

Introdução: A maioria das calcificações detectadas em estudos mamográficos de rastreamento apresenta natureza benigna. Entretanto, a importância da avaliação das calcificações reside no fato delas serem a forma de apresentação mais frequente dos carcinomas ductais *in situ* na mamografia. A classificação do ACR BI-RADS® permite estimar o valor preditivo positivo dos achados, dando uma perspectiva da histologia ao dividir as calcificações em tipicamente benignas, calcificações de preocupação intermediária e calcificações associadas a alta probabilidade de malignidade. Para esta estratificação de risco devemos avaliar as calcificações de acordo com a sua morfologia e distribuição. Em geral, a calcificação assume a forma do local em que ela se desenvolve, como a forma tubular no vaso, redonda no ácino e linear no ducto, o que ajuda na detecção de sua etiologia. Já em relação à distribuição, as calcificações podem ser divididas em dois grandes grupos: distribuição que sugere acometimento da árvore ductal e distribuições que não seguem este padrão, sendo as primeiras mais suspeitas para malignidade. **Objetivo:** O objetivo deste estudo é revisar e ilustrar os diversos tipos de calcificações mamárias baseado no léxico BI-RADS, apresentando casos clínicos comumente enfrentados pelos radiologistas na forma de questões, mimetizando a complexidade na identificação e na classificação. **Discussão:** Com o aumento do número de mamografias de rastreamento, faz-se necessário o aprimoramento na técnica de interpretação do radiologista. As calcificações mamárias são um achado frequente neste tipo de exame e uma boa interpretação dessas lesões aumenta a sensibilidade e especificidade para malignidade e diminui custos ao reduzir o número de biópsias desnecessárias.

Medicina Interna / Geniturinário / TGI

P-071 – Achados radiológicos em paciente com linfangiomatose difusa: relato de caso e revisão da literatura.

Giovani Schirmer Vendrame¹; Rafaela Fiss Ortiz²; Rafael Domingos Grando¹; Daniela Quinto dos Reis¹; Fernando Fernandez Hexsel¹; Rogério Amoretti¹; Iran Joel Fleith¹.

¹ Hospital Nossa Senhora da Conceição; ² Universidade Luterana do Brasil.

Introdução: Linfangiomas são lesões congênitas do sistema linfático. Patologicamente consistem na proliferação focal de vasos linfáticos dilatados, afetando órgãos como pulmão, mediastino, cavidade pleural, peritônio, baço e sistema musculoesquelético. A presença de múltiplos linfangiomas é condição rara definida como linfangiomatose. Considera-se linfangiomatose difusa quando há acometimento de diversos tecidos. **Descrição do Material:** Apresentamos o caso de um paciente do sexo masculino, 31 anos, apresentando febre, dor torácica e tosse. A tomografia computadorizada (TC) evidenciou lesões císticas mediastinais com leve efeito de massa, múltiplas lesões líticas ósseas e duas lesões císticas no baço. O resultado anatomopatológico das lesões mediastinais foi de linfangioma cavernoso. **Discussão:** Linfangiomas são lesões congênitas que podem ocorrer em qualquer tecido com componente linfático. Quando se apresentam de forma múltipla, são denominados como linfangiomatose. Os achados na radiografia incluem massas císticas bem definidas, arredondas e lobuladas. Pode estar presente derrame pleural unilateral ou bilateral, frequentemente quiloso. A TC demonstra lesões homogêneas e com atenuação geralmente similar à da água, mas que podem ter alta atenuação ou consistir da combinação de fluido, áreas sólidas e gordura. Geralmente se moldam às estruturas adjacentes ao invés de deslocá-las. Suas paredes são finas, quase indetectáveis, e não se impregnam pelo meio de contraste. Podem ser uniloculares ou multiloculares e, algumas vezes, são vistos septos finos dentro da massa. Calcificações são raras. Na ressonância magnética (RM), as lesões têm sinal baixo ou heterogêneo nas imagens ponderadas em T1 e hipersinal em T2, refletindo o conteúdo líquido. As lesões ósseas costumam ser os-

teolíticas com múltiplos septos. O diagnóstico anatomopatológico pode ser difícil, já que seu padrão histológico é semelhante a outras lesões vasculares, tornando-se relevante o uso de métodos de imagem como TC e RM para elucidar os diagnósticos diferenciais.

P-072 – Alterações vesiculares por ressonância magnética.

Ricardo dos Santos Pinto¹; Alice Silveira Moledo Gesto¹; Jaime Araújo Oliveira Neto¹; Daniella Braz Parente^{1,2}; Bernardo Tessarollo¹; Ricardo Andrade Pinheiro¹; Felipe D'Almeida e Silva¹; Guilherme Baptista Villa¹; André Francisco Junqueira Moll¹; Antonio Luis Eiras de Araújo^{1,2}.

¹ Rede D'Or; ² Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Introdução: A vesícula biliar é sede de diferentes entidades patológicas que apresentam condutas distintas. A correta identificação das afecções vesiculares é fundamental para um tratamento adequado, seja esse expectante ou até mesmo cirúrgico. A ressonância magnética (RM) e seus recursos de avaliação convencional, de novas técnicas funcionais como a difusão e de análise da colangiopressão magnética (CRM) possibilita uma ampla visão do largo espectro de alterações vesiculares. O objetivo do trabalho é demonstrar os benefícios do método e sua importância para o radiologista no entendimento dos achados de imagem na vesícula biliar. **Descrição do Material:** Foi realizada análise dos exames de RM e CRM com diagnóstico de alterações vesiculares nos últimos cinco anos. Apresentamos vários casos ilustrando as diferentes apresentações de alterações vesiculares de diferentes origens. Os exames foram realizados em aparelhos de RM 1.5T e 3.0T com ponderações T1 (com e sem contraste) e T2; CRM fortemente ponderada em T2 com cortes finos e reconstrução MIP e cortes grossos. Os casos escolhidos foram comprovados por punção-biópsia, anatomopatológico, apresentação típica por imagem ou controle evolutivo por imagem. **Discussão:** As alterações congênitas da vesícula biliar são raras, mais frequentemente representadas por agenesia, duplicidade e vesícula intra-hepática. O espessamento parietal benigno pode ser por calcificação (vesícula em porcelana), adenomiomatose, colesterose, edema de graus variáveis, infecção com ou sem abscesso associado, dentre outras causas. A ocupação luminal é principalmente por cálculo, mas também pode ocorrer por pólipos, lama, corpo estranho e parasitas. A lesão maligna pode ocorrer como espessamento parietal focal, parietal assimétrico ou como massa na loja vesicular. Apesar de a ultrassonografia ser o método inicial e, em algumas situações, de eleição na análise da vesícula biliar, a RM vem se tornando uma excelente ferramenta na abordagem deste órgão.

P-073 – Virtual colonoscopy: technique and clinical application.

Ricardo Dal Ross¹; Bruno Hochhegger¹; Sandro Bertani¹; Rafael Carmo¹; Fabiane Sesti¹; Daniela Quinto dos Reis²; Rodrigo Bello¹; Edson Marchiori³; Klaus Irion⁴; Francisco Hatwig¹.

¹ Hospital Dom Vicente Scherer – Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre; ² Grupo Hospitalar Conceição; ³ Universidade Federal Fluminense; ⁴ Liverpool Chest and Heart Hospital.

Introduction: Virtual colonoscopy (VC), also known as computed tomography colonography (CTC), is a non-invasive test for the examination of the colon based on volumetric, thin-collimation CT acquisition of a cleansed and air-distended colon. The technique is easy, inherently safer, less labour-intensive than barium enema and conventional colonoscopy and employs sophisticated postprocessing software to generate images which allow the operator to fly-through and navigate a cleansed colon in any chosen direction. **Material Description:** Examination technique, its clinical application and current position among other diagnostic examinations of the large bowel, as well as further development of the method were described. We described the main findings of this examination with focus on screening of neoplastic disease. **Discussion:** Both virtual and standard colonoscopy requires the same type of

vigorous bowel cleansing. Several studies demonstrate the ability of VC in the detection of colonic neoplastic lesions, not only large carcinomas, but also polyps. Currently, the most widely accepted clinical indication is incomplete or unsuccessful colonoscopy, which may be the result of redundant colon, patient intolerance to the procedure, spasm not resolving even with the use of spasmolytics, obstructing colo-rectal cancer. VC is also used to detect cancer in frail and immobile patients to avoid sedation during colonoscopy or the turning required during barium enema. The use of VC in patients under surveillance following colo-rectal cancer surgery is under investigation.

P-074 – Aspectos da TCMD nas diferentes causas da isquemia mesentérica.

Natasha Moreira Lyrio¹; Viviane Brandão Amorim²; Jaime Araújo Oliveira Neto¹; Daniella Braz Parente^{1,2}; Bernardo Tessarollo¹; Ricardo Andrade Pinheiro¹; Felipe D'Almeida e Silva¹; Guilherme Baptista Villa¹; André Francisco Junqueira Moll¹; Antonio Luis Eiras de Araújo^{1,2}.

¹ Rede D'Or; ² Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Introdução: A isquemia mesentérica é uma causa de abdome agudo não tão frequente em serviços de emergência. Ela apresenta alto grau de morbidade e mortalidade, secundários ao diagnóstico tardio, idade avançada e comorbidades que complicam o quadro clínico. A tomografia computadorizada com múltiplos detectores (TCMD), com sua excelente resolução temporal para avaliação vascular, associada a *pixel* isotrópico que proporciona, possibilita a adequada avaliação vascular mesentérica e da cavidade abdominal. O radiologista precisa familiarizar-se com as diferentes causas de isquemia mesentérica para oferecer o diagnóstico precoce e conseqüente menor índice de morbimortalidade. **Descrição do Material:** Foi realizada análise dos exames de TCMD em pacientes com diagnóstico de isquemia mesentérica nos últimos cinco anos. Apresentamos vários casos ilustrando as principais apresentações da isquemia mesentérica por TCMD com 16, 32, 40 e 64 canais. A análise do exame foi feita em estações de trabalho. Os casos apresentados foram confirmados por meio de cirurgia, estudo angiográfico com subtração digital ou apresentação típica por imagem. **Discussão:** A isquemia mesentérica tem diferentes causas e, conseqüentemente, formas distintas de apresentação por imagem na TCMD. O êmbolo arterial mesentérico é a causa mais frequente, leva a um quadro grave pela ausência do desenvolvimento de colaterais. Nem sempre o êmbolo é visto pelo método. A trombose mesentérica arterial determina importante espessamento parietal intestinal com impregnação exuberante por reperfusão de colaterais. A falha de enchimento vascular é habitualmente identificada. A obstrução venosa apresenta curso clínico mais favorável, o trombo é identificado e o edema com realce parietal é esperado. A injúria vascular por obstrução em alça fechada é grave e a TCMD mostra o quadro obstrutivo intestinal/vascular sem dificuldades. Por fim, o comprometimento vascular de baixo débito depende da correlação dos achados de imagem com o quadro clínico.

P-075 – Apendicite aguda fora da apresentação clássica.

Denis Batista Pereira¹; Jaime Araújo Oliveira Neto²; Daniella Braz Parente^{1,2}; Bernardo Tessarollo²; Ricardo Andrade Pinheiro²; Felipe D'Almeida e Silva²; Guilherme Baptista Villa²; André Francisco Junqueira Moll²; Antonio Luis Eiras de Araújo^{1,2}.

¹ Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – Universidade Federal do Rio de Janeiro; ² Rede D'Or.

Introdução: A apendicite aguda é a principal causa de abdome agudo cirúrgico nos centros médicos de emergência. Em mais de 80% das vezes tem apresentação clássica por imagem na tomografia computadorizada helicoidal (TCH), que vem a ser o principal método de imagem diagnóstico. As formas não usuais de apendicite podem difi-

cultar o seu diagnóstico ou simular outras doenças, o que ocasiona conseqüências que determinam maior morbidade e até mesmo mortalidade desta entidade. Portanto, o conhecimento pelo radiologista do espectro não típico de apresentação de uma entidade frequente como a apendicite é de extrema importância e este é o objetivo cardinal do trabalho. **Descrição do Material:** Foi realizada análise dos exames de TCH em pacientes com diagnóstico de apendicite aguda nos últimos oito anos. Apresentamos vários casos ilustrando apresentações não usuais desta entidade. Os exames foram realizados em aparelhos com 1, 2, 16, 32, 40 e 64 canais. Foi realizada a administração do meio de contraste por diferentes vias (oral, retal e venosa) na necessidade de cada caso. Os casos apresentados foram confirmados por cirurgia, com correlação histopatológica ou apresentação típica por imagem e evolução clinicolaboratorial favorável. **Discussão:** As diferentes formas não usuais apresentadas de apendicite aguda por TCH foram: apendicite sub-hepática, no hemiabdomen esquerdo, no interior do canal inguinoescrotal, associada à mucocele, decorrente de diverticulite apendicular, em coto de apêndice pós-apendicectomia, de aspecto pseudotumoral, com resolução espontânea (cólica apendicular), só de ponta, com abscessos de diferentes tipos, associada a outras afecções abdominais como diverticulite aguda e ureterolitíase, dentre outras. Como citado, é grande o espectro de apresentação não clássica da apendicite aguda e o seu reconhecimento pelo radiologista é fundamental para uma conduta que permita a rápida e correta resolução do processo inflamatório abdominal.

P-076 – Carcinoma de úraco: relato de caso.

Cesar Inoue; Plínio Cesar de Andrade; Peter Schirmer; Alexandre Salles Iwersen; Tiago Courtes Lutzky; Dayana Kelly Copini; Gilson Yoiti Ogassawara; Flamarion de Barros Cordeiro; Roberto Umeda; Danilo Rogério Munhoz.

Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa.

Introdução: Carcinoma de úraco é uma malignidade rara, compreendendo entre 0,35% e 0,70% dos carcinomas vesicais. Adenocarcinoma representa o tipo histológico mais comum, responsável por cerca de 90% dos casos. Há predileção pelo sexo masculino (65% a 75% dos casos), e a faixa etária varia entre 40 e 70 anos (65% dos casos). O sintoma clínico mais comum é hematúria, porém disúria, massa suprapúbica, secreção mucosa/purulenta pelo umbigo podem estar presentes. **Descrição do Material:** Paciente L.H.H., 44 anos de idade, do sexo masculino, apresentando hematúria macoscópica nas últimas três semanas. Exame físico sem anormalidades. Exame de urina demonstrou hematúria, sem crescimento bacteriano. Ultrassom (US) demonstrou massa sólida, heterogênea, com fluxo interno ao Doppler, na linha média, na topografia do *domus* vesical. Ressonância magnética (RM) demonstrou massa sólida hipointensa em T1, hiperintensa em T2, com realce intenso após a infusão intravenosa do gadolínio, na topografia do *domus* vesical, associado a espessamento irregular da parede vesical adjacente. Realizada biópsia por cistoscopia, com histologia condizente com carcinoma pouco diferenciado com áreas de diferenciação mucinosa e algumas células em anel de sinete, que em conjunto com os achados de imagem permitiram o diagnóstico de carcinoma de úraco. **Discussão:** Carcinoma de úraco apresenta incidência anual de 1 caso para 5 milhões na população geral. Além do adenocarcinoma, carcinoma de células transicionais, sarcomas, carcinoma de células escamosas já foram descritos. US, tomografia computadorizada e RM proporcionam avaliação adequada das anomalias uracais. O diagnóstico diferencial inclui carcinomas de origem não uracal, carcinoma de células transicionais, cisto de úraco infectado, metástases. Metástases ocorrem inicialmente para linfonodos, seguidos por pulmão, cérebro, fígado e ossos. Sobrevida em cinco anos varia entre 6,5% e 61%, dependendo do tipo histológico e estadiamento do tumor. Tratamento consiste de cistectomia parcial ou total, com ressecção em bloco da lesão, dos remanescentes uracais, do umbigo e linfonodos regionais.

P-077 – Aspectos por imagem da disseminação linfonodal em tumores malignos abdominais: o que o radiologista deve informar!

Mayra Carneiro Barbosa de Brito; Beatriz Lavras Costallat; Fábio Branco Silva; Daniel Lahan Martins; Adilson Prando.

Centro Radiológico Campinas – Hospital Vera Cruz.

Introdução: Os tumores malignos do abdome e ocasionalmente alguns tumores extra-abdominais apresentam drenagem para linfonodos intra-abdominais. O comprometimento linfonodal metastático pode alterar o estadiamento da doença e consequentemente o planejamento terapêutico. Quando o tratamento cirúrgico independe do estadiamento linfonodal, os métodos de imagem avaliam a resposta terapêutica. A proposta desse ensaio pictórico é revisar e ilustrar as vias mais comuns de drenagem linfonodal de tumores abdominais malignos primários, e alertar o radiologista dos pontos importantes a serem relatados. Além disso, nosso propósito é chamar a atenção para a possibilidade do radiologista em sugerir a origem de um tumor primário oculto nas circunstâncias em que apenas determinadas linfonodomegalias são os únicos achados. **Métodos:** Realizou-se uma análise retrospectiva de exames de TC e/ou RM realizados em 30 pacientes com tumores abdominais malignos associados com metástase linfonodal. Estes pacientes foram avaliados em nossa instituição no período de abril de 2008 a julho de 2009. **Discussão:** Os carcinomas gástricos e esofágicos drenam para o tronco celíaco, ligamento gastro-hepático e linfonodos periesplênicos. Neoplasias do fígado e da árvore biliar drenam para cadeias portais e celíacas. Tumores pancreáticos drenam para várias cadeias linfonodais: periesplênica, pancreatoduodenal, celíaca e artéria mesentérica superior, retroperitoneal e ligamento gastro-hepático. Linfonodos mesentéricos são locais de propagação de neoplasias do intestino delgado. Carcinoma do cólon direito acomete inicialmente linfonodos regionais e posteriormente nodos da cadeia da artéria mesentérica superior, enquanto os do cólon transversal, cólon esquerdo e reto envolvem linfonodos regionais e em seguida nodos retroperitoneais e da artéria mesentérica inferior. Linfonodos retroperitoneais são sítios de propagação dos tumores malignos do rim, glândulas adrenais e a maioria dos tumores pélvicos (bexiga, próstata, colo uterino e endométrio). Neoplasias ovarianas e testiculares drenam retrogradamente para os linfonodos pélvicos e para aqueles adjacentes às veias gonadais, além de nodos periaórticos e hilares renais.

P-078 – Endometriose no púbis e raiz da coxa: relato de caso.

Marcelo Resende Bassi; Leonardo Lobo Poncinelli; Márcio Luiz Rinaldi. Ultrimagem Juiz de Fora.

Introdução: A endometriose é definida como a presença de tecido endometrial heterotópico que responde às ações cíclicas dos hormônios ovarianos. Descrita por Rokitansky em 1860, considerada uma das doenças ginecológicas mais comuns atualmente, atingindo 4% a 20% das mulheres em idade reprodutiva, a endometriose permanece um desafio para os clínicos no que diz respeito ao seu diagnóstico, evolução natural e tratamento. A pesquisa sobre endometriose enfrenta dificuldades devido à sua complexa apresentação clínica, à morfologia multifacetada das lesões e à necessidade de métodos diagnósticos invasivos e não invasivos para se ter uma resposta conclusiva. Seus locais mais comuns são: fundo de saco de Douglas, septo retrovaginal, trompas, ovários, superfície do reto, ligamentos uterinos, bexiga e parede da pelve. Pode manifestar-se por dismenorreia, dispareunia, dor pélvica crônica ou infertilidade. O diagnóstico é confirmado por meio de exame histopatológico através de cirurgia, laparoscópica ou laparotômica, ou como no caso descrito, devido ao fácil acesso, por core biópsia. **Descrição do Material:** Mulher de 36 anos, nulípara, sem queixas ginecológicas, sem história de cirurgia prévia, apresentou dor e edema no púbis à direita, com irradiação para o membro inferior ipsilateral, com posterior surgimento de massa no púbis/raiz da coxa direita e dificuldade para deambular. Foram realizadas radiografias de tórax, bacia e articulações coxofemorais, ultrassonografia de abdome, ressonância

magnética da pelve, core biópsia guiada por tomografia computadorizada e finalmente retirada cirúrgica da lesão. **Discussão:** Devido à apresentação clínica complexa e à morfologia multifacetada de suas lesões, principalmente no caso da nossa paciente, em que a doença se manifestou em um local pouco comum, as hipóteses diagnósticas principais foram tumor desmoide (fibromatose agressiva) ou algum tipo de sarcoma de partes moles. Porém, o diagnóstico definitivo só foi obtido com a biópsia pós-cirúrgica e imuno-histoquímica.

P-079 – Pancreatic masses: benign or malignant? The proton nuclear magnetic resonance spectroscopic study – preliminary data. A breakthrough?

Ivan Morzoletto Pedrollo¹; Bruno Hochegger¹; Sandro Bertani da Silva¹; Ronnie Peterson Marcondes Alves¹; Gustavo Ferreira Goettert²; Fabiane Sesti¹; Cristine Kist Kruse²; Francisco Hatwig¹; Ricardo Dal Ross¹; Paulo Roberto Ott Fontes².

