

Ultrassonografia GO

O-024 – Dilatação da via biliar intra-hepática por lesão expansiva no ducto hepático comum: diagnóstico ecográfico tridimensional com análise multiplanar e correlação com a tomografia computadorizada.

Balduino Kalil Dib Filho; Rodrigo Pinheiro Soares Gomes; Adilson Cunha Ferreira; Francisco Antonio Grillo Junior; Marília Conti Arndt; Mirian Magda de Deus Vieira; Ricardo de Medeiros Quirino; Rodrigo Soares Perez; Tuízy de Freitas Guimarães; Renato Campos Soares de Faria.

Instituto de Diagnóstico por Imagem – Santa Casa de Ribeirão Preto.

Introdução: O colangiocarcinoma é um carcinoma de crescimento lento dos ductos biliares, quase uniformemente fatal e que ocorre em idosos. O colangiocarcinoma central desenvolve-se a partir de um ducto biliar central e rapidamente provoca obstrução das vias biliares, o que leva o paciente a procurar assistência médica ainda quando o tumor tem pequenas dimensões. Quando localizado na junção dos ductos hepáticos direito e esquerdo, o colangiocarcinoma central recebe a denominação de tumor de Klatskin. Os fatores predisponentes são a colangite esclerosante, hepatolitíase, trematódeos hepáticos, doença de Caroli, cisto de colédoco e, raramente, polipose colônica familiar. Ecograficamente, os colangiocarcinomas aparecem como ductos biliares dilatados que terminam abruptamente no nível do tumor. Uma massa tumoral pode ou não ser vista para explicar a obstrução. Quando detectado o tumor propriamente dito, em geral possui margens indistintas e tem quase a mesma ecogenicidade do fígado. A identificação do colangiocarcinoma pela tomografia computadorizada e pela ressonância magnética é dependente das dimensões do tumor e da técnica radiológica adotada. É importante a aquisição de imagens contíguas de fina espessura na área em que se interrompe a dilatação das vias biliares. **Discussão:** Neste trabalho relata-se o caso de um paciente do sexo masculino, 83 anos de idade, com quadro de icterícia obstrutiva. Ao ultrassom (01/04/2009) não se identificou anormalidades. Realizou-se, então, tomografia computadorizada de abdome (07/04/2009), que evidenciou neoplasia maligna de ducto hepático esquerdo invadindo a junção dos ductos hepáticos, causando dilatação das vias biliares intra-hepáticas compatível com tumor de Klatskin (colangiocarcinoma intraductal).

O-025 – Mucocele do apêndice como diagnóstico diferencial de massas anexiais.

Juliana Azevedo; Marcia Martos Amâncio de Camargo; Sandra Regina Campos Teixeira; Maurício de Souza Arruda; Hélio Sebastião Amâncio de Camargo.

CDE Diagnóstico por Imagem.

Introdução: Mucocele do apêndice (MA) é uma entidade rara que pode ter inúmeras apresentações, variando desde os sintomas clássicos de apendicite aguda a um achado incidental em paciente assintomático. A prevalência da MA é de 0,2–0,4% das apendicectomias. Sua localização na fossa ilíaca direita a inclui como diagnóstico diferencial de massas de origem pélvica, incluindo hidrossalpinge e cistadenoma ovariano. **Descrição do Material:** Uma paciente de 28 anos foi encaminhada a ultrassonografia (US) pélvica de rotina. A avaliação por via abdominal não demonstrou alterações. Na ecografia endovaginal foi observada uma massa alongada, com aspecto lamelar (“casca de cebola”), na região paraovariana direita, junto aos vasos ilíacos. Não foram encontradas outras anormalidades. Como a paciente apresentava-se assintomática, foi solicitada ressonância magnética (RM) do abdome inferior, que revelou dilatação cística do apêndice, consistente com MA. As imagens da US e da RM são ilustrativas da localização e aspecto da lesão. **Discussão:** MA é um termo descritivo para a distensão do apêndice vermiforme por acúmulo anormal de muco, independente da patologia de base. São reconhecidas três causas principais: (1) hiperplasia focal ou difusa da mucosa com retenção de muco; (2) adenoma mucinoso do apêndice (tumor benigno); (3) adenocarcinoma do apêndice (tumor maligno). Enquanto as mucoceles por retenção costumam ser pequenas, as tumorais geralmente alcançam grande volume, com relatos na literatura de mucoceles maiores que 20cm. Nos casos tumorais, pode haver como complicação a disseminação para cavidade peritoneal ou pseudomixoma, de mau prognóstico (sobrevida inferior a 20% em 5 anos). Por este motivo, recomenda-se que mucoceles maiores que 2cm sejam manipuladas com cautela, evitando-se a contaminação da cavidade.

Painéis Eletrônicos

Cárdio / Tórax

P-001 – Arco aórtico à direita associado a agenesia da artéria pulmonar esquerda: relato de caso com ênfase na descrição dos achados pulmonares.

Eduardo Ferreira Medronha¹; Tiago Ferreira Viegas²; Marcelo Santos Casanova¹; Paola Conrad da Silveira¹; Camila Valer Pereira¹; Rubens Gabriel Feijó Andrade¹; Pedro Martins Bergoli¹; Wilson Madeira de Almeida¹; Carlos Jader Feldman¹.

¹ SIDI – Medicina por Imagem; ² Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul.

Introdução: Os principais achados radiológicos da interrupção ou agenesia da artéria pulmonar direita ou esquerda são frequentemente característicos e incluem um hemitórax pequeno, deslocamento ipsilateral do mediastino e alterações no parênquima pulmonar, usualmente atribuídas a circulação colateral sistêmica. A ausência da artéria pulmonar pode ocorrer como achado isolado ou associada a arco aórtico à direita e alterações cardíacas congênicas, mais frequentemente te-

tralogia de Fallot. Esses pacientes são propensos ao desenvolvimento de complicações incluindo dispneia, infecção recorrente e hemorragia pulmonar. **Descrição do Material:** Relatamos o caso de um paciente masculino de 40 anos, encaminhado para a realização de tomografia computadorizada (TC) do tórax devido a sintomas de infecção de via respiratória baixa associada a hipoxemia. Entre os principais achados na TC do tórax estão: ausência da artéria pulmonar esquerda, arco aórtico à direita, redução do volume do hemitórax esquerdo, espessamento pleural, opacidades reticulares subpleurais, espessamento irregular dos septos inter e intralobulares na interface pleuroparenquimatosa, formações císticas subpleurais e opacidades em padrão vidro fosco na região medular de ambos os lobos pulmonares. **Discussão:** Pacientes com ausência da artéria pulmonar possuem alterações parenquimatosas características na TC do tórax, decorrentes principalmente da circulação colateral pelos vasos intercostais e das artérias brônquicas, diagnósticos diferenciais que incluem o pulmão hiperlucido unilateral ou a hipoplasia pulmonar de outra etiologia. O tratamento desta condição visa impedir os episódios de hemoptise, infecção pulmonar recorrente e a progressão da hipertensão pulmonar.