

em unidades fechadas, sendo assim uma ferramenta diagnóstica muito importante, utilizada desde os primórdios e ainda de grande utilidade nos dias atuais, quando não raramente é o único recurso de imagem disponível; portanto, saber identificar no raio-X esta e outras doenças graves é fundamental⁽²⁻⁴⁾. Reconhecemos a importância da tomografia computadorizada para avaliar afecções torácicas, mas gostaríamos de enfatizar que um quadro clínico aliado ao raio-X de tórax são habitualmente suficientes para o diagnóstico do pneumomediastino⁽²⁾.

REFERÊNCIAS

1. Ribeiro TA, Cordoval LTC, Viana Neto EM, et al. Síndrome de Boerhaave: diagnóstico diferencial de dor toracoabdominal. Radiol Bras. 2018; 51:124-5.
 2. Cottani M. Signo de la V de Naclerio. RAR. 2012;76:263.

3. Bejvan SM, Godwin JD. Pneumomediastinum: old signs and new signs. AJR Am J Roentgenol. 1996;166:1041-8.
 4. Lomoschitz FM, Linnau KF, Mann FA. Pneumomediastinum without pneumothorax caused by esophageal rupture. AJR Am J Roentgenol. 2001; 177:1416.
 5. Bladergroen MR, Lowe JE, Postlethwait RW. Diagnosis and recommended management of esophageal perforation and rupture. Ann Thorac Surg. 1986;42:235-9.

Claudio Marcio Amaral de Oliveira Lima¹, Waldyr Maymone¹, Tatiana Mendonça Fazecas¹

1. Hospital Municipal Jesus, Departamento de Radiologia, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Correspondência: Dr. Claudio Marcio Amaral de Oliveira Lima. Rua Queiroz Júnior, 181/1002, Barra da Tijuca. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 22775-170. E-mail: cmaolima@gmail.com.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2018.0087>



Hérnia de Broesike: dor abdominal incharacterística e de longa data

Broesike hernia: long-standing incharacteristic abdominal pain

Sr. Editor,

Mulher, 75 anos de idade, apresentando dor mesogástrica inespecífica há três anos, intermitente, similar a cólicas, de média intensidade, pouca melhora com medicação, associada a plenitude pós-prandial e náuseas. Histórico cirúrgico abdominal, recrudescimento sintomático há seis meses, foi submetida a tomografia computadorizada de múltiplos detectores (TCMD) (Figura 1), solicitada pelo médico assistente, para elucidação diagnóstica. Na TCMD identificaram-se a primeira, a segunda e a terceira porções do arco duodenal normopositionados e a quarta porção apresentando passagem pela fossa intermesocólica (Treitz móvel) para a direita, com alças jejunais predominantemente deste lado, atravessando para o lado contralateral à veia e artéria mesentéricas. Este achado é característico da hérnia paraduodenal direita pela fossa intermesocólica (Broesike), sem sinais de obstrução de alças do jejuno no momento do exame, com alta suspeição para o aspecto intermitente do achado.

A maior capacidade de caracterização anatômica da TCMD e o desenvolvimento dos métodos de diagnóstico por imagem tornou o estudo das hérnias internas abdominais mais preciso, pois seu aspecto intermitente pode descaracterizar o diagnóstico⁽¹⁻³⁾. Causadas por mecanismos congênitos, cirurgia, trauma, inflamação ou circulação pobre, recebem diversas subclassificações^(4,5).

Define-se hérnia paraduodenal direita (ou de Broesike) a hérnia em que o intestino delgado se concentra na cavidade peritoneal, adjacente ao ligamento de Treitz^(2,4). Ela se desenvolve através da fossa de Waldeyer, resultante da falha de fusão do mesocólon ascendente com o peritônio parietal posterior, conforme esquema ilustrativo da Figura 2⁽³⁾.

As hérnias paraduodenais, apesar de acometerem cerca de 50% dos pacientes diagnosticados com hérnias internas, tendem a atingir em maior proporção idosos e homens, porém, as hérnias de Broesike compõem apenas 25% de todos esses casos, ocorrendo mais frequentemente por má-rotação do delgado^(1-3,5). Certamente subdiagnosticada, a hérnia de Broesike é causa rara de obstrução intestinal e de difícil diagnóstico clinicocirúrgico e radiológico, e quando é diagnosticada, ocorre tardiamente, levando a resultados catastróficos, como obstrução aguda do intestino delgado, isquemia e perfuração intestinal^(1,2,6). Pode ser assintomática, variando desde vaga dor epigástrica constante a dor periumbilical tipo cólica intermitente, associada a náuseas e obstrução intestinal recorrente, até encarceramento ou estrangulamento. Geralmente flutuantes, são sintomas que podem descreditar a equipe médica em relação ao paciente⁽⁵⁾.

