

melica (Trevor-Fairbank disease): case report. *Radiol Bras.* 2013;46:59–60.

3. Alves MPT, Fonseca COP, Granjeiro JM, et al. Carpal tunnel syndrome: comparative study between sonographic and surgical measurements of the median nerve in moderate and severe cases of disease. *Radiol Bras.* 2013;46:23–9.

4. Bayerl JS, Oliveira ARN, Peçanha PM, et al. Osteomyelitis of the wrist in a patient with disseminated paracoccidioidomycosis: a rare presentation. *Radiol Bras.* 2012;45:238–40.

5. Arend CF. Tenosynovitis and synovitis of the first extensor compartment of the wrist: what sonographers should know. *Radiol Bras.* 2012;45:219–24.

6. Tyring SK, Lupi O, Hengge UR. *Tropical dermatology*. 1st ed. Georgetown: Landes Bioscience; 2001.

7. Silva Lima JF. Ainhum. Molestia ainda não descripta, peculiar à raça ethiopica e affectando os dedos mínimos dos pés. *Gaz Med Bahia.* 1867;2:146–72.

8. Bertoli CL, Stassi J, Rifkin MD. Ainhum – an unusual presentation involving the second toe in a white male. *Skeletal Radiol.* 1984;11:133–5.

9. de Araujo DB, Lima SM, Giorgi RD, et al. Ainhum (dactylolysis spontanea): a case with hands and feet involvement. *J Clin Rheumatol.* 2013;19:277–9.

10. Olivieri I, Piccirillo A, Scarano E, et al. Dactylolysis spontanea or ainhum involving the big toe. *J Rheumatol.* 2005;32:2437–9.

**Ronaldo Garcia Rondina<sup>1</sup>, Ricardo Andrade Fernandes de Mello<sup>1</sup>, Gabriel Antônio de Oliveira<sup>1</sup>, Laís Bastos Pessanha<sup>1</sup>, Luiz Felipe Alves Guerra<sup>1</sup>, Diego Lima Nava Martins<sup>1</sup>**

1. Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Endereço para correspondência: Dr. Ronaldo Garcia Rondina. Rua Júlio Cesar de Oliveira Serrano, 135, ap. 302, Bl. 03, Mata da Praia. Vitória, ES, Brasil, 29065-720. E-mail: r.rondina@gmail.com.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2014.0064>

**Divertículo de Meckel perfurado como causa incomum de pneumoperitônio em recém-nascido pré-termo**

*Uncommon presentation of perforated Meckel's diverticulum in preterm newborn*

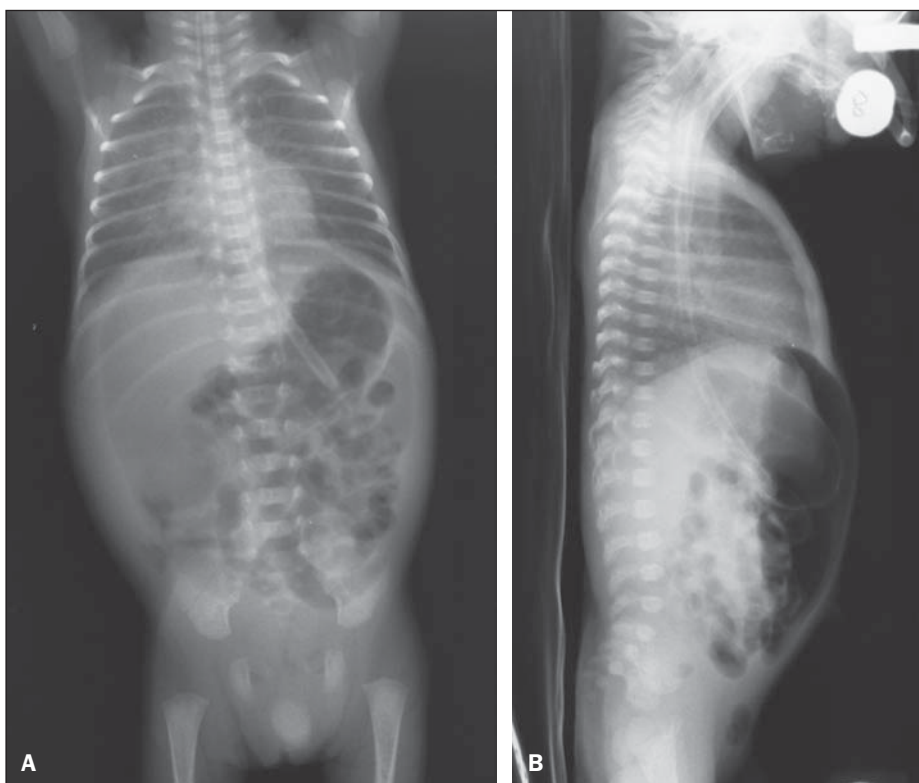
Sr. Editor,

Recém-nascido (RN) do sexo masculino, com 30 semanas de idade gestacional e com peso de 940 g ao nascer, apresentou logo após o nascimento quadro de insuficiência respiratória acompanhada de sinais radiológicos compatíveis com doença da membrana hialina. Com 10 dias de vida, evoluiu com vômitos e distensão abdominal, apresentando sinais radiológicos de pneumoperitônio (Figura 1). O RN foi submetido, inicialmente, a drenagem peritoneal, por não apresentar condições cirúrgicas, e com 19 dias

