

- imaging with absence of typical movement disorder symptoms (hemichorea-hemiballism). J Radiol Case Rep. 2013;7:1–9.
8. Machado VS, Silva Junior NA, Queiroz LS, et al. Central nervous system involvement in sarcoidosis. Radiol Bras. 2015;48:334–5.
 9. Dultra AHA, Noro F, Melo ASA, et al. Primary intercavernous lymphoma of the central nervous system. Radiol Bras. 2015;48:337–8.
 10. Ribeiro BNF, Lima GA, Ventura N, et al. Chronic kernicterus: magnetic resonance imaging findings. Radiol Bras. 2016;49:407–8.
 11. Langer FW, Suertegaray G, Santos D, et al. Hemichorea-hemiballism: the role of imaging in diagnosing an unusual disorder in patients with nonketotic hyperglycemia. Radiol Bras. 2016;49:267–8.
 12. Ribeiro BNF, Salata TM, Borges RS, et al. Posterior reversible encephalopathy syndrome following immunoglobulin therapy in a patient with Miller-Fisher syndrome. Radiol Bras. 2016;49:58–9.

13. Campos LG, Trindade RAR, Faistauer A, et al. Rhombencephalitis: pictorial essay. Radiol Bras. 2016;49:329–36.
14. Georgeto SM, Zicarelli CAM, Gariba MA, et al. T1-weighted gradient-echo imaging, with and without inversion recovery, in the identification of anatomical structures on the lateral surface of the brain. Radiol Bras. 2016;49:382–8.

Tiago Medina Salata¹, Livia de Oliveira Antunes¹, Bruno Niemeyer de Freitas Ribeiro², Rafael Silveira Borges¹, Diogo Goulart Corrêa¹

1. Hospital Casa de Portugal, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2. Instituto Estadual do Cérebro Paulo Niemeyer, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Endereço para correspondência: Dr. Tiago Medina Salata. Rua do Bispo, 72, Rio Comprido. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 20261-064. E-mail: tiago_salata@yahoo.com.br.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2015.0253>

Perfuração intestinal: complicação não usual do enema opaco

Intestinal perforation: an unusual complication of barium enema

Sr. Editor,

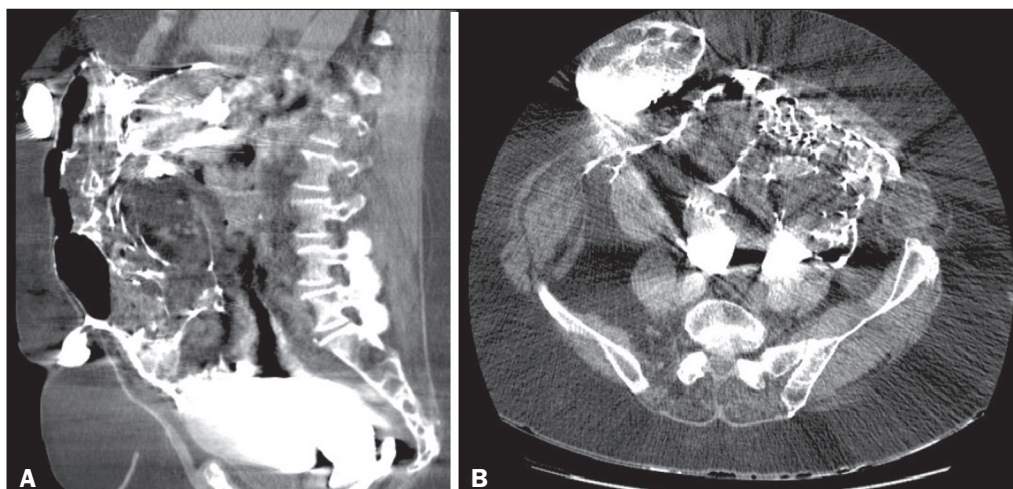
Paciente feminina, 83 anos, com queixa de constipação, foi encaminhada à instituição para realização eletiva de enema opaco com contraste baritado, que demonstrou irregularidade difusa do pregueado mucoso de alças intestinais colônicas e sinais de extravasamento do meio de contraste para a cavidade abdominopélvica (Figura 1). Após o exame, permaneceu estável e sem queixas adicionais e não aceitou ser internada, assinando termo de responsabilidade. Mesmo orientada sobre os riscos,