¹ Hospital Dom Vicente Scherer – Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre; ² Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

Introduction: The differentiation between pancreatic masses may be difficult by the similar characteristics between neoplastic and inflammatory lesions. Pancreatic neoplasia and chronic pancreatitis share clinical history, risk factors, laboratory findings and imaging is a method for investigation. New techniques in nuclear magnetic resonance (MR) represent a great potential for the evaluation of these masses, particularly with protons spectroscopy (1H-MRS). **Materials Description:** Our study aims to relate the pathological findings to the 1H-MRS findings in patients with pancreatic masses with pathological validation. A retrospective analysis of patients with pancreatic mass who underwent 1H-MRS and surgical procedure to pathological study. So far, 10 patients were evaluated (5 men and 5 women, mean age = 59.9 years). It was considered signs of malignancy in the MR: tumescent lesion with defined limits and heterogeneous enhancement, obstruction or irregular abrupt transition of pancreatic duct, loss of pancreatic parenchymal texture and high lipid levels in 1H-MRS. The sensitivity and specificity of the tests were calculated for diagnostic differentiation between pancreatic cancer and chronic pancreatitis. **Discussion:** All the seven patients with pathological diagnosis of pancreatic cancer had a 1H-MRS suggestive of malignancy. Two of three patients with a diagnosis of chronic pancreatitis had a 1H-MRS suggestive of chronic inflammation. The sensitivity and specificity of the test for diagnosis of pancreatic cancer was 100% and 66.6%, respectively. So far, the results show a high sensitivity of the proposed test, although a greater sample is still required for diagnostic validation of 1H-MRS to differentiate inflammatory and neoplastic pancreatic masses. Further studies should be performed to confirm these data.

P-080 – Diagnóstico de angiodisplasia duodenal por angiotomografia.

Tatiane von Werne Baes¹; Camila Valer Pereira²; Liana Franciscatto³; Diego Ferrasso Zuchi⁴; Tiago Ferreira Viegas⁵; Eduardo Ferreira Medronha⁵; Rubens Gabriel Feijó Andrade^{1,4}; Pedro Martins Bergoli^{1,4}; Wilson Madeira de Almeida^{1,4}; Carlos Jader Feldman^{1,5}.

¹ SIDI – Medicina por Imagem; ² Universidade Luterana do Brasil; ³ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; ⁴ Hospital Ernesto Dornelles; ⁵ Instituto de Cardiologia.

Introdução: Angiodisplasia é caracterizada por lesões degenerativas vasculares, encontradas principalmente em idosos. Estas malformações vasculares caracterizam-se pela presença de dilatações e tortuosidades da rede capilar da submucosa, que ao sofrerem rupturas espontâneas provocam sangramento para o interior da luz intestinal. A localização duodenal destas lesões é infrequente. **Relato de Caso:** Paciente masculino, 74 anos, com dor abdominal de forte intensidade e anemia moderada, ao exame físico pálido. Realizada angiotomografia dinâmica das artérias mesentéricas, que evidenciou extravasamento

do contraste para o lúmen duodenal, na topografia da parede ântero-superior da região proximal da segunda porção duodenal, relacionado a sangramento ativo. Além disso, foram observadas presença de líquido adjacente a segunda e terceira porções duodenais e face posterior do cólon ascendente e ceco, e presença de material espontaneamente denso dentro de alças intestinais, especialmente delgado, relacionado a produtos hemáticos, sugerindo sangramento por angiodisplasia duodenal. Submetido a endoscopia digestiva alta, evidenciou-se lesão sangrante no bulbo duodenal, provavelmente relacionada à telangiectasia, sendo injetada adrenalina diluída em glicose hipertônica com término do sangramento. **Discussão:** Os achados radiológicos evidenciados no caso descrito foram de grande valia para diagnóstico e decisão de conduta, sendo o procedimento optado, o menos invasivo. Corroborando a literatura atual, a angiotomografia mostrou-se um exame sensível, específico, bem tolerado e minimamente invasivo no diagnóstico de angiodisplasia.

P-081 – Videolaparoscopia virtual do abdome por TCMD: uma nova forma de abordagem por imagem.

Antonio Luis Eiras de Araújo^{1,2}; Ana Livia Garcia Brum¹; Alice Silveira Moledo Gesto¹; Daniella Braz Parente^{1,2}; Jaime Araújo Oliveira Neto¹; Bernardo Tessarollo¹; Ricardo Andrade Pinheiro¹; Felipe D'Almeida e Silva¹; Guilherme Baptista Villa¹; André Francisco Junqueira Moll¹.

¹ Rede D'Or; ² Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Introdução: A avaliação dinâmica e multiplanar com recursos de vídeo podem ser promovidas no estudo da cavidade abdominal com a tomografia computadorizada com múltiplos detectores (TCMD). O pixel isotrópico conseguido possibilita reformatações em diferentes planos, e as imagens entre planos selecionados na estação de trabalho são interpoladas dando dinâmica de vídeo à reconstrução em *volume rendering* (VRT) realizada. O trabalho tem por objetivo demonstrar os benefícios deste tipo de reconstrução no diagnóstico e definição de conduta nas patologias do abdome. **Descrição do Material:** Foi realizada análise dos exames de TCMD em patologias do abdome relacionadas à emergência e neoplasias nos últimos três anos. Apresentamos vários casos ilustrando as diferentes apresentações de patologias do abdome, em que a análise por vídeo na cavidade foi importante para o diagnóstico ou conduta. Os exames foram realizados em aparelhos de TCMD com 16, 32, 40 e 64 canais. As imagens e os vídeos foram processados em estações de trabalho. Os casos escolhidos foram comprovados por cirurgia, punção-biopsia, anatomopatológico, controle evolutivo por imagem ou apresentação típica por imagem. **Discussão:** Os grupos de patologias que mais se beneficiaram da videolaparoscopia virtual por TCMD foram as entidades potencialmente cirúrgicas de emergência e de neoplasia abdominal. A confiança diagnóstica aumentou significativamente. A estratificação da gravidade do processo abdominal foi melhor executada. Critérios de indicação e contra-indicação de cirurgias foram mais facilmente estabelecidos. Esta nova forma de abordagem por imagem da cavidade abdominal é uma excelente ferramenta no melhor entendimento e conduta das afecções neoplásicas e de emergência no abdome.

P-082 – Diagnóstico diferencial dos nódulos de origem hepatocelular por ressonância magnética.

Antonio Luis Eiras de Araújo^{1,2}; Jaime Araújo Oliveira Neto¹; Daniella Braz Parente^{1,2}; Bernardo Tessarollo¹; Ricardo Andrade Pinheiro¹; Felipe D'Almeida e Silva¹; Guilherme Baptista Villa¹; André Francisco Junqueira Moll¹.

¹ Rede D'Or; ² Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Introdução: Os nódulos hepáticos de origem hepatocelular podem ser divididos em dois grupos conhecidos como alterações regenerativas e displásicas/neoplásicas. Apesar da origem comum de li-

nhagem hepatocelular, estes nódulos podem ter condutas distintas, tornando-se importante a correta caracterização de cada uma destas entidades. A ressonância magnética (RM) com a avaliação por diferentes técnicas, desde o estudo convencional até a análise funcional hepática, permite a análise e caracterização dos nódulos hepatocelulares. O objetivo do trabalho é identificar, através da RM, os diferentes tipos de nódulos com origem hepatocelular. **Descrição do Material:** Foi realizada análise dos exames de RM com diagnóstico dos diferentes tipos de nódulos hepatocelulares. Apresentamos vários casos ilustrando as diversas causas de nódulos hepatocelulares. Os exames foram realizados em aparelhos de RM 1.5T e 3.0T com ponderações T1 (com e sem contraste), T2, estudos com e sem supressão de gordura e funcionais. Os casos escolhidos foram comprovados por punção-biopsia, anatomopatológico ou controle evolutivo por imagem. **Discussão:** Como exemplos de lesão hepatocelular regenerativa temos o nódulo monoacinar regenerativo, nódulo multiacinar regenerativo, nódulo cirrótico, hiperplasia lobar/segmentar e hiperplasia nodular focal. As lesões displásicas ou neoplásicas são representadas por adenoma, foco displásico, nódulo displásico e o carcinoma hepatocelular. Apesar da sobreposição da apresentação por imagem de alguns dos nódulos hepatocelulares, a RM consegue caracterizar e diferenciar a maioria destas alterações focais.

P-083 – Lesão focal hepática hipointensa em T2: estreitando o diagnóstico.

Isabela Garcia Vieira¹; Jaime Araújo Oliveira Neto²; Daniella Braz Parente^{1,2}; Bernardo Tessarollo²; Ricardo Andrade Pinheiro²; Felipe D'Almeida e Silva²; Guilherme Baptista Villa²; André Francisco Junqueira Moll²; Antonio Luis Eiras de Araújo^{1,2}.

¹ Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – Universidade Federal do Rio de Janeiro; ² Rede D'Or.

Introdução: A grande maioria das lesões focais hepáticas apresenta hipersinal na ponderação T2 da ressonância magnética (RM). Isto ocorre pelo fato da lesão ter maior quantidade de água livre que o fígado ao seu redor. Quando o nódulo hepático tem baixo sinal na ponderação T2, estreita-se a lista de diagnósticos diferenciais. Torna-se importante o conhecimento das causas de baixo sinal nesta ponderação, facilitando o diagnóstico do nódulo hepático, sendo este o objetivo principal do trabalho. **Descrição do Material:** Foi realizada análise dos exames de RM com lesões focais hepáticas de baixo sinal na ponderação T2 nos últimos três anos. Apresentamos vários casos ilustrando as diferentes apresentações de sinal dos nódulos hepáticos hipointensos em T2. Os exames foram realizados em aparelhos de RM 1.5T e 3.0T com ponderações T1 (com e sem contraste) e T2. Os casos escolhidos foram comprovados por punção-biopsia, anatomopatológico, apresentação típica por imagem ou controle evolutivo por imagem. **Discussão:** A lesão focal com marcado hipossinal em T2 é representada pelos nódulos com calcificações, como granulomas, com suscetibilidade magnética, por presença de produtos de degradação da hemoglobina e com presença de gás associado, como visto na aerobilia. O hipossinal também ocorre na necrose de coagulação que pode estar presente na lesão após ablação por radiofrequência, no colangiocarcinoma, na metástase de tumor de cólon e no linfoma. A presença de fibrose é outra justificativa do baixo sinal em T2, estando presente em metástases de tumores de cólon e mama, linfoma e colangiocarcinoma.

P-084 – Nem toda dor no quadrante inferior direito é apendicite aguda.

Rômulo Varella de Oliveira¹; Jaime Araújo Oliveira Neto²; Daniella Braz Parente^{1,2}; Bernardo Tessarollo²; Ricardo Andrade Pinheiro²; Felipe D'Almeida e Silva²; Guilherme Baptista Villa²; André Francisco Junqueira Moll²; Antonio Luis Eiras de Araújo^{1,2}.

¹ Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – Universidade Federal do Rio de Janeiro; ² Rede D'Or.

Introdução: A causa mais frequente de abdome agudo cirúrgico é a apendicite aguda. Esta causa se torna mais frequente quando o quadro álgico localiza-se no quadrante inferior direito. Porém, o diagnóstico diferencial exige algumas afecções que devem ser diferenciadas e corretamente interpretadas, pois apresentam condutas distintas da abordagem cirúrgica adotada no tratamento da apendicite aguda. O diagnóstico por imagem, especialmente com a tomografia computadorizada helicoidal e com multidetectores (TCH/TCMD), vem se tornando uma ferramenta extremamente importante no entendimento e orientação da conduta na dor aguda localizada no quadrante inferior direito.

Descrição do Material: Foi realizada análise dos exames de TCH/TCMD em pacientes com abdome agudo e dor no quadrante inferior direito nos últimos oito anos. Apresentamos vários casos ilustrando apresentações de abdome agudo no quadrante inferior direito não relacionada à apendicite aguda. Os exames foram realizados em aparelhos com 1, 2, 16, 32, 40 e 64 canais. Foi realizada a administração do meio de contraste por diferentes vias (oral, retal e venosa) na necessidade de cada caso. Os casos apresentados foram confirmados por cirurgia, com correlação histopatológica ou apresentação típica por imagem e evolução clinicolaboratorial favorável. **Discussão:** Como causas de abdome agudo no quadrante inferior direito não relacionada à apendicite aguda temos: diverticulite aguda do cólon direito/ceco, diverticulite aguda de sigmoide redundante, diverticulite de Meckel, infarto omental, apendagite epiploica, doença de Crohn, cólica apendicular, doença inflamatória pélvica, ruptura do foliculo ovariano, perfuração por corpo estranho ingerido, gastrenterite, dentre outras. O correto diagnóstico diferencial da apendicite aguda realizado pela TCH/TCMD é importante, especialmente pelas diversas condutas a serem adotadas.

P-085 – Escala evolutiva do sinal na ponderação T2 da lesão focal hepática. Como auxiliar no diagnóstico?

Natasha Moreira Lyrio¹; Ana Lívia Garcia Brum¹; Jaime Araújo Oliveira Neto¹; Daniella Braz Parente^{1,2}; Bernardo Tessarollo¹; Ricardo Andrade Pinheiro¹; Felipe D'Almeida e Silva¹; Guilherme Baptista Villa¹; André Francisco Junqueira Moll¹; Antonio Luis Eiras de Araújo^{1,2}.

¹ Rede D'Or; ² Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Introdução: A ponderação T2 na ressonância magnética (RM) é rotineiramente utilizada nos protocolos de avaliação de lesão focal hepática. O sinal dos nódulos na ponderação T2 varia de ausência de sinal a marcado hipersinal, passando por uma escala progressiva de aumento do sinal, em que diferentes etiologias de lesões focais são caracterizadas. O presente trabalho tem como objetivo classificar as diferentes causas de lesão focal no fígado de acordo com a intensidade de sinal na ponderação T2 em uma escala evolutiva de sinal. Desta forma, acreditamos que esta técnica possa facilitar o diagnóstico dos nódulos hepáticos por RM. **Descrição do Material:** Foi realizada análise dos exames de RM com lesões focais hepáticas nos últimos três anos. Apresentamos vários casos ilustrando as diferentes apresentações de sinal dos nódulos hepáticos na ponderação T2. Os exames foram realizados em aparelhos de RM 1.5T e 3.0T com ponderações T1 (com e sem contraste) e T2. Os casos escolhidos foram comprovados por punção-biópsia, anatomopatológico ou controle evolutivo por imagem. **Discussão:** Os nódulos hepáticos com ausência de sinal são os totalmente preenchidos de material ferromagnético ou cálcico. Os com discreto hipossinal são alguns linfomas, colangiocarcinomas e tumores solitários fibrosos. Os que exibem sinal igual ao do fígado são representados por nódulos de regeneração, nódulos displásicos e hiperplasias nodulares regenerativas. Aqueles com discreto hipersinal são a hiperplasia nodular focal, o adenoma sem degeneração e o carcinoma hepatocelular. Os com moderado hipersinal são os implantes hipovasculares. As lesões de marcado hipersinal são os hemangiomas e alguns implantes hipervasculares. Por fim, o grupo de lesões com mais alto sinal na ponderação T2 é o de comportamento cístico.

P-086 – A identificação do tumor primário na análise da metástase hepática por ressonância magnética.

Carolina Pesce Lamas Constantino¹; Jaime Araújo Oliveira Neto²; Daniella Braz Parente^{1,2}; Bernardo Tessarollo²; Ricardo Andrade Pinheiro²; Felipe D'Almeida e Silva²; Guilherme Baptista Villa²; André Francisco Junqueira Moll²; Antonio Luis Eiras de Araújo^{1,2}.

¹ Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – Universidade Federal do Rio de Janeiro; ² Rede D'Or.

Introdução: A doença neoplásica em cerca de 20% se manifesta, clinicamente ou por imagem, pela presença e repercussão da sua metástase. O fígado é um sítio frequente de metástases. A ressonância magnética (RM) é o principal método de imagem na caracterização tecidual. O objetivo do trabalho é demonstrar o benefício da RM na identificação do tumor primário ao analisar a metástase hepática.

Descrição do Material: Foi realizada análise dos exames de RM com diagnóstico de metástase hepática nos últimos oito anos. Apresentamos vários casos ilustrando as diferentes apresentações de metástases hepáticas que respeitam características próprias dos tumores primários. Os exames foram realizados em aparelhos de RM 1.5T e 3.0T com ponderações T1 (com e sem contraste), T2 e T2*. Foram feitas técnicas de supressão de gordura, difusão e perfusão. Os casos escolhidos foram comprovados por punção-biópsia, anatomopatológico, controle evolutivo por imagem ou apresentação típica por imagem.

Discussão: A doença metastática hepática guarda características dos tumores primários em algumas situações que possibilitam identificá-los. As metástases hepáticas com estas características foram: de melanoma (sinal alto em T1 com hipervascularização), de tumores mucinosos (sinal alto em T1 e comportamento cístico dominante), de ovário (topografia em base capsular hepática ou comportamento cístico), de cólon (hipossinal em T2, aspecto de couve-flor), de linfoma (infiltrativa, periportal e com sinal baixo em T2), de pequenas células no pulmão (aspecto miliar), de tumores neuroendócrinos (sinal alto em T2 e hipervascularização), dentre outros.

P-087 – Divertículo de uretra feminino.

Cristina Sebastião Matushita¹; João Paulo Kawaoka Matushita Junior²; Vanessa Cazes de Menezes²; Flávia Pinto Figueiredo Lima²; Jair Paretto Pagotto Junior²; Karen Fayad Gemus²; Alair Augusto Sarmet Moreira Damas dos Santos²; Thainah dos Santos Alves²; Priscilla Schimidt²; Leticia dos Santos Maciel².

¹ CDI Dr. Matsushita; ² Instituto de Pós-Graduação Médica Carlos Chagas.

Introdução: O divertículo de uretra feminino (DUF) é uma lesão rara, porém seu diagnóstico está sendo feito com uma frequência aumentada devido ao maior conhecimento sobre esta entidade e pela coexistência clínica de infecções de repetição do trato urinário baixo, assim como incontinência urinária de esforço (tem-se reportado em até 1,4% das mulheres com incontinência urinária de esforço). Tal acometimento é atribuído à ruptura de glândulas periuretrais dilatadas e infectadas, o que resulta na formação de pseudodivertículos. Outra causa comum é o desalinhamento da fásia periuretral como complicação de cirurgia de suspensão do colo vesical. **História Clínica:** S.S.A., 27 anos, relatou que iniciou dor discreta na cavidade vaginal há um ano, que vinha piorando, tendo infecções urinárias de repetição, negando incontinência urinária. No dia do exame referiu intensa dispáuria associada a piora da dor na cavidade vaginal. Realizou uretrocistografia miccional, observando-se formação sacular septada na topografia da uretra, com retenção do meio de contraste em seu interior nas fases miccionais e pós-miccionais. Na RM observou-se lesão periuretral cística com hipersinal em T2 e realce da parede e septos do divertículo nas imagens em T1 com meio de contraste. As clássicas manifestações clínicas como disúria (infecção do trato urinário baixo de repetição) e dispáuria, associadas ao achados típicos de imagem, corroboram o diagnóstico de divertículo de uretra. **Discussão:** A

uretrocistografia é tradicionalmente usada na avaliação do DUF, porém provê apenas informações intraluminais. A ultrassonografia tem como vantagem o fato de não utilizar radiação ionizante e detecta o divertículo sem o uso do meio de contraste. A tomografia computadorizada com multidetectores tem a capacidade de visualizar o orifício do divertículo e ainda fazer reconstruções multiplanares. Novas técnicas de ressonância magnética utilizando bobinas intraluminais têm maior acurácia diagnóstica e conseguem delinear a cavidade diverticular e detectar suas complicações.

P-088 – Corpos estranhos deglutidos.

Washington Jerzewski Sotero da Cunha; Luciano Vieira Targa; Wolmir Duarte; Tiago Severo Garcia; Juliana Ávila Duarte; Carol Fernandes Jerzewski Sotero da Cunha; Cristiano Cocco; Eduardo Weise Antonelli; Fernanda Rocha de Luca; Mariana Dupont Frederes.
Tomoclínica.

Introdução: Corpos estranhos deglutidos para o trato gastrintestinal são comuns. Nos Estados Unidos, a incidência anual é de 120 casos por 100.00 habitantes, sendo responsável por 1.500 mortes anuais. Os grupos de risco incluem: as crianças (cerca de 80%), pacientes com distúrbios psiquiátricos, presidiários – para obter ganho secundário – e pacientes que possuem prótese dentária. A ingestão pode ser intencional (chamada de síndrome de Body-Paker) ou acidental. Aproximadamente 80% a 90% dos corpos estranhos passam pelo trato gastrintestinal sem dificuldades. Alguns destes, entretanto, podem causar obstrução e eventualmente perfuração de alguma porção do tubo digestivo, necessitando, assim, de remoção por via endoscópica ou cirúrgica. Apenas 1% dos casos necessita de procedimento cirúrgico. A maioria dos corpos estranhos é encontrada no esôfago, que é a porção mais estreita do trato gastrintestinal – com a exceção do apêndice. O objetivo deste trabalho é demonstrar os aspectos radiológicos característicos de vários casos de corpos estranhos deglutidos para o trato gastrintestinal. **Descrição do material:** Relato de 30 casos diferentes de corpos estranhos deglutidos, observados em radiografias convencionais realizadas em dois hospitais do Estado do Rio Grande do Sul. **Discussão:** Mesmo com o avanço das técnicas de diagnóstico radiológico, quase a totalidade da ingestão dos corpos estranhos é demonstrada através de exames radiográficos convencionais.

