

Cyamella gigante: um raro sesamoide

Giant cyamella: a rare sesamoid bone

Sr. Editor,

Homem de 46 anos de idade, com queixa de dor no joelho direito há três anos. Negou trauma, torção, cirurgias e prática de esportes. Exame físico com testes positivos para lesão meniscal. Foi realizada ressonância magnética (RM), que demonstrou cyamella gigante, rotura complexa do corpo e do corno anterior do menisco lateral e lesões condrais no compartimento femoro-tibial lateral (Figura 1).

Os sesamoides são pequenos ossos acessórios localizados nos tendões e nos músculos, cuja função é facilitar a movimentação fisiológica do tendão, apesar de, em alguns casos, causar doenças⁽¹⁾. Localizam-se, mais comumente, nos membros inferiores⁽²⁾. Embrriologicamente, os sesamoides são geralmente mais comuns no feto, e com o crescimento esquelético e a maturação óssea eles muitas vezes se fundem^(2,3). A patela é o maior osso sesamoide do corpo humano⁽²⁾.

Normalmente, o tendão poplíteo tem origem no côndilo femoral lateral, com o seu músculo inserindo-se na superfície posterior da tíbia acima da linha sólea⁽⁴⁾. Um osso sesamoide pode existir no tendão do músculo poplíteo e tem sido chamado

de cyamella, ou fabella poplíteia, ou distalis fabella, ou os sesamoideum genu inferius laterale⁽⁵⁾. É muito confundido com a fabella, que se situa dentro da cabeça lateral do músculo gastrocnêmio⁽⁵⁾.

O cyamella é comum em outros primatas, mas muito raro em humanos, e quando ocorre, pode se articular com o côndilo lateral da tíbia e ficar muito perto da cabeça da fíbula^(3,4), apesar de não ter função bem definida⁽⁶⁾. Reside como osso acessório no próprio tendão poplíteo ou na interseção entre o tendão e o músculo^(6,7), cujo tamanho pode variar consideravelmente⁽³⁾, e deve ser claramente distinguido de corpos livres, calcificações, osteófitos, fabella e, até mesmo, de osteocondromatose⁽³⁾ e avulsão do tendão poplíteo⁽⁷⁾.

Várias modalidades de estudos de imagem, tais como radiografia, tomografia computadorizada e RM, podem estabelecer o diagnóstico de cyamella⁽³⁾. Este é visualizado como um ossículo que apresenta uma borda de sinal baixo nas sequências em T1, T2 e T2* da RM⁽⁶⁾. Imagens de tomografia computadorizada demonstraram gordura dentro do ossículo⁽⁶⁾. Devido à raridade do cyamella, sua caracterização e a potencial exclusão de outros diagnósticos é de particular relevância clínica⁽³⁾.

Os médicos devem ter em mente a possibilidade de a cyamella ser causa da dor em pacientes com dor lateral do joelho⁽¹⁾.



Figura 1. Ressonância magnética. Sequências em T2 SPIR (A) e DP (B), ambas sem contraste no corte sagital, mostrando volumosa imagem ossificada no tendão poplíteo, medindo 2,2 × 1,7 × 1,5 cm (setas). Sequência em DP SPIR sem contraste no corte sagital (C) e sequência T2 SPIR sem contraste no corte axial (D) mostrando volumosa imagem ossificada no tendão poplíteo (setas).

Geralmente não apresenta implicações patológicas, no entanto, sintomas de dor já foram descritos⁽¹⁾. Não há consenso em relação ao tratamento em um diagnóstico tão raro, devendo ser procedido caso a caso, levando em conta os sintomas e os exames de imagem do paciente⁽³⁾.

REFERÊNCIAS

1. Rehmatullah N, McNair R, Sanchez-Ballester J. A cyamella causing popliteal tendonitis. *Ann R Coll Surg Engl.* 2014;96:91E–93E.
2. Akansel G, Inan N, Sarisoy HT, et al. Popliteus muscle sesamoid bone (cyamella): appearance on radiographs, CT and MRI. *Surg Radiol Anat.* 2006;28:642–5.
3. Khanna V, Maldjian C. The cyamella, a lost sesamoid: normal variant or posterolateral corner anomaly? *Radiol Case Rep.* 2015;9:e00031.
4. Reddy S, Vollala VR, Rao R. Cyamella in man – its morphology and review of literature. *Int J Morphol.* 2007;25:381–3.

5. Keats TE, Anderson MW. Atlas of normal roentgen variants that may simulate disease. 9th ed. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2007.
6. Munk PL, Althathlol A, Rashid F, et al. MR features of a giant cyamella in a patient with osteoarthritis: presentation, diagnosis and discussion. *Skeletal Radiol.* 2009;38:69, 91–2.
7. Jadhav SP, More SR, Riascos RF, et al. Comprehensive review of the anatomy, function, and imaging of the popliteus and associated pathologic conditions. *Radiographics.* 2014;34:496–513.

