

## 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 femorotibial 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<sup>(1)</sup>. Localizam-se, mais comumente, nos membros inferiores<sup>(2)</sup>. Embriologicamente, os sesamoides são geralmente mais comuns no feto, e com o crescimento esquelético e a maturação óssea eles muitas vezes se fundem<sup>(2,3)</sup>. A patela é o maior osso sesamoide do corpo humano<sup>(2)</sup>.

Normalmente, o tendão poplíteo tem origem no côndilo femoral lateral, com o seu músculo inserindo-se na superfície posterior da tibia acima da linha sólea<sup>(4)</sup>. Um osso sesamoide pode existir no tendão do músculo poplíteo e tem sido chamado de cyamella, ou fabella poplíteo, ou distalis fabella, ou os sesamoideum genu inferius laterale<sup>(5)</sup>. É muito confundido com a fabella, que se situa dentro da cabeça lateral do músculo gastrocnêmio<sup>(5)</sup>.

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

Várias modalidades de estudos de imagem, tais como radiografia, tomografia computadorizada e RM, podem estabelecer o

diagnóstico de cyamella<sup>(3)</sup>. Este é visualizado como um ossículo que apresenta uma borda de sinal baixo nas sequências em T1, T2 e T2\* da RM<sup>(6)</sup>. Imagens de tomografia computadorizada demonstraram gordura dentro do ossículo<sup>(6)</sup>. Devido à raridade do cyamella, sua caracterização e a potencial exclusão de outros diagnósticos é de particular relevância clínica<sup>(3)</sup>.

Os médicos devem ter em mente a possibilidade de a cyamella ser causa da dor em pacientes com dor lateral do joelho<sup>(1)</sup>. Geralmente não apresenta implicações patológicas, no entanto, sintomas de dor já foram descritos<sup>(1)</sup>. 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<sup>(3)</sup>.

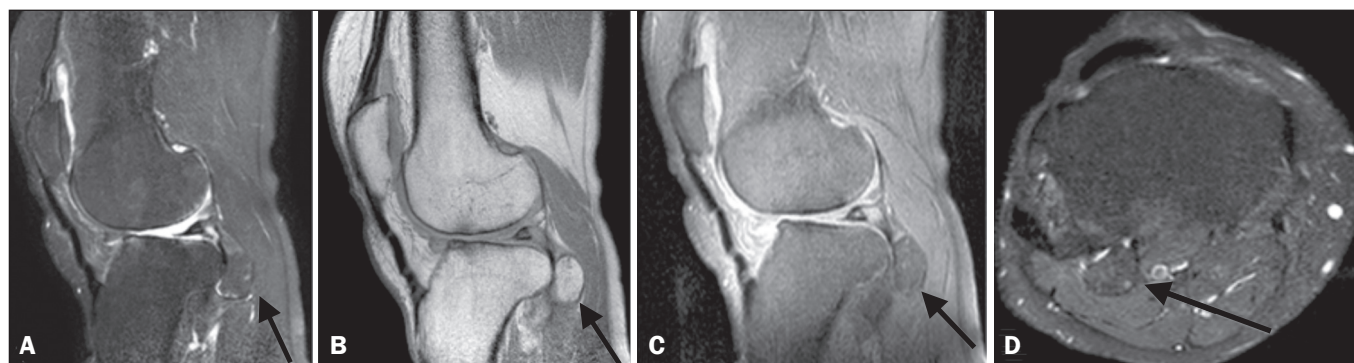
## REFERÊNCIAS

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 Duarte<sup>1</sup>, André de Queiroz Pereira Silva<sup>2</sup>, Simone Botelho Alvarenga<sup>3</sup>, José Luiz Masson de Almeida Prado<sup>4</sup>, Luiz Carlos Donoso Scoppetta<sup>4</sup>**

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>



**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).