

Má-rotação intestinal associada a obstrução duodenal pela banda de Ladd

Intestinal malrotation associated with duodenal obstruction secondary to Ladd's bands

Sr. Editor,

Homem, 38 anos de idade, deu entrada no serviço de emergência com queixa de dor e distensão abdominal associadas a parada de eliminação de gases e fezes. Foi realizada tomografia computadorizada multidetectores do abdome e pelve, com e sem contraste iodado intravenoso, que demonstrou importante distensão hídrica gástrica e duodenal, com área de estreitamento luminal abrupto duodenal na transição da segunda para a terceira porção duodenal (Figura 1A). O arco duodenal era curto, com ângulo de Treitz verticalizado e as alças todas deslocadas para a direita e com má-rotação intestinal, onde o ceco e o cólon ascendente apareciam em posições anterior e medial, ocupando o mesogástrio (Figura 1B). Estes aspectos são encontrados na má-rotação clássica com obstrução duodenal pelas bandas de Ladd (Figura 2A). O paciente foi submetido a videolaparoscopia (procedimento de Ladd) (Figura 2B), tendo alta em boas condições e sem queixas ou recorrência^(1,2).

A avaliação do sistema musculoesquelético por métodos de imagem tem sido motivo de uma série de publicações recentes na literatura radiológica nacional⁽³⁻⁹⁾. Má-rotação intestinal é uma condição congênita rara (1 a cada 200–500 nascidos vivos). A maioria dos casos é diagnosticada durante o período neonatal, sendo apenas 0,2% diagnosticado na vida adulta. Tal condição pode levar a sintomas inespecíficos crônicos em adultos jovens, sendo difícil o diagnóstico^(1,2,10).

Normalmente o quadro pode ser de desconforto abdominal inespecífico, até de dores abdominais, relacionados ao início agudo de obstrução. Geralmente as obstruções acontecem durante o período neonatal e devem ser consideradas em todos os recém-nascidos com vômitos biliosos e dor abdominal^(10,11).

O uso da tomografia computadorizada multidetectores na emergência tem auxiliado no diagnóstico das má-rotações, principalmente no contexto das doenças congênitas, que acabam diagnosticadas na fase adulta. Este método, além de ajudar na avaliação das alças, pode auxiliar na avaliação vascular, que pode

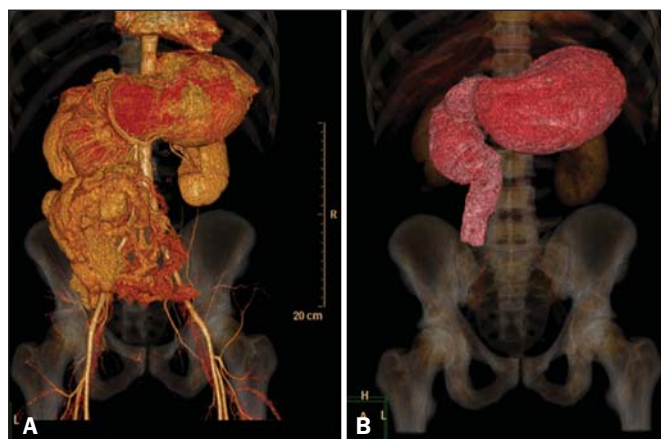


Figura 1. Tomografia computadorizada multidetectores do abdome e pelve, com reconstrução tridimensional. Observar a importante distensão hídrica gástrica e duodenal, com área de estreitamento luminal abrupto duodenal na transição da segunda para a terceira porção duodenal (A). O arco duodenal era curto, com ângulo de Treitz verticalizado e as alças todas deslocadas para a direita e com má-rotação intestinal, onde o ceco e o cólon ascendente apareciam em posições anterior e medial, ocupando o mesogástrio (B).

estar comprometida. Dentre os demais exames de imagens, podemos ressaltar o estudo radiológico com contraste, que pode revelar duodeno verticalizado e ausência do ângulo duodenojejunal, observados em 80% dos casos^(10,12).

Na condução do tratamento realiza-se o procedimento de Ladd, que foi inicialmente descrito em 1936 por laparotomia clássica. Este procedimento é considerado o tratamento cirúrgico clássico nos casos de má-rotação intestinal e atualmente pode ser realizado de forma segura por laparoscopia, como visto neste caso. Tal procedimento consiste em uma associação de mobilização do duodeno e do cólon direito, secção de aderências (bandas de Ladd) até próximo da mesentérica superior e apendicectomia. Este tratamento tem como objetivo reduzir o risco de volvo agudo, localizando o intestino delgado em uma posição não rotativa e alargando a base do mesentério. A apendicectomia é feita em razão de eventual dificuldade no diagnóstico de apendicite futura, distante da posição correta^(1,11,12).

