

3. Salvadori PS, Costa DMC, Romano RFT, et al. What is the real role of the equilibrium phase in abdominal computed tomography? *Radiol Bras.* 2013;46:65–70.
4. Costa DMC, Salvadori PS, Monjardim RF, et al. When the noncontrast-enhanced phase is unnecessary in abdominal computed tomography scans? A retrospective analysis of 244 cases. *Radiol Bras.* 2013;46:197–202.
5. Teixeira ACV, Torres US, Westin CEG, et al. Multidetector-row computed tomography in the preoperative diagnosis of intestinal complications caused by clinically unsuspected ingested dietary foreign bodies: a case series emphasizing the use of volume rendering techniques. *Radiol Bras.* 2013;46:346–50.
6. Kierszenbaum ML, von Atzingen AC, Tiferes DA, et al. Colonografia por tomografia computadorizada na visão do médico encaminhador: qual o seu valor segundo a visão de especialistas? *Radiol Bras.* 2014;47:135–40.
7. Francisco FAF, Araújo ALE, Oliveira Neto JA, et al. Contraste hepatobiliar: diagnóstico diferencial das lesões hepáticas focais, armadilhas e outras indicações. *Radiol Bras.* 2014;47:301–9.
8. Terceiro MG, Faria IM, Alfenas R, et al. Hérnia de Amyand com apendicite perfurada. *Radiol Bras.* 2014;47(6):xi–xiii.
9. Cunha EFC, Rocha MS, Pereira FP, et al. Necrose pancreática delimitada e outros conceitos atuais na avaliação radiológica da pancreatite aguda. *Radiol Bras.* 2014;47:165–75.
10. Kadow JS, Fingerhut CJP, Fernandes VB, et al. Peritonite encapsulante: tomografia computadorizada e correlação cirúrgica. *Radiol Bras.* 2014;47:262–4.
11. Pedrassa BC, Rocha EL, Kierszenbaum ML, et al. Tumores hepáticos incomuns: ensaio iconográfico – Parte 1. *Radiol Bras.* 2014;47:310–6.
12. Pedrassa BC, Rocha EL, Kierszenbaum ML, et al. Tumores hepáticos

- incomuns: ensaio iconográfico – Parte 2. *Radiol Bras.* 2014;47:374–9.
13. Shinakai-Yasuda MA, Telles Filho FQ, Mendes RP, et al. Consenso em paracoccidiodomicose. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2006;39:297–310.
14. Campos EP, Padovani CR, Cataneo AMJ. Paracoccidiodomicose: estudo radiológico e pulmonar de 58 casos. *Rev Inst Med Trop São Paulo.* 1991;33:267–76.
15. Costa MAB, Carvalho TN, Araújo Júnior CR, et al. Manifestações extrapulmonares da paracoccidiodomicose. *Radiol Bras.* 2005;38:45–52.
16. Tucker ON, Healy V, Jeffers M, et al. Granulomatous appendicitis. *Surgeon.* 2003;1:286–9.
17. AbdullGaffar B. Granulomatous diseases and granulomas of the appendix. *Int J Surg Pathol.* 2010;18:14–20.
18. Bronner MP. Granulomatous appendicitis and the appendix in idiopathic inflammatory bowel disease. *Semin Diagn Pathol.* 2004;21:98–107.
19. Carr NJ. The pathology of acute appendicitis. *Ann Diagn Pathol.* 2000;4:46–58.
20. Chojniak R, Vieira RAC, Lopes A, et al. Intestinal paracoccidiodomyces simulating colon cancer. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2000;33:309–12.
21. Birnbaum BA, Wilson SR. Appendicitis at the millennium. *Radiology.* 2000;215:337–48.

Priscila Gava¹, Alessandro Severo Alves de Melo¹, Edson Marchiori¹, Márcia Henriques de Magalhães Costa¹, Eric Pereira¹, Raissa Dantas Batista Rangel¹

1. Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Endereço para correspondência: Dra. Priscila Gava. Rua Vitor Meireles, 198, Condomínio Green Country, Mata Poca. Niterói, RJ, Brasil, 24322-110. E-mail: pris_gava@hotmail.com.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2014.0035>

Cólon biliar: um caso incomum de obstrução intestinal

Biliary colon: an unusual case of intestinal obstruction

Sr. Editor,

Paciente mulher, 80 anos, diabética, hipertensa e obesa, referiu início súbito de intensa dor em cólica no hipogástrio por dois dias. Adicionalmente, acompanhou-se quadro de náuseas, parada da eliminação de gases e fezes, além de distensão abdominal. Ao exame físico constataram-se aumento do volume abdominal, dor à palpação profunda do hipogástrio, timpanismo abdominal à percussão e sinais de leve desidratação. A hipótese clínica levantada foi síndrome obstrutiva.

Foram realizadas, em outro serviço, radiografias e ultrassonografia abdominal, porém inconclusivas quanto à causa. Radiografias abdominais anteroposteriores em ortostase e decúbito dorsal horizontal demonstraram quadro obstrutivo com distensão predominantemente gasosa de alças intestinais delgadas e de parte

do intestino grosso, sem sinais de pneumoperitônio. A ultrassonografia exibiu distensão gasosa sem sinais de líquido livre no momento do estudo. Com tais exames apontando para obstrução baixa sem causa definida, optou-se por realizar tomografia computadorizada (TC) do abdome para esclarecimento diagnóstico e definição de conduta terapêutica.