P-089 – Diverticulite aguda no sigmoide e em outros segmentos intestinais.

Felipe D’Almeida e Silva¹; Jaime Araújo Oliveira Neto¹; Daniella Braz Parente^{1,2}; Bernardo Tessarollo¹; Ricardo Andrade Pinheiro¹; Guilherme Baptista Villa¹; André Francisco Junqueira Moll¹; Antonio Luis Eiras de Araújo^{1,2}.
¹ Rede D’Or; ² Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Introdução: A diverticulite aguda se caracteriza pela obstrução da formação diverticular e consequente evolução inflamatória e infecciosa localizada inicialmente e de largo espectro caso não haja tratamento adequado. A localização mais comum deste processo é o cólon sigmoide por sua menor distensibilidade e pela presença de fezes mais ressecadas, determinando maior pressão intraluminal. Além do sigmoide, outros segmentos intestinais podem albergar divertículos que eventualmente exibem alterações inflamatório-infecciosas. O objetivo do trabalho é demonstrar os aspectos de imagem da tomografia computadorizada (TC) na diverticulite aguda em diferentes segmentos intestinais, familiarizando o radiologista com esta entidade usual no sigmoide, mas atípica em outros diferentes locais do tubo gastrintestinal. **Descrição do Material:** Foi realizada análise dos exames de TC em pacientes com diagnóstico de diverticulite aguda no sigmoide e em diferentes segmentos intestinais nos últimos oito anos. Apresentamos vários casos ilustrando apresentações da diverticulite aguda e suas complicações. Os exames foram realizados em aparelhos com 1, 4, 16, 32, 40

e 64 canais. Foi realizada a administração do meio de contraste (oral, venoso e retal) na necessidade de cada caso analisado. Os casos apresentados foram confirmados por cirurgia com correlação histopatológica ou apresentação típica por imagem e evolução clinicolaboratorial favorável. **Discussão:** A TC demonstrou ser uma excelente ferramenta na caracterização da diverticulite aguda no sigmoide e em outras topografias, permitindo o diagnóstico, a exclusão ou a confirmação de diagnósticos diferenciais, a caracterização de eventuais complicações e a orientação da conduta. Os outros sítios mais demonstrados de diverticulite foram: duodeno, jejuno, íleo, Meckel (íleo distal), ceco, cólon ascendente, cólon transverso e cólon descendente. Também foram observadas diverticulites agudas em segmentos distintos intestinais, simultâneas, no mesmo paciente.

P-090 – Obstrução intestinal: diferentes causas avaliadas por TCMD.

Felipe D’Almeida e Silva¹; Jaime Araújo Oliveira Neto¹; Daniella Braz Parente^{1,2}; Bernardo Tessarollo¹; Ricardo Andrade Pinheiro¹; Guilherme Baptista Villa¹; André Francisco Junqueira Moll¹; Antonio Luis Eiras de Araújo^{1,2}.
¹ Rede D’Or; ² Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Introdução: A obstrução intestinal é uma importante causa de abdome agudo. Apresenta diferentes etiologias que podem ter condutas distintas, variando o tratamento de clínico a cirúrgico. A tomografia computadorizada helicoidal com múltiplos detectores (TCMD) é um método que promove uma rápida e completa avaliação da cavidade abdominal, em diferentes planos, sem perda da resolução espacial em função de possibilitar a construção de um *pixel* isotrópico. O trabalho tem por objetivo demonstrar as diferentes causas da obstrução intestinal pela TCMD, o que orienta a conduta a ser tomada nesta entidade. **Descrição do Material:** Foi realizada análise dos exames de TCMD em pacientes com diagnóstico de obstrução intestinal nos últimos oito anos. Apresentamos vários casos ilustrando apresentações da obstrução intestinal com diferentes reformatações multiplanares. Os exames foram realizados em aparelhos com 16, 32, 40 e 64 canais. Foi realizada a administração do meio de contraste venoso nos pacientes que não apresentavam contraindicação para o uso do mesmo. Os casos apresentados foram confirmados por cirurgia com correlação histopatológica ou apresentação típica por imagem e evolução clínica favorável. **Discussão:** A TCMD demonstra as principais causas de abdome agudo obstrutivo de forma rápida e com elevada acurácia. As principais etiologias encontradas foram: hérnias (inguinal, Spiegel, umbilical, incisional e outras), hérnia interna, bridas/aderências, neoplasias (cólon - adenocarcinoma; delgado - carcinoide), metástases (mesentérico e intestinal), corpo estranho ingerido e por empalamento, doença inflamatória intestinal, dentre outras. A TCMD é um método que possibilita o diagnóstico, a estratificação da gravidade e a exclusão de diagnósticos diferenciais do quadro obstrutivo intestinal.

P-091 – Hemangioma hepático atípico na ressonância magnética (RM): um desafio diagnóstico.

Raquel Ribeiro Batista¹; Jaime Araújo Oliveira Neto²; Daniella Braz Parente^{1,2}; Bernardo Tessarollo²; Ricardo Andrade Pinheiro²; Felipe D’Almeida e Silva²; Guilherme Baptista Villa²; André Francisco Junqueira Moll²; Antonio Luis Eiras de Araújo^{1,2}.
¹ Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – Universidade Federal do Rio de Janeiro; ² Rede D’Or.

Introdução: O hemangioma é a lesão benigna sólida hepática mais prevalente. Habitualmente tem o diagnóstico facilmente feito pela RM. O alto sinal em T2 e o padrão de realce periférico, globuliforme, descontínuo e de evolução centrípeta possibilitam o diagnóstico desta entidade. Em algumas vezes, o hemangioma adota um padrão de imagem diferente deste apresentado e se torna um desafio diagnóstico.

O conhecimento destas formas não usuais do hemangioma na RM torna-se importante para que o radiologista possa fazer o seu diagnóstico, evitando erros de interpretação. **Descrição do Material:** Foi realizada análise dos exames de RM com diagnóstico de hemangioma com apresentação atípica nos nove últimos anos. Apresentamos vários casos ilustrando as diferentes apresentações do hemangioma na RM. Os exames foram realizados em aparelhos de RM 1.5T e 3.0T com ponderações T1 (com e sem contraste) e T2. Os casos escolhidos foram comprovados por punção-biópsia, anatomopatológico ou controle evolutivo por imagem. **Discussão:** Além do padrão clássico de apresentação do hemangioma, temos os seguintes achados: hemangioma esclerosante, gigante, com sangramento, com nível líquido-líquido, com degeneração cística, em associação com hiperplasia nodular focal, menor que 1,5cm, exofítico, dentre outros. O conhecimento dos diferentes tipos de hemangioma tem na RM uma importante ferramenta de diagnóstico.

P-092 – Trombose da veia porta no pós-operatório de apendicite aguda: relato de caso.

Adilson Cunha Ferreira; Anna Claudia de Oliveira Cassarotti; Balduino Kalil Dib Filho; Flávio Felipe Gava; Flavio Rodrigues Nogueira Junior; Marília Conti Arndt; Mirian Magda de Deus Vieira; Renato Campos Soares de Faria; Rodrigo Pinheiro Soares Gomes; Tuízy de Freitas Guimarães.
Instituto de Diagnóstico por Imagem – Santa Casa de Ribeirão Preto.

Introdução: Os trombos na veia porta podem ser tumorais ou hemáticos, estes decorrem de hipertensão portal, trauma, manipulação cirúrgica e estados de hipercoagulabilidade. A pileflebite é uma condição especial de trombose portal, secundária a processos infecciosos abdominais como apendicites e diverticulites. Nos casos de apendicite, pode-se notar trombose na veia mesentérica superior, enquanto nos casos raros de diverticulite, que evoluem com pileflebite, pode-se notar trombose na veia mesentérica inferior. A utilização precoce de antibióticos ou de tratamento cirúrgico dessas condições abdominais reduziu significativamente o número de pileflebitas, comparativamente ao que se observava no passado. **Discussão:** No presente trabalho relata-se o caso de um paciente, sexo masculino, 26 anos de idade, encaminhado a esse hospital com o diagnóstico ecográfico de apendicite aguda. Nesse mesmo dia (04/10/2008) realizou-se a internação e intervenção cirúrgica – apendicectomia fase IV. No pós-operatório imediato evoluiu com dor abdominal difusa e febre persistente. Ao ultrassom de abdome total (03/11/2008) evidenciou-se discreta hepatoesplenomegalia e foi realizado estudo complementar com sonda linear de alta frequência, que mostrou coleção líquida com *débris*, à esquerda da cicatriz mediana, estendendo-se até região suprapúbica. Em razão da persistência do quadro, realizou-se então tomografia computadorizada de abdome total (19/11/2008), que evidenciou hepatomegalia e nódulos hipodensos em segmento VII do fígado, devendo corresponder a microabscessos. Notou-se ainda trombose total dos ramos direito e esquerdo da veia porta, associada a esplenomegalia e circulação colateral periportal com aumento do calibre da artéria hepática, além de alteração perfusional junto ao *porta hepatis* (tromboflebite de veia porta direita e esquerda pós-apendicite complicada – pileflebite). Solicitou-se novo ultrassom (26/11/2008), que mostrou trombose parcial da veia porta e dos ramos portais, associado a esplenomegalia. Nesse período foram realizadas mais duas cirurgias, quando o paciente apresentou melhora do quadro, recebendo alta hospitalar (31/12/2008).

P-093 – Aspectos do colangiocarcinoma na colangiorressonância.

Ana Rita Soares; Claudia Juliana Resende; Otto Lourenço; Patricia Gomes; Glenia Franco; Marcelo Carneiro; Henrique Moraes; Ludmila Fernandes; Sérgio Couto; Alexandra Barcelos.
Hospital Madre Teresa.

Colangiocarcinoma é um tumor primário que se origina do epitélio dos ductos biliares, sendo a segunda neoplasia hepatobiliar mais frequente após o carcinoma hepatocelular. O tipo histológico predominante é o adenocarcinoma (95% dos casos). Colangite esclerosante primária, infecção viral, cirrose, cisto de colédoco, polipose familiar, fibrose hepática congênita, constituem fatores de risco. O diagnóstico precoce é difícil devido ao elevado número de entidades patológicas que apresentam características radiológicas semelhantes. Tradicionalmente, a avaliação de tumores que acometem as vias biliares era realizada através da colangiografia direta (percutânea e endoscópica). Entretanto, a colangiorressonância vem se apresentando como alternativa diagnóstica de alta acurácia (mais de 90%) para as neoplasias biliares. A principal vantagem do método é fornecer de forma não invasiva imagens tridimensionais da árvore biliar, permitindo planejamento terapêutico intervencionista. As imagens axiais ponderadas em T1 e T2 podem, ainda, fornecer informações adicionais sobre caracterização, localização, extensão e demais aspectos do estadiamento da lesão. Com base nesses achados é possível classificar o colangiocarcinoma de acordo com suas formas de apresentações radiológicas. O tipo intra-hepático classifica-se em formador de massa, periductal infiltrativo e intraductal. O tipo extra-hepático em nodular, esclerosante e papilar. Já a avaliação da extensão do envolvimento ductal do tumor extra-hepático permite a classificação sugerida por Bismuth, importante para abordagem terapêutica. A ressecção cirúrgica constitui o único tratamento definitivo sendo a maioria dos colangiocarcinomas irrissecável ao diagnóstico. Tratamentos paliativos podem também ser melhor orientados por este método. A colangiorressonância, portanto, apesar do seu alto custo, vem se mostrando excelente método não invasivo para abordagem do colangiocarcinoma.

P-094 – Tomografia de multidetectores no trauma hepático fechado: ensaio pictórico.

Fernanda Cabral^{1,2}; Gabriela Spilberg^{1,2}; Monica Chamas^{1,2}; Ana Lucia das Neves^{1,3}; Claudia Camisão^{1,2}; José Waldir Leopécio^{1,3}; Paulo Bruno Trigo^{1,2}.

¹ Hospital Estadual Adão Pereira Nunes; ² Clinirad Diagnóstico; ³ Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro.

Introdução: A conduta não cirúrgica é considerada o *state of art* do trauma hepático fechado em pacientes hemodinamicamente estáveis. O uso da tomografia computadorizada multidetectores (TCMD) no diagnóstico e manejo destes pacientes é o principal responsável pela escolha terapêutica, entre cirúrgica e conservadora. A TCMD é o exame de escolha para avaliação dos pacientes na emergência identificando lesões parenquimatosas e vasculares, pois quantifica hemoperitônio e mostra lesões associadas em outros órgãos abdominais, estruturas retroperitoneais e trato gastrintestinal. Como vantagens da TCMD destacamos a avaliação multiplanar e a redução do tempo de exame e dos artefatos de movimento. Nosso trabalho tem o objetivo de mostrar os diferentes aspectos de imagem na TCMD do trauma hepático fechado. **Material:** Foram selecionados casos de trauma hepático no banco de dados deste hospital, ilustrando os principais achados de imagem na TCMD no trauma hepático fechado. Os exames foram realizados em um tomógrafo Philips Brilliance CT 6-slice. **Discussão:** Os achados de imagem no trauma hepático incluem lacerações, hematomas parenquimatosos ou subcapsulares, hemorragia ativa, injúrias venosas justa-hepáticas, baixa atenuação periportal e “veia cava achatada”. É muito importante os radiologistas estarem familiarizados com o sistema de gradação de trauma hepático. A tomografia também tem papel nas complicações tardias do trauma, como hemorragia tardia, abscesso hepático, pseudoaneurisma pós-traumático, hemobilia, complicações biliares como biloma e peritonite. Uma tomografia computadorizada de controle é necessária em pacientes com lesão de alto grau para identificar potenciais complicações que requeiram intervenção precoce. A TCMD tem papel fundamental no trauma hepático fechado.

P-095 – Relato de caso: cisto de colédoco em adulto pós-colecistectomizado.

Flávia Silva Braga¹; Juliana Santos Bayer¹; Adriana Maria Fonseca de Melo¹; Dimitri Mori Vieira²; Adilson Dias Vieira²; André Ribeiro Nogueira de Oliveira²; Ricardo Andrade F. Mello¹; Renato Baptista Figueiredo²; Luciano Santos Emerich Gomes².

¹ Universidade Federal do Espírito Santo; ² Centro de Diagnóstico por Imagem.

Introdução: O cisto de colédoco é uma doença incomum das vias biliares, apresentando prevalência maior na infância e na população asiática. Em relação à sua etiologia, a teoria mais aceita considera-o como resultado de anomalia na junção biliopancreática, levando a um refluxo de enzimas pancreáticas ao colédoco, com consequente lesão, inflamação e dilatação da parede ductal. **Material:** Paciente do sexo feminino, 34 anos de idade, colecistectomizada, cujos sintomas de dor abdominal e vômitos se mantiveram um ano após a cirurgia. Investigação radiológica inicial por ultrassonografia (US) demonstrou imagem cística localizada no leito vesicular, com cálculos no seu interior. Foi estabelecido diagnóstico diferencial de neovesícula e cisto de colédoco. Investigação adicional com tomografia computadorizada (TC), colangiorressonância, colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) e cintilografia confirmou tratar-se de cisto de colédoco. A paciente foi submetida a nova cirurgia, com retirada do cisto, o qual se encontrava repleto de cálculos. **Discussão:** O correto diagnóstico proporciona prevenção de complicações, entre as quais: colecistite, colangite e pancreatite aguda recorrentes, estenose biliar, coledocolitíase e colangiocarcinoma. A tríade clínica clássica é composta por icterícia, dor e massa abdominal palpável. O melhor exame de imagem para a investigação inicial é a US, que é capaz de demonstrar estrutura cística, arredondada ou fusiforme, associada à dilatação intra- ou extra-hepática dos ductos. A CPRE é considerada padrão ouro, sendo que a TC e a colangiorressonância apresentam boa acurácia na detecção e classificação dos cistos, mostrando detalhes anatômicos da árvore biliar e da união do ducto pancreaticobiliar. A US endoscópica é uma modalidade pouco invasiva e útil na demonstração de lesões precoces que podem representar complicações do cisto, enquanto a cintilografia oferece informações fisiológicas da captação hepática e acúmulo do radionuclídeo na árvore biliar dilatada. O tratamento de escolha é excisão completa do cisto.

P-096 – Complicações da cirurgia bariátrica: achados de imagem.

Adonis Manzella; Josemberg M. Campos; Paulo Borba Filho; Luiz Fernando Evangelista; Luciana Siqueira; Alvaro Antonio Ferraz; Edmundo Ferraz.

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco.

Introdução: O termo cirurgia bariátrica, também conhecida como cirurgia para redução do peso, se refere aos vários procedimentos cirúrgicos realizados para o tratamento da obesidade pela modificação do trato gastrointestinal, objetivando reduzir a ingestão e/ou absorção de nutrientes. Complicações são frequentes e mais comumente ocorrem nos seis meses subsequentes. O objetivo desta apresentação é discutir as complicações mais frequentes da cirurgia bariátrica, bem como algumas menos usuais. **Descrição do Material:** Esta apresentação será dividida em tópicos. Cada complicação será discutida e ilustrada separadamente. Além das complicações da cirurgia bariátrica, serão abordados os aspectos técnicos de imagem nestes casos, revisando a anatomia pós-cirúrgica e paralelamente ilustrando-as através dos métodos de imagem (particularmente seriografia e tomografia computadorizada), bem como desenhos esquemáticos e ocasionalmente imagens endoscópicas. Algumas das complicações que serão discutidas incluem fistulas, leaks, estenose da anastomose gastrojejunal, obstrução intestinal, hérnia interna, hérnia incisional, infecções e tromboembolismo pulmonar. **Discussão:** Os radiologistas desempenham um papel importante no diagnóstico das complicações da cirurgia ba-

riátrica, especialmente em face da falta de especificidade da apresentação clínica de algumas destas complicações. A TC e a seriografia são complementares na avaliação, permitindo um tratamento precoce.

P-097 – O papel da tomografia computadorizada na avaliação de GIST duodenal: relato de caso.

Franco Andrade Moreira Souza; Mariana Martins Macedo Araújo; Alberto Ladeira de Queiroz Filho; Larissa Alves; Glauber Pessoa Branco; Isabela Urbano Bessa; Tatiana Cruz Braga; Kelmann Vasconcelos Cruz. Hospital Santo Antônio – Obras Sociais Irmã Dulce.

Introdução: O tumor estromal gastrointestinal (GIST) é uma infrequente neoplasia gastrointestinal, sendo a tomografia computadorizada (TC) um método importante em sua avaliação. Neste trabalho relatamos um caso de GIST duodenal com metástase hepática e seus respectivos achados nos métodos de diagnóstico por imagem. **História Clínica:** Paciente de 55 anos de idade, sexo masculino, com quadro de perda ponderal e massa abdominal palpável. **Diagnóstico:** A radiografia abdominal contrastada evidenciou redução endoluminal da segunda porção do duodeno e à ultrassonografia visualizou-se imagem nodular heterogênea em mesogástrio. Foi realizada TC de abdome, que demonstrou volumosa imagem sólida, em topografia duodenal e indissociável da cabeça pancreática, além de metástase hepática. Foi sugerida a possibilidade diagnóstica de GIST, sendo ao paciente submetido a cirurgia, que revelou volumosa massa duodenal irressecável. A histopatologia da lesão hepática comprovou tratar-se de GIST. **Discussão:** O GIST tem sua origem relacionada às células estromais de Cajal, ocorrendo em todo trato digestivo, mais comuns no estômago (67–70%), intestino delgado (15–25%) e grosso (10%). Acometem pacientes de meia-idade. Metástases ocorrem no fígado e peritônio (38%), sendo raro acometimento linfonodal. A TC de abdome é o método de escolha na avaliação do GIST, fornecendo informações acerca da localização, tamanho, crescimento, necrose, invasão de órgãos, existência de metástases e controle de tratamento.

P-098 – Carcinoma pouco diferenciado de intestino delgado: relato de caso.

Rovena Scardini¹; Sueliana Marta Fuerieri Godoy¹; Marllus Braga Soares¹; Renam Catharina Tinoco²; Leandro Faria Crespo²; Pedro Alberto Vidal Anderson²; Rolney Scardini³.

¹ Universidade Iguazu, Itaperuna; ² Hospital São José do Avaí; ³ RS Ultra-Sonografia.

Introdução: Os tumores do intestino delgado são raros em todas as faixas etárias e correspondem a cerca de 1% a 6% de todas as neoplasias do trato gastrointestinal, destacando-se o adenocarcinoma como a neoplasia maligna mais frequente. Fatores predisponentes sabidamente conhecidos são doença de Crohn, polipose adenomatosa familiar e doença celíaca. O carcinoma de intestino delgado relaciona-se a um diagnóstico dificultado pelas queixas inespecíficas de dor abdominal, episódios de oclusão intestinal, sangramento digestivo, emagrecimento e massa palpável, que retardam o esclarecimento dessas lesões. Exames laboratoriais, endoscópicos e de imagem são de grande utilidade na propedêutica complementar, colaborando com a elucidação diagnóstica. A ressecção cirúrgica é a primeira abordagem terapêutica. O prognóstico é pobre porque geralmente a descoberta da neoplasia ocorre em estágio avançado, tomando a gestão cirúrgica difícil ou impossível. **Descrição do Material:** L.S.V., sexo feminino, 58 anos, admitida no Hospital São José do Avaí, queixava-se de anorexia, dispepsia, emagrecimento e dor insidiosa em FIE, que melhorava com uso de dipirona. Relatava hábitos de vida saudáveis e negava qualquer história familiar de patologias hereditárias. Ao exame físico palpou-se massa em hipocôndrio esquerdo. Exames complementares foram solicitados, obtendo-se os seguintes resultados: ultrassom abdominal total com achado de edema muscular, espessamento e irregularidade da mucosa em alça do intestino grosso (8,4 x 4,2cm), melhor

visualizado no ângulo esplênico; colonoscopia total normal; tomografia computadorizada abdominal com visualização de extensa área de espessamento do intestino delgado na região do flanco esquerdo e borramento da gordura adjacente. Realizada laparotomia com enterectomia. Biópsia corroborou a malignidade, com diagnóstico de carcinoma de intestino delgado pouco diferenciado. **Discussão:** A raridade dessa neoplasia nos motiva a presente publicação. Existe pouca informação sobre a apresentação desses tumores, e o difícil diagnóstico pré-operatório contribui e ratifica a importância de se conhecer melhor as neoplasias de intestino delgado, com o intuito de maximizar a sobrevida do paciente.