Concluindo, o diagnóstico de má-rotação intestinal associada a obstrução duodenal por bandas de Ladd deve ser considerado em pacientes adultos, quando existe obstrução duodenal, verticalização do duodeno e má-rotação do delgado com ceco em posição mediana. Acreditamos que a tomografia computadorizada é o método de escolha para este diagnóstico nos tempos atuais.

REFERÊNCIAS

1. Kotze PC, Martins JF, Rocha JG, et al. Procedimento de Ladd para má rotação intestinal no adulto: relato de caso [Carta ao Editor]. Arq Bras Cir Dig. 2011;24:89–91.
2. Brandt ML. Intestinal malrotation in children. [cited 2007 Sep 22]. Available from: http://www.uptodate.com/contents/intestinal-malrotation-in-children?source=search_result&search=intestinal+malrotation&selectedTitle=1~37.

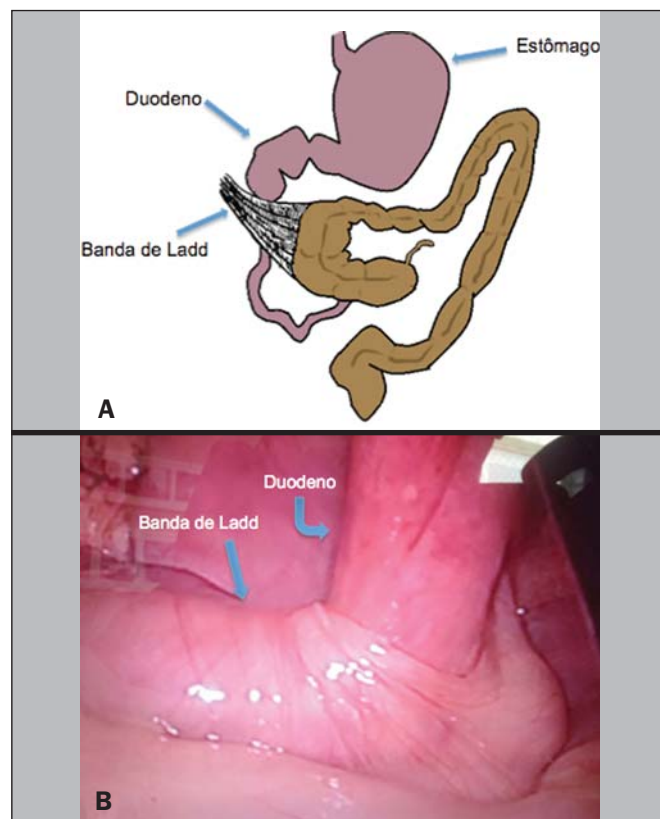


Figura 2. Desenho clássico da má-rotação com obstrução duodenal pelas bandas de Ladd (A). O paciente foi submetido a videolaparoscopia (procedimento de Ladd), que demonstrou a banda de Ladd (B).

3. Vermelho MBF, Correia AS, Michailowsky TCA, et al. Abdominal alterations in disseminated paracoccidioidomycosis: computed tomography findings. *Radiol Bras.* 2015;48:81–5.
4. Melo ELA, Paula FTM, Siqueira RA, et al. Biliary colon: an unusual case of intestinal obstruction [Letter]. *Radiol Bras.* 2015;48:127–8.
5. Queiroz RM, Botter LA, Gomes MP, et al. Enteroenteric intussusception in an adult caused by an ileal angiomyolipoma [Letter]. *Radiol Bras.* 2015;48:339–40.
6. Gava P, Melo ASA, Marchiori E, et al. Intestinal and appendiceal paracoccidioidomycosis [Letter]. *Radiol Bras.* 2015;48:126–7.
7. Teixeira VL, Santana Júnior PJ, Teixeira KISS, et al. Gastric Kaposi's sarcoma [Letter]. *Radiol Bras.* 2015;48:196–7.
8. Barros RHO, Penachim TJ, Martins DL, et al. Multidetector computed tomography in the preoperative staging of gastric adenocarcinoma. *Radiol Bras.* 2015;48:74–80.
9. Rocha EL, Pedrassa BC, Bormann RL, et al. Abdominal tuberculosis: a radiological review with emphasis on computed tomography and magnetic resonance imaging findings. *Radiol Bras.* 2015;48:181–91.

10. Dille AV, Pereira J, Shi EC, et al. The radiologist says malrotation: does the surgeon operate? *Pediatr Surg Int.* 2000;16:45–9.
11. Gamblin TC, Stephens RE Jr, Johnson RK, et al. Adult malrotation: a case report and review of the literature. *Curr Surg.* 2003;60:517–20.
12. Mazzioti MV, Strasberg SM, Langer JC. Intestinal rotation abnormalities without volvulus: the role of laparoscopy. *J Am Coll Surg.* 1997;185:172–6.