Pela suspeita clínica de obstrução neoplásica, a paciente foi encaminhada ao nosso serviço. Com a realização da TC estabeleceu-se o diagnóstico, e diversas técnicas de reconstrução das imagens empregadas – reconstruções multiplanares, curvas e tridimensionais (3D) – foram utilizadas para apresentar ao médico solicitante os achados de uma maneira de fácil compreensão.

A TC demonstrou amplo trajeto fistuloso comunicando a luz da vesícula biliar com a do cólon transverso e presença de cálculo residual na vesícula biliar (Figura 1A). A reconstrução curva na região do reto e do sigmoide demonstrou cálculo impactado no cólon sigmoide, obstruindo-o e causando distensão intestinal a montante por acúmulo fecal (Figura 1B). Uma reconstrução

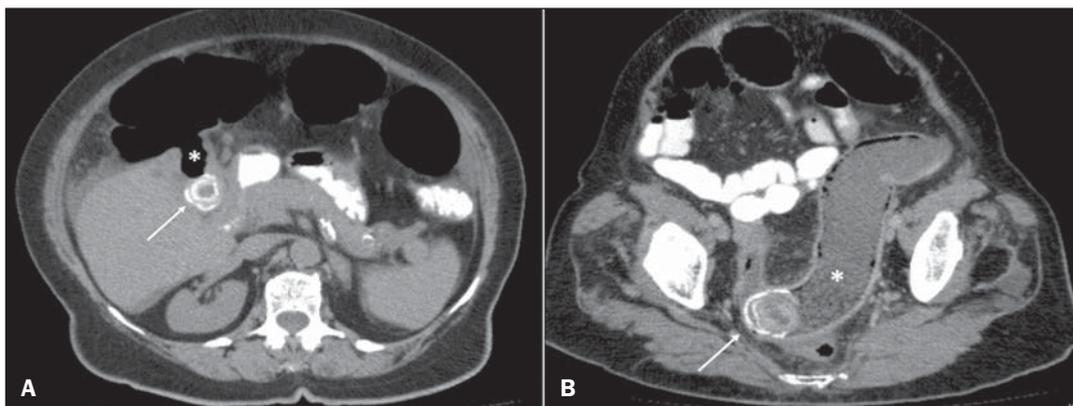


Figura 1. A: Imagem de TC no plano axial mostrando cálculo na vesícula biliar (seta) e trajeto fistuloso comunicando a vesícula biliar com o intestino grosso (asterisco). **B:** Imagem de TC em reconstrução curva mostrando cálculo biliar impactado no cólon sigmoide (seta) e distensão intestinal a montante (asterisco).

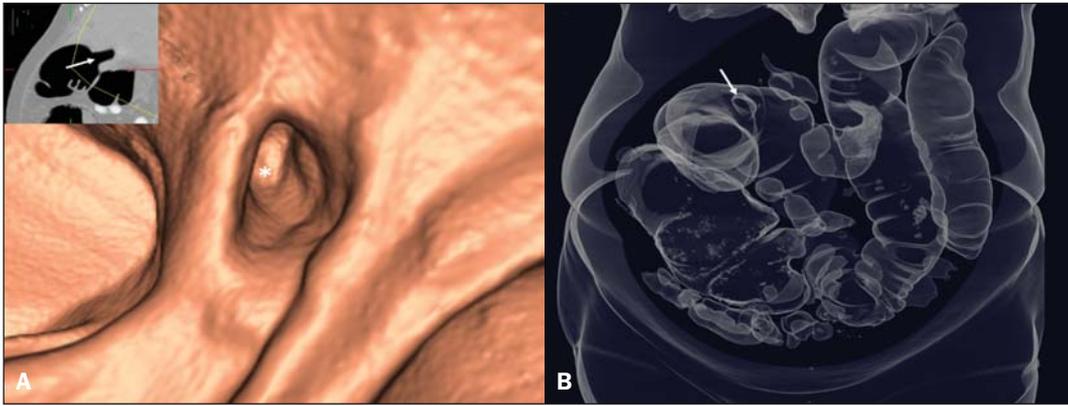


Figura 2. A: Reconstrução 3D endoluminal com padrão de colonoscopia virtual identificando o orifício fistuloso (asterisco) no intestino grosso. No detalhe, a imagem bidimensional de referência da posição do orifício (seta). **B:** Reconstrução 3D demonstrando a distensão intestinal gasosa e o orifício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

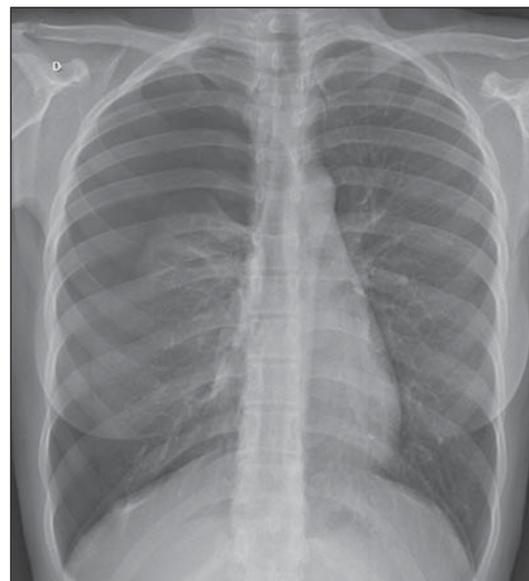


Figura 1. Radiografia do tórax em posteroanterior demonstrando pneumotórax à direita.