P-099 – Síndrome de Mirizzi: relato de caso.

Rovena Scardini¹; Sueliana Marta Fuerieri Godoy¹; Luiz Antônio Tinoco²; Angélica de Almeida Heynham²; Pedro Alberto Vidal Anderson²; Rolney Scardini³.

¹ Universidade Iguazu, Itaperuna; ² Hospital São José do Avaí; ³ RS Ultra-Sonografia.

Introdução: A síndrome de Mirizzi (SM) é uma complicação rara da colelitíase de longa duração, com prevalência de 0,05% a 2,70% dos pacientes com cálculo na vesícula biliar. Caracteriza-se pelo estreitamento do ducto hepático comum, pela compressão mecânica e/ou inflamatória de um cálculo biliar impactado no infundíbulo da vesícula ou no ducto cístico. O quadro clinicolaboratorial é inespecífico, mas 80% dos pacientes se apresentam com icterícia, dor abdominal e alterações da prova de função hepática. O principal fator no tratamento bem sucedido da SM é o seu reconhecimento precoce e a modificação da conduta frente às características de cada caso. **Descrição do Material:** J.S.C., 26 anos de idade, sexo feminino, procurou serviço do Hospital São José do Avaí queixando-se de dor abdominal em HCD, tipo cólica, após libação alimentar, acompanhada de náuseas e vômitos, com piora do quadro e surgimento de icterícia nos últimos 10 dias. Ultrassom abdominal mostrou vias biliares dilatadas com presença de cálculo. Ainda no serviço foi indicada colangiografia, que evidenciou estenose ao nível de hepático comum e dilatação de vias biliares intra-hepáticas por cálculos encravados no infundíbulo da vesícula que comprimiam o hepático, corroborando o diagnóstico de SM. Foi realizada papilotomia, com saída de secreção purulenta e colocação de prótese 8FR. **Discussão:** É recomendável que se considere SM em pacientes colelitíase crônicas, possibilitando abordagem com extrema cautela. O diagnóstico precoce da síndrome é particularmente importante, porquanto se considere a frequência de aderências fibróticas causadas pela inflamação crônica da vesícula biliar e possível avanço em neoplasia (25% dos pacientes com SM). Destaca-se que a CPER deva ser incluída como método rotineiro para pesquisa da obstrução hepática, tanto pelo seu papel diagnóstico quanto pelo fato da operação endoscópica melhorar a funcionalidade e desempenho clínico do órgão, diminuindo a incidência de colecistectomias e/ou coledocotomias ou até mesmo permitindo, futuramente, uma operação segura com menos complicações.

P-100 – Ultrassonografia na dor aguda no andar inferior do abdome: ênfase nas doenças intestinais.

Carlos Alexandre Martinelli Pereira; Cesar Rodrigo Trippia; Carlos Henrique Trippia; Maria Fernanda Sales Caboclo; Marcus Adriano Trippia; Meredith Ribeiro Sell; Andresa Braga Baiak; Marina Rodi Barros; Rafael Moreno Zattoni Gomes Barbosa.

Hospital São Vicente.

Introdução: A dor abdominal aguda no andar inferior do abdome é uma queixa comum em serviços de emergência, sendo sempre um diagnóstico desafiador devido a grande quantidade de diagnósticos diferenciais possíveis. As doenças intestinais estão entre as mais encontradas, sendo o exame ultrassonográfico um importante auxiliar diagnóstico. **Materiais e Métodos:** Este trabalho tem por objetivo de-

monstrar os principais achados ultrassonográficos nas patologias intestinais causadoras de dor aguda no andar inferior do abdome. **Discussão:** A ultrassonografia, devido a sua disponibilidade e baixo custo, se popularizou como um importante auxiliar diagnóstico nos serviços de emergência. Descreveremos os sinais ecográficos das principais doenças intestinais que causam dor aguda no andar inferior do abdome, sendo elas a apendicite aguda, diverticulite aguda, ileite terminal (infecciosa ou por doença de Crohn), tífite e apendagite. Com a melhoria da qualidade da imagem ultrassonográfica, houve um avanço na avaliação da das alças intestinais por este método, sendo possível individualizar suas camadas e medir sua espessura. Espessamento da parede intestinal, especialmente da camada submucosa, correspondem aos sinais primários para caracterizar um processo inflamatório. Outros achados como inflamação da gordura mesenterial adjacente, líquido junto a alça acometida, hipervascularização ao Doppler colorido e adenopatias mesentéricas são sinais secundários que também devem ser valorizados.

P-101 – Tumor desmoide associado a síndrome de polipose adenomatosa familiar: relato de caso e revisão da literatura.

Luís Henrique Barbosa Mestriner; Karina Todeschini; Renata Brutti Berni; Maurício Scheleder Antunes; Senair Alberto Ambrós; Luciano Morello; Augusto Vasconcellos Vieira; Rudinei Linck; Alvaro Vinícios Silva Machado.

Associação Hospitalar Beneficente São Vicente de Paulo.

Introdução: Tumor desmoide (TD) ou fibromatose desmoide é uma neoplasia de baixo grau, caracterizada pela sua capacidade de infiltração e recorrência local, sendo considerado um tumor benigno pela sua incapacidade de produzir metástases. Apresentamos a seguir o relato de um caso de TD relacionado a síndrome de Gardner, e breve revisão de literatura. **Descrição do Material:** Masculino, 36 anos, história familiar de polipose colônica. Colectomia subtotal em 2006 por inúmeros pólipos com displasia. Internado em abril de 2008 com quadro de abdome agudo obstrutivo e tomografia computadorizada (TC) evidenciando extensa lesão peritoneal/retroperitoneal com densidade de partes moles. Laparotomia encontrou extensa lesão em base do meso do intestino delgado, inoperável. Laudo anatomopatológico de proliferação fusocelular. Análise imuno-histoquímica com diagnóstico de fibromatose tipo desmoide. **Discussão:** TD é uma doença rara, localmente agressiva, afetando principalmente pacientes com polipose adenomatosa familiar (PAF). Apesar de considerado uma neoplasia benigna, seu caráter infiltrativo o torna potencialmente fatal. O pico de sua incidência fica entre 28 e 31 anos, podendo ocorrer em qualquer idade. A maioria dos TDs se apresenta como massa de crescimento lento, levemente dolorosa, que pode ocasionar obstrução intestinal quando intra-abdominal. São classificados em intra-abdominal ou extra-abdominal. Os tumores extra-abdominais são geralmente esporádicos, em contraste com os intra-abdominais, que comumente estão relacionados a PAF. Com elevada frequência, são irrecorríveis devido a infiltração difusa do mesentério. Métodos de imagem são usualmente o primeiro exame a suspeitar da doença. A mortalidade total dos portadores de TD gira em torno de 10% a 50%.

P-102 – Palitos de dente na TC: como eles se apresentam? Um estudo experimental baseado na evolução temporal.

Cristiane Wosny; Fábio de Vilhena Diniz; Luiz Raphael Donoso Scoppeta; Adriano Tachibana; Renata Emy Ogawa; Camila Silva; Marcelo Buarque de Gusmão Funari.

Hospital Israelita Albert Einstein.

Introdução: Palitos de dente são pontiagudos e podem causar perfuração intestinal quando engolidos acidentalmente. O objetivo deste trabalho foi demonstrar várias apresentações de palitos de dente de madeira em exames de tomografia computadorizada (TC) em diferentes meios (água e contraste oral) e sua evolução temporal. **Descrição**

dos Materiais: Foram estudados quatro grupos, sendo o primeiro e o segundo constituídos de palitos de dente de madeira inteiros mergulhados em solução salina (simulando fluido entérico) e solução de meio de contraste iodado, respectivamente, e o terceiro e o quarto grupos constituídos de palitos de dente de madeira quebrados (simulando a ação mastigatória) mergulhados em solução salina e solução de meio de contraste iodado, respectivamente. Os palitos foram então inseridos em diferentes blocos de gelatina (atenuação de água), sendo submetidos a cortes tomográficos em diferentes momentos de imersão na determinada solução, variando de 1 hora a 7 dias. Apresentaremos três casos de perfuração intestinal por palitos de dente diagnosticados pela TC e confirmados com a retirada do corpo estranho por meio de endoscopia. **Discussão:** Palitos de dente têm uma atenuação central de gás e são hipoatenuantes na periferia. Os grupos que foram mergulhados em solução de meio de contraste iodado apresentaram um gradual aumento da atenuação, especialmente periférica no decorrer do tempo, persistindo a atenuação de gás central. Em um dos casos a serem mostrados, o paciente foi submetido a dois exames de TC do abdome: no primeiro, recebeu meio de contraste via oral, porém o diagnóstico de perfuração intestinal pelo palito de dente não pôde ser realizado; já no segundo exame, sem a utilização do meio de contraste via oral, alguns dias após o primeiro, o palito de dente havia se tornado hiperatenuante, facilitando o diagnóstico correto. Concluímos que os palitos de dente podem ter diferentes tipos de apresentação em exames de TC, dependendo do tempo de ingestão e do uso de meio de contraste oral.

P-103 – Adrenal imaging, besides the metastases.

Daniela Quinto dos Reis; Rafael Domingos Grando; Giovanni Schirmer Vendrame; Iran J. Fleith; Marvim Nessi Maurer; Leticia Maffazzoli; Fernando Hexsel.

Hospital Nossa Senhora Conceição.

Introduction: Adrenal masses are a common entity. With the advent of improved cross-sectional imaging techniques the detection and characterization of adrenal masses has improved dramatically. In many cases, adrenal lesions are incidentally discovered during ultrasonography or computed tomography in the staging or follow-up of patients with primary malignancies. The most important issue in the radiological management of adrenal masses is the differential diagnosis between benign and malignant lesions. We report a pictorial essay of the imaging features of benign adrenal masses and other entities that may cause mass-like enlargement, and are not a metastatic disease. **Description of material:** In this pictorial essay, the imaging features of unusual adrenal masses acquired in our institution entered in the last three years including a 21 years old female patient with asymptomatic adrenal giant cyst, a 70 years old male with adrenal acute tuberculosis, a 72 years old male farmer with adrenal, pulmonary and cervical paracoccidioidomycosis, a 65 years old asymptomatic patient with adrenal histoplasmosis without signs of pulmonary involvement and one adenoma are presented. None had evidence of malignancy. The specific diagnoses were confirmed by biopsy guided by CT, open surgery or serology. **Discussion:** With the advent of improved cross-sectional imaging techniques the detection and characterization of adrenal masses has improved dramatically. We review five atypical differential diagnosis that may cause adrenal enlargement and are not malignant lesions.

P-104 – Aspectos de imagem na ressonância magnética das anomalias uterinas congênitas.

Luiz Antonio Moreira Pereira¹; Vivian Alvim Barroso².

¹ Hospital Geral Roberto Santos; ² Hospital Aliança.

Introdução: A ressonância magnética, pela capacidade de fornecer imagens multiplanares e pelo bom contraste entre os diferentes tipos de tecido, é a técnica ideal para avaliar as anomalias uterinas

congênitas. A ultrassonografia, apesar de ser uma técnica mais acessível, é operador dependente e não possui um campo de visão tão amplo quanto a ressonância magnética. **Materiais e Métodos:** Foram avaliados exames do banco de dados do serviço de bioimagem do hospital, com as principais anomalias uterinas congênitas, sendo feita correlação entre os achados da ressonância magnética e ultrassonografia, e a diferenciação entre os vários tipos de anomalias. Dentre os tipos de anomalias uterinas encontradas no banco de dados estão um caso de síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser associada a tumor mucinoso do ovário, útero didelfo com obstrução da hemivagina, hematometocolpos e agenesia renal homolateral; e útero septado associado a teratoma ovariano. **Discussão:** As anomalias dos ductos de Muller (ADM) são vistas em aproximadamente 0,4% das mulheres submetidas a ultrassonografia e estão associadas a uma maior incidência de abortos espontâneos, outras complicações obstétricas e alterações menstruais; além disso, existe uma associação entre as ADMs e anomalias do aparelho urinário. Por causa da grande variação dos aspectos de imagem nas ADMs, um diagnóstico acurado é necessário para a decisão sobre o melhor tratamento e sobre o grau de complexidade do tratamento cirúrgico. A ressonância magnética é um método excelente para delinear o septo uterino, avaliar se o septo é completo ou incompleto, além da sua composição, e diferenciação entre os vários tipos de ADM e anomalias do aparelho urinário associadas. A sequência pesada em T2 permite a delimitação da anatomia zonal do útero.

P-105 – Cisto do colédoco: relato de caso.

Rafael Estruzani Neves; Mauro Nakayama; Guilherme Armiato; Sandra Yuki Kanomata; Diego Marlon Pissinati Pessoa.

Hospital Universitário – Universidade Federal da Grande Dourados.

Introdução: Os cistos do colédoco são raras causas de síndromes colestáticas congênitas, ocorrendo com incidência de 1:100.000 a 1:150.000 na população do Ocidente. **Descrição do Material:** No presente estudo, apresentamos um caso de cisto do colédoco tipo I, da classificação de Todani, em paciente do sexo feminino de oito anos de idade, com ênfase nos achados de imagem e histopatológicos da peça cirúrgica. **Discussão:** A dilatação cística pode ocorrer em qualquer parte da árvore biliar, em simples ou múltiplos números. A maioria dos casos – aproximadamente 61% – apresenta-se na infância, antes dos dez anos de idade. Os riscos de evolução maligna aumentam com o decorrer da idade, sendo o cisto do ducto do colédoco um precursor para câncer do trato biliar. Os sintomas incluem icterícia colestática e dor abdominal, sendo que a massa abdominal palpável ocorre em menos de 20% dos casos. A “tríade clássica” de dor abdominal, icterícia e massa abdominal é observada em 15% a 45% dos pacientes. Dentre os métodos diagnósticos, a ultrassonografia é considerada o melhor exame na avaliação inicial, principalmente na infância. A tomografia computadorizada e a cintilografia hepatobiliar podem confirmar o diagnóstico. No entanto, a colangiopancreatografia endoscópica retrógrada ou a colangioppancreatografia são os métodos de imagem de maior acurácia diagnóstica. O tratamento preconizado para o cisto do colédoco é cirúrgico, que consiste na retirada do cisto, seguida da reconstrução da árvore biliar com anastomose colédoco-hepático-jejunal em Y-de-Roux.

P-106 – Avaliação radiográfica das complicações pós-operatórias das funduplicaturas videolaparoscópicas.

Cesar Rodrigo Trippia; Carlos Alexandre Martinelli Pereira; Carlos Henrique Trippia; Maria Fernanda Sales Caboclo; Marcus Adriano Trippia; Maredith Ribeiro Sell; Andresa Braga Baiak; Marina Rodi Barros; Rafael Moreno Zattoni Gomes Barbosa.

Hospital São Vicente.

Introdução: A doença do refluxo gastroesofágico é o resultado da presença de refluxo gastroesofágico, gerando sintomas e inflamação do epitélio esofágico, muitas vezes secundário à existência de

uma hérnia de hiato esofágico. Com a popularização da fundoplicatura videolaparoscópica como forma de tratamento, também observa-se um número crescente de complicações pós-operatórias. **Descrição do Material:** Demonstração dos achados radiográficos relacionados às principais complicações pós-operatórias precoces e tardias da fundoplicatura videolaparoscópica. **Discussão:** Os exames radiográficos desempenham um papel importante na avaliação dos pacientes pós-operatórios que evoluem de forma desfavorável, sendo que nós radiologistas devemos conhecer os achados radiográficos das principais complicações. Serão demonstrados os achados radiográficos de perfuração, herniação pós-operatória aguda do estômago, disfagia por fundoplicatura muito apertada, muito longa ou torcida, migração intratorácica da fundoplicatura, deiscência e gastroparesia.

P-107 – Aspectos tomográficos do tumor miofibroblástico da bexiga.

Leticia Silva Sene; Christiane Pena Cabral; Elisa Almeida Sathler Bretas; Rogério Batista Araújo Filho; Luciano Fagundes de Paula; Emilia Guerra Pinto Coelho Motta; Renata Lopes Caldeira Furetti Diniz; Marcelo Almeida Ribeiro; Wanderval Moreira.

Hospital Mater Dei.

Introdução: O tumor miofibroblástico inflamatório, também conhecido como pseudotumor, é uma entidade rara que pode acometer vários órgãos, tendo sido descrito inicialmente no pulmão. A localização mais comum no trato geniturinário é a bexiga, onde a lesão é localmente agressiva, sendo confundida com malignidade tanto no exame de imagem quanto à cistoscopia. Este trabalho tem o objetivo de explicitar essa rara patologia, assim como seus diagnósticos diferenciais, salientando ainda a correlação clinicoradiológica. **Descrição do Material:** Os autores relatam o caso de uma paciente do sexo feminino, 21 anos de idade, com queixa de hematúria macroscópica e coágulos com cinco dias de evolução, tendo sido realizada tomografia computadorizada multidetectores, antes e após a injeção intravenosa de contraste iodado, observando-se lesão tumoral intravesical de contornos bem delimitados e captação exuberante pelo produto de contraste. Foi realizado procedimento cirúrgico para ressecção da lesão, confirmando-se o diagnóstico através de exame anatomopatológico. **Discussão:** A verdadeira patogênese deste pseudotumor continua incerta, embora relatos iniciais deste tumor o relacionem com um possível processo inflamatório ou infeccioso. Esta patologia é mais comum em adultos jovens, acometendo mais homens (1:1:6). Os pacientes apresentam-se clinicamente com massa vesical ulcerada e hematúria. Queremos enfatizar aos radiologistas a importância da reconhecer o caráter benigno desta lesão, evitando uma abordagem terapêutica agressiva diante de um diagnóstico equivocado.

P-108 – Angiotomografia computadorizada da aorta abdominal para avaliação e classificação dos endoleaks.

Christiane Pena Cabral; Elisa Almeida Sathler Bretas; Ivana Andrade Madeira; Luciano Fagundes de Paula; Leticia Silva Sene; Wanderval Moreira; Emilia Guerra Pinto Coelho Motta; Renata Lopes Caldeira Diniz; Marcelo Almeida Ribeiro.

Hospital Mater Dei.

Introdução: *Endoleak* é o termo que descreve a persistência de fluxo de sangue para o interior do saco aneurismático após a implantação de endoprótese, sendo uma das principais complicações no pós-operatório de cirurgia endovascular. O presente estudo tem o objetivo de explicitar a avaliação e classificação angiotomográfica dos diferentes tipos de *endoleaks*, tendo em vista a grande relevância do seu diagnóstico no tratamento e prognóstico de pacientes submetidos a correção endovascular de aneurismas. **Descrição do Material:** A partir de dois casos de *endoleaks*, um classificado como tipo I e o outro como tipo II, diagnosticados em nosso serviço através de angiotomografia computadorizada (ATC) da aorta abdominal, em aparelho *multi-*

slice, 64 canais, realizamos uma ampla revisão da literatura, abordando os principais aspectos imagiológicos desta complicação. Ambos os pacientes tinham sido submetidos a reparo endovascular de aneurisma de aorta abdominal e evoluíram tardiamente com dor abdominal. **Discussão:** A correta definição da fonte do *endoleak* é de extrema importância, pois isto acarretará implicações diretas no tratamento e assistência ao paciente. Foram definidos quatro tipos de *endoleaks* com base nas suas diferentes etiologias: tipo I – ocorre quando há uma vedação inadequada ou deslocamento das extremidades de conexão da endoprótese com a parede aórtica ou ilíaca; tipo II – acontece por fluxo retrógrado para dentro do saco aneurismático através de ramos aórticos (por exemplo, artérias lombares, mesentérica inferior, artérias renais acessórias); tipo III – resulta do rompimento do tecido da endoprótese por fadiga ou falha estrutural; e o tipo IV – decorre da porosidade do enxerto. Concluímos que a avaliação imagiológica é essencial no seguimento dos pacientes com endoprótese de aorta abdominal, principalmente na avaliação da dor abdominal, destacando-se a ATC, que detecta e classifica os tipos de *endoleaks* com uma boa acurácia, sendo a modalidade preferida para a avaliação pós-operatória dos endoenxertos.

P-109 – Teratoma ovariano cístico maduro: aspectos tomográficos da peritonite aguda por ruptura.