manteve-se irredutível, argumentando que retornaria se apresentasse algum sintoma. Posteriormente, retornou ao hospital com quadro de abdome agudo, onde se realizou tomografia computadorizada de abdome para avaliação pré-operatória, que demonstrou hérnias de parede abdominal, diverticulose do cólon sigmoide e grande quantidade de material de contraste, distribuídos difusamente pela cavidade peritoneal e pelas hérnias (Figura 2). Considerou-se como principal hipótese perfuração de parede do trato gastrointestinal após a realização do enema opaco. A paciente foi submetida a laparotomia exploradora, com inventário da cavidade abdominal, que confirmou os achados tomográficos e identificou ponto de laceração retossigmoide. A

Figura 1. Imagens de enema opaco em incidências perfil (A) e anteroposterior (B).



Figura 2. Imagens de cortes axial (A) e sagital (B) de tomografia computadorizada do abdome.



paciente faleceu após 14 dias de internação na unidade de terapia intensiva.

A perfuração colorretal é complicação grave do enema opaco, cuja ocorrência exata é difícil estabelecer, porém, alguns estudos indicam incidência média de 0,02% a 0,23% dos exames realizados, com taxa de mortalidade de até 50%^(1,2). Os locais mais comumente afetados são o cólon sigmoide e o reto.

Etiologicamente, as perfurações podem ser divididas em iatrogênica e secundária a fraqueza da parede colorretal. As perfurações iatrogênicas podem ocorrer por introdução forçada do cateter na parede anterior do reto, hiperinsuflação do balão ou pressão hidrostática excessiva durante a injeção do contraste. O segundo grupo corresponde aos pacientes com comorbidades prévias, como doença inflamatória intestinal, diverticulite aguda, processos obstrutivos colorretais, procedimento cirúrgico recente, idade avançada e corticoterapia, que tornam estes pacientes mais suscetíveis a perfuração durante o enema opaco⁽³⁾. Nesses casos em que há risco elevado, contraste solúvel em água deve ser considerado.

Os sintomas são variáveis e dependem do local e tamanho da lesão, podendo iniciar com quadro clínico de dor abdominal e evoluir para peritonite, sepse e choque. Entretanto, em menos de 10% dos casos o paciente pode ser assintomático nos primeiros dias após ter realizado o exame, podendo o radiologista ser o primeiro a sugerir a perfuração, como foi na paciente deste relato^(3,4).

Em casos de estabilidade do paciente, foco pequeno de perfuração e ausência de fezes no trato gastrointestinal, bem como

no retroperitônio, adota-se tratamento conservador. Caso contrário, a laparotomia exploradora faz-se necessária⁽⁵⁾.

O enema opaco é um exame rotineiro, mas que necessita de cautela durante a sua realização. Nos casos de perfuração, a adoção de terapêutica deve ser precoce, individualizada para cada tipo de lesão e na dependência das condições clínicas do paciente, o que permite a redução da morbidade e mortalidade desta afecção.

REFERÊNCIAS

1. Batista RR, Castro CAT, Pincinato A, et al. Perfuração retal incompleta após enema opaco: relato de caso. *Rev Bras Coloproctol*. 2010;30:347–51.
2. de Feiter PW, Soeters PB, Dejong CHC. Rectal perforations after barium enema: a review. *Dis Colon Rectum*. 2006;49:261–71.
3. Gayer G, Zissin R, Apter S, et al. Perforations of the rectosigmoid colon induced by cleansing enema: CT findings in 14 patients. *Abdom Imaging*. 2002;27:453–7.
4. Paran H, Butnaru G, Neufeld D, et al. Enema-induced perforation of the rectum in chronically constipated patients. *Dis Colon Rectum*. 1999;42:1609–12.
5. Madhala O, Greif F, Cohen M, et al. Major rectal perforations caused by enema: is surgery mandatory? *Dig Surg*. 1998;15:270–2.

