



**Figura 1.** Tomografia computadorizada contrastada do tórax com cortes axiais (A,B) e coronal (C) mostrando aneurismas em ramos das artérias pulmonares (setas).

ções (artérias ilíaca, femoral, poplítea, carótida e hepática), porém com menor risco de ruptura<sup>(9-11)</sup>.

Alguns autores consideram a síndrome de Hughes-Stovin como uma forma incompleta da doença de Behçet, pela semelhança entre os achados clínicos, radiológicos e anatomopatológicos<sup>(7-11)</sup>. Por isso, a doença de Behçet torna-se o principal diagnóstico diferencial, afetando comumente jovens do sexo masculino<sup>(11)</sup>. Para diagnóstico de doença de Behçet é necessária a presença de ulcerações orais recorrentes por pelo menos três vezes num período de 12 meses (critério maior e obrigatório), além de pelo menos dois outros critérios menores, não necessariamente de forma simultânea, como ulceração genital recorrente, lesões oculares e/ou cutâneas e teste de patergia positivo<sup>(12)</sup>, os quais não foram encontrados em nosso paciente. Outras causas de aneurismas da artéria pulmonar são trauma, infecções, hipertensão pulmonar e síndrome de Marfan<sup>(8-11)</sup>.

Não existe tratamento padronizado para síndrome de Hughes-Stovin, optando-se na maioria dos casos por terapia imunossupressora, envolvendo combinação de glicocorticoides e ciclofosfamida, com potencial para estabilizar os aneurismas ou até mesmo promover regressão em alguns casos<sup>(11)</sup>. O uso de anticoagulantes é controverso, pelo risco de hemoptise fatal, permitido somente em casos selecionados e desde que administrado conjuntamente com terapia imunossupressora<sup>(7-11)</sup>. Outros tratamentos possíveis são ressecção cirúrgica ou embolização arterial, empregados na maioria dos casos em que ocorreu hemoptise maciça<sup>(11)</sup>.

**REFERÊNCIAS**

1. Batista MN, Barreto MM, Cavaguti RF, et al. Pulmonary artery sarcoma mimicking chronic pulmonary thromboembolism. *Radiol Bras.* 2015;48:333-4.

2. Yamanari MGI, Mansur MCD, Kay FU, et al. Bullet embolism of pulmonary artery: a case report. *Radiol Bras.* 2014;47:128-30.  
 3. Pessanha LB, Melo AMF, Braga FS, et al. Acute post-tonsillectomy negative pressure pulmonary edema. *Radiol Bras.* 2015;48:197-8.  
 4. Francisco FAF, Rodrigues RS, Barreto MM, et al. Can chest high-resolution computed tomography findings diagnose pulmonary alveolar microlithiasis? *Radiol Bras.* 2015;48:205-10.  
 5. Koenigkam Santos M. Diagnosis of pulmonary alveolar microlithiasis [Editorial]. *Radiol Bras.* 2015;48(5):ix-x.  
 6. Fernandes GL, Teixeira AA, Antón AGS, et al. Churg-Strauss syndrome: a case report. *Radiol Bras.* 2014;47:259-61.  
 7. Cruz VA, Muniz YA, Silva Torres PPT, et al. Síndrome de Hughes-Stovin. *Rev Bras Reumatol.* 2009;49:747-52.  
 8. Chung MP, Yi CA, Lee HY, et al. Imaging of pulmonary vasculitis. *Radiology.* 2010;255:322-41.  
 9. El Aoud S, Frikha F, Snoussi M, et al. Moderate hemoptysis caused by Hughes-Stovin syndrome. *Clin Pract.* 2014;4:647.  
 10. Silva R, Escobar A, Vega R, et al. Síndrome Hughes-Stovin: caso clínico. *Rev Med Chile.* 2013;141:922-6.  
 11. Khalid U, Saleem T. Hughes-Stovin syndrome. *Orphanet J Rare Dis.* 2011;6:15.  
 12. Belczak SQ, Aun R, Valentim L, et al. Tratamento endovascular de aneurismas da aorta em pacientes com doença de Behçet: relato de dois casos. *J Vasc Bras.* 2010;9:89-94.