Christiane Pena Cabral; Elisa Almeida Sathler Bretas; Raphael Guedes Andrade; Leticia Silva Sene; Rogério Batista Araújo Filho; Francisco Ribeiro Teixeira Junior; Renata Lopes Caldeira Diniz; Marcelo Almeida Ribeiro; Wanderval Moreira; Emilia Guerra Pinto Coelho Motta.

Hospital Mater Dei.

Os teratomas císticos maduros são tumores benignos das células germinativas, responsáveis por 15–20% das neoplasias ovarianas do adulto e 50% dos tumores ovarianos pediátricos. São em geral assintomáticos, encontrados incidentalmente, porém podem apresentar sintomas agudos decorrentes de torção do pedículo, ruptura da cápsula e/ou infecção. A ruptura do teratoma é uma complicação rara que ocorre em aproximadamente 1–4% dos casos, podendo evoluir com peritonite aguda ou crônica. O objetivo deste estudo foi descrever o caso dessa rara complicação associada a peritonite aguda, com revisão da literatura, enfatizando o amplo espectro de sinais clínicos e imagiológicos que devem fazer parte do conhecimento do radiologista para realização do correto diagnóstico e definição terapêutica do caso. Relatamos o caso de uma paciente de 26 anos de idade, sexo feminino, que deu entrada no nosso serviço com dor aguda em hipocôndrio direito, tendo sido realizada tomografia computadorizada *multislice*, 64 canais, antes e após a utilização de contraste oral e intravenoso. Observamos, ao exame, massa encapsulada em topografia anexial pélvica à direita, sugestiva de teratoma cístico maduro, ascite discreta, pequenas áreas com atenuação de gordura peri-hepáticas e imagem isolada em fossa ilíaca direita, com nível gordura-líquido, levando-nos à hipótese diagnóstica de ruptura, sendo assim encaminhada à cirurgia, que confirmou a hipótese proposta. Salientamos a cuidadosa avaliação das pacientes com teratoma ovariano associado a dor abdominal, devendo-se observar a integridade da parede do tumor e demais características que levem à suspeição de ruptura.

P-110 – Colocação percutânea de prótese biliar metálica sem uso de cateter de drenagem biliar.

Leandro Armani Scaffaro¹; Alex Finger Horbe²; Alvaro Porto Alegre Furtado¹; Paulo Cesar Sanvitto¹.

¹ Hospital de Clínicas de Porto Alegre; ² Hospital Mãe de Deus.

Introdução: As obstruções biliares malignas irredutíveis podem ser manejadas paliativamente através de prótese para drenagem biliar por via endoscópica ou percutânea. A técnica percutânea tem demonstrado efetividade e reduzido índice de complicações, devido aos recentes avanços técnicos. **Objetivos:** Descrever a colocação percutânea

de prótese biliar metálica sem necessidade de drenagem biliar com cateter externo (CPPB) nas obstruções malignas da via biliar, avaliando sua perviedade e potenciais complicações. **Metodologia:** De junho de 2008 a junho de 2009, foram realizados 18 procedimentos de CPPB. A média de idade foi de 67 anos. Colangiocarcinoma (8 casos) e adenocarcinoma de pâncreas (4 casos) foram os diagnósticos mais comuns. O tempo médio de seguimento foi de 3,4 meses. Foi realizada abordagem trans-hepática com colocação de prótese metálica em todos os casos, com retirada do acesso mediante embolização do trato biliocutâneo com material reabsorvível. Não foram inseridos drenos biliares em nenhum dos casos. Os pacientes foram seguidos com ecografia e avaliação laboratorial após o procedimento. **Resultados:** Não surgiram sangramentos clinicamente significativos. Dois pacientes apresentaram hematoma peri-hepático ecograficamente detectável 24 horas após o procedimento, com reabsorção completa em 4 dias. Houve 2 casos de colangite após o procedimento, com boa resposta após manejo clínico. Foi observada queda dos níveis de bilirrubina e fosfatase alcalina em todos os pacientes 48 horas após o procedimento. Houve estenose da prótese em um caso e surgimento de sinais de colestase em outro caso. Os demais 16 casos mantiveram perviedade satisfatória. **Conclusões:** A CPPB é um procedimento seguro e efetivo, podendo ser realizado sem a necessidade do uso de drenos biliares após sua inserção, sem complicações significativas e com perviedade satisfatória a curto prazo.

P-111 – Embolização intra-arterial hepática no controle do hepatocarcinoma.

Leandro Armani Scaffaro¹; Alex Finger Horbe²; Alvaro Porto Alegre Furtado¹; Paulo Cesar Sanvitto¹.

¹Hospital de Clínicas de Porto Alegre; ²Hospital Mãe de Deus.

Introdução: A embolização intra-arterial hepática (EIH) no manejo do hepatocarcinoma (HC) inoperável tem sido amplamente utilizada, inclusive com impacto positivo na sobrevida, segundo recentes meta-análises. Contudo, não está claro se esse benefício encontrado é devido à presença do agente quimioterápico ou consequente à isquemia determinada pela embolização. Assim, não se sabe se a EIH isolada sem uso do quimioterápico promove o mesmo benefício em relação à sobrevida. **Objetivos:** Avaliar o potencial da EIH sem uso de quimioterápico na redução das dimensões do HC após 4 a 6 semanas do procedimento. **Metodologia:** De junho de 2008 a junho de 2009, foram realizadas 28 EIHs em 20 pacientes com HC inoperável. Foi efetuado cateterismo seletivo da artéria hepática e superseletivo tumoral, com embolização superseletiva com partículas de PVA 300-500 micra e lipiodol em todos os casos. Foi realizado seguimento das lesões com tomografia computadorizada ou ressonância magnética 4 a 6 semanas após os procedimentos, com avaliação das dimensões dos tumores segundo critérios de RECIST. **Resultados:** O procedimento foi realizado com sucesso técnico em todos os casos, sem complicações significativas. Em 28 procedimentos foi observada redução das dimensões tumorais, sem surgimento de outros nódulos em 19 casos (68%), redução das dimensões com surgimento de outros nódulos em 3 casos (10%) e aumento das dimensões da lesão em um caso (3,5%). Nos demais 5 procedimentos não foram observadas alterações significativas nas dimensões das lesões (17,8%). Desses casos, 4 deles mostraram redução das lesões após segunda ou terceira sessão de EIH. **Conclusões:** A EIH sem uso de quimioterápico associado é um procedimento seguro e efetivo no controle do HC.

P-112 – Características radiológicas do carcinoma de vesícula biliar: ensaio iconográfico.

Rodrigo Moura de Paula; Michel de Araujo Tavares; Wilton Shoji. Clínica Sensumed.

Introdução: Carcinomas primários de vesícula biliar são incomuns e agressivos, sendo mais frequentes em mulheres idosas. São fatores

de risco: salmonelose, exposição a determinados químicos industriais, colangite esclerosante, vesícula em porcelana e anomalias anatômicas. Os sintomas são vagos e relatados mais comumente quando há invasão de órgãos adjacentes. Estágios precoces da doença são difícilmente diagnosticados, apesar dos avanços na área de imagem. **Descrição do Material:** O carcinoma de vesícula biliar tem baixa prevalência, contudo, é o tumor maligno mais comum do trato biliar e o quinto no trato alimentar. Os achados radiológicos são espessamento focal ou difuso da vesícula biliar e massa intraluminal. Achados associados são colelitíase, dilatação dos ductos biliares, invasão de estruturas adjacentes e metástases a distância. Embora a ultrassonografia tenha sido aceita como método de imagem para a vesícula biliar, estudos com tomografia computadorizada (TC) têm sido largamente usados como complemento para avaliar espessamento do ligamento hepato-duodenal, obstrução biliar extra-hepática causada por metástases para linfonodos e caracterização de calcificações parietais. O uso de contraste é extremamente útil para distinguir colecistite complicada de carcinoma. O prognóstico desta neoplasia é ruim, sendo de menos de 5% em 5 anos. Os diagnósticos diferenciais incluem os processos inflamatórios da vesícula, colecistite xantogranulomatosa, adenomiomatose, outras malignidades hepatobiliares e doenças metastáticas. **Discussão:** A diferenciação entre colecistite complicada e carcinoma de vesícula biliar avançado pode ser difícil quando os achados clínicos são confusos. Grande massa substituindo a vesícula biliar é o achado mais comum para o carcinoma de vesícula biliar. A TC tem sensibilidade reportada que vai de 55% a 100%. A presença de banda curvilínea bem definida circundando a parede da vesícula biliar é uma característica para identificar colecistite complicada. O tratamento cirúrgico depende primariamente da extensão local, envolvimento extensivo de ductos intra-hepáticos ou de invasão da veia porta.

P-113 – Ruptura de vesícula biliar enfisematosa: relato de caso e revisão de literatura.

Michel de Araujo Tavares¹; Polyane de Oliveira Sales²; Wilton Shoji¹.

¹Clínica Sensumed; ²Hospital Ofir Loyola.

Introdução: A colecistite enfisematosa é uma rara condição em que focos gasosos são vistos junto à parede ou possivelmente no lúmen da vesícula biliar, relacionada a infecção secundária por bactérias produtoras de gás, sendo o *Clostridium welchii* o patógeno mais comum. Esta enfermidade é mais comumente vista em pacientes com diabetes mellitus, idosos e do sexo masculino. Destaca-se a importância deste diagnóstico, pois a ruptura vesicular é cinco vezes mais frequente, sendo estabelecido pelo quadro clínico e através dos métodos de imagem, incluindo a radiografia simples, a ultrassonografia ou a tomografia computadorizada do abdome. **Descrição dos Métodos:** Relato de caso de uma paciente do sexo feminino, 71 anos de idade, diabética, que referia dor abdominal difusa por três dias, tendo então procurado o pronto-atendimento, onde foi encaminhada para realização de tomografia computadorizada que evidenciou os seguintes achados: espessamento com calcificação e focos gasosos na parede da vesícula biliar, notando-se ainda perda da contiguidade da parede configurando ruptura. Observaram-se ainda sinais sugestivos de hepatopatia crônica e dilatação pielocalicinal à esquerda. **Discussão:** Apesar de rara, a colecistite enfisematosa é uma condição em que o diagnóstico precoce torna-se mister, uma vez que é uma patologia grave e preocupante e totalmente tratável se diagnosticada precocemente e conduzida adequadamente. A terapêutica se traduz em tratamento cirúrgico representado pela colecistectomia associada à antibioticoterapia adequada, sendo a cirurgia videolaparoscópica método essencial nos dias atuais, pois modificou drasticamente o manejo dos pacientes, tornando-se o tratamento de escolha para diabéticos sintomáticos. Conclui-se, desta forma, que os métodos de imagem, incluindo as radiografias simples e, sobretudo, a tomografia computadorizada e a ultrassonografia, são de suma importância para o diagnóstico de colecistite enfisematosa e, sobretudo, nos casos de ruptura.

P-114 – Tumores císticos do pâncreas: ensaio pictórico.

Roberta Coelho Thomé; Pedro José de Santana Júnior; Lígia Lima Bitencourt; Diogo Neves Jacó; Glauco Santana Batista; Jorgeana Bandeira Milhomen; Gustavo Ribeiro Fiori.

Universidade Federal de Goiás.

Introdução: Tumores císticos pancreáticos constituem 1–2% das neoplasias, 5–15% dos cistos pancreáticos e são representados pelo cistoadenoma seroso, cistoadenoma mucinoso, tumor mucinoso papilar intraductal (TMPI) e neoplasia epitelial sólido-cística (NESC). O objetivo desse trabalho é ilustrar o espectro radiológico destas lesões pancreáticas. *Cistoadenoma seroso* – Tumor benigno que acomete principalmente mulheres idosas. Apresenta-se geralmente como lesão multicística, com cistos de até 2,0cm ou como numerosos microcistos simulando massa sólida. Favorecem seu diagnóstico: localização na cabeça pancreática, contorno lobulado, ausência de hemorragia e presença de cicatriz central estrelada podendo conter calcificação. *Cistoadenoma mucinoso* – É uma lesão predominantemente multiloculada com grandes cistos, preenchida por fluido mucóide ou hemorrágico, acometendo cauda e corpo pancreáticos em mulheres de meia-idade. Possuem paredes e septos fibrosos com projeções papilares e calcificações. São divididos em cistoadenoma e cistoadenocarcinoma. *Tumor mucinoso papilar intraductal* – Origina-se do epitélio mucoso dos ductos pancreáticos, sendo caracterizados por crescimento papilar e secreção de mucina. Acometem homens idosos. Podem ser benignos ou malignos. Principais achados são falhas de enchimento, dilatação ductal, projeção papilar para o interior do lúmen duodenal e comunicação entre o segmento dilatado e o restante do ducto pancreático. *Neoplasia epitelial sólido-cística* – Tem comportamento benigno, com potencial para malignização. Acomete principalmente mulheres jovens negras e asiáticas. Grandes, com diâmetro médio de 9,0cm, predominam na cauda. Aparência interna variável, de completamente cístico a sólido, dependendo do grau de hemorragia e necrose, refletindo sua natureza complexa. **Conclusão:** Tumores císticos do pâncreas têm tido seu reconhecimento aumentado devido ao uso dos métodos radiológicos. Apesar do diagnóstico definitivo ser quase sempre possível, podem existir dúvidas, sendo necessário, nesses casos, complementação com punção aspirativa ou biópsia excisional. Familiaridade com as várias formas de apresentação é importante para um diagnóstico preciso e conseqüente manejo adequado.

P-115 – Achados na tomografia e ressonância magnética na síndrome de Zinner.

Filipe Ramos Barra¹; Ana Carolina Igreja¹; Cássio Lemos Jovem¹; Mário Renato da Silva¹; Rodolfo Silva Valente¹; Victor Martins Isac¹; Raquel Caleffi²; Fernanda Valentim de Moraes Silva¹.

¹ Hospital Universitário de Brasília; ² Hospital Geral Universitário.

Introdução: Cistos da vesícula seminal com displasia renal ipsilateral, também conhecidos como síndrome de Zinner, são incomuns, com poucos casos relatados na literatura. Podem ser assintomáticos e serem descobertos incidentalmente ou apresentar sintomas relacionados a prostatite e epididimite crônica. **Descrição do Material:** Os autores relatam um caso de um paciente do sexo masculino, de 33 anos, apresentando dor lombar à esquerda com irradiação para o flanco ipsilateral. Apresentava exame físico sem anormalidades. Foi submetido a ultrassonografia, tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM), que evidenciaram os achados clássicos desta síndrome. **Discussão:** Cistos da vesícula seminal são uma entidade incomum, que pode ser de etiologia congênita ou adquirida. Cistos congênitos se desenvolvem e se tornam sintomáticos em adultos jovens, durante o período de maior atividade sexual. O acúmulo de secreção na glândula seminal devido à insuficiente drenagem causa distensão das vesículas seminais, levando à formação de cistos. Os sintomas incluem dor abdominal, perineal, pélvica e ejaculatória, hema-

túria e infecções do trato urinário. Os cistos geralmente são unilaterais, sem predileção por um lado. Cistos adquiridos são geralmente bilaterais e acometem pessoas mais velhas, com história de prostatite crônica e ou cirurgia prostática. Associação entre cistos da vesícula seminal e displasia renal pode ser explicada pela origem embriológica comum do ducto mesonéfrico e do broto ureteral. Vários métodos de imagem podem ser usados na avaliação e diagnóstico diferencial de massas pélvicas císticas. Urografia excretora pode mostrar displasia renal e anormalidade do sistema coletor. Achados ultrassonográficos podem confirmar a natureza cística de massas pélvicas, determinar o tamanho, localização e definir a anatomia intraprostática. A TC pode, com acurácia, mostrar anomalias renais e definir a anatomia pélvica. Já a RM define com precisão a anatomia abdominal e pélvica e diferencia malformações pélvicas. É o método ideal de estudo, permitindo diagnóstico imediato. O tratamento de escolha é cirúrgico.

P-116 – Lesão hepática focal rara. Como a ressonância magnética pode auxiliar o diagnóstico?

Alice Silveira Moledo Gesto¹; Mariana Leite Pereira²; Jaime Araújo Oliveira Neto¹; Daniella Braz Parente^{1,2}; Bernardo Tessarollo¹; Ricardo Andrade Pinheiro¹; Felipe D'Almeida e Silva¹; Guilherme Baptista Villa¹; André Francisco Junqueira Moll¹; Antonio Luis Eiras de Araújo^{1,2}.

¹ Rede D'Or; ² Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Introdução: A lesão focal hepática é uma das principais indicações de exames por imagem do abdome. Em mais de 85% das vezes, as lesões focais hepáticas mais prevalentes têm apresentação clássica e o diagnóstico é corretamente definido pela imagem. Cerca de 15% dos nódulos hepáticos correspondem a lesões pouco frequentes ou lesões usuais, porém de apresentação atípica. Nestas situações, a abordagem por ressonância magnética (RM) pode ser útil na caracterização correta do diagnóstico. A caracterização tecidual do método, associada ao estudo da dinâmica de impregnação do meio de contraste e novas técnicas como difusão, perfusão e espectroscopia, são os principais recursos do método. **Descrição do Material:** Foi realizada análise dos exames de RM do abdome em pacientes com lesões focais raras ou frequentes, porém de apresentação atípica nos últimos oito anos. Apresentamos vários casos ilustrando as principais apresentações destas lesões focais na RM. Os exames foram realizados nos aparelhos de 1.5T, com ponderações T1 em fase e fora de fase, T1 com supressão de gordura antes e após gadolínio (estudo dinâmico), T2 e novas técnicas em algumas situações. Os casos apresentados foram confirmados por punção-biópsia, anatomopatológico ou controle evolutivo por imagem. **Discussão:** As lesões de apresentação atípica demonstradas foram hemangioma esclerosante, com nível líquido-líquido e cístico, hiperplasia nodular focal gigante, adenoma telangiectásico, cisto hemorrágico, esteatose nodular multicêntrica, carcinoma hepatocelular hipovasculoso, metástases com melanina, mucina, de base capsular. Em relação às lesões raras propriamente ditas, selecionamos o hemangioendotelioma epitelioide, hemangioendotelioma infantil, angiossarcoma, hepatoblastoma, carcinoma hepatocelular fibrolamelar, tumor solitário fibroso, angiomiolipoma, lipoma, pseudolipoma da cápsula de Glisson e linfoma, dentre outras. A RM é o principal método na caracterização deste heterogêneo grupo de alterações focais hepáticas raras.

P-117 – Anomalias congênitas dos rins: achados na tomografia computadorizada multidetectores.

Rodolfo Silva Valente; Rodrigo Abdalla Vasconcelos; Cássio Lemos Jovem; Filipe Ramos Barra; Mário Renato da Silva; Victor Martins Isac. Hospital Universitário de Brasília.

Introdução: Os rins são órgãos com uma grande variedade de anomalias congênitas. Algumas destas anomalias são extremamente

comuns, podendo tanto ter algum significado clínico, como na estenose da junção ureteropélvica e na duplicação do sistema coletor, quanto pouca importância, como nos casos de lobulação fetal e anormalidades de rotação. Além disso, outras anomalias, com ou sem importância clínica, são mais raras, como ectopia renal cruzada e rim em panqueca. Apesar da ultrassonografia ser o método inicial na avaliação renal, a tomografia computadorizada, com destaque ao equipamento multidetectores, tem ganhado espaço na avaliação complementar nos últimos anos, principalmente devido às novas técnicas de pós-processamento. Neste ensaio iconográfico serão abordados os achados de diversas anomalias renais congênitas, dando ênfase nas aplicações dessas novas técnicas. **Descrição do Material:** Foi realizada uma revisão de todas as anomalias renais entre 2000 e 2009, com o objetivo de demonstrar os seus aspectos na tomografia computadorizada com multidetectores e avaliar o papel desta modalidade na avaliação dessas anomalias. **Discussão:** Apesar da maioria destas lesões congênitas dos rins poderem ser avaliadas por ultrassonografia, a tomografia computadorizada é frequentemente requerida para confirmação diagnóstica, melhor caracterização e avaliação pré-operatória no caso de lesões cirúrgicas. Recentemente, com o desenvolvimento e a maior disponibilidade de equipamentos multidetectores, a tomografia computadorizada tem assumido um maior papel na avaliação não invasiva dessas anomalias congênitas. Adicionalmente, técnicas avançadas de pós-processamento, incluindo reformatações multiplanares (MPR) e técnicas de renderização de volume (VRT), são essenciais para visualizar o tamanho, a forma e a posição dos rins, identificar outras anomalias associadas, planejar intervenções cirúrgicas e demonstrar a anatomia complexa ao médico assistente. Assim, este ensaio fornece fortes evidências sobre a superioridade deste método na avaliação de anomalias renais congênitas.

P-118 – Desmistificando a lesão focal esplênica pela ressonância magnética.

Bernardo Tessarollo¹; Guilherme Abdalla Viana²; Jaime Araújo Oliveira Neto¹; Daniella Braz Parente^{1,2}; Ricardo Andrade Pinheiro¹; Felipe D'Almeida e Silva¹; Guilherme Baptista Villa¹; André Francisco Junqueira Moll¹; Antonio Luis Eiras de Araújo^{1,2}.