de vida, após ganhar peso e apresentar-se hemodinamicamente estável, foi submetido a laparotomia exploradora. Na cirurgia, foi constatado divertículo de Meckel (DM) perfurado no jejuno, com bloqueio hepático e obstrução distal ao bloqueio, devido a formação de brida. Foi realizada ressecção de cerca de 6 cm de alça jejunal, contendo a área perfurada, com posterior anastomose término-terminal. O resultado anatomopatológico foi diverticulite subaguda com úlcera e intensa peridiverticulite no DM. O RN evoluiu favoravelmente e recebeu alta com 82 dias de vida.

O DM representa a malformação congênita mais comum do tubo digestivo, sendo assintomático na maioria dos casos<sup>(1–3)</sup>.

Os casos sintomáticos de DM em RNs são raros, acometendo menos de 20% de todos os casos pediátricos<sup>(1)</sup>. O sintoma mais comum é a obstrução intestinal, usualmente ocorrendo como



**Figura 1. A:** Radiografia de tórax e abdome em posição supina com raios verticais demonstra hipertransparência da cavidade abdominal, por acúmulo de ar livre. **B:** Radiografia de tórax e abdome em posição supina com raios horizontais mostra a coleção de ar livre, localizada entre a parede abdominal anterior e as alças intestinais.

resultado de inflamação ou vólculo ileal<sup>(1,4)</sup>. Nos RNs, o rompimento do DM é raro, ocorrendo em menos de 10% dos casos e manifestando-se na radiografia como pneumoperitônio<sup>(1)</sup>. Nestas situações, o diagnóstico diferencial com enterocolite necrosante deve ser realizado, já que esta doença é responsável por 41% dos casos de pneumoperitônio neonatal<sup>(4)</sup>.

No presente caso, houve suspeita clínica de enterocolite necrosante, porém esta hipótese foi descartada ao se confirmar, no intraoperatório, a perfuração do DM.

As causas de perfuração do DM incluem reação inflamatória, ulceração da mucosa ou defeito na camada muscular do divertículo<sup>(1,2)</sup>. Raramente, a perfuração do DM pode ocorrer secundariamente a cateterização umbilical, por meio de uma ligação da veia umbilical com o DM via cordão umbilical<sup>(6)</sup>. No presente caso, houve cateterização da veia e artérias umbilicais com duas horas de vida, contudo, o início tardio dos sintomas em relação ao cateterismo e a laparotomia exploradora demonstraram que a cateterização não teve relação com a perfuração.

A doença de Hirschsprung também pode predispor à perfuração do DM por atraso da passagem de mecônio, determinando aumento da pressão a montante do divertículo<sup>(5)</sup>. Esta condição cursa com sintomas típicos de obstrução intestinal, dor abdominal e vômitos biliosos<sup>(5)</sup>. No presente caso, apesar de o RN ter apresentado sintomas de obstrução intestinal e desconforto abdominal à palpação, não houve registro de vômitos biliosos. Ademais, a análise histopatológica do segmento retirado descartou a hipótese de doença de Hirschsprung.

Concluindo, na ausência de outros fatores que possam justificar a presença de pneumoperitônio em RN, o DM deve ser incluído como uma hipótese diagnóstica, sendo esta complicação confirmada mediante procedimento cirúrgico.

REFERÊNCIAS

1. Aguayo P, Fraser JD, St Peter SD, et al. Perforated Meckel's diverticulum in a micropreterm infant and review of the literature. *Pediatr Surg Int.* 2009;25:539-41.
2. Chang YT, Lin JY, Huang YS. Spontaneous perforation of Meckel's diverticulum without peritonitis in a newborn: report of a case. *Surg Today.* 2006;36:1114-7.
3. Gandy BJ, Byrne P, Lees G. Neonatal Meckel's diverticular inflammation with perforation. *J Pediatr Surg.* 1997;32:750-1.
4. Oyachi N, Takano K, Hasuda N, et al. Perforation of Meckel's diverticulum manifesting as aseptic peritonitis in a neonate: report of a case. *Surg Today.* 2007;37:881-3.
5. Skelly BL, Ervine E, Bisharat M, et al. Small bowel skip segment Hirschsprung's disease presenting with perforated Meckel's diverticulum. *Pediatr Surg Int.* 2012;28:645-8.
6. Costa S, De Carolis MP, Savarese I, et al. An unusual complication of umbilical catheterization. *Eur J Pediatr.* 2008;167:1467-9.

