous malformation on CT and MRI: a lesson to be learned*

Sr. Editor,

Paciente do sexo feminino, 36 anos, G5A4P1 (parto cesariano de gemelar), com antecedentes de síndrome do anticorpo antifosfolípido, doença hipertensiva específica da gestação e procedimentos com vídeo-histeroscopia. A partir do 12º dia pós-parto iniciou-se sangramento vaginal volumoso, e com base na hipótese diagnóstica de produtos retidos da concepção (PRCs) – valores séricos de b-HCG próximos a zero –, optou-se por seguimento clínico com avaliações ultrassonográficas seriadas, que invariavelmente indicavam a presença de uma formação ecogênica grosseiramente nodular, medindo até 2,2 cm, situada junto

ao endométrio fúndico, com sinal vascular interno ao Doppler colorido (Figura 1A). Em razão da não resolução do quadro após cerca de 60 dias, optou-se por realização de curetagem. Durante o procedimento a paciente evoluiu com volumoso sangramento (500 mL) e hipotensão, não se identificando PRCs. Tomografia computadorizada (Figura 1B) e ressonância magnética (Figuras 1C e 1D) da pelve, subsequentemente, confirmaram a presença da formação nodular junto ao endométrio fúndico, com intenso realce ao meio de contraste e se comunicando a uma rede de vasos miometriais dilatados e tortuosos. Em correlação com os dados clínicos (sangramento de difícil resolução, piora expressiva durante manipulação cirúrgica, ausência de PRCs à curetagem), tais achados de imagem permitiram considerar a possibilidade de má-formação arteriovenosa (MAV) adquirida<sup>(1)</sup>. Devido à falha de resposta ao tratamento conservador, optou-se por realização de histerectomia. O diagnóstico anatomopatológico foi de PRCs em uma área focal de acretismo superficial cursando com subinvolução do leito placentário (SILP).



**Figura 1. A:** Ultrassonografia transvaginal mostrando eco endometrial heterogêneo, com fluxo ao Doppler colorido, sobretudo em formação grosseiramente nodular na região fúndica (seta). **B:** Tomografia computadorizada com contraste e reconstrução MIP identificando vasos miometriais e periuterinos proeminentes em comunicação com a área nodular hipervascularizada (seta). **C, D:** Ressonância magnética (sagital T2 e axial T1 pós-contraste, respectivamente) confirmando os achados de dilatação vascular caracterizada pelo *flow void* na parede posterior uterina (seta em C) e de intensa vascularização do nódulo fúndico (seta em D).

A primeira armadilha, em casos como este, reside em se confundir a marcada vascularização dos PRCs com MAVs<sup>(2)</sup>. Deve-se ter em mente que os PRCs ocorrem muito mais frequentemente que as MAVs<sup>(3)</sup>, e portanto, aconselha-se que áreas de hipervascularização focais uterinas sejam simplesmente relacionadas como tal, sem necessariamente relacioná-las a MAVs<sup>(4)</sup>. Ademais, a presença de um componente endometrial dessas alterações focais direciona o diagnóstico para PRC, ao passo que um componente inequivocamente intramural permite aumentar a suspeição para MAV<sup>(2)</sup>.

A segunda armadilha deste caso reside na associação com SILP, entidade que pode ocorrer tanto na presença de PRC (geralmente determinada por acretismos focais) quanto isoladamente<sup>(5,6)</sup>, que cursa com a formação de vasos proeminentes miometriais/periuterinos, e que do ponto de vista de imagem são indistinguíveis dos achados de MAVs<sup>(2)</sup>. Assim, por se tratar de um diagnóstico raro, fundamentalmente histopatológico<sup>(5,7)</sup> e pouco discutido na literatura radiológica, é provável que a SILP também responda por uma parcela dos diagnósticos excessivos<sup>(4)</sup> e não comprovados de MAVs. Mesmo assim, as MAVs são ainda mais raras que a SILP<sup>(2,6)</sup>.

Em suma, diante de um caso de sangramento vaginal pós-parto em paciente com valores normais de b-HCG e achado de alteração focal hipervascular uterina, deve-se primeiro afastar seu caráter endometrial (PRC). Quando esta diferenciação não for clara, e especialmente quando se detectarem vasos miometriais dilatados anômalos em suas adjacências, deve-se considerar a possibilidade de SILP associada a PRC como diagnóstico

alternativo a MAVs. O diagnóstico de MAV pode ser confirmado por angiografia digital, ou a diferenciação entre os diagnósticos ser obtida por estudo anatomopatológico<sup>(1,4)</sup>.