A TCMD, quando identifica a hérnia com suboclusão intestinal, demonstra uma massa “encapsulada” de intestino delgado dilatado entre o pâncreas e o estômago, à direita do ligamento de Treitz^(2,5). Geralmente, existe efeito de massa deslocando a parede posterior do estômago, a flexura duodenal e o cólon transverso

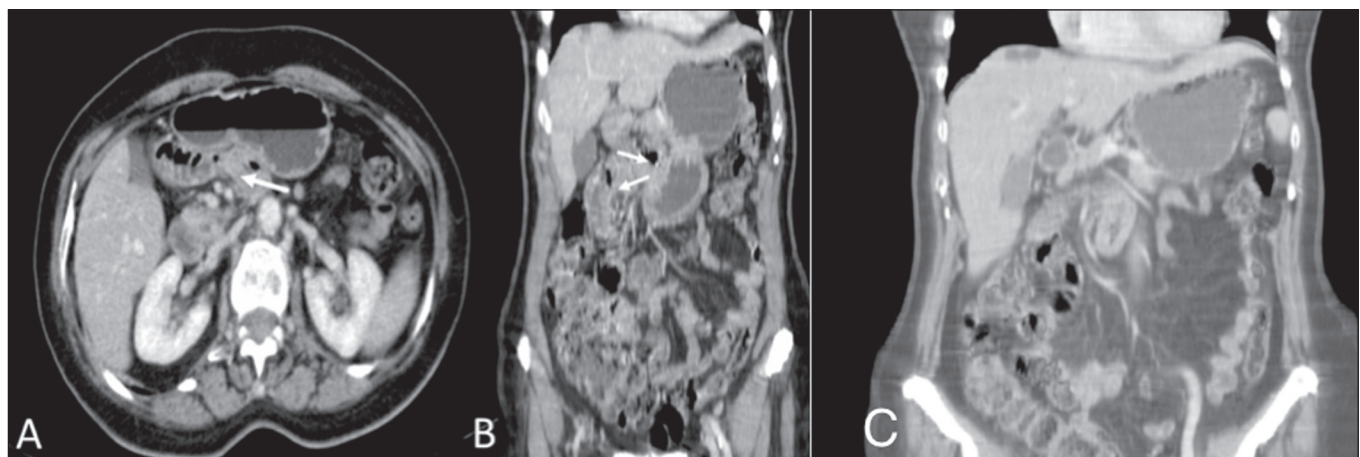


Figura 1. TCMD do abdome com contraste na fase portal, plano axial (A) e plano coronal (B). Observar a terceira porção do arco duodenal normopositionada e a quarta porção apresentando passagem pela fossa intermesocólica para a direita (seta para este lado), representando um Treitz móvel, e com alças jejunais predominantemente deste lado. C: Reconstrução MIP no plano coronal demonstrando o menor número de alças do delgado à esquerda dos vasos mesentéricos.

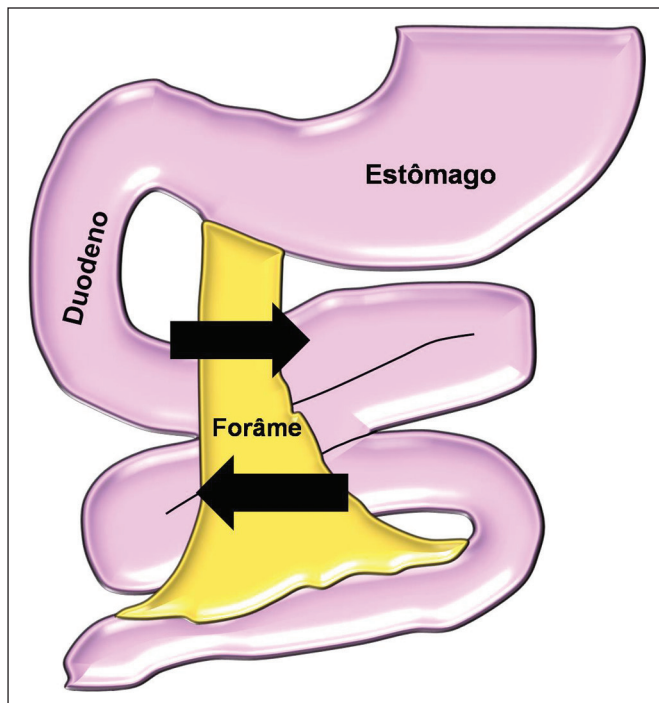


Figura 2. Esquema do mecanismo de ocorrência da hérnia paraduodenal direita. A porção proximal do intestino delgado permanece localizada à direita, insinuando adentro do recesso herniário, chamado fossa de Waldeyer, posteriormente à abertura. Esta mobilidade pode promover o deslizamento das alças ou, em casos mais graves, seu estrangulamento.

inferiormente. Há ingurgitamento dos vasos mesentéricos que suprem os segmentos do intestino delgado na área do defeito herniário^(3,5). No caso descrito, a TCMD só revelou alças insinuadas lateralmente e aglomeradas na região da fossa intermesocólica,



Thickening of the greater auricular nerve in leprosy: clinical correlation by ultrasound

Dear Editor,

A 39-year-old man presented with a two-month history of painful erythematous-violet nodular lesions on his trunk and lower limbs, accompanied by arthralgia in the small joints of the hands, wrists, ankles, and elbows, with morning stiffness for about an hour that improved with movement. He reported having experiencing similar, self-limited episodes for the last year and



Figure 1. Enlarged (thickened) right greater auricular nerve (arrows).