Márcio Luís Duarte¹, André de Queiroz Pereira Silva², Simone Botelho Alvarenga³, José Luiz Masson de Almeida Prado⁴, Luiz Carlos Donoso Scopetta⁴

1. WebImagem, São Paulo, SP, Brasil. 2. CADI Diagnóstico, Imperatriz, MA, Brasil. 3. Axial Medicina Diagnóstica, Belo Horizonte, MG, Brasil. 4. Hospital São Camilo, São Paulo, SP, 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/10.1590/0100-3984.2015.0240>

Hemangioma vesical: uma localização atípica

Hemangioma of the urinary bladder: an atypical location

Sr. Editor,

Paciente do sexo masculino, dois anos de idade, encaminhado ao serviço de urgência e emergência pediátrica com quadro de hematúria macroscópica persistente. A ultrassonografia abdominal (não incluída neste relato) revelou formação ecogênica no interior da bexiga, fixa à mudança de decúbito. Tomografia computadorizada de abdome mostrou lesão vesical expansiva sólido-cística, com componente vegetante, parcial-

mente delimitada, contornos lobulados, apresentando pequena calcificação focal de permeio e realce pelo meio de contraste do componente sólido, com epicentro no teto vesical (Figura 1A). Posteriormente, ressonância magnética do abdome demonstrou formação com sinal intermediário em T1, sinal heterogêneo com predomínio de hipersinal em T2 e intenso realce lesional pelo meio de contraste (Figura 1B). Realizou-se cistectomia parcial (Figura 1C) e o histopatológico demonstrou lesão representada por proliferação de vasos de diferentes tamanhos, tipo veias, com intensa congestão e sem atipias, compatível com hemangioma cavernoso (Figura 1D).

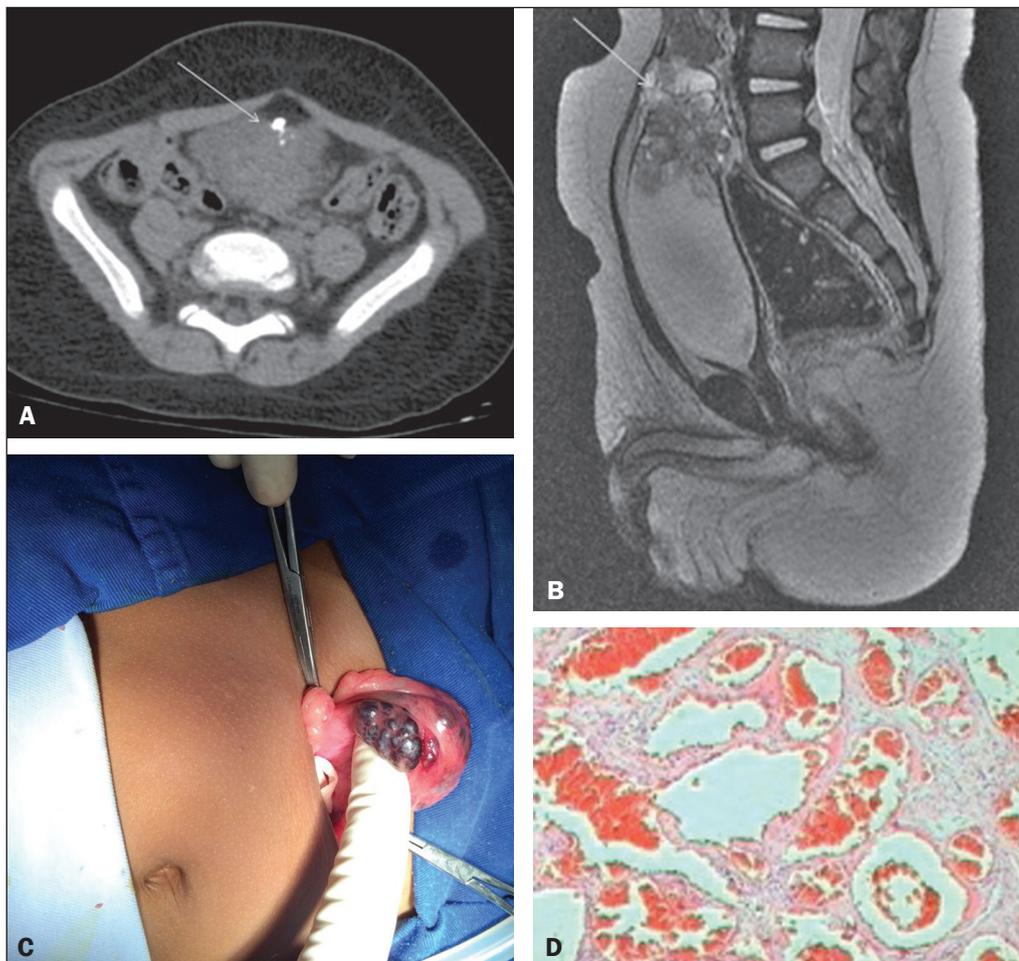


Figura 1. A: Imagem axial de tomografia computadorizada de abdome mostrando lesão vesical expansiva sólido-cística com componente vegetante, parcialmente delimitada, contornos lobulados, apresentando pequena calcificação focal de permeio e realce pelo meio de contraste do componente sólido, com epicentro no teto vesical. **B:** Imagem de reformatação sagital em sequência ponderada em T2 de ressonância magnética de abdome demonstrando formação expansiva com sinal intermediário em T1, sinal heterogêneo com predomínio de hipersinal em T2 e intenso realce lesional pelo meio de contraste. **C:** Cistectomia parcial mostrando lesão tumoral. **D:** Histopatológico demonstrando lesão compatível com hemangioma cavernoso.