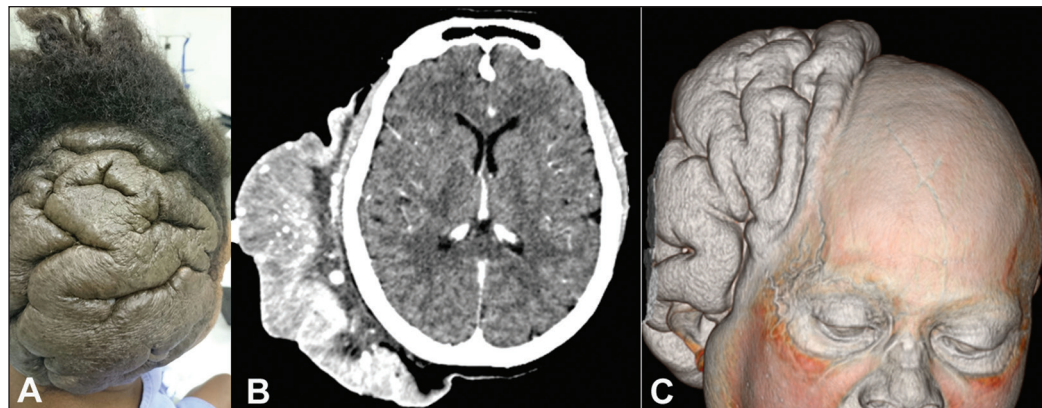


Figure 1. A: Fotografia da região occipital da paciente demonstrando tumoração cerebriforme. **B:** Tomografia computadorizada de crânio, corte axial pós-contraste, demonstrando a lesão envolvendo o tecido subcutâneo da região parieto-occipital direita, sem sinais de comunicação com o encéfalo. **C:** Reconstrução tridimensional mostrando melhor a lesão e sua relação com a calota craniana.



melhor a lesão e sua relação com a calota craniana (Figura 1C). O conjunto de achados foi compatível com o diagnóstico de cutis verticis gyrata (CVG). A paciente foi submetida a cuidados de higiene local, evoluindo com melhora clínica. Recebeu alta com orientação de seguimento ambulatorial pelo serviço de dermatologia da nossa instituição.

CVG é uma doença que se caracteriza por crescimento excessivo da pele do couro cabeludo, causando formação de sulcos que se assemelham aos giros do córtex cerebral. A etiologia da CVG é desconhecida. Pode ser primária (formas não essencial e essencial) ou secundária^(1,2).

A forma primária não essencial responde por 0,5% dos pacientes, associa-se a manifestações neurológicas (microcefalia, retardo mental, paralisia cerebral e epilepsia) e oftalmológicas (catarata e cegueira)^(1,3). A forma primária essencial não está associada com alterações neurológicas e oftalmológicas, ocorre somente formação de dobras no couro cabeludo, que mimetizam os giros cerebrais; predomina em homens, tem início durante ou após a puberdade, e 90% dos pacientes a adquirem após os 30 anos de idade^(1,3,4).

A forma secundária pode ocorrer em qualquer idade, a frequência é semelhante em homens e mulheres, a aparência clínica varia com a causa subjacente, tais como nevo intradérmico cerebriforme, dermatoses inflamatórias, doenças endócrinas e síndromes genéticas, entre outras^(2,5). Geralmente, as dobras e os sulcos do couro cabeludo mostram um padrão desordenado e são distribuídos de forma assimétrica.

A investigação apropriada inclui análise histopatológica para definir a etiologia da CVG. A área afetada é assintomática, entretanto, pode haver acúmulo de secreções causando odor e

prurido; portanto, uma boa higiene do couro cabeludo é importante para alívio dos sintomas. A CVG secundária a outras etiologias usualmente regride com o tratamento da doença de base; no entanto, a exérese cirúrgica pode ser necessária em ambas as formas de apresentação^(1,4,6).