**Bruno Niemeyer de Freitas Ribeiro<sup>1</sup>, Renato Niemeyer Ribeiro<sup>1</sup>, Gláucia Zanetti<sup>2</sup>, Edson Marchiori<sup>2</sup>**

1. Instituto Estadual do Cérebro Paulo Niemeyer, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Endereço para correspondência: Dr. Edson Marchiori. Rua Thomaz Cameron, 438, Valparaíso. Petrópolis, RJ, Brasil, 25685-120. E-mail: edmarchiori@gmail.com.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2015.0048>

**Diagnóstico diferencial de meningocele sacral anterior durante a avaliação de coleções pélvicas pós-histerectomia**

*Differential diagnosis of anterior sacral meningocele during the evaluation of post-hysterectomy pelvic collections*

Sr. Editor,

Mulher de 34 anos de idade, submetida a histerectomia parcial via abdominal, que evoluiu com dor e febre no pós-operatório. A radiografia convencional da pelve mostrou curvatura unilateral do sacro (Figura 1A). A tomografia computadorizada (TC), realizada no segundo dia de pós-operatório, identificou coleção localizada, densa, na cavidade pélvica, com pequenas bolhas de ar de permeio, e uma formação de aspecto cístico de conteúdo líquido hipodenso de localização pré-sacral, comunicando-se com o canal vertebral, deslocando o reto para a direita (Figura 1B). Foi feito o

diagnóstico de meningocele sacral anterior (MSA) e alertada a equipe cirúrgica da sua coexistência com as coleções pélvicas pós-cirúrgicas. Realizou-se nova intervenção para drenagem das coleções, com o cuidado de não seccionar a saculação proveniente da MSA, que era visível e palpável. Foi realizada ressonância magnética (RM) para controle pós-drenagem cirúrgica e melhor caracterização da malformação (Figura 1C).

Várias condições relacionadas a anomalias do desenvolvimento do sistema nervoso central têm sido observadas e relatadas no Brasil<sup>(1-3)</sup>. A MSA é uma forma rara de disrafismo espinhal, caracterizada pela herniação do saco meningeal para o espaço pré-sacral<sup>(4,5)</sup>. Representa cerca de 5% das massas retrorretais, sendo mais prevalentes em mulheres<sup>(6)</sup>.

Essa lesão pode ocorrer de forma isolada ou associada a outras anormalidades congênicas, como anomalias urogenitais,



**Figura 1. A:** Radiografia convencional mostrando curvatura unilateral do sacro (sacro em cimitarra). Detalhe: reconstrução tomográfica tridimensional caracterizando melhor esses achados. **B:** TC com reformatação no plano sagital identificando formação de aspecto cístico de conteúdo líquido hipodenso de localização pré-sacral, aparentemente se comunicando com o canal vertebral, deslocando o reto para a direita. **C:** RM com corte sagital em sequência ponderada em T2 mostrando alteração morfoestrutural com disrafia do sacro, por onde se insinua saco dural em direção ao espaço retrorretal, com conteúdo líquido homogêneo. Destaca-se ainda medula ancorada com cone medular localizado na altura de L3.

malformações anorretais, lipomas, teratomas, tumor epidermoide e cistos dermóides<sup>(7,8)</sup>. Devido à sua natureza oculta, geralmente é diagnosticada na segunda ou terceira décadas de vida. Pode ser assintomática ou apresentar sintomas inespecíficos, como constipação, sintomas urológicos ou raramente sintomas neurológicos<sup>(9)</sup>. A investigação diagnóstica pode ser feita por radiografia convencional, ultrassonografia, TC e RM.

Na radiografia convencional observa-se, às vezes, o sinal do “sacro em cimitarra”, caracterizado por curvatura unilateral do sacro, simulando a forma de um sabre árabe, considerado patognomônico de MSA<sup>(10)</sup>. A ultrassonografia abdominal pode mostrar lesão cística retrovesical, inespecífica ao método<sup>(11)</sup>. A TC é instrumento importante, pois fornece informações detalhadas sobre as alterações ósseas associadas e pode revelar a herniação do saco meníngeo. A RM é o exame de escolha para a avaliação da MSA, pois fornece alto contraste entre os tecidos moles, podendo detectar a comunicação entre a MSA e o espaço subaracnoide espinal, e fornecer informações detalhadas sobre outras anormalidades eventualmente relacionadas<sup>(4)</sup>. Todavia, nos casos em que a comunicação com o espaço subaracnoide é estreita, a RM pode falhar em demonstrá-la. Em tais situações, pode ser necessária a realização da mielografia com injeção intratecal de contraste<sup>(12)</sup>.