Beatriz Regina Alvares<sup>1</sup>, Aline Satomi Yumioka<sup>1</sup>, Isabela Gusson Galdino dos Santos<sup>1</sup>

1. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM-Unicamp), Campinas, SP, Brasil. Endereço para correspondência: Dra. Beatriz Regina Alvares. Rua Alberto de Salvo, 238, Barão Geraldo. Campinas, SP, Brasil, 13084-759. E-mail: alvaresb@terra.com.br.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2014.0134>

Fibroma desmoplásico com disseminação perineural: achados nas sequências convencionais de ressonância magnética e na difusão

*Desmoplastic fibroma with perineural spread: conventional and diffusion-weighted magnetic resonance imaging findings*

Sr. Editor,

Criança do sexo masculino, 3 anos de idade, com alteração morfoestrutural na região da mandíbula à esquerda de evolução no último ano, apresentando dor recentemente, sem outras queixas associadas. Exames laboratoriais não demonstraram alterações e a ressonância magnética (RM) (Figura 1) mostrou lesão com predomínio de iso/hipossinal em T1, hipersinal em T2 com discretos focos de baixo sinal, ausência de queda de sinal nas sequências para suscetibilidade magnética e ausência de restrição

à difusão. Após administração de gadolínio, observou-se realce exuberante, destacando-se ainda disseminação perineural através da terceira divisão do nervo trigêmeo. Estudo histopatológico revelou células fusiformes sem atipias e pleomorfismo, além de áreas com tecido conectivo fibroso acelular, com estudo imuno-histoquímico negativo para S100 e MSA, positividade para vimentina, com Ki-67 menor que 5%, aspectos estes compatíveis com fibroma desmoplásico. O paciente foi submetido a excisão cirúrgica incompleta e optou-se por complementação com radioterapia.

O fibroma desmoplásico é um tumor ósseo benigno extremamente raro, de comportamento agressivo e comumente insidioso, representando 0,1% de todos os tumores primários do osso<sup>(1-5)</sup>. A mandíbula é o local mais acometido, principalmente em sua porção posterior, correspondendo a 22% dos casos<sup>(1,2,4)</sup>, seguido pela região metafisária de ossos longos. Pode ocorrer em

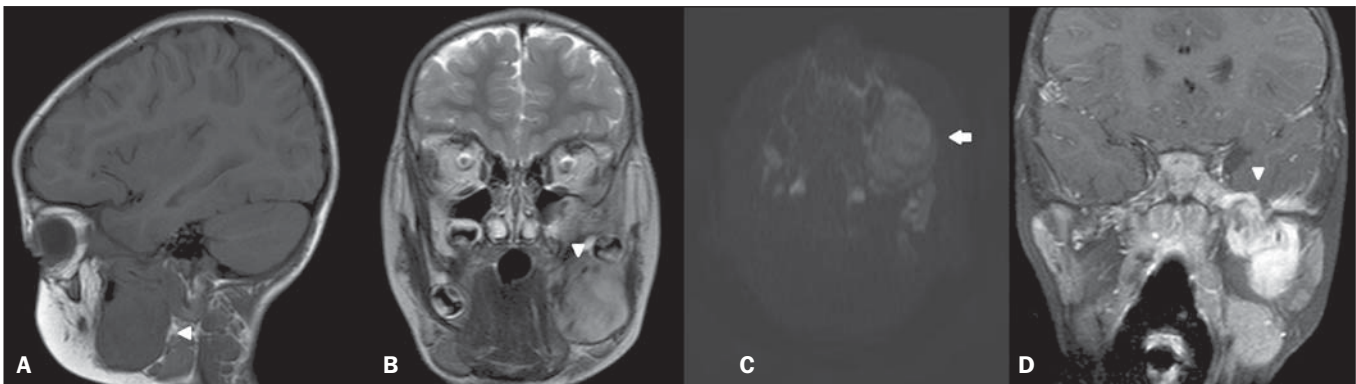


Figura 1. A: Imagem sagital, sequência T1, mostrando lesão com hipossinal acometendo a mandíbula (cabeça de seta). B: Imagem coronal, sequência T2, mostrando lesão heterogênea, com discreto hipersinal e focos de baixo sinal de permeio (cabeça de seta). C: Imagem axial, sequência funcional em difusão, não demonstrando restrição à difusão (seta). D: Imagem coronal, sequência T1 com supressão de gordura, pós-contraste, demonstrando realce exuberante pelo gadolínio e evidente disseminação perineural pela terceira divisão do nervo trigêmeo (cabeça de seta).