Carla Lorena Vasques Mendes de Miranda¹, Camila Soares Moreira de Sousa², Nathalie Gonçalves Nascimento Pinheiro Cordão¹, Breno Braga Bastos², Francisco Edward Mont'Alverne Filho¹

1. Med Imagem – Radiologia, Teresina, PI, Brasil. 2. UDI 24 horas – Radiologia, Teresina, PI, Brasil. Endereço para correspondência: Dra. Camila Soares Moreira de Sousa. Med Imagem – Radiologia. Rua Paissandu, 1862, Centro. Teresina, PI, Brasil, 64001-120. E-mail: camilasoares_@hotmail.com.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2015.0222>

Cordoma gigante do mediastino posterior associado a lesão sincrônica

Chordoma of the posterior mediastinum accompanied by synchronous lesion

Sr. Editor,

Paciente masculino, 53 anos, com dorsalgia nos últimos 3 meses, apresentando recentemente quadro de paraparesia progressiva, sem alteração do controle esfinteriano. Ressonância magnética da coluna dorsal (Figuras 1A e 1B) mostrou lesão expansiva, de contorno lobulado, acometendo mediastino posterior e estendendo-se para o canal vertebral, provocando redução

da amplitude e compressão medular. Observou-se ainda lesão sincrônica, de aspecto semelhante, acometendo a 12ª vértebra dorsal. Estudo histopatológico demonstrou células grandes com citoplasma vacuolizado, núcleos parcialmente vesiculares e algumas demonstrando nucléolos proeminentes, com aspecto de células fisalíferas (do grego *physallis*, bolha), compatíveis com cordoma (Figura 1C).

A literatura radiológica brasileira vem, recentemente, ressaltando a importância dos métodos de imagem no aprimoramento do diagnóstico das alterações intratorácicas^(1–5). Cordomas são tumores malignos de crescimento lento, derivados de remanescentes primitivos da notocorda. Tipicamente, surgem

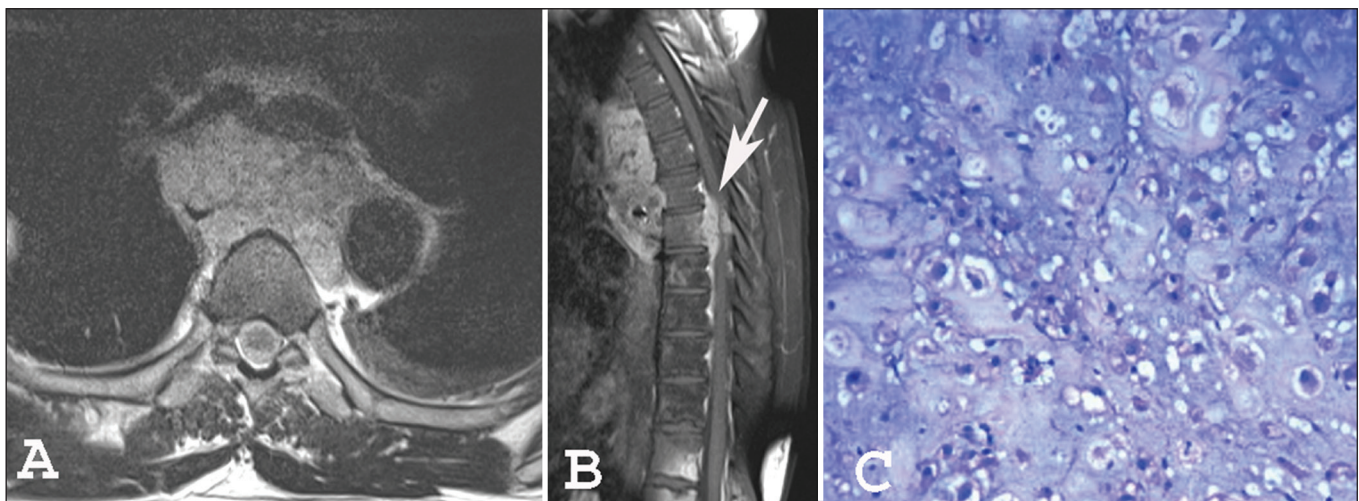


Figura 1. Ressonância magnética, imagens T2 axial (A) e T1 com contraste sagital (B) mostram lesão comprometendo o mediastino posterior e invadindo o canal vertebral (seta em B). Estudo histopatológico (C) demonstra as células fisalíferas.