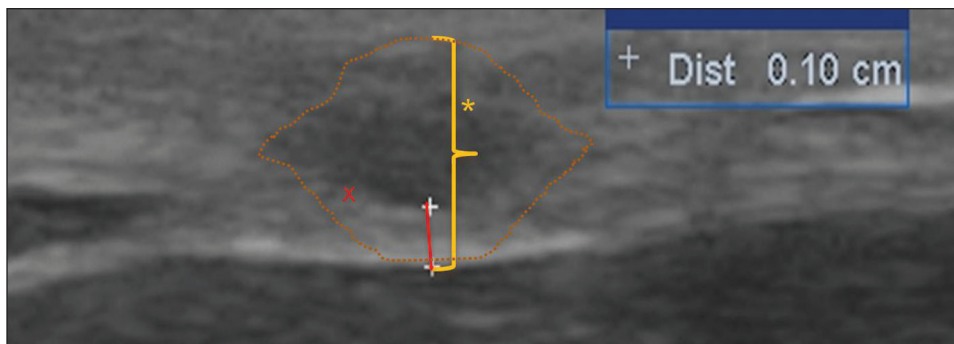


Figure 2. Ultrasound of the right greater auricular nerve (asterisk, with contours indicated by dotted lines), in an axial view, showing a hyperechoic rim, corresponding to the epineurium, with a thickness of 1.0 mm (red x). The cross-sectional area of the nerve was estimated to be 50 mm².

sem distensão significativa ou sofrimento de alças jejunais. Exames radiológicos contrastados usados em conjunto podem aumentar a acurácia diagnóstica.

Reparo laparoscópico é um método seguro e eficiente de manejo desses pacientes^(7,8). Contudo, frente ao risco cirúrgico proibitivo, optou-se pelo acompanhamento clínico da paciente, que permanece em atendimento ambulatorial, por mais de seis meses, sem piora dos sintomas.

REFERÊNCIAS

- Oliveira LM, Pupulim LFD, Mesquita S, et al. Hérnia abdominal interna de ceco e cólon ascendente através do forame de Winslow [Qual o seu diagnóstico?]. *Radiol Bras.* 2002;35(2):v-vi.
- Mathieu D, Luciani A; GERMAD Group. Internal abdominal herniations. *AJR Am J Roentgenol.* 2004;183:397-404.
- Doishita S, Takeshita T, Uchima Y, et al. Internal hernias in the era of multidetector CT: correlation of imaging and surgical findings. *Radiographics.* 2016;36:88-106.
- Fukunaga M, Kidokoro A, Iba T, et al. Laparoscopic surgery for left paraduodenal hernia. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2004;14:111-5.
- Takeyama N, Gokan T, Ohgiya Y, et al. CT of internal hernias. *Radiographics.* 2005;25:997-1015.
- Mehra R, Pujahari AK. Right paraduodenal hernia: report of two cases and review of literature. *Gastroenterol Rep (Oxf).* 2016;4:168-71.
- Winder JS, Pauli EM, Haluck RS. Laparoscopic repair of a left-sided paraduodenal hernia. *Surg Endosc.* 2016;30:3636-7.
- Labrunie EM, Marchiori E. Intestinal obstruction after Roux-en-Y gastric bypass by Higa's technique for treatment of morbid obesity: radiological aspects. *Radiol Bras.* 2007;40:161-5.

Alinne Christina Alves Pires¹, Diogo Costa Oliveira², Marcelo Souto Nacif², Marcelo Fontalvo Martin¹, João Maurício Canavezi Indiani¹

1. Unidade de Radiologia Clínica (URC), São José dos Campos, SP, Brasil. 2. Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ, Brasil. Correspondência: Dra. Alinne Christina Alves Pires. Unidade de Radiologia Clínica. Rua Teopompo de Vasconcelos, 245, Vila Adyana. São José dos Campos, SP, Brasil, 12243-830. E-mail: alinnechrispires@gmail.com.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2017.0001>

a half, each episode lasting for approximately five days and accompanied by significant weight loss. On physical examination, the patient was malnourished, with lamellar desquamation and mobile nodules of approximately 3 cm, together with erythematous-violet lesions on the anterior surface of thighs, just above the knees bilaterally and at the left thoracoabdominal junction. He also had gross thickening of the fibular and ulnar nerves bilaterally, as well as of the right greater auricular nerve (Figure 1). The diagnosis of lepromatous leprosy was confirmed by skin biopsy. We assessed the peripheral nerves by ultrasound (Figure 2).