

resultado de inflamação ou vólculo ileal<sup>(1,4)</sup>. Nos RNs, o rompimento do DM é raro, ocorrendo em menos de 10% dos casos e manifestando-se na radiografia como pneumoperitônio<sup>(1)</sup>. Nestas situações, o diagnóstico diferencial com enterocolite necrosante deve ser realizado, já que esta doença é responsável por 41% dos casos de pneumoperitônio neonatal<sup>(4)</sup>.

No presente caso, houve suspeita clínica de enterocolite necrosante, porém esta hipótese foi descartada ao se confirmar, no intraoperatório, a perfuração do DM.

As causas de perfuração do DM incluem reação inflamatória, ulceração da mucosa ou defeito na camada muscular do divertículo<sup>(1,2)</sup>. Raramente, a perfuração do DM pode ocorrer secundariamente a cateterização umbilical, por meio de uma ligação da veia umbilical com o DM via cordão umbilical<sup>(6)</sup>. No presente caso, houve cateterização da veia e artérias umbilicais com duas horas de vida, contudo, o início tardio dos sintomas em relação ao cateterismo e a laparotomia exploradora demonstraram que a cateterização não teve relação com a perfuração.

A doença de Hirschsprung também pode predispor à perfuração do DM por atraso da passagem de mecônio, determinando aumento da pressão a montante do divertículo<sup>(5)</sup>. Esta condição cursa com sintomas típicos de obstrução intestinal, dor abdominal e vômitos biliosos<sup>(5)</sup>. No presente caso, apesar de o RN ter apresentado sintomas de obstrução intestinal e desconforto abdominal à palpação, não houve registro de vômitos biliosos. Ademais, a análise histopatológica do segmento retirado descartou a hipótese de doença de Hirschsprung.

Concluindo, na ausência de outros fatores que possam justificar a presença de pneumoperitônio em RN, o DM deve ser incluído como uma hipótese diagnóstica, sendo esta complicação confirmada mediante procedimento cirúrgico.

REFERÊNCIAS

1. Aguayo P, Fraser JD, St Peter SD, et al. Perforated Meckel's diverticulum in a micropreterm infant and review of the literature. *Pediatr Surg Int.* 2009;25:539-41.
2. Chang YT, Lin JY, Huang YS. Spontaneous perforation of Meckel's diverticulum without peritonitis in a newborn: report of a case. *Surg Today.* 2006;36:1114-7.
3. Gandy BJ, Byrne P, Lees G. Neonatal Meckel's diverticular inflammation with perforation. *J Pediatr Surg.* 1997;32:750-1.
4. Oyachi N, Takano K, Hasuda N, et al. Perforation of Meckel's diverticulum manifesting as aseptic peritonitis in a neonate: report of a case. *Surg Today.* 2007;37:881-3.
5. Skelly BL, Ervine E, Bisharat M, et al. Small bowel skip segment Hirschprung's disease presenting with perforated Meckel's diverticulum. *Pediatr Surg Int.* 2012;28:645-8.
6. Costa S, De Carolis MP, Savarese I, et al. An unusual complication of umbilical catheterization. *Eur J Pediatr.* 2008;167:1467-9.

Beatriz Regina Alvares<sup>1</sup>, Aline Satomi Yumioka<sup>1</sup>, Isabela Gusson Galdino dos Santos<sup>1</sup>

1. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM-Unicamp), Campinas, SP, Brasil. Endereço para correspondência: Dra. Beatriz Regina Alvares. Rua Alberto de Salvo, 238, Barão Geraldo. Campinas, SP, Brasil, 13084-759. E-mail: alvaresb@terra.com.br.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2014.0134>

Fibroma desmoplásico com disseminação perineural: achados nas sequências convencionais de ressonância magnética e na difusão

*Desmoplastic fibroma with perineural spread: conventional and diffusion-weighted magnetic resonance imaging findings*

Sr. Editor,

Criança do sexo masculino, 3 anos de idade, com alteração morfoestrutural na região da mandíbula à esquerda de evolução no último ano, apresentando dor recentemente, sem outras queixas associadas. Exames laboratoriais não demonstraram alterações e a ressonância magnética (RM) (Figura 1) mostrou lesão com predomínio de iso/hipossinal em T1, hipersinal em T2 com discretos focos de baixo sinal, ausência de queda de sinal nas sequências para suscetibilidade magnética e ausência de restrição

à difusão. Após administração de gadolínio, observou-se realce exuberante, destacando-se ainda disseminação perineural através da terceira divisão do nervo trigêmeo. Estudo histopatológico revelou células fusiformes sem atipias e pleomorfismo, além de áreas com tecido conectivo fibroso acelular, com estudo imuno-histoquímico negativo para S100 e MSA, positividade para vimentina, com Ki-67 menor que 5%, aspectos estes compatíveis com fibroma desmoplásico. O paciente foi submetido a excisão cirúrgica incompleta e optou-se por complementação com radioterapia.