¹ Rede D'Or; ² Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Introdução: As alterações esplênicas podem ser classificadas em congênitas, traumáticas, inflamatórias, distúrbios vasculares, desordens hematológicas, tumores benignos, malignos e miscelâneas. A proposta deste trabalho é demonstrar o benefício da ressonância magnética no diagnóstico das alterações esplênicas. **Descrição do Material:** Foi realizada análise dos exames de ressonância magnética do abdome com diagnóstico de alteração esplênica focal nos últimos oito anos. Apresentamos vários casos, ilustrando as principais lesões focais do baço. Os exames foram realizados em aparelhos de 1.0T e 1.5T utilizando as sequências ponderadas em T1 com supressão de gordura antes e após contraste venoso (estudo dinâmico), em fase e fora de fase, e T2 com e sem supressão de gordura. Os casos escolhidos foram comprovados por punção-biópsia, anatomopatológico ou apresentação típica de imagem. **Discussão:** Por muito tempo a lesão esplênica foi negligenciada e subavaliada pelos métodos de imagem. Com a ressonância magnética e seus recursos de excelente caracterização tissular e o estudo do comportamento das lesões após o uso de contraste extracelular consegue-se a correta caracterização das afecções do baço. Portanto, as análises do sinal e do padrão de impregnação são excelentes recursos diagnósticos das várias lesões esplênicas focais e condições patológicas estudadas, como: alterações congênitas, baço acessório, poliesplenia/asplenia, abscesso piogênico, lesões fúngicas (candidíase), tuberculose, infarto, malformação arteriovenosa, pseudoaneurisma pós-trauma, tumores benignos (cistos verdadeiros, pseudocistos, hemangiomas tipos I/II/III, hamartoma), e tumores malignos (metástases e linfoma).

P-119 – Pileflebite mesentérica: relato de caso.

Juliana Guidoni; Pedro Alberto Vidal Anderson; José Pereira Rocha; Bruna de Oliveira Nascimento; Tadeu Pereira Rocha; Nádia Prata Vargas; Gustavo Lima Bedim; Daniela M. Sueth; Carolina Corcino Maia; Gilberto Mendes Sfair.

Conferência São José do Avaí.

Introdução: Pileflebite é uma doença grave e rara, geralmente secundária a processo infeccioso intra-abdominal. O diagnóstico é considerado quando há infecção intra-abdominal que curse com alterações sugestivas de doença hepática. Dor abdominal, icterícia e febre são os sintomas mais comuns. Os exames complementares mais valiosos para elucidação diagnóstica são a ultrassonografia com Doppler e a angiotomografia computadorizada, que além de demonstrarem tromboflebite da veia porta ou seus ramos, identificam sua etiologia e complicações. O tratamento baseia-se na antibioticoterapia de largo espectro por tempo prolongado. **Material:** Paciente de 70 anos, do sexo masculino, apresentou quadro de febre associada a dor em fossa ilíaca esquerda e icterícia. Ao exame físico, encontrava-se taquicárdico, icterício, com hepatomegalia e dor à palpação em fossa ilíaca esquerda, associada a sinais de irritação peritoneal. Exames laboratoriais revelavam leucocitose, hiperbilirrubinemia e aminotransferases elevadas. Suspeitando-se de diverticulite, foi solicitada tomografia computadorizada abdominal, que identificou doença diverticular colônica e presença de gás na veia mesentérica superior. Realizou-se ultrassonografia com Doppler, que mostrou ausência de fluxo em veia mesentérica superior, fechando assim o diagnóstico de tromboflebite secundária à diverticulite. **Discussão:** Pileflebite é uma complicação incomum das infecções intra-abdominais. A clínica é inespecífica. Geralmente o diagnóstico é difícil e tardio, mas mesmo feito precocemente e com tratamento adequado, a mortalidade ainda é elevada (30%).

P-120 – Esteatose focal e área poupada em esteatose. Onde e por quê?

Fernanda Caseira Cabral¹; Tatiana Chinem Takayassu¹; Jaime Araújo Oliveira Neto²; Daniella Braz Parente^{1,2}; Bernardo Tessarollo²; Ricardo Andrade Pinheiro²; Felipe D'Almeida e Silva²; Guilherme Baptista Villa²; André Francisco Junqueira Moll²; Antonio Luis Eiras de Araújo^{1,2}.

¹ Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – Universidade Federal do Rio de Janeiro; ² Rede D'Or.

Introdução: A esteatose hepática vem tornando-se altamente prevalente em países do ocidente, desenvolvidos e em desenvolvimento. A sua apresentação nos métodos de imagem também é extremamente frequente e formas não homogêneas de distribuição da esteatose, como área poupada em esteatose difusa e esteatose focal, não raro estão presentes. O objetivo do trabalho é identificar os locais mais frequentes do aparecimento destas formas de esteatose e discutir mecanismos causais para as principais apresentações. **Descrição do Material:** Foi realizada análise dos exames de ressonância magnética do abdome em pacientes com esteatose de distribuição heterogênea pela técnica de Dixon (gradiente eco em fase e fora de fase) nos últimos dois anos. Apresentamos vários casos ilustrando as principais apresentações de esteatose focal e área poupada em esteatose difusa. Os exames foram realizados nos aparelhos de 1.5T. **Discussão:** As apresentações mais usuais de esteatose focal ocorrem ao redor do ligamento falciforme, seja nos segmentos IV, II ou III, na região dorsal dos segmentos IV, III e II, perivenosa e nodular multicêntrica. A área poupada ocorre também ao redor do ligamento falciforme e no aspecto posterior dos segmentos do lobo esquerdo, como também na adjacência da vesícula biliar, junto à inserção diafragmática, ao redor de costelas ântero-inferiores e de forma aleatória. Os mecanismos que justificam a esteatose localizada podem estar relacionados ao maior aporte focal de insulina intra-hepática através de circulações específicas ou ser secundário à relativa injúria vascular, por serem territórios vasculares distais. A área poupada de esteatose geralmente é decor-

rente de uma redução absoluta ou relativa de fluxo portal localmente, seja por efeito compressivo, aumento de aporte arterial ou diluição do fluxo portal.

P-121 – As diferentes faces da hiperplasia nodular focal (HNF).

Bernardo Tessarollo¹; Nina Ventura Wilner²; Jaime Araújo Oliveira Neto¹; Daniella Braz Parente^{1,2}; Ricardo Andrade Pinheiro¹; Felipe D’Almeida e Silva¹; Guilherme Baptista Villa¹; André Francisco Junqueira Moll¹; Antonio Luis Eiras de Araújo^{1,2}.

¹ Rede D’Or; ² Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Introdução: A hiperplasia nodular focal (HNF) é considerada a segunda causa mais frequente de lesão nodular benigna hepática, representando cerca de 8% de todo este grupo. Tem uma apresentação por imagem que, quando clássica, dispensa qualquer outra etapa diagnóstica para a sua confirmação. Entretanto, algumas apresentações não preenchem todos os critérios diagnósticos e podem causar confusão diagnóstica, condutas inadequadas e biópsias desnecessárias. O foco do trabalho é demonstrar as apresentações não típicas da HNF, com o objetivo de familiarizar o radiologista com as variações, não tão raras, desta entidade. **Descrição do Material:** Foi realizada análise dos exames de ressonância magnética (RM) e tomografia computadorizada helicoidal (TCH) de pacientes com diagnóstico de HNF nos últimos cinco anos. Descrevemos vários casos ilustrando as diferentes apresentações não clássicas da HNF. Os exames foram realizados em aparelhos de RM 1.5T e 3.0T com ponderações T1 (com e sem contraste) e T2, e de TCH com 1, 4, 16, 32 e 64 detectores antes e após contraste venoso. Os casos escolhidos foram comprovados por punção-biópsia, anatomopatológico ou controle evolutivo por imagem. **Discussão:** A apresentação clássica da HNF representa um nódulo homogêneo de baixo contraste em relação ao fígado circunjacente na RM e TCH. Há cicatriz central com evidentes hipossinais em T1, hipersinal em T2 e hipodensidade na TCH. Há intenso realce homogêneo com lavagem lenta e realce tardio da cicatriz. As principais formas atípicas encontradas foram: ausência de cicatriz central, cicatriz excêntrica, cicatriz com baixo sinal em T2, cicatriz só vista em fase tardia, HNF gigante, com gordura, multicêntrica e heterogênea. O conhecimento das formas variantes de apresentação por imagem da HNF auxilia o correto diagnóstico desta entidade e seleciona casos específicos para prosseguimento de investigação.

P-122 – Linfangioleiomiomatose: achados clinicorradiológicos e descrição de casos.

Ana Rita Soares; Otton Reis; Cláudia Juliana Rezende; João Paulo Batistoni; Alexandra Barcelos; Sérgio Couto; Glenia Franco; Marcelo Carneiro; Patrícia Gomes; Henrique Moraes.

Hospital Madre Teresa.

A linfangioleiomiomatose é uma doença idiopática rara que afeta o parênquima pulmonar de mulheres em idade fértil, caracterizada por cistos pulmonares à tomografia computadorizada (TC) e proliferação de células musculares lisas à biópsia pulmonar. Certos achados abdominais são vistos em mais de 50% das pacientes. O diagnóstico etiológico dessas alterações geralmente ocorre após a identificação da patologia pulmonar associada. A apresentação clínica mais comum é dispnéia aos esforços e pneumotórax recorrente, além de tosse não produtiva, hemoptise, derrame pleural e ascite de aspecto quiloso. A espirometria revela obstrução crônica das vias aéreas. Os achados radiológicos básicos à radiografia simples são inespecíficos e incluem padrão intersticial reticulonodular nas bases pulmonares, sinais de hiperinsuflação, pneumotórax e derrame pleural. A TC de alta resolução mostra cistos pulmonares de paredes finas, distribuídos simétrica e uniformemente pelo parênquima pulmonar, em 100% dos pacientes, circundados por parênquima tipicamente normal. Linhas septais rela-

cionadas a edema intersticial linfático e pequenas áreas mal definidas de maior atenuação, resultantes de focos de hemorragia e/ou edema alveolar, podem estar presentes. Outras manifestações torácicas são linfonodomegalia mediastinal e dilatação do ducto torácico. Achados abdominais ocorrem na maioria dos pacientes. Angiomiolipomas renais são observados em 20% a 54% dos casos, caracterizados por pequenas e múltiplas lesões acometendo o córtex, com conteúdo adiposo e componente de músculo liso e vascular. Linfangioleiomiomas consistem em massas hipoatenuantes de tamanhos variáveis, normalmente identificadas no retroperitônio. Descrevemos três casos de linfangioleiomiomatose que exibem características clinicorradiológicas pouco usuais: mulher em faixa etária climatérica em uso de terapia hormonal estrogênica exibindo acometimento pulmonar difuso típico (caso 1); paciente apresentando biópsia compatível com linfangioleiomiomatose de massa na região cervical (caso 2); e paciente apresentando múltiplas massas retroperitoneais abdominais e pélvicas, compatíveis com linfangioleiomiomas e múltiplos cistos nas bases pulmonares (caso 3).

P-123 – Disfagia por compressão cardíaca – diagnóstico pela radiografia contrastada: relato de caso.

Juliana Guidoni; Pedro Alberto Vidal Andresson; Angélica Almeida Heymann; José Pereira Filho; Tadeu Pereira Rocha; Bruna de Oliveira Nascimento; Nádia Prata Vargas; Daniela M. Sueth; Carolina Corcino Maia; Gilberto Mendes Sfair.

Conferência São José do Avaí.

Introdução: O átrio e o ventrículo esquerdo são as câmaras cardíacas mais posteriores, encontrando-se em íntima relação com estruturas mediastinais, particularmente o esôfago. Em alguns casos, o aumento do volume dessas duas estruturas desloca o esôfago, empurrando-o entre a coluna torácica e a aorta descendente, o que leva a uma compressão extrínseca, tornando-se uma causa atípica de disfagia. Nesse relato descrevemos a importância dos métodos de imagem contrastados para o diagnóstico. **Material:** Paciente de 68 anos, sexo masculino, agricultor aposentado, em tratamento irregular para hipertensão arterial, procurou o ambulatório de gastroenterologia com queixas de disfagia progressiva para alimentos sólidos há 3 anos, sem emagrecimento ou qualquer outra queixa. Foi solicitada, primeiramente, endoscopia digestiva alta, a qual não evidenciou alterações; posteriormente, foi realizada esofagografia que demonstrou trânsito esofágico processando-se com dificuldade a partir do terço médio, sem alterações no relevo mucoso. Durante a realização dinâmica do exame, observou-se compressão extrínseca do esôfago pelo aumento da área cardíaca, definindo a causa da disfagia. **Discussão:** Os exames de imagem contrastados vêm caindo em desuso nos últimos anos; neste relato é enfatizada a importância de um exame dinâmico, como a esofagrafia, que levou ao diagnóstico. A compressão cardíaca é uma rara causa de disfagia e deve sempre ser lembrada como diagnóstico diferencial das causas disfágicas, principalmente nos pacientes portadores de cardiomegalia.

P-124 – Doença hepática difusa: avaliação por ressonância magnética.

Antonio Carlos Muccillo Junior¹; Jaime Araújo Oliveira Neto²; Daniella Braz Parente^{1,2}; Bernardo Tessarollo²; Ricardo Andrade Pinheiro²; Felipe D’Almeida e Silva²; Guilherme Baptista Villa²; André Francisco Junqueira Moll²; Antonio Luis Eiras de Araújo^{1,2}.

¹ Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – Universidade Federal do Rio de Janeiro; ² Rede D’Or.

Introdução: As doenças difusas hepáticas representam um grupo heterogêneo que apresenta, em comum, a injúria hepática global, habitualmente crônica, e que em alguns casos pode evoluir para fibrose e cirrose. A ressonância magnética (RM) é o principal método de ima-

gem que identifica e diferencia as principais causas de afecção hepática difusa, possibilitando a caracterização etiológica e a quantificação em algumas situações. **Descrição do Material:** Foi realizada análise dos exames de RM do abdome com diagnóstico de afecção hepática difusa de diferentes etiologias nos últimos oito anos. Apresentamos vários casos, ilustrando as principais causas de doença difusa hepática com caracterização e quantificação das diferentes etiologias de lesão difusa no fígado. Os exames foram realizados em aparelhos de 1.5T com ponderações T1 (com e sem contraste) e T2. Foram feitos protocolos para avaliação de esteatose com técnica de desvio químico e espectroscópica, e para avaliação da quantidade de ferro tecidual hepático. Os casos escolhidos foram comprovados por punção-biópsia, anatomopatológico ou apresentação típica de imagem. **Discussão:** As principais lesões hepáticas difusas são cirrose, esteatose e hemocromatose. Outras causas menos frequentes são hepatites, síndrome de Budd-Chiari e diferentes distúrbios vasculares. Os aspectos morfológicos da RM caracterizam a cirrose. As técnicas de desvio químico e espectroscópica possibilitam a quantificação da esteatose. A sobrecarga de ferro é bem avaliada por diferentes protocolos, como o proposto pela Universidade de Rennes e amplamente utilizado. Outras formas de doença hepática difusa são bem avaliadas no estudo da RM convencional associada à angio-RM. Em termos gerais, a RM é um método já utilizado amplamente na caracterização da doença difusa hepática e um promissor método de quantificação destas entidades. Isto possibilita uma abordagem não invasiva e cada vez mais acurada da doença difusa hepática.

P-125 – Tomografia computadorizada no trauma abdominal: o que o radiologista deve saber.

Aline Pinto^{1,2}; Mônica Chamas^{1,2}; Gabriela Spilberg^{1,2}; Alessandro Depianti^{1,2}; Cláudia Camisão^{1,2}; Ana Lúcia Neves^{1,3}; José Waldir Leopércio Júnior^{1,3}.

¹ Hospital Estadual Adão Pereira Nunes; ² Clinirad Diagnóstico; ³ Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro.

Introdução: Trauma é uma importante causa de incapacidade permanente e morte, principalmente em adultos jovens. Aproximadamente 10% das mortes por traumatismo são causadas por lesões abdominais. O trauma contuso é o mais frequente, a maioria consequente a acidentes automobilísticos, lesões por esmagamento, explosão e quedas de local alto, podendo acarretar lacerações e hematomas nos órgãos sólidos (fígado, baço) ou aumentar a pressão intraluminal nos órgãos ocos (intestinos, vasos sanguíneos), com ruptura destes, e hemoperitônio. As lesões por desaceleração geram injúrias vasculares. Um avanço significativo na atenção imediata ao trauma foi o uso da tomografia computadorizada multidetectores (TCMD). Por ser um exame de rápida realização, associado a redução dos artefatos de movimento, possibilita uma cobertura maior do paciente, com boa resolução e a execução de reconstruções multiplanares. A injeção venosa do meio de contraste permite opacificação dos vasos sanguíneos e realce dos órgãos sólidos, identificando lesões de forma precoce e fidedigna. O objetivo do estudo é enfatizar os achados mais frequentes no trauma abdominal, familiarizando o radiologista emergencista com os protocolos da TCMD e a identificação das lesões mais importantes. **Material:** Foram analisados exames de TCMD de abdome em pacientes vítimas de trauma provenientes da emergência de hospital público de referência. Agrupamos as lesões mais comuns, descrevemos os achados que o radiologista não pode deixar de procurar e fazemos uma correlação com dados da literatura. **Discussão:** A TCMD é um método sensível e específico para detecção de lesão abdominal no traumatismo, sendo o padrão ouro. Em nossa instituição, o uso da TCMD na avaliação inicial e no acompanhamento das vítimas de trauma permitiu reduzir as taxas de laparotomias exploradoras desnecessárias e aumentar as do tratamento conservador não cirúrgico, melhorando, conseqüentemente, a morbimortalidade desses pacientes e corroborando dados da literatura.

P-126 – Avaliação da positividade da colangiografia peroperatória em pacientes submetidos a colecistectomia laparoscópica.

Mateus Saldanha Cardoso; Julio Cesar Santos da Silva; Maysa das Graças Ferreira; Felipe Pinto Ireño; Paulo Anderson Bertulucci; Carlos Augusto Cantera Raposo Camara; Celso Junior Oliveira Teles; Karla Veleziano Lara; Luiz Ronan M.F. Souza; Eduardo Crema.

Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Introdução: A colecistectomia laparoscópica é o tratamento de escolha para pacientes com colecistopatia calculosa, embora o manejo da coledocolitíase associada ainda permaneça assunto controverso. O presente estudo baseou-se na análise prospectiva de pacientes submetidos à colecistectomia com colangiografia peroperatória, pretendendo assim avaliar a positividade do exame contrastado das vias biliares em pacientes com colelitíase sem indicação para colangiografia. **Material e Métodos:** Foram incluídos, no estudo, 100 pacientes cujos parâmetros clínicos, laboratoriais e de imagem feitos até no máximo 10 dias antes da colecistectomia não apresentaram qualquer alteração no pré-operatório e, portanto, considerados pacientes insuspeitáveis para coledocolitíase. As colangiografias foram analisadas e examinadas pela equipe cirúrgica, pelo radiologista e pelos autores deste estudo. Os laudos foram comparados e correlacionados com achados clínicos e laboratoriais prévios dos pacientes. **Resultados:** A incidência de coledocolitíase insuspeitável no pré-operatório foi de apenas um único caso entre 100 pacientes sem indicação para o exame, representando, portanto, a prevalência de 1% de positividade da colangiografia peroperatória quando realizada de maneira seletiva e criteriosa em pacientes com clínica, exames laboratoriais e de imagem normais no pré-operatório recente. **Conclusão:** Com base neste material, pode-se concluir que o emprego da colangiografia seletiva é segura e deve ser empregada no tratamento da colecistite calculosa.

P-127 – As formas de apresentação da colangite esclerosante primária por colangiorressonância magnética.

Ana Livia Garcia Brum¹; Pedro Henrique Rodrigues Martins²; Bernardo Tessarollo¹; Jaime Araújo Oliveira Neto¹; Daniella Braz Parente^{1,2}; Ricardo Andrade Pinheiro¹; Felipe D'Almeida e Silva¹; Guilherme Baptista Villa¹; André Francisco Junqueira Moll¹; Antonio Luis Eiras de Araújo^{1,2}.

¹ Rede D'Or; ² Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Introdução: A colangite esclerosante primária (CEP) é uma afecção inflamatória autoimune das vias biliares que apresenta curso crônico com exacerbações agudas. O diagnóstico desta entidade só é feito com bases histopatológicas em cerca de 30% dos casos. No restante, a imagem tem importante atuação para a sua caracterização e os métodos colangiográficos, especialmente não invasivos como a colangiorressonância magnética (CRM), vêm se tornando essenciais ao diagnóstico. Portanto, torna-se de fundamental importância o conhecimento das diferentes fases evolutivas da CEP na CRM para que haja melhor compreensão da entidade, bem como os recursos e limitações do método. **Descrição do Material:** Foi realizada análise dos exames de CRM em pacientes com diagnóstico de CEP nos últimos cinco anos. Apresentamos vários casos ilustrando as principais apresentações da CEP na CRM. Os exames foram realizados em aparelhos de 1.0T e 1.5T, seqüências colangiográficas de cortes finos com reconstrução em 3D e de cortes espessos em tiro curto, ambas fortemente ponderadas em T2. Os casos apresentados foram confirmados por punção-biópsia, anatomopatológico ou apresentação típica por imagem. **Discussão:** A fase inicial da CEP pode apresentar exame de CRM absolutamente normal e o diagnóstico não pode ser feito pelo método nesta situação. Os primeiros achados estão relacionados a irregularidades das paredes ductais biliares. A evolução do processo determina o aparecimento de estenoses com conseqüentes dilatações. Em fases mais avançadas há a perda da visualização dos ductos biliares. Em relação ao local de comprometimento, é mais usual a doença ocorrer nos ductos

intra-hepáticos, seguido por comprometimento intra-hepático e extra-hepático e sendo raras as alterações exclusivas extra-hepáticas. A CRM é uma excelente ferramenta não invasiva do diagnóstico e acompanhamento evolutivo da CEP.