REFERÊNCIAS

1. Schenato LK, Gil T, Carvalho LA, et al. Cutis verticis gyrata primária essencial. *J Pediatr*. 2002;78:75–80.
2. Tucci A, Pezzani L, Scuvera G, et al. Is cutis verticis gyrata-intellectual disability syndrome an underdiagnosed condition? A case report and review of 62 cases. *Am J Med Genet Part A*. 2016;173(A):638–46.
3. Chang GY. Cutis verticis gyrata, underrecognized neurocutaneous syndrome. *Neurology*. 1996;47:573–5.
4. Garden JM, Robinson JK. Essential primary cutis verticis gyrata: treatment with the scalp reduction procedure. *Arch Dermatol*. 1984;120:1480–3.
5. Dumas P, Chardon VM, Balaguer T, et al. Cutis verticis gyrata primitif essentiel: cas clinique et revue de la littérature. *Ann Chir Plast Esthet*. 2009;55:243–8.
6. Walia R, Bhansali Anil. Cutis verticis gyrata. *BJM Case Reports*. 2011; 10.1136.

Isa Félix Adorno^{1,a}, Rômulo Florêncio Tristão Santos^{1,b}, Thiago Franchi Nunes^{1,c}, Gabriel Barbosa Sandim^{1,d}, Edson Marchiori^{2,e}

1. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campo Grande, MS, Brasil. 2. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Correspondência: Dr. Thiago Franchi Nunes. Avenida Senador Filinto Müller, 355, Vila Ipiranga. Campo Grande, MS, Brasil, 79080-190. E-mail: thiagofranchinunes@gmail.com.

a. <https://orcid.org/0000-0002-2106-1211>; b. <https://orcid.org/0000-0002-8679-7369>;

c. <https://orcid.org/0000-0003-0006-3725>; d. <https://orcid.org/0000-0002-8427-1275>;

e. <https://orcid.org/0000-0001-8797-7380>.

Recebido para publicação em 12/11/2017. Aceito, após revisão, em 11/12/2017.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2017.0218>



Paniculite mesentérica em paciente com artrite reumatoide

Mesenteric panniculitis in a patient with rheumatoid arthritis

Sr. Editor,

Homem, 63 anos, com quadro de dor intermitente na porção superior do abdome há quatro meses, apresentando piora progressiva da intensidade, associada a astenia, náuseas e perda ponderal de 10 kg no período. Em tratamento para artrite reumatoide há sete anos com metotrexato e prednisona. Ao exame físico apresentou dor à palpação profunda e massa no quadrante superior esquerdo do abdome, parcialmente móvel e de consistência fibroelástica. Exames laboratoriais sem alterações significativas, exceto pela velocidade de hemossedimentação discretamente elevada. Marcadores tumorais dentro dos limites da normalidade. A

tomografia computadorizada (TC) do abdome mostrou formação expansiva heterogênea, com densidade predominantemente de gordura, contendo linfonodos e estruturas vasculares ectasiadas no seu interior (Figura 1). Com base nos informes clínicos e aspecto tomográfico, a hipótese de paniculite mesentérica foi considerada. Optou-se pelo teste terapêutico, com ajuste da dose de prednisona. O paciente evoluiu satisfatoriamente, com melhora completa dos sintomas.

A paniculite mesentérica é uma doença rara e de etiologia ainda desconhecida, caracterizada por inflamação crônica não específica envolvendo o tecido adiposo do mesentério. É mais comum em homens entre a quinta e sexta décadas de vida. A paniculite mesentérica tem sido relacionada a uma variedade de condições, como infecções, trauma, cirurgias, pancreatite,