Nos diagnósticos diferenciais incluem-se as lesões císticas localizadas na região pré-sacral, como tumores dos tratos gastrintestinal e geniturinário, cisto dermoide e epidermoide, cisto ósseo aneurismático, hamartoma, cisto hidático, lipoma, linfangioma, cisto perineural, duplicação retal, tumores do trato reprodutivo, teratomas e teratocarcinoma<sup>(7,13)</sup>. A constatação mais importante para estabelecer o diagnóstico definitivo é demonstrar a comunicação entre a lesão cística e o espaço subaracnoide<sup>(11)</sup>.

No caso em questão, o diagnóstico de MSA foi especialmente importante, pois a paciente foi submetida a laparotomia para drenagem de coleções hemorrágicas pélvicas, e uma possível intervenção inadvertida na meningocele poderia ter consequências desastrosas.

## REFERÊNCIAS

1. Simão MN, Helms CA, Richardson WJ. Magnetic resonance imaging findings of disc-related epidural cysts in nonsurgical and postoperative microdiscectomy patients. *Radiol Bras.* 2012;45:205–9.
2. Barros ML, Fernandes DA, Melo EV, et al. Central nervous system malformations and associated defects diagnosed by obstetric ultrasonography. *Radiol Bras.* 2013;45:309–14.
3. Holanda MMA, Rocha AB, Santos RHP, et al. Basal sphenothmoidal encephalocele in association with midline cleft lip and palate: case report. *Radiol Bras.* 2011;44:399–400.
4. Villarejo F, Scavone C, Blazquez MG, et al. Anterior sacral meningocele: review of the literature. *Surg Neurol.* 1983;19:57–71.
5. Sharma V, Mohanty S, Singh DR. Uncommon craniospinal dysraphism. *Ann Acad Med Singapore.* 1996;25:602–8.
6. Beyazal M. An asymptomatic large anterior sacral meningocele in a patient with a history of gestation: a case report with radiological findings. *Case Rep Radiol.* 2013;2013:842620.
7. Shedid D, Roger EP, Benzel EC. Presacral meningocele: diagnosis and treatment. *Semin Spine Surg.* 2006;18:161–7.
8. McGregor C, Katz S, Harpham M. Management of a parturient with an anterior sacral meningocele. *Int J Obstet Anesth.* 2013;22:64–7.
9. Mohta A, Das S, Jindal R. Anterior sacral meningocele presenting as constipation. *J Pediatr Neurosci.* 2011;6:40–3.
10. Kovalcik PJ, Burke JB. Anterior sacral meningocele and the scimitar sign. Report of a case. *Dis Colon Rectum.* 1988;31:806–7.
11. Naidich TP, Fernbach SK, McLone DG, et al. John Caffey Award. Sonography of the caudal spine and back: congenital anomalies in children. *AJR Am J Roentgenol.* 1984;142:1229–42.
12. Manson F, Comalli-Dillon K, Moriaux A. Anterior sacral meningocele: management in gynecological practice. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2007;30:893–6.
13. Hemama M, Lasseini A, Rifi L, et al. A sacral hydatid cyst mimicking an anterior sacral meningocele. *J Neurosurg Pediatr.* 2011;8:526–9.

Ronaldo Garcia Rondina<sup>1</sup>, Richard Volpato<sup>1</sup>, Luiz Felipe Alves Guerra<sup>1</sup>, Diego Lima Nava Martins<sup>1</sup>, Laís Bastos Pessanha<sup>1</sup>

1. Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, ES, Brasil. Endereço para correspondência: Dr. Ronaldo Garcia Rondina. Rua Júlio César de Oliveira Serrano, 135, Bl. 3, ap. 302, Mata da Praia. Vitória, ES, Brasil, 29065-720. E-mail: r.rondina@gmail.com.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2015.0099>