P-128 – Fusão esplenogonadal e útero didelfo.

Lívia Soares Ferreira¹; Larah Betania de Sousa¹; Joana Atab²; Márcia Cristina G. de Oliveira Moraes¹; Dayse Xavier Neves³; Alice Brandão¹.

¹ Clínica Radiológica Luiz Felipe Mattoso; ² IRM – Instituto de Ressonância Magnética; ³ Particular.

Paciente feminina, 24 anos, procurou nosso serviço para realização de ressonância magnética da pelve (RMP) a fim de complementar ultrassonografia transvaginal que sugeriu malformação congênita uterina. Nuligesta, com fluxo menstrual normal e ciclos regulares, sem hormônio, dor pélvica ou história de cirurgias. Fez RMP em aparelho de 1.5T, após a administração de gel endovaginal e solução salina endo-retal, antes e após gadolínio intravenoso, que constatou útero didelfo com septação vaginal. Identificamos a presença de imagens sólidas contíguas, isointensas nas sequências pesadas em T1 e T2, em contato com ovário esquerdo, estendendo-se à goteira parietocólica esquerda. Complementado com estudo do abdome, o exame demonstrou lesões formando uma espécie de cordão ligando o ovário esquerdo ao polo inferior do baço, em aspecto de “colar de contas”, com intensidade de sinal e padrão de captação de contraste igual ao baço, caracterizando fusão esplenogonadal contínua. Esta é uma entidade rara, de apresentação mais comum no sexo masculino, caracterizada por uma conexão anormal da gônada esquerda com o baço ou com tecido esplênico ectópico, podendo apresentar-se nas formas contínua ou descontínua, geralmente associada com outras anomalias. Uma explicação embriológica para essa desordem é adesão dos precursores esplênico e gonadal que se encontram próximos antes da sexta semana da vida gestacional, podendo haver falha na separação. Apresenta como principal diagnóstico diferencial baço acessório, essencialmente quando na forma descontínua. Concluímos que a paciente referida encontra-se numa estatística extremamente escassa, com raros casos relatados na literatura de fusão esplenogonadal contínua diagnosticada em adulto do sexo feminino, acompanhada de útero didelfo.

P-129 – Tumor neuroendócrino primitivo da pelve.

Wesley Marcelino Lopes de Oliveira; Douglas de Carvalho Leal; Gabriela Medeiros Curzio; Otávio Henrique Campos Paiva; João Paulo Lira Barros Almeida de Souza; Thiago Maggini Delazari; Márcio Spivak; Magnus Gregory Tavares; Cléverson de Souza Raposo; Marcos Decnop. Instituto Nacional de Câncer.

Introdução: Tumor neuroectodérmico primitivo (PNET) periférico é um sarcoma de partes moles raro e agressivo. Corresponde a neoplasia de pequenas células redondas, originária da crista neural, que se desenvolve fora do sistema nervoso central. Representa 1% dos sarcomas de tecidos moles. Acomete predominantemente homens brancos com idade entre 10 e 30 anos. Localizações mais comuns: parede torácica (tumor de Askin), região paravertebral e retroperitônio, sendo rara a apresentação pélvica. **Descrição do Material:** Relato de caso de homem de 39 anos, com queixa de constipação, tenesmo, polaciúria e perda ponderal. Ao exame físico apresentava abdome globoso, indolor, com tumoração ocupando hipogástrio; circulação colateral na parede abdominal do tipo cava inferior; toque retal com massa extrínseca em fundo de saco. Retossigmoidoscopia revelou compressão extrínseca a 15 centímetros da margem anal. Foram realizadas tomografia computadorizada (TC) *multislice* e ressonância magnética (RM), ambas sem administração de meio de contraste devido a insuficiência renal aguda, sendo evidenciada volumosa formação expansiva sólida heterogênea, de contornos lobulados e limites parcialmente definidos, com áreas de degeneração cístico-necrótica e focos cálcicos de permeio, ocupando a cavidade pélvica, comprimindo a bexiga,

reto e veia cava inferior. O diagnóstico foi confirmado por estudo histopatológico após biópsia. **Discussão:** PNET periférico é um tipo raro e agressivo de neoplasia com baixa incidência na cavidade pélvica. Apresenta-se radiologicamente como formação expansiva de partes moles, geralmente volumosa, de contornos bem definidos ou característica infiltrativa/invasiva, com áreas de degeneração cístico-necróticas e acentuado realce após contraste; calcificações e linfonodomegalias regionais são incomuns. O prognóstico é sombrio (sobrevida em cinco anos de 45% a 55%). A cirurgia é geralmente o tratamento de escolha, mas a cura é obtida na minoria dos casos. Radioterapia consiste no passo terapêutico seguinte. Quimioterapia é indicada especialmente em crianças menores de três anos e idosos.

P-130 – Intestinal polyposis syndromes revisited.

Adonis Manzella; Paulo Borba Filho; Marcella Farias; Demostenes Costa; Cassia Fonseca; Heraclio Costa; Rafael Gadelha; Rodrigo Moreira; Eolo Albuquerque.

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco.

Introduction: A gastrointestinal (GI) polyp is defined as a mass of the mucosal surface protruding into the lumen of the bowel. Polyps can be neoplastic, nonneoplastic, or submucosal. GI polyposis is characterized by multiple polyps within the GI tract. A variety of polyposis syndromes can affect the GI tract. These polyposis syndromes may be classified as familial inherited (autosomal dominant) or nonfamilial. The purpose of this exhibit was to review the main characteristics of these syndromes emphasizing the most important features for the differential diagnosis. **Materials and Methods:** Each entity will be discussed separately and divided by topics which will include definition, clinical manifestations, diagnosis (imaging features), differential diagnosis and complications. Different imaging modalities and pictures will be used to illustrate these syndromes. This presentation will address the following conditions: familial polyposis, Gardner syndrome, Peutz-Jeghers syndrome, juvenile polyposis syndrome, Cowden disease, Ruvalcaba-Myhre-Smith syndrome, Turcot syndrome and Cronkhite-Canada syndrome. **Discussion:** GI polyps may be asymptomatic, but they may also occur with rectal bleeding and diarrhea. The urgency of case tracing and genetic counseling is related not so much to the symptoms of the disease but to the potential for the development of a colon carcinoma. From a prognostic viewpoint, these syndromes must be recognized, because the adenomatous polyps are premalignant. These syndromes should be considered when an intestinal polyp is recognized in the young, when two or more polyps are seen in any patient, when colon carcinoma is discovered in patients younger than 40 years, and when extraintestinal manifestations associated with these syndromes are discovered.

P-131 – O papel da esofagografia contrastada na avaliação de pacientes disfágicos e seus diferentes aspectos de imagem.

Daniel Carvalho de Oliveira; Tatiana Kelly Brasileiro de Sant’Anna; Cecil Wall Barbosa de Carvalho Neto; Guilherme Quintão Azevedo.

Hospital Santa Marcelina.

Introdução: A disfagia, queixa bastante frequente nos pacientes ambulatoriais, pode apresentar diferente espectro causal e consequente multiplicidade de achados imagiológicos. Classifica-se em orofaríngea quando há dificuldade em iniciar a deglutição, ou esofágica, caracterizada por dificuldade de progressão do alimento; além disso, a disfagia pode ser mecânica, geralmente para sólidos, ou por disfunção motora, geralmente progressiva para sólidos e líquidos. Recentemente, com maior disponibilidade de exames endoscópicos, há redução na indicação da esofagografia contrastada. Entretanto, este é método simples e relevante na avaliação da disfagia, tanto de causa mecânica, podendo constituir primeiro método de exame complementar, como de causa motora; nota-se ainda o baixo custo e risco do exame e ampla disponibilidade do método. **Descrição do Material:** Apresentam-se achados de imagem em pacientes disfágicos com as principais patolo-

gias esofagianas, em que a esofagografia revelou-se de importância diagnóstica. **Discussão:** A acalasia, causa motora de disfagia, representada por dilatação do esôfago, discinesia e relaxamento incompleto do esfíncter esofágico inferior com distensão terminal esofágica que se afila até o nível da junção gastroesofágica, que nunca se abre completamente e que pode ser secundária a neoplasia gástrica, e o espasmo esofágico, também de causa motora, que se caracteriza por peristalse primária insuficiente com múltiplas e repetitivas contrações não peristálticas, são prontamente diagnosticadas pelo exame contrastado. A estenose esofágica tem causas variadas como refluxo, radioterapia, ingestão de substâncias cáusticas, corpo estranho, entre outras; sua topografia, calibre e extensão são adequadamente avaliados pela esofagografia, que também evidencia caracteristicamente o pseudodivertículo de Zenker, formado pela herniação da mucosa junto à parede posterior da hipofaringe e acúmulo de contraste, manifestando-se por disfagia mecânica, regurgitação e halitose. A esofagografia contrastada mantém-se como método de relevância na elucidação etiológica, controle evolutivo e avaliação pré-operatória da disfagia, especialmente na suspeita de lesão obstrutiva ou distúrbio de motilidade esofágica, seja como método isolado ou complementar.

P-132 – Síndrome de Bouveret: relato de caso e revisão de literatura.

Henrique Sandrini Cascaes; Guilherme Beduschi; Luciane Stupp de Freitas; Frederico Arnoldo Pletz Filho; Fernando Vieira Silva; Leandro Jorge Machado; Jessica Raquel Holz; Karina Rodack.
Hospital Santa Isabel.

Introdução: A síndrome de Bouveret é uma complicação rara da colelitíase e trata-se da obstrução gastrointestinal alta por impaction de cálculo biliar no antro gástrico ou no duodeno proximal. Seu diagnóstico precoce é de extrema importância, uma vez que, quando realizado tardiamente, há aumento da mortalidade. **Descrição do Material:** Paciente masculino, 63 anos, há sete dias com vômitos incoercíveis “em borra de café” após ingestão de líquidos ou sólidos, negava dor abdominal. Ao exame físico apresentava abdome distendido, sem dor à palpação. A radiografia simples do abdome demonstrava distensão líquida do estômago e pouca quantidade de gás em alças intestinais, sugerindo obstrução gastrointestinal alta. A TC do abdome demonstrava aerobilia, vesícula biliar pouco distendida, com imagens hiperdensas no seu interior, borramento dos planos adiposos peribiliares, limites indefinidos entre a vesícula biliar e o antro gástrico, estômago distendido com líquido até a primeira porção do duodeno, onde se observava zona de transição para o duodeno não distendido e imagem nodular hiperdensa, semelhante às visualizadas na vesícula. Tais achados são compatíveis com a síndrome de Bouveret. **Discussão:** O termo íleo biliar refere-se à obstrução por cálculo biliar no íleo distal e ocorre em 15% dos pacientes com fistula bilioentérica, sendo a impaction gástrica ou duodenal responsável por apenas 2–3% dos casos de obstrução gastrointestinal por cálculos biliares. A apresentação clínica é inespecífica. O diagnóstico pode ser sugerido pela radiografia de abdome quando demonstra a tríade de Rigler (obstrução intestinal, aerobilia e cálculo biliar ectópico), entretanto, na maior parte das vezes o diagnóstico é sugerido pela TC ou RM, que demonstra mais claramente a obstrução alta por cálculo biliar, além dos achados associados de aerobilia, colelitíase e, possivelmente, a fístula gastrobiliar.

P-133 – Pancreatite traumática em criança com formação de pseudocisto: relato de caso e revisão da literatura

Priscilla Radtke; Rafael Santiago Oliveira de Sales; Glenda Kerr; Gustavo Lopes de Araújo; Cesar Augusto Machado; Irene Wiggers; Julian Catalan; Paulo Cesar Granero; Andrea Ceruti Hanemann; Erik Wanderley.
Hospital Santa Catarina de Blumenau.

Introdução: A pancreatite é uma condição clinicamente rara em crianças. A etiologia mais comum nesta faixa etária é o trauma. **Relato**

de Caso: Criança, nove anos, sexo feminino, com trauma no abdome superior há um dia, ocasionado pelo guidão da bicicleta. A tomografia computadorizada de abdome realizada na admissão hospitalar demonstrou pequena ascite e sinais de leve edema do pâncreas com área hipodensa focal. A paciente permaneceu com dor abdominal e sinais de irritação peritoneal, sendo solicitada nova tomografia computadorizada (quatro dias após a primeira), que evidenciou área hipodensa e irregular, de aspecto cuneiforme, na transição entre o corpo e a cauda do pâncreas, comunicando-se com volumosa formação cística que deslocava anteriormente o estômago, medindo 16,1×7,6×7,3cm nos maiores diâmetros. Foram feitos exames ultrassonográficos semanais, de controle, que evidenciaram medidas inalteradas durante dois meses, quando então houve regressão importante do volume e seu conteúdo tornou-se espesso e com *débris*. A paciente recebeu alta e continuou realizando acompanhamento ambulatorial, mantendo inalterado o quadro clínico e imaginológico. **Discussão:** A pancreatite aguda tem uma apresentação variável em crianças e os sintomas podem variar desde leve dor abdominal até grave envolvimento sistêmico. Alterações graves ocorrem menos comumente em crianças. As complicações incluem edema/inflamação, necrose, pseudocisto, abscesso e hemorragia. Os dois achados ultrassonográficos mais importantes são aumento do volume do pâncreas e diminuição da sua ecogenicidade. Os achados tomográficos são aumento glandular difuso ou focal, irregularidade do contorno, áreas difusas ou focais de redução da atenuação, que correspondem a edema ou necrose focal, alterações inflamatórias e coleções líquidas extrapancreáticas. Na pancreatite aguda grave a captação do contraste está diminuída. A sensibilidade e especificidade da tomografia computadorizada é de 90%.

**P-134 – Achados prevalentes na histerossalpingografia na prope-
dêutica da infertilidade.**

Haroldo Lucena Miranda Filho; Tábata Serena Fontenele; Eduardo Lima da Rocha; Alexandre Camarço Prado de Aguiar; Ticiane de Albuquerque Maranhão Soares; Pedro Mauro Rola de Souza; Michel Santos Palheta; José Carlos Godeiro Costa Junior; Livia Maria da Costa Gadelha; Sabrina Aguiar Moroni Lacerda.
Hospital Antônio Prudente.

Introdução: A histerossalpingografia, quando realizada na prope-
dêutica do casal infértil, é um importante instrumento de avaliação da anatomia uterina e, principalmente, da permeabilidade tubária, sendo classicamente o principal meio de investigação do fator tubário, implicado em 35% dos casos de infertilidade conjugal. O presente estudo se propõe a apresentar a prevalência de alterações encontradas na histerossalpingografia de mulheres inférteis. **Casística e Métodos:** Trata-se de um estudo retrospectivo em que foram alocadas todas as pacientes que procuraram, em um período selecionado de seis meses, o serviço de radiologia para realização de histerossalpingografia com a queixa de infertilidade. Foram estudados os laudos e imagens digitais arquivadas de um total de 118 pacientes, com idades entre 19 e 44 anos (média de 31,5; mediana de 31,12). **Resultados:** Do total estudado, 70 pacientes apresentaram exame normal e 48 apresentaram exame alterado. Os principais achados nos exames alterados foram: obstrução tubária unilateral (6), obstrução tubária bilateral (2), hidrossalpinge unilateral (2), hidrossalpinge bilateral (2), dilatação tubária sem obstrução (1), sinais indicativos de aderências pélvicas (6), defeito de enchimento da cavidade endometrial inespecífico, que pode representar mioma submucoso, pólipos ou hiperplasia endometrial (5), útero bicorno (2), síndrome de Asherman (1), endometriose tubária (1), entre outros achados menores e combinações de achados (20). **Conclusões:** O estudo nos infere a importância do papel da histerossalpingografia na avaliação da infertilidade, uma vez que, através de um exame relativamente sem maiores riscos de complicações e com pouco gasto de recursos, é possível chegar ao diagnóstico de inúmeras patologias que estão implicadas como fator etiológico da infertilidade. Além disso, mesmo quando não se chega ao diagnóstico

de certeza, a histerossalpingografia se faz significativa como exame de rastreamento na avaliação do fator tubouterino.

P-135 – Imaging of tropical diseases: a pictorial review.

Adonis Manzella; Paulo Borba Filho; Rafael Gadelha; Marcella Farias; Cássia Fonseca; Heráclio Costa; Demóstenes Costa; Rodrigo Moreira; Eolo Albuquerque.

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco.

Introdução: At least 1 billion people – one sixth of the world's population, or one person in six – suffer from one or more tropical diseases (TD), such as cholera, cysticercosis, foodborne trematode infections, hydatidosis, leishmaniasis, lymphatic filariasis, schistosomiasis, soil-transmitted helminthiasis and trypanosomiasis, although there are other estimates that suggest the number could be much higher. The purpose of this pictorial essay is to discuss and illustrate the imaging findings of some of these TD. **Methods:** The authors review the epidemiology, pathophysiology, life cycle, clinical manifestations, complications and imaging features of some TD. This presentation will be divided by topics. Included in this review are cysticercosis, hydatidosis, lymphatic filariasis, schistosomiasis mansoni, ascariasis, trypanosomiasis, strongyloidiasis, clonorchiasis, dengue, tuberculosis and amebiasis. The imaging features are illustrated using a multimodality approach (plain films, barium studies, ultrasound, angiography, CT and MRI) as well as pictures and schematic drawings when pertinent. **Discussion:** Several of these diseases, and others such as dengue, are vector-borne. Often, those populations most affected are also the poorest and most vulnerable and are found mainly in tropical and subtropical areas of the world. Some diseases affect individuals throughout their lives, causing a high degree of morbidity and physical disability. Others are acute infections, with transient, severe and sometimes fatal outcomes. Imaging may play an important role in the diagnosis of some TD and radiologists should be familiar with these imaging features.

P-136 – Aspectos de imagem na ressonância magnética das anomalias uterinas congênitas.

Luiz Antonio Moreira Pereira¹; Vivian Alvim Barroso².

¹ Hospital Geral Roberto Santos; ² Hospital Aliança.

Introdução: A ressonância magnética, pela capacidade de fornecer imagens multiplanares e pelo bom contraste entre os diferentes tipos de tecido, é a técnica ideal para avaliar as anomalias uterinas congênitas. A ultrassonografia, apesar de ser uma técnica mais acessível, é operador dependente e não possui um campo de visão tão amplo quanto a ressonância magnética. **Materiais e Métodos:** Foram avaliados exames do banco de dados do serviço de bioimagem do hospital, com as principais anomalias uterinas congênitas, sendo feita correlação entre os achados da ressonância magnética e ultrassonografia, e a diferenciação entre os vários tipos de anomalias. Dentre os tipos de anomalias uterinas encontradas no banco de dados estão um caso de síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser associado a tumor mucinoso do ovário, útero didelfo com obstrução da hemivagina, hematometocolpos e agenesia renal homolateral, e útero septado associado a teratoma ovariano. **Discussão:** As anomalias dos ductos de Muller (ADM) são vistas em aproximadamente 0,4% das mulheres submetidas a ultrassonografia e estão associadas a uma maior incidência de abortos espontâneos, outras complicações obstétricas e alterações menstruais; além disso, existe uma associação entre as ADMs e anomalias do aparelho urinário. Por causa da grande variação dos aspectos de imagem nas ADMs, um diagnóstico acurado é necessário para a decisão sobre o melhor tratamento e sobre o grau de complexidade do tratamento cirúrgico. A ressonância magnética é um método excelente para delinear o septo uterino, avaliar se o septo é completo ou incompleto, além da sua composição, e diferenciação entre os vários tipos de ADM e anomalias do aparelho urinário associadas. A sequência pesada em T2 permite a delimitação da anatomia zonal do útero.

P-137 – Apendagite epiploica – importância dos exames de imagem no diagnóstico: relato de caso.

Juliana Guidoni; Pedro Alberto Vidal Anderson; Bruna de Oliveira Nascimento; José Pereira Filho; Tadeu Pereira Rocha; Nádia Prata Vargas; Angélica Almeida Heymann; Maria da Glória C.R.M. Barros; Daniela M. Sueth; Carolina Corcino Maia.

Conferência São José do Avaí.

Introdução: Apendagite epiploica (AE) é uma condição inflamatória incomum, benigna, autolimitada e de bom prognóstico, resultante da torção, isquemia e inflamação espontânea de um apêndice epiploico. Manifesta-se por dor abdominal aguda localizada em quadrante inferior esquerdo; geralmente não há alteração laboratorial, porém, quando existe, se manifesta por piúria discreta e leucocitose. Neste relato descrevemos a importância dos exames de imagem para se evitar intervenções cirúrgicas desnecessárias. **Descrição do Material:** Paciente do sexo masculino, 46 anos, com queixa de dor abdominal de intensidade moderada, constante, localizada em fossa ilíaca esquerda, durante 3 dias. Sem queixa de febre ou alterações do hábito intestinal, apresentava-se em bom estado geral. O paciente foi submetido a ultrassonografia (US), que evidenciou lesão expansiva, ovoide, hiperecótica, não compressiva e com halo hipoeicoico. Foi então levado a tomografia computadorizada (TC), a qual demonstrou lesão paracólica, ovalar, com densidade de gordura, confirmando-se a suspeita. **Discussão:** Antes do advento da US e principalmente da TC, o diagnóstico da AE era frequentemente peroperatório, em função de não haver sinais e sintomas específicos que a diferencie da apendicite, diverticulite ou outros processos abdominais e pélvicos, como a torção de ovário ou adenite mesentérica. Hoje, com a utilização dos métodos de imagem, a conduta passou a ser conservadora, em ambulatório, sem a necessidade de antibiótico ou tratamento cirúrgico.