O fibroma desmoplásico é um tumor ósseo benigno extremamente raro, de comportamento agressivo e comumente insidioso, representando 0,1% de todos os tumores primários do osso<sup>(1-5)</sup>. A mandíbula é o local mais acometido, principalmente em sua porção posterior, correspondendo a 22% dos casos<sup>(1,2,4)</sup>, seguido pela região metafisária de ossos longos. Pode ocorrer em

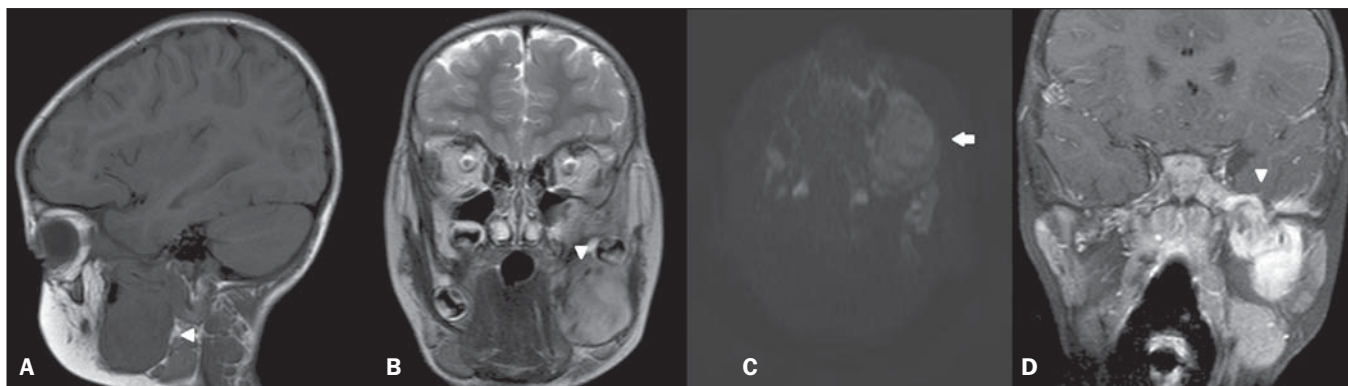


Figura 1. A: Imagem sagital, sequência T1, mostrando lesão com hipossinal acometendo a mandíbula (cabeça de seta). B: Imagem coronal, sequência T2, mostrando lesão heterogênea, com discreto hipersinal e focos de baixo sinal de permeio (cabeça de seta). C: Imagem axial, sequência funcional em difusão, não demonstrando restrição à difusão (seta). D: Imagem coronal, sequência T1 com supressão de gordura, pós-contraste, demonstrando realce exuberante pelo gadolínio e evidente disseminação perineural pela terceira divisão do nervo trigêmeo (cabeça de seta).

qualquer faixa etária, mas sua maior incidência se dá nas três primeiras décadas de vida<sup>(1-3,6)</sup>. Apesar dos dados conflitantes, parece não haver predileção por sexo<sup>(2,6)</sup>. A recorrência local é comum caso a ressecção completa não seja possível. Clinicamente, os pacientes encontram-se assintomáticos, ou podem apresentar dor, edema, derrame articular e fratura patológica<sup>(1-6)</sup>. Nos diagnósticos diferenciais devem ser considerados rhabdomyosarcoma, fibrossarcoma, tumor de células gigantes, entre outros. Apesar de os métodos de imagem ajudarem na delimitação, o diagnóstico é histopatológico.

Na RM, a maioria das lesões apresenta-se com iso/hipossinal em T1 e baixo sinal em T2<sup>(1,3-6)</sup>, porém há relatos de lesões com hipersinal em T2<sup>(1-3,6)</sup>. Realce pode ser variável, com alguns autores afirmando que tal variação pode ser decorrência do conteúdo celular da lesão<sup>(3,4)</sup>. O nosso caso apresentou iso/hipossinal homogêneo em T1 e discreto hipersinal em T2 com focos de baixo sinal. Após uso de gadolínio, observou-se realce expressivo pelo contraste, com evidente disseminação perineural através da terceira divisão do nervo trigêmeo. Tais aspectos nas sequências pesadas em T2 e a presença de disseminação perineural são pouco comuns em relação ao padrão típico de imagem descrito na RM.

Não encontramos, na literatura, relatos sobre a difusão em fibromas desmoplásicos. No nosso caso não observamos áreas de restrição à difusão. Estudos recentes destacam o uso das sequências em difusão na avaliação de lesões de cabeça e pescoço, mostrando que valores do coeficiente de difusão aparente menores que  $1,22 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$  são sugestivos de malignidade<sup>(7)</sup>. No caso apresentado, o valor do coeficiente de difusão aparente foi  $1,45 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$ , corroborando os achados anteriormente descritos.

Concluindo, o diagnóstico de fibroma desmoplásico deve ser considerado em pacientes com menos de 30 anos portadores de

tumor principalmente localizado na mandíbula, não se podendo excluir tal hipótese caso sejam menos evidentes os focos de hipossinal em T2.

