

Concluindo, o diagnóstico de HLSIA deve ser considerado quando existe espessamento por infiltração gordurosa do SIA, maior que 2 cm, poupando a fossa oval, principalmente em pacientes idosos.

REFERÊNCIAS

1. Assunção FB, Oliveira DCL, Souza VF, et al. Cardiac magnetic resonance imaging and computed tomography in ischemic cardiomyopathy: an update. Radiol Bras. 2016;49:26–34.
2. Neves PO, Andrade J, Monção H. Coronary artery calcium score: current status. Radiol Bras. 2017;50:182–9.
3. Assunção FB, Oliveira DCL, Santos AASMD, et al. Caseous calcification of the mitral annulus: computed tomography features. Radiol Bras. 2016;49:273–4.
4. Rochitte CE. Cardiac MRI and CT: the eyes to visualize coronary arterial disease and their effect on the prognosis explained by the Schrödinger's cat paradox. Radiol Bras. 2016;49(1):vii–viii.
5. Kimura F, Matsuo Y, Nakajima T, et al. Myocardial fat at cardiac imaging: how can we differentiate pathologic from physiologic fatty infiltration? Radiographics. 2010;30:1587–602.
6. Stojanovska J, Attili AK. AJR teaching file: fat-containing mass in the interatrial septum. AJR Am J Roentgenol. 2010;195(6 Suppl):S73–5.
7. Maurer AH, Burshteyn M, Adler LP, et al. How to differentiate benign versus malignant cardiac and paracardiac 18F FDG uptake at oncologic PET/CT. Radiographics. 2011;31:1287–305.

8. Gottlieb I, Vávère A, Hannon K, et al. Hipertrofia lipídica do septo interatrial: relato de casos e revisão da literatura. Rev SOCERJ. 2007; 20:235–7.
9. Motwani M, Kidambi A, Herzog BA, et al. MR imaging of cardiac tumors and masses: a review of methods and clinical applications. Radiology. 2013;268:26–43.
10. Malik SB, Kwan D, Shah AB, et al. The right atrium: gateway to the heart— anatomic and pathologic imaging findings. Radiographics. 2015;35:14–31.
11. Buckley O, Madan R, Kwong R, et al. Cardiac masses, part 2: key imaging features for diagnosis and surgical planning. AJR Am J Roentgenol. 2011;197:W842–51.

Renato Niemeyer de Freitas Ribeiro¹, Bruno Niemeyer de Freitas Ribeiro², Wolney de Andrade Martins¹, Livia de Oliveira Antunes³, Edson Marchiori⁴

1. Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ, Brasil. 2. Instituto Estadual do Cérebro Paulo Niemeyer, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 3. Hospital Casa de Portugal/3D Diagnóstico por Imagem, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 4. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Endereço para correspondência: Dr. Renato Niemeyer de Freitas Ribeiro, Universidade Federal Fluminense, Departamento de Cardiologia, Rua Miguel de Frias, 9, Icaraí, Niterói, RJ, Brasil, 24220-900. E-mail: renato.niemeyer@hotmail.com.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2016.0165>

Sarcoidose: quando o sistema musculoesquelético é o primeiro a se manifestar

Sarcoidosis: when the initial manifestations are musculoskeletal symptoms

Sr. Editor,

Paciente do sexo feminino, 24 anos, com nódulos palpáveis e dolorosos nas panturrilhas, bilateralmente, há três semanas.

Exames laboratoriais sem alterações. A ressonância magnética (RM) demonstrou lesões ovaladas de alto sinal em STIR, com realce após infusão de gadolínio nos ventres musculares, e nos ossos mostrou lesões ovaladas de baixo sinal em T1 e alto sinal em STIR (Figuras 1 e 2). Aventou-se a possibilidade de sarcoidose muscular, que foi confirmada com biópsia. Após tratamento com corticoides, a paciente apresentou regressão dos sintomas e das lesões demonstradas na RM.

A sarcoidose é uma doença sistêmica de causa desconhecida⁽¹⁾ que provoca granulomas inflamatórios em órgãos e tecidos⁽²⁾, afetando mais mulheres que homens⁽³⁾. A sarcoidose muscular é uma condição rara que foi relatada pela primeira vez por Licharew em 1908⁽⁴⁾ e apresenta duas formas clínicas: nodular e miopática^(2,5). O tipo nodular muitas vezes envolve extremidades, principalmente os membros inferiores⁽¹⁾, e provoca nódulos solitários ou múltiplos⁽²⁾. O sinal mais comum é massa