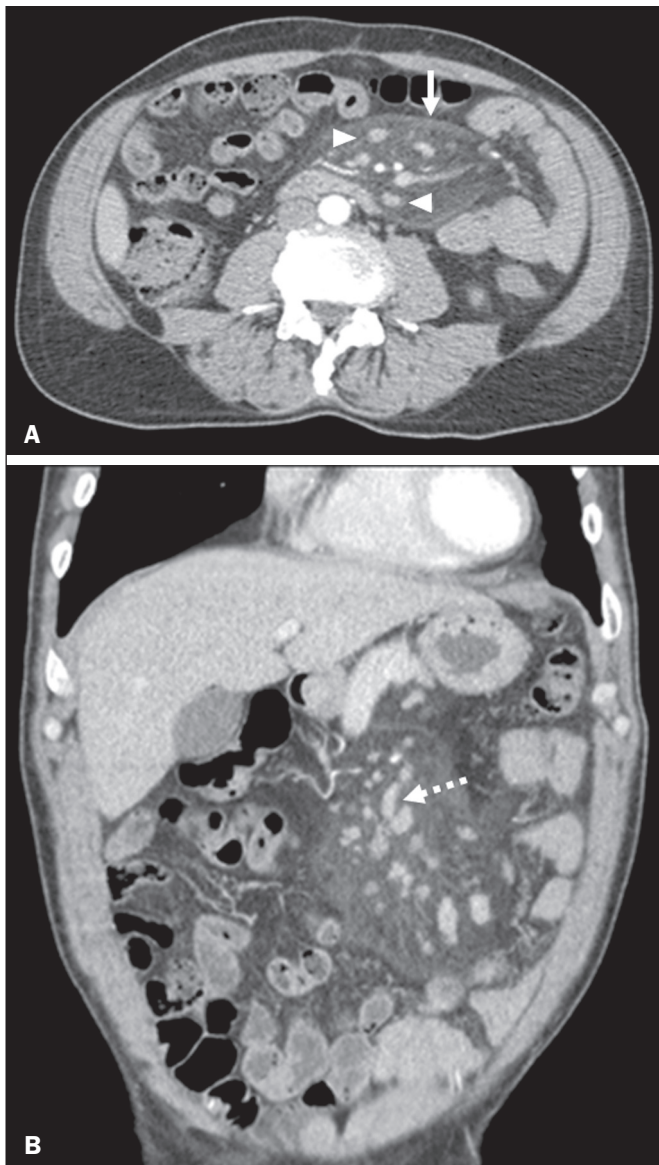


Figura 1. TC axial (A) e coronal (B) demonstrando formação expansiva heterogênea, com densidade predominantemente de gordura, contendo linfonodos (cabeças de setas) e estruturas vasculares ectasiadas (seta pontilhada) em seu interior, parcialmente delimitada por pseudocápsula tumoral (seta), se estendendo da raiz do mesentério até a fossa ilíaca esquerda.

isquemia mesentérica e alterações autoimunes⁽¹⁻³⁾. Quando sintomáticos, os pacientes podem apresentar massa abdominal palpável e manifestações sistêmicas inespecíficas, incluindo dor abdominal, hiporexia, astenia, perda de peso e distúrbios intestinais de duração variável. Os sintomas podem ser progressivos, intermitentes ou ausentes. Os achados laboratoriais são inespecíficos, podendo incluir elevação da velocidade de hemossedimentação, leucocitose e anemia^(1,4,5).

A TC tem sido utilizada no diagnóstico e na avaliação da eficácia do tratamento de uma série de condições abdominais agudas⁽⁵⁻⁸⁾. Os achados tomográficos dependem do estágio da doença e do componente predominante (inflamatório, fibroso

ou adiposo)⁽³⁾. Geralmente se apresenta como massa heterogênea com componente adiposo, densidade discretamente elevada pelo processo inflamatório local, associada a bandas lineares com densidade de partes moles de permeio (pseudocápsula tumoral), detectada em até 50% dos pacientes, além de linfonomegalia e ectasia dos vasos mesentéricos⁽⁹⁾. O diagnóstico definitivo é estabelecido por meio de laparotomia e biópsia⁽⁵⁾, porém, esses procedimentos nem sempre são necessários. Recentemente, a paniculite mesentérica vem sendo diagnosticada utilizando-se as características da TC^(10,11).

