Sr. Editor,

Paciente do sexo feminino, 29 anos de idade, branca, apresentando dor crônica à dorsiflexão da mão direita e proeminência de consistência endurecida nas bases do segundo e terceiro metacarpais, dolorosa à palpação. Na radiografia da mão (Figura 1A) observou-se a proeminência óssea na região em que foi palpada no exame físico, além de indefinição do espaço articular entre o trapezoide e o capitato, bem como no estudo tomográfico (Figuras 1B e 1C), no qual, mediante reconstruções multiplanares e tridimensionais, demonstrou-se com maiores detalhes o os styloideum fusionado com o osso trapezoide e neoarticulando-se com a base do terceiro metacarpal. A ressonância magnética (Figura 1D) mostrou hipointensidade de sinal em T1 e aumento da intensidade em T2 STIR, com edema ósseo adjacente à neoarticulação, indicando apofisite.

Os styloideum é uma variação anatômica caracterizada por um ossículo acessório localizado no dorso do punho, entre os ossos trapezoide, capitato, segundo e terceiro metacarpais, dolorosa à palpação. Na radiografia da mão (Figura 1A) observou-se a proeminência óssea na região em que foi palpada no exame físico, além de indefinição do espaço articular entre o trapezoide e o capitato, bem como no estudo tomográfico (Figuras 1B e 1C), no qual, mediante reconstruções multiplanares e tridimensionais, demonstrou-se com maiores detalhes o os styloideum fusionado com o osso trapezoide e neoarticulando-se com a base do terceiro metacarpal. A ressonância magnética (Figura 1D) mostrou hipointensidade de sinal em T1 e aumento da intensidade em T2 STIR, com edema ósseo adjacente à neoarticulação, indicando apofisite.

Os styloideum é uma variação anatômica caracterizada por um ossículo acessório localizado no dorso do punho, entre os ossos trapezoide, capitato, segundo e terceiro metacarpais (1). Quando associada a sintomas, principalmente dor local, caracteriza a síndrome da bossa carpal (2,3). A real incidência desta entidade é desconhecida, provavelmente subestimada e muito confundida clinicamente com outras causas de tumor no dorso do carpo (4).

Bossa carpal pode ser classificada em adquirida (osteófitos), congênita (os styloideum), ou mista, mas as apresentações clínicas parecem ser semelhantes entre os grupos (3). Os styloideum é também conhecido como o nono osso do carpo (5). A principal dificuldade em seu reconhecimento reside na inespecificidade dos sintomas, frequentemente atribuídos a cistos dorsais, já que ambos compartilham localização muito semelhante (4).

http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2015.0204

André Martins Fernandes1, Bernardo Vieira Paim2, Ana Paula Aguiar Vidal1, Edson Marchiori1, Daniella Braz Parente2

1. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2. Instituto D’Or de Pesquisa e Ensino, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Endereço para correspondência: Dr. André Martins Fernandes. Hospital Universitário Clementino Fraga Filho. Rua Rodolpho Paulo Rocco, 255, Cidade Universitária. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 21941-913. E-mail: o_amf@hotmail.com.
O conhecimento dessa doença e estudos por imagem são fundamentais para o diagnóstico e distinção de seus principais diagnósticos diferenciais (cistos sinoviais, fraturas, osteoartrose, exostoses, neoplasias ósseas e de partes moles)\(^\text{(7)}\). Estudos tomográficos permitem a análise das relações do ossículo acessório com os ossos adjacentes, e a ressonância magnética é importante para a avaliação da integridade óssea, das ênteses e ligamentos\(^\text{(5)}\). A proximidade da bossa carpal com os tendões extensores radiais do carpo curto e longo pode provocar tenossinovite insericional, agravando os sintomas, principalmente em atletas que realizam esforço repetitivo, mais especificamente a extensão forçada do punho\(^\text{(5,8,9)}\).

O tratamento costuma ser inicialmente conservador, com anti-inflamatórios e eventual imobilização, mas a excisão cirúrgica pode ser realizada nos casos refratários\(^\text{(6,7)}\).