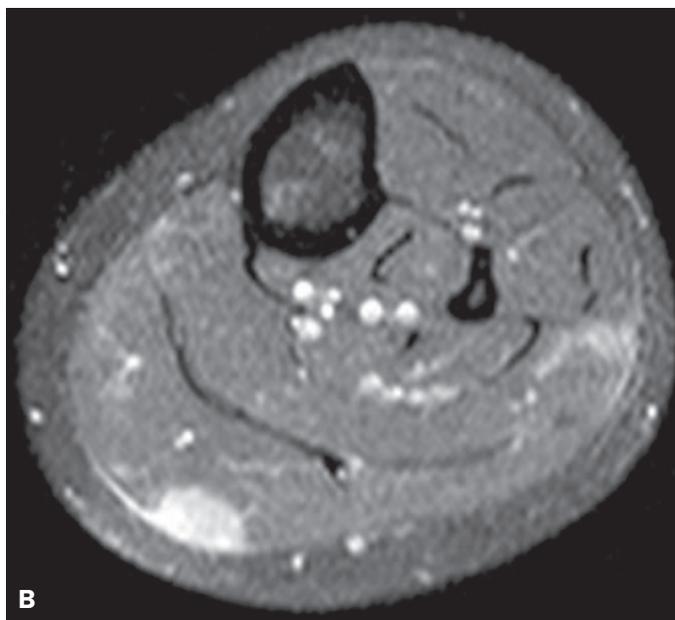
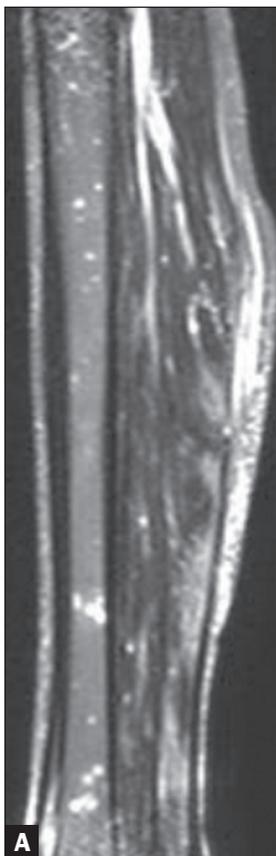


Figura 1. A: Sequência em STIR sem contraste demonstrando imagens nodulares de alto sinal, musculares e ósseas. **B:** Sequência em T1 fatsat pós-contraste mostrando realce após a infusão de contraste do nódulo biopsiado.

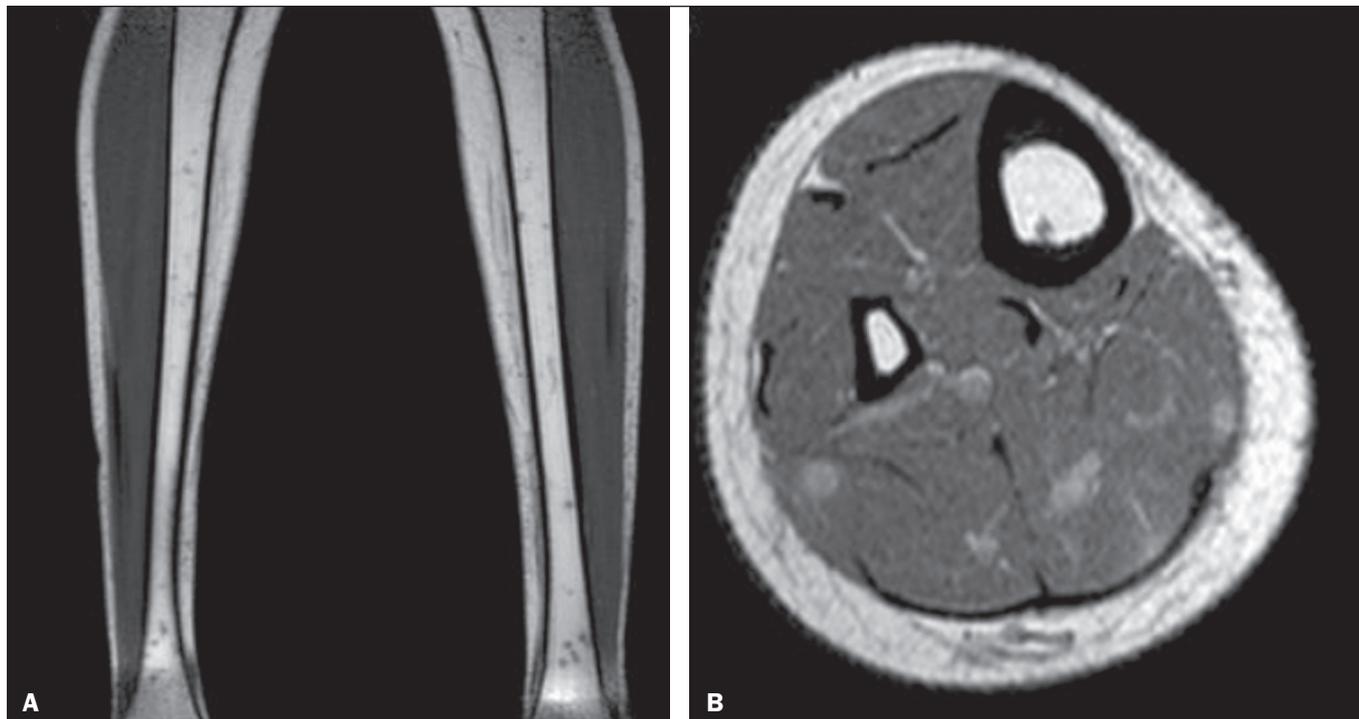


Figura 2. A: Sequência em T1 sem contraste mostrando imagens nodulares ósseas de baixo sinal. **B:** Sequência em T1 pós-contraste demonstrando realce após a infusão de contraste dos nódulos musculares.

indolor ou levemente dolorida^(1,2). O tipo miopático envolve os músculos de forma simétrica e difusa, sem formar massas, apresentando mialgia lentamente progressiva, fraqueza e atrofia⁽²⁾, além de altos níveis de creatinofosfoquinase⁽¹⁾.