REFERÊNCIAS

1. Woods TR, Cohen DM, Islam MN, et al. Desmoplastic fibroma of the mandible: a series of three cases and review of literature. *Head Neck Pathol.* 2015;9:196-204.
2. Nedopil A, Raab P, Rudert M. Desmoplastic fibroma: a case report with three years of clinical and radiographic observation and review of the literature. *The Open Orthopaedics Journal.* 2013;7:40-6.
3. Kim OH, Kim SJ, Kim JY, et al. Desmoplastic fibroma of bone in a toe: radiographic and MRI findings. *Korean J Radiol.* 2013;14:963-7.
4. Kang DM, Juhng SK, Sohn YJ, et al. Imaging findings of desmoplastic fibroma rarely involving the clavicle: case report. *Korean J Radiol.* 2014; 15:130-3.
5. Frick MA, Sundaram M, Unni KK. Imaging findings in desmoplastic fibroma of bone: distinctive T2 characteristics. *AJR Am J Roentgenol.* 2005;184:1762-7.
6. Moorjani V, Stockton V. Desmoplastic fibroma with perineural extension. *AJR Am J Roentgenol.* 2005;185:1498-9.
7. Gonçalves FG, Ovalle JP, Grieb DFJ, et al. Diffusion in the head and neck: an assessment beyond the anatomy. *Radiol Bras.* 2011;44:308-14.

**Bruno Niemeyer de Freitas Ribeiro<sup>1</sup>, Tiago Medina Salata<sup>2</sup>, Livia de Oliveira Antunes<sup>2</sup>, Edson Marchiori<sup>3</sup>**

1. Instituto Estadual do Cérebro Paulo Niemeyer, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2. Hospital Casa de Portugal / 3D Diagnóstico por Imagem, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 3. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Endereço para correspondência: Dr. Bruno Niemeyer de Freitas Ribeiro. Instituto Estadual do Cérebro Paulo Niemeyer – Serviço de Radiologia. Rua do Rezende, 156, Centro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 20231-092. E-mail: bruno.niemeyer@hotmail.com.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2014.0135>

**Demência por doença de Creutzfeldt-Jakob**

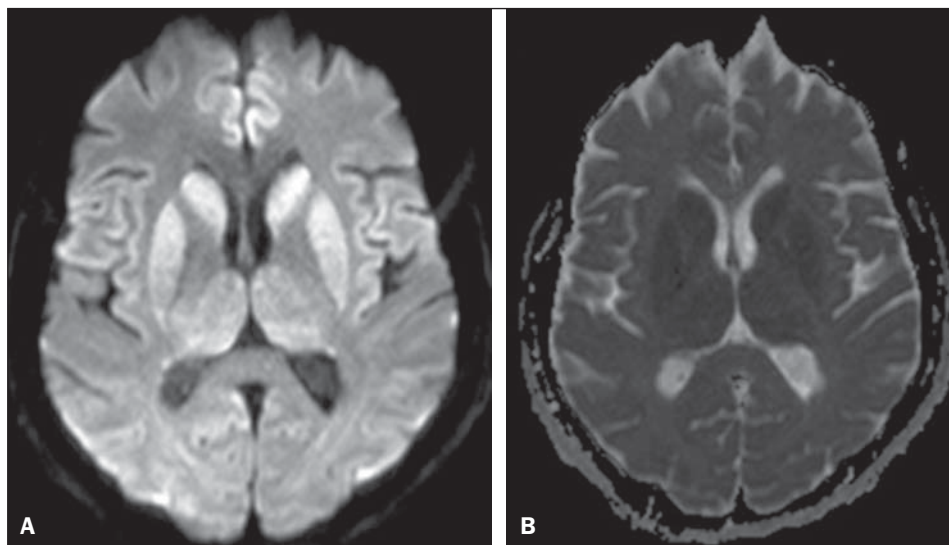
*Creutzfeldt-Jakob dementia*

*Sr. Editor,*

Mulher, 72 anos de idade, com demência rapidamente progressiva, mudança de comportamento e distúrbio de marcha há sete meses, sinais extrapiramidais e mioclonia difusa. Eletroen-

cefalograma demonstrou atividade periódica com ondas de fase aguda de grande amplitude, difusamente distribuídas no córtex. Líquido cefalorraquiano normal. Foi realizada ressonância magnética (RM) (Figura 1).

A associação dos achados clínicos, radiológicos, eletroencefalográficos ou líquóricos (presença da proteína 14-3-3, em indivíduo doente há menos de dois anos – ausente neste caso), permite



**Figura 1. A:** Imagem axial de ressonância magnética do crânio demonstrando focos de hipersinal na sequência ponderada em difusão nas cabeças dos núcleos caudados, putâmens, tálamos e giros occipitotemporais mediais. **B:** O baixo sinal no mapa de ADC na mesma região confirma a restrição à difusão.