Marco Aurélio Sousa Sala¹, Amanda Nogueira de Sá Gonçalves Ligabó¹, Mario Carlos Camacho de Arruda², João Maurício Canavezi Indiani², Marcelo Souto Nacif³

1. URC Diagnóstico por Imagem, São José dos Campos, SP, Brasil. 2. Hospital viValle, São José dos Campos, SP, Brasil. 3. Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ, Brasil. Endereço para correspondência: Dr. Marco Aurélio Sousa Sala. URC Diagnóstico por Imagem. Rua Teopompo de Vasconcelos, 245, Vila Adyana. São José dos Campos, SP, Brasil, 12243-830. E-mail: marco_sala@hotmail.com.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2015.0106>

Granuloma alimentar: condição rara simulando tumor gástrico

Pulse granuloma: a rare condition mimicking a gastric tumor

Sr. Editor,

Paciente mulher, 60 anos, com queixa de dor no hipocôndrio esquerdo, febre, vômito e diarreia, quadro iniciado há uma semana. Exames físico e laboratoriais não indicaram alterações significativas. Foi realizada ultrassonografia, que demonstrou imagem cística septada junto ao estômago, de paredes espessas e *debris* no seu interior, sem caracterização de fluxo ao estudo Doppler (Figura 1A). Realizou-se também tomografia computadorizada (TC), que identificou lesão parietal expansiva no corpo gástrico, medindo 5,9 × 4,5 cm, com impregnação pelo contraste nas paredes e septos,

notadamente na fase portal, além de componente central hipodenso e sem realce, esses últimos achados podendo representar necrose (Figura 1B). Foram elaboradas as hipóteses diagnósticas de adenocarcinoma gástrico e tumor estromal gastrointestinal. A paciente foi submetida a endoscopia digestiva alta, que mostrou lesão elevada na grande curvatura gástrica, com mucosa ulcerada e irregular (Figura 2A). Foi realizada biópsia, com resultado inconclusivo, optando-se pela ressecção da lesão. O exame histopatológico da peça cirúrgica demonstrou tratar-se de granuloma alimentar (Figura 2B). A paciente obteve alta hospitalar no quinto dia pós-operatório, com posterior seguimento ambulatorial.

Granuloma alimentar é uma lesão benigna⁽¹⁾ e extremamente rara^(2,3). Foi primeiramente descrito por Knoblich, em 1969,



Figura 1. A: Ultrassonografia demonstrando imagem cística septada no hipocôndrio esquerdo, sem caracterização de fluxo ao estudo Doppler (seta). **B:** TC de abdome mostrando massa na parede do estômago (cabeça de seta). Estômago preenchido por contraste (asterisco).

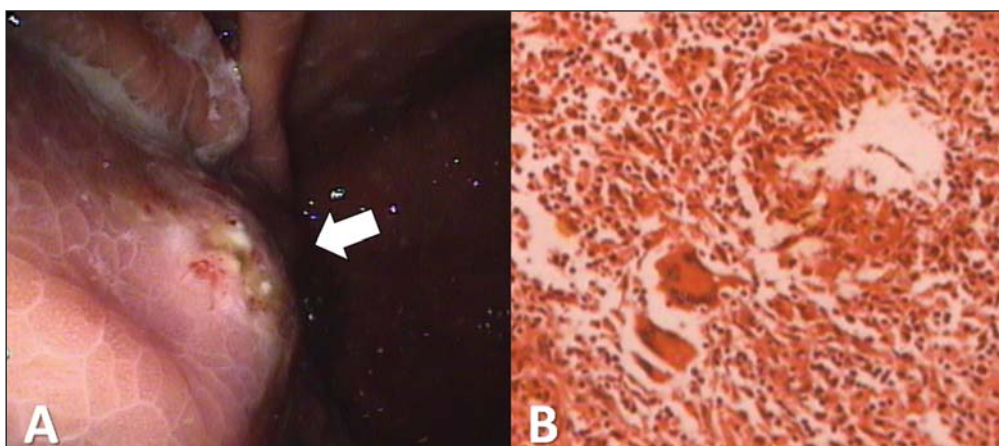


Figura 2. A: Endoscopia digestiva alta identificando lesão expansiva com mucosa ulcerada e irregular na grande curvatura do corpo gástrico (seta). **B:** Microscopia mostrando processo inflamatório granulomatoso, algumas vezes em paliçada, com numerosas células gigantes multinucleadas do tipo corpo estranho.