Embora o envolvimento das articulações seja comum, a presença de lesões musculares e ósseas é incomum – acredita-se que isso indique curso clínico crônico e prolongado da doença⁽⁶⁾. O acometimento muscular sintomático ocorre em 1,4% dos casos conhecidos de sarcoidose^(2,7), enquanto no esquelético ocorre em 1% a 13% dos casos, com média estimada de 5%⁽¹⁾.

Em razão do excelente contraste de tecidos na RM, alterações musculoesqueléticas que estão ocultas nas radiografias podem ser vistas pela RM, que demonstra, também, as melhores lesões para a realização da biópsia^(1,8-11).

O envolvimento do tipo nodular tem aparência característica na RM que pode permitir o diagnóstico preciso – os nódulos de sarcoidose, tipicamente, consistem em áreas centrais de fibrose que mostram baixa intensidade de sinal em todas as sequências e áreas periféricas de granulomas que exibem intensidade de alto sinal nas imagens em T2 e realce pelo contraste^(1,6) – achado chamado de “estrela negra”. No tipo miopático, os achados da RM são inespecíficos – o músculo acometido apresenta aumento de sinal em T2⁽⁶⁾, podendo apresentar, também, atrofia e lipossustituição⁽¹⁾.

O diagnóstico diferencial inclui outras massas mesenquimais benignas e malignas, incluindo tofos, pannus e xantomas⁽¹⁾. A biópsia demonstra granulomas no músculo em 50% a 80% dos pacientes com sarcoidose. Contudo, na maioria das vezes, sem sinais e sintomas⁽¹⁾.

REFERÊNCIAS

1. Moore SL, Teirstein AE. Musculoskeletal sarcoidosis: spectrum of appearances at MRI. *Radiographics*. 2003;23:1389-99.
2. Otake S. Sarcoidosis involving skeletal muscle: imaging findings and

- relative value of imaging procedures. *AJR Am J Roentgenol*. 1994; 162:369-75.
3. Hennessy TW, Ballard DJ, DeRemee RA, et al. The influence of diagnostic access bias on the epidemiology of sarcoidosis: a population-based study in Rochester, Minnesota, 1935-1984. *J Clin Epidemiol*. 1988;41:565-70.
4. Licharew A. *Moskauer venerologische und dermatologische Gesellschaft*. *Dermatol Zentralbl*. 1908;11:235.
5. Hinterbuchner CN, Hinterbuchner LP. Myopathic syndrome in muscular sarcoidosis. *Brain*. 1964;87:355-66.
6. Koyama T, Ueda H, Togashi K, et al. Radiologic manifestations of sarcoidosis in various organs. *Radiographics*. 2004;24:87-104.
7. Mayock RL, Bertrand P, Morrison CE, et al. Manifestations of sarcoidosis. Analysis of 145 patients, with a review of nine series selected from the literature. *Am J Med*. 1963;35:67-89.
8. Chagas-Neto FA, Nogueira-Barbosa MH, Lorenzato MM, et al. Diagnostic performance of 3D TSE MRI versus 2D TSE MRI of the knee at 1.5 T, with prompt arthroscopic correlation, in the detection of meniscal and cruciate ligament tears. *Radiol Bras*. 2016;49:69-74.
9. Simão MN, Vinson EN, Spritzer CE. Magnetic resonance imaging evaluation of meniscoid superior labrum: normal variant or superior labral tear. *Radiol Bras*. 2016;49:220-4.
10. Sá Neto JL, Simão MN, Crema MD, et al. Diagnostic performance of magnetic resonance imaging in the assessment of periosteal reactions in bone sarcomas using conventional radiography as the reference. *Radiol Bras*. 2017;50:176-81.
11. Loures FB, Carrara RJ, Góes RFA, et al. Anthropometric study of the knee in patients with osteoarthritis: intraoperative measurement versus magnetic resonance imaging. *Radiol Bras*. 2017;50:170-5.

Lara Marinho Reis¹, Márcio Luís Duarte², Simone Botelho Alvarenga³, José Luiz Masson de Almeida Prado³, Luiz Carlos Donoso Scopetta⁴

1. Hospital São Camilo, São Paulo, SP, Brasil. 2. Webimagem, São Paulo, SP, Brasil. 3. Axial Medicina Diagnóstica, Belo Horizonte, MG, Brasil. Endereço para correspondência: Dr. Márcio Luís Duarte. Avenida Marquês de São Vicente, 446, Barra Funda. São Paulo, SP, Brasil, 01139-020. E-mail: marcioluisduarte@gmail.com.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2015.0158>