Nenhum tratamento é considerado totalmente eficaz⁽¹⁾. A paniculite mesentérica tende a resolver-se espontaneamente. O tratamento é reservado para casos sintomáticos e inclui algumas drogas como corticoides, talidomida, ciclofosfamida, progesterona, colchicina e azatioprina. A ressecção cirúrgica é limitada aos casos de obstrução intestinal e outras complicações, como isquemia, ou casos altamente suspeitos de malignidade^(1,11).

REFERÊNCIAS

1. Moreira LBM, Pinheiro RA, Melo ASA, et al. Paniculite mesentérica: aspectos na tomografia computadorizada. *Radiol Bras.* 2001;34:135-40.
2. Bush RW, Hammar SP Jr, Rudolph RH. Sclerosing mesenteritis. Response to cyclophosphamide. *Arch Intern Med.* 1986;146:503-5.
3. Fujiyoshi F, Ichinari N, Kajiya Y, et al. Retractable mesenteritis: small-bowel radiography, CT, and MR imaging. *AJR Am J Roentgenol.* 1997;169:791-3.
4. Durst AL, Freund H, Rosenmann E, et al. Mesenteric panniculitis: review of the literature and presentation of cases. *Surgery.* 1977;81:203-11.
5. Hemaidan A, Vanegas F, Alvarez OA, et al. Mesenteric lipodystrophy with fever of unknown origin and mesenteric calcifications. *South Med J.* 1999;92:513-6.
6. Queiroz RM, Sampaio FDC, Marques PE, et al. Pylephlebitis and septic thrombosis of the inferior mesenteric vein secondary to diverticulitis. *Radiol Bras.* 2018;51:336-7.
7. Niemeyer B, Correia RS, Salata TM, et al. Subcapsular splenic hematoma and spontaneous hemoperitoneum in a cocaine user. *Radiol Bras.* 2017;50:136-7.
8. Naves AA, D'Ippolito G, Souza LRMF, et al. What radiologists should know about tomographic evaluation of acute diverticulitis of the colon. *Radiol Bras.* 2017;50:126-31.
9. Daskalogiannaki M, Voloudaki A, Prassopoulos P, et al. CT evaluation of mesenteric panniculitis: prevalence and associated diseases. *AJR Am J Roentgenol.* 2000;174:427-31.
10. Akram S, Pardi DS, Schaffner JA, et al. Sclerosing mesenteritis: clinical features, treatment, and outcome in ninety-two patients. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2007;5:589-96.
11. Ege G, Akman H, Cakiroglu G. Mesenteric panniculitis associated with abdominal tuberculous lymphadenitis: a case report and review of the literature. *Br J Radiol.* 2002;75:378-80.

Tiago Kojun Tibana^{1,a}, Rômulo Florêncio Tristão Santos^{1,b}, Denise Maria Rissato Camilo^{1,c}, Edson Marchiori^{2,d}, Thiago Franchi Nunes^{1,e}

1. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campo Grande, MS, Brasil. 2. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Correspondência: Dr. Tiago Kojun Tibana. Avenida Senador Filinto Müller, 355, Vila Ipiranga. Campo Grande, MS, Brasil, 79080-190. E-mail: tiagotibana@hotmail.com.

a. <https://orcid.org/0000-0001-5930-1383>; b. <https://orcid.org/0000-0002-8679-7369>;

c. <https://orcid.org/0000-0002-9016-8610>; d. <https://orcid.org/0000-0001-8797-7380>;

e. <https://orcid.org/0000-0003-0006-3725>.

Recebido para publicação em 3/11/2017. Aceito, após revisão, em 11/12/2017.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2017.0209>