**REFERÊNCIAS**

1. Karmazyn B, Siddiqui AR. Painful os styloideum in a child. Pediatr Radiol. 2002;32:370–2.

2. Gomes AF, Paganella VC, Paganella MC, et al. Computed tomography and magnetic resonance imaging findings of os styloideum in a symptomatic athlete. Radiol Bras. 2010;43:207–9.

3. Apple JS, Martinez S, Nunley JA. Painful os styloideum: bone scintigraphy in carpal bossus disease. AJR Am J Roentgenol. 1984;142:181–2.

4. Castro AA, Skare TL, Nassif PAN, et al. Sonographic diagnosis of carpal tunnel syndrome: a study in 200 hospital workers. Radiol Bras. 2015;48:287–91.

5. Poh F. Carpal boss in chronic wrist pain and its association with partial osseous coalition and osteoarthritis—a case report with focus on MRI findings. Indian J Radiol Imaging. 2015;25:276–9.

6. Conway WF, Destouet JM, Gilula LA, et al. The carpal boss: an overview. Radiology. 1985;156:29–31.

7. Park MJ, Namdari S, Weiss AP. The carpal boss: review of diagnosis and treatment. J Hand Surg Am. 2008;33:446–9.

8. Kissel P. Conservative management of symptomatic carpal bossing in an elite hockey player: a case report. J Can Chiropr Assoc. 2009;53:282–9.

9. Linscheid RL, Dobyns JH. Athletic injuries of the wrist. Clin Orthop Relat Res. 1985;(198):141–51.

---

**Prenatal diagnosis of sirenomelia in the second trimester of pregnancy using two-dimensional ultrasound, three-dimensional ultrasound and magnetic resonance imaging**

**Dear Editor,**

A 30-year-old woman was referred at 23 weeks of gestation due to oligohydramnios, together with short fetal femur length and cystic hygroma. It was the first pregnancy for a non-consanguineous couple with a family history of neural tube defects. The patient reported chronic arterial hypertension during her pregnancy. The previous ultrasound findings were confirmed at our facility. Two-dimensional (2D) ultrasound showed fusion of the lower limbs, and color Doppler ultrasound revealed no vascularization of the lower limbs (Figure 1A). Three-dimensional (3D) ultrasound in the rendering mode confirmed the findings of the 2D ultrasound (Figure 1B). For a better understanding of the fetal morphology due to the oligohydramnios, magnetic resonance imaging (MRI) was performed. The MRI scan showed myelomeningocele and bilateral renal agenesis, as well as showing no identifiable characteristics of the lower limbs (Figure 1C). Termination of the pregnancy was authorized at 29 weeks of gestation. The stillborn infant weighed 1120 g. Pathologic investigation showed sirenomelia (sympus apus), lumbar myelomeningocele, and interventricular communication (Figure 2). Radiographic studies showed only one femur (sirenomelia type VII according to the Stocker and Heifetz classification).

Sirenomelia is a rare congenital anomaly with an estimated incidence of 1:60,000 live births\(^\text{(1)}\). It is defined by fused lower limbs, a single umbilical artery, and genitourinary anomalies\(^\text{(2)}\). In approximately 25–30% of cases, sirenomelia is accompanied by other congenital anomalies, such as congenital heart disease and gastrointestinal anomalies\(^\text{(3)}\). The prenatal diagnosis is based on identification of this pattern of malformation in imaging studies.

Sirenomelia is considered a primary developmental field defect affecting multiple midline primordia\(^\text{(4)}\). In the case reported here, MRI allowed us to make the diagnosis of myelomeningocele and bilateral renal agenesis.

---

**Figure 1.** Prenatal findings of sirenomelia at 26 weeks and 5 days of gestation: 2D ultrasound with color Doppler in the axial plane shows myelomeningocele. Note that the mass is very close to the neck (arrow, A); same view at 3D ultrasound in the rendering mode (B), and at T2-weighted MRI sequence in the sagittal plane (C). Note that the mass of lumbar origin (myelomeningocele) is very close to the cervical region of the fetus (arrow, C).