REFERÊNCIAS

1. Annaiah TK, Sreenivasan SK. Uterine arteriovenous malformations: clinical implications. *The Obstetrician & Gynaecologist*. 2015;17:243–50.
2. Sellmyer MA, Desser TS, Maturen KE, et al. Physiologic, histologic, and imaging features of retained products of conception. *Radiographics*. 2013;33:781–96.
3. Goyal S, Goyal A, Mahajan S, et al. Acquired uterine arteriovenous malformation developing in retained products of conception: a diagnostic dilemma. *J Obstet Gynaecol Res*. 2014;40:271–4.
4. Müngen E. Vascular abnormalities of the uterus: have we recently over-diagnosed them? *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2003;21:529–31.
5. Plunk M, Lee JH, Kani K, et al. Imaging of postpartum complications: a multimodality review. *AJR Am J Roentgenol*. 2013;200:W143–54.
6. Babarinsa IA, Hayman RG, Draycott TJ. Secondary post-partum haemorrhage: challenges in evidence-based causes and management. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2011;159:255–60.
7. Weydert JA, Benda JA. Subinvolution of the placental site as an anatomic cause of postpartum uterine bleeding: a review. *Arch Pathol Lab Med*. 2006;130:1538–42.

Laiz Laura Godoy<sup>1</sup>, Ulysses S. Torres<sup>1</sup>, Giuseppe D'Ippolito<sup>2</sup>

1. Hospital São Luiz, Grupo Fleury, São Paulo, SP, Brasil. 2. Hospital São Luiz, Grupo Fleury, e Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM-Unifesp), São Paulo, SP, Brasil. Endereço para correspondência: Dra. Laiz Laura Godoy. Fleury Medicina e Saúde. Rua Cincinato Braga, 282, Bela Vista. São Paulo, SP, Brasil, 01333-010. E-mail: laizgodoy@hotmail.com.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2016.0131>

Fibroadenomatose juvenil

Juvenile fibroadenoma

Sr. Editor,

Paciente adolescente, sexo feminino, 17 anos de idade, negra, apresentou queixa de nódulos palpáveis em ambas as mamas. Há cinco meses notou crescimento abrupto, sendo solicitados exames de ultrassonografia (Figura 1) e ressonância magnética (Figura 2). Devido ao crescimento das lesões em curto espaço de tempo, foi solicitada biópsia por agulha grossa (*core biopsy*) orientada por ultrassonografia para melhor avaliação diagnóstica (Figura 3).

A maioria das condições clínicas que cursam com aumento das mamas ou nódulos mamários em adolescentes e crianças é de caráter benigno. O aumento mamário unilateral está mais comumente relacionado ao desenvolvimento anormal das mamas, enquanto o aparecimento de nódulos está mais relacionado ao fibroadenoma. Eles apresentam baixo risco de malignização, são hormônio-dependentes e podem diminuir de tamanho após a menopausa<sup>(1)</sup>.

O fibroadenoma juvenil (ou celular) é um subtipo histológico que apresenta crescimento acelerado (7% a 8% de todos os subtipos), tendo predileção por meninas negras<sup>(2,3)</sup>. Cerca de 10% a 25% das pacientes têm tumores múltiplos ou bilaterais ao diagnóstico, tal como o caso apresentado. Seu comportamento biológico é de lesão de crescimento acelerado comprometendo a mama, podendo haver ulceração de pele e distensão venosa superficial<sup>(3,4)</sup>.

O exame de ultrassonografia é a principal ferramenta na investigação diagnóstica de lesões mamárias em pacientes jovens, sendo bastante sensível na detecção e acompanhamento dos fibroadenomas. Eles apresentam uma aparência típica na grande

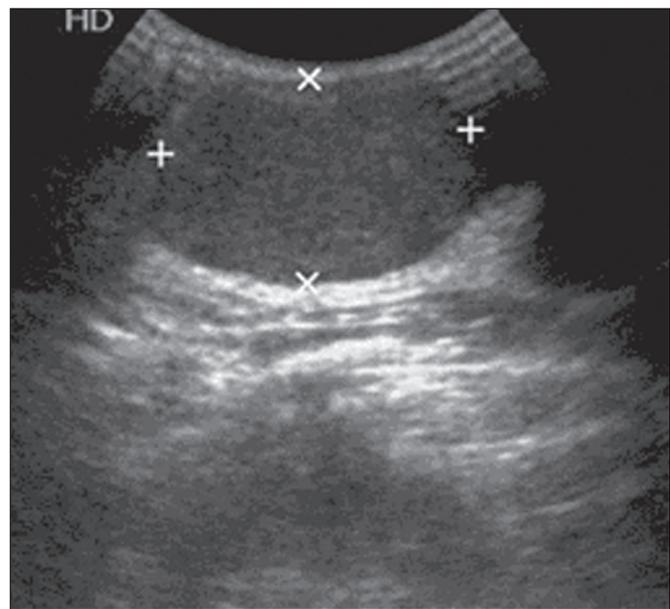


Figura 1. Ultrassonografia mostrando nódulos ovais e circunscritos, hipocóicos, maior eixo paralelo à pele, sugerindo lesões de natureza provavelmente benigna.

maioria dos casos: nódulo oval, circunscrito, hipocóico, com maior eixo paralelo à pele, podendo ou não apresentar vascularização ao estudo Doppler. Em pacientes mais velhas podem apresentar degeneração cálcica ou necrótica, que podem simular lesões agressivas<sup>(5)</sup>. Na ressonância magnética podem apresentar comportamento variado. Na grande maioria das vezes são lesões que se comportam com hipossinal/isossinal em T2, septações