P-138 – Obstruções intestinais na tomografia computadorizada de múltiplos detectores: o que o radiologista deve saber.

Lígia Pacheco Rossi; Glauco Eduardo Saura; Fabio Branco Silva; Rodrigo Aleixo Martins; Marco Alexandre Mendes Rodstein; Thiago José Penachim; Adilson Prando.

Centro Radiológico Campinas – Hospital Vera Cruz.

Introdução: Na prática diária o radiologista tem papel importante na avaliação das obstruções intestinais, permitindo detectar o local, nível e muitas vezes a causa e complicações da oclusão intestinal. A tomografia computadorizada (TC) apresenta altas taxas de sensibilidade (90%), especificidade (96%) e acurácia (95%). Neste ínterim, a TC de múltiplos detectores (TCMD) vem se tornando o exame de primeira escolha na suspeita de abdome agudo obstrutivo devido à sua rápida aquisição de imagens e à maior facilidade de acompanhamento do trajeto de alças, em alguns casos mesmo sem utilização do meio de contraste oral. **Descrição do Material:** Foram arquivados os casos de oclusão intestinal do serviço de radiologia no período de um ano. Todos os pacientes estudados foram submetidos a TCMD (16 ou 64 detectores), conforme o protocolo empregado na suspeita de abdome agudo. Buscaram-se nas imagens os achados relevantes para a determinação do diagnóstico e do nível da obstrução, além das possíveis causas e complicações associadas, aos quais todo radiologista deve estar familiarizado. **Discussão:** A grande vantagem do uso da TCMD está na obtenção de informações fundamentais no manejo clínico e cirúrgico das obstruções intestinais, sendo de responsabilidade do radiologista a interpretação e documentação adequada de seus sinais clássicos como ponto de redução abrupta do calibre da alça, presença de níveis hídricos, colapso das alças distais e presença de material fecaloide em alça delgada. Espessamentos peritoneais, trajetos herniários, presença de faixas fibrosas, alterações de impregnação parietal e vascular, perfuração de alça, ascite, plastrões ou mesmo abscessos também devem ser relatados, pois são complicadores decisivos para a conduta terapêutica.

P-139 – Diagnóstico pré-operatório do câncer primário de tuba uterina através da RM: relato de 3 casos e revisão de literatura.

Márcia Alves; Leonardo Bittencourt; Eduardo Cupolilo; Antônio Coutinho Jr.; Vanessa Ferreira; Romeu Domingues.

CDPI – Clínica de Diagnóstico Por Imagem.

Introdução: Os cânceres primários da tuba uterina (CPTU) são extremamente raros, representando apenas 0,2–1,1% de todas as neoplasias malignas primárias ginecológicas. O diagnóstico pré-operatório é geralmente difícil, sendo a maioria dos casos um achado intra-operatório ou diagnóstico histológico. Além disso, é possível que a verdadeira incidência do CPTU esteja subestimada, uma vez que muitos são erroneamente identificados como tumor de ovário, mesmo na análise histopatológica, devido à semelhança. No entanto, a avaliação da morfologia tridimensional por imagem tem ajudado na detecção precoce do CPTU, com especial destaque para a ressonância magnética (RM). O objetivo deste trabalho é apresentar os achados pré-operatórios por RM de três casos de CPTU e revisar os atuais conhecimentos disponíveis na literatura, a fim de aumentar o grau de suspeição desta patologia e demonstrar que o método possui potencial para auxiliar no diagnóstico desta condição. **Descrição do Material:** Foram avaliados, prospectivamente, três casos com achados sugestivos de CPTU, através da RM, confirmados pela histopatologia, coletados a partir do arquivo pessoal dos profissionais envolvidos neste estudo. Todas as pacientes afetadas eram menopausadas. Os achados por RM foram: massa pélvica com aspecto serpiginoso e lesão cístico-sólida em forma de "salsicha". Houve comprometimento bilateral das tubas em um dos casos e disseminação peritoneal em outro. **Discussão:** A avaliação clínica, juntamente com a correta interpretação das imagens, parecem ser fundamentais para o diagnóstico do CPTU, com a RM desempenhando importante papel neste processo. O achado mais comum na RM é de massa sólida anexial relativamente pequena, unilateral, com baixa intensidade de sinal em imagens ponderadas em T1 e alto sinal em T2. Os aspectos por RM, quando avaliados de forma cautelosa e detalhada, podem sugerir o CPTU e assim melhorar o prognóstico da paciente.

P-140 – Doença de Cushing: rastreamento e cateterização dos seios petrosos inferiores.

Sueliana Marta Furieri Godoy¹; Rovena Scardini¹; Geovana Bertoldi Defaveri²; Aline dos Santos Nogueira²; Daniele Magalhães Sá²; Renata Caroline²; Jackeline Comarela Pin¹; Pedro Alberto Vidal Anderson²; Betina Mameri Pereira¹; José Carlos Oliveira Pereira².

¹ Universidade Iguazu, Itaperuna; ² Hospital São José do Avaí.

Introdução: Síndrome de Cushing (SC) aplica-se à exposição prolongada e inapropriada de glicocorticoides livres circulantes, tendo como etiologia mais frequente a iatrogênica. SC endógena tem incidência anual de 30 casos novos por milhão de habitantes, dividindo-se em ACTH dependente e ACTH independente, termo referido à dependência de corticotrofina para estimular o córtex adrenal. Doença de Cushing é reservada à SC causada por tumores hipofisários de corticotrofos e é a causa mais comum, apesar de raro, apresentando cerca de um novo caso por quarto de milhão da população por ano. Existe um predomínio por mulheres de 8:1, e geralmente ocorre entre 20 e 40 anos. Deve-se ressaltar a dificuldade em se estabelecer diagnóstico por interferências na coleta do material, custo e incidência de incidentalomas ao exame de imagem. **Descrição do Material:** Paciente V.G.A., 28 anos, casada, natural de Itaperuna, RJ, foi internada neste serviço para investigação etiológica de SC. Apresentava há 5 meses quadro de amenorreia, cefaleia, taquicardia e edema facial evoluindo com hipertensão arterial, fraqueza e diabetes. Ao exame apresentava lesões acneiformes disseminadas, obesidade central, hirsutismo, herpes zoster, *tinea corporis* e hiperpigmentação. Queixava-se de turvação visual à esquerda e diplopia. Evoluiu com sepse urinária. Realizadas tomografia craniana e ressonância magnética, foi possível obser-

var tumor em seio petroso inferior de 0,9cm. A ultrassonografia abdominal revelou hiperplasia adrenal com predomínio à esquerda. Foi encaminhada ao serviço de hemodinâmica, sendo realizado cateterismo de seios petrosos inferiores. **Discussão:** Os exames de imagem podem ser negativos e o teste de supressão de dexametasona pode ser falsamente negativo em pacientes com síndrome ectópica. Para a terapêutica é crucial a distinção entre as formas de hipercondicotisolismo ACTH dependente, para que os pacientes com doença hipofisária possam ser tratados por microcirurgia e pacientes com formas ectópicas não sejam submetidos aos riscos deste procedimento.

P-141 – Síndrome de Mirizzi: relato de caso.

Rodrigo Viana Cabral¹; Helivander Alves Machado²; Mariana Heredia Vieira²; Thiago Fernandes Nora².

¹ Universidade do Sul de Santa Catarina; ² Hospital Nossa Senhora da Conceição.

Introdução: Descrita em 1948 por um cirurgião argentino, esta síndrome pode ser definida como obstrução do ducto hepático comum (hepatocolédoco) causada por compressão de cálculo grande em infundíbulo (bolsa de Hartmann) ou ducto cístico. É ocorrência rara, sendo encontrada em menos de 1% das colecistectomias. Apresenta-se clinicamente como colecistite crônica, ou seja, dor tipo cólica biliar, de longa data. A obstrução do colédoco associada ao quadro de icterícia obstrutiva pode ocorrer, entretanto, com menor frequência. **Caso Clínico:** Paciente L.R.N., sexo masculino, branco, 45 anos, vendedor, natural e procedente de Tubarão, SC. Paciente internou-se devido a colelitíase e icterícia. Na ocasião da internação, o paciente apresentava-se com leve dor abdominal em hipocôndrio direito, sem irradiação e sem fatores de melhora ou piora. Durante o exame físico, encontrava-se icterício (3+/4+). O restante do exame físico era normal. Os exames laboratoriais foram: gama GT=1.011U/L; bilirrubina total= 5,48mg/dL; bilirrubina direta=5,01mg/dL; bilirrubina indireta=0,47mg/dL. Hemograma, glicemia de jejum e coagulograma estavam dentro dos padrões de normalidade. Foi realizada uma colangiopressão magnética, a qual evidenciou colelitíase e compressão parcial do hepatocolédoco devido a cálculos no infundíbulo da vesícula biliar e ducto cístico (síndrome de Mirizzi do tipo 1). Após o diagnóstico de colelitíase e síndrome de Mirizzi, o paciente foi submetido a intervenção cirúrgica. Foi realizada uma colecistectomia sem colangiografia por videolaparoscopia. O paciente apresentou boa evolução após o ato cirúrgico e recebeu alta hospitalar após 5 dias. **Discussão:** A síndrome de Mirizzi corresponde a quadro obstrutivo biliar com sede no ducto hepático comum ou no colédoco proximal, provocado por cálculos impactados no infundíbulo da vesícula biliar ou no ducto cístico. **Conclusão:** Com relação aos aspectos radiológicos dessa síndrome, a descrição clássica corresponde a quadro compressivo decorrente de cálculos impactados no infundíbulo ou no ducto cístico.

P-142 – Achados incomuns na região inguinal: ensaio iconográfico.

Paula Eiko Takau Brino; Beatriz Macedo de Almeida Pereira; Cícera Fabrícia Simplicio Gonçalves; Décio Prando; Carlos Duarte Adriano; Cícero Sinisgalli Junior.

Hospital Nossa Senhora de Lourdes.

Introdução: Região inguinal é o termo genérico usado para designar duas áreas distintas: o canal inguinal e o triângulo femoral. O objetivo deste trabalho é revisar a anatomia e discutir achados não usuais que podem acometer esta região do abdome. **Descrição do Material:** Estudo retrospectivo abrangendo 10 pacientes com anormalidades na região inguinal. Realizada revisão da literatura que aborda cada uma das entidades examinadas. **Discussão:** O canal inguinal é um canal orientado diagonalmente na parede abdominal inferior, bilateralmente, em sentido medial, inferior e anterior. Mede cerca de 4cm e tem duas aberturas, denominadas anéis inguiniais superficial e profundo. O anel

profundo é um orifício da fásia transversal, situado superiormente ao ligamento inguinal e lateralmente aos vasos epigástricos inferiores. O anel superficial é uma abertura na aponeurose do músculo oblíquo externo. O canal é formado pela descida do *gubernaculum testis*, que é uma faixa fibromuscular que migra do abdome superior em direção ao escroto. Na menina, dá origem ao ligamento redondo e no homem comanda a descida testicular. Posteriormente ao *gubernaculum*, a fásia transversal faz uma evaginação em direção ao lábio escrotal ou em direção à vagina, dando origem ao conduto peritoniovaginal ou canal de Nuck, respectivamente. O triângulo femoral contém a artéria e a veia de mesmo nome e o canal femoral, que é um espaço medial à veia femoral. Contém ainda vasos linfáticos, o nervo femoral e a veia safena magna. Pela grande diversidade de estruturas locais, torna-se muito importante conhecer adequadamente a embriologia e a anatomia regionais e suas possíveis alterações patológicas.

P-143 – Aspectos diagnósticos da lesão submucosa do esôfago.

Nelson Caserta; Ariel W. Aquino; Lucio G. Buzolin; Larissa Cortinas; Irene K. Barcelos.

Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Introdução: O objetivo deste trabalho é apresentar aspectos de imagem que permitam considerar o diagnóstico de lesão submucosa do esôfago, particularmente o leiomioma, que é o tumor benigno mais comum deste órgão. **Descrição do Material:** A partir do arquivo da instituição e da casuística pessoal dos autores, foram selecionados casos com o diagnóstico de lesão esofágica submucosa e destacados sinais importantes para esta caracterização, com ênfase para o esofagograma e a tomografia computadorizada (TC). **Discussão:** Leiomioma representa mais de 50% dos tumores benignos do esôfago. Suas características de imagem permitem, na maior parte das vezes, considerar o diagnóstico. Estes tumores são geralmente solitários e assintomáticos. São demonstrados sinais desta lesão no esofagograma. Na TC ocorre lesão homogênea e o diagnóstico diferencial com outros tumores é difícil. Outras situações que apresentam sinais de lesão originária da submucosa são consideradas como cisto de duplicação e diferenciação com compressão extrínseca. A familiaridade com os aspectos apresentados é importante para considerar a possibilidade de lesão submucosa em exames de imagem.

P-144 – Adenocarcinoma de úraco: relato de caso.

André Evangelista Torres; Cecil Wall Barbosa de Carvalho Neto; Henrique Bruno Damasceno Pessoa; Alessandro Rosa Rodrigues Chagas; Maurício Soares Rizzuto; Ricardo Artigiani Neto.

Hospital Santa Marcelina.

Introdução: O adenocarcinoma de úraco é uma neoplasia maligna rara, originada geralmente em sua porção justavesical, que acomete principalmente indivíduos do sexo masculino com idade entre 40 e 70 anos. O presente relato visa o estudo dos aspectos de imagem dessa neoplasia. **Descrição do Material:** A.S.S., masculino, 67 anos, apresentava hematúria macroscópica intermitente há 1 ano acompanhada de disúria e perda ponderal de 4 quilos. História progressiva de tabagismo e etilismo. Exame físico revelou massa palpável em hipogástrico. O ultrassom apresentou infiltração do teto da bexiga por massa complexa, supravesical, justaperitoneal e localizada em linha média do abdome. A tomografia computadorizada mostrou massa pélvica em região ântero-superior à bexiga, predominantemente hipoatenuante, heterogênea, apresentando áreas sólidas e focos calcificados de permeio, além de padrão hipovascular pós-contraste. A lesão invadia a bexiga, provocando falha de enchimento nesta e rebaixamento do teto vesical. Uretrocistografia retrógrada e miccional sem achados significativos para investigação. Na cistoscopia foi visualizada compressão extrínseca na bexiga, centrada por lesão sésil de aspecto infiltrativo. O paciente foi submetido a tratamento cirúrgico, com diagnóstico patoló-

gico de adenocarcinoma mucinoso e implante peritoneal positivo. Encaminhado para seguimento oncológico. **Discussão:** Em casos de adenocarcinoma de úraco, o ultrassom pode caracterizar massa em linha média, adjacente à parede anterior do abdome, em localização ântero-superior à bexiga, com ecogenicidade mista e calcificações. A tomografia computadorizada promove uma melhor avaliação da extensão local da neoplasia, assim como de metástases linfonodais e em órgãos a distância. Esse método demonstra massa predominantemente hipoatenuante, supravesical, em linha média, podendo se estender anteriormente à bexiga e a invadindo com frequência. A localização característica, seu componente extravesical predominante, calcificações periféricas de permeio e a hipoatenuação promovida pela mucina sugerem adenocarcinoma mucinoso do úraco.

P-145 – Uso de técnicas de fusão para correlação entre imagens de ressonância magnética ponderadas em difusão e ponderadas em T2 no estudo de neoplasias abdominais.

Jaime Araújo Oliveira Neto¹; Antonio Luis Eiras de Araujo^{1,2}; Daniella Braz Parente¹; Felipe D’Almeida e Silva¹; Renato Carvalho¹.

¹ Rede D’Or; ² Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Introdução: As sequências de imagem ponderadas em difusão vêm ganhando importância na avaliação das neoplasias da cavidade abdominal. Estas sequências têm como característica baixa resolução espacial e baixa relação sinal/ruído, que podem dificultar a interpretação das imagens. O objetivo do trabalho é demonstrar casos em que a fusão de imagens ponderadas em difusão com imagens ponderadas em T2 auxiliou na detecção ou caracterização de neoplasias abdominais. **Descrição do Material:** Foram selecionados exames de ressonância magnética do abdome e pelve que incluíam sequências ponderadas em difusão como parte do protocolo, nos quais a técnica de fusão das imagens foi de alguma forma útil à interpretação final. Os exames foram realizados em aparelho de 1,5T ou 3,0T. As imagens ponderadas em difusão foram realizadas com sequências spin-eco ecoplanares com valores de B variando entre 700 e 1500s/mm². São apresentados casos de colangiocarcinoma, metástases hepáticas, tumor urotelial, implantes peritoneais, adenocarcinoma de endométrio, adenocarcinoma de reto e adenocarcinoma de próstata. **Discussão:** A fusão das imagens ponderadas em difusão com imagens ponderadas em T2 gerou dois tipos de benefício diferentes. Nos casos de metástases hepáticas, implantes peritoneais e metástases linfonodais houve um aumento no número de lesões detectadas ou as lesões foram mais facilmente identificadas. Nos casos de colangiocarcinoma, adenocarcinoma de reto, adenocarcinoma de endométrio e adenocarcinoma de próstata houve uma maior facilidade na determinação das relações das lesões com estruturas adjacentes (estadiamento local).

P-146 – Litíase urinária: avaliação por TCMD.

Ana Livia Garcia Brum¹; Rodrigo S. Canellas²; Daniella Braz Parente^{1,2}; Jaime Araújo Oliveira Neto¹; Bernardo Tessarollo¹; Ricardo Andrade Pinheiro¹; Felipe D’Almeida e Silva¹; Guilherme Baptista Villa¹; André Francisco Junqueira Moll¹; Antonio Luis Eiras de Araujo^{1,2}.

¹ Rede D’Or; ² Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Introdução: A litíase urinária é uma das principais causas de dor abdominal ou lombar, com frequente procura de serviço de emergência. A imagem participa ativamente do diagnóstico e definição de conduta neste grupo de pacientes. A tecnologia com múltiplos detectores da tomografia computadorizada (TCMD) possibilita diversos recursos de reformatações que são importantes no melhor entendimento e definição de conduta da litíase urinária. O trabalho tem como objetivo demonstrar os benefícios da TCMD na litíase urinária. **Descrição do Material:** Foi realizada análise dos exames de TCMD em pacientes com litíase urinária nos últimos cinco anos. Apresentamos vários casos

ilustrando as diferentes apresentações da litíase urinária com reformatações mutuoplanares. Os exames foram realizados em aparelhos de TCMD com 16, 32, 40 e 64 canais. As imagens foram processadas e reformatadas em estações de trabalho. Os casos escolhidos foram comprovados por cirurgia, controle evolutivo ou apresentação típica por imagem. **Discussão:** A litíase no sistema urinário tem amplo espectro de apresentação por imagem, como cálculos caliciano, infundibular e piélico; cálculo coraliforme, ureteral, no óstio ureterovesical, na bexiga e na uretra; cálculos com e sem obstrução do fluxo urinário; em pacientes com cateter duplo J, dentre outras apresentações. A TCMD é uma excelente ferramenta na demonstração por imagem dos diferentes cálculos no sistema urinário.

P-147 – A zona juncional e a adenomiose estudadas pela ressonância magnética.

Décio Prando.

Hospital Nossa Senhora de Lourdes.

Introdução: Quando avaliado pela RM, o útero da mulher na fase reprodutiva exibe na sequência T2 três camadas distintas: o endométrio, a zona juncional e o miométrio externo. A adenomiose consiste na presença de glândulas e/ou estroma endometrial no interior do miométrio. **Objetivo:** Avaliar as modificações do aspecto destas três camadas durante as diferentes fases do ciclo menstrual e qual a participação da zona juncional no diagnóstico da adenomiose. **Métodos:** A espessura e as características de sinal da zona juncional foram estudadas em dois grupos assim constituídos: o primeiro formado por 12 pacientes voluntárias nas diferentes fases do ciclo e o segundo constituído de 32 pacientes com suspeita clínica de adenomiose. **Conclusão:** A espessura da zona juncional do útero é um parâmetro importante na avaliação da paciente com adenomiose. As irregularidades focais na espessura desta camada ou seu aumento difuso e persistente sugerem especificamente o diagnóstico de adenomiose.

P-148 – Rins policísticos em ferradura: relato de caso e revisão bibliográfica.

Heloísa Maria Chagas Rêgo; Miriam Maria Barbosa Albino; Lícia Maria Ricarte de Azevedo; Manoela Costa Neves; Tatiana Ribeiro Mindelo; Saulo Vasconcelos Vieira; Priscila Cavalcanti Ribeiro; Leandro Nazari; Assis Martins Maia; Silvio Cavalcanti de Albuquerque.

IMIP – Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira.

Introdução: A doença renal policística autossômica dominante (DRPAD) caracteriza-se pela presença de numerosas lesões císticas renais bilaterais, frequentemente assimétricas e de tamanhos variados, sendo responsável por até 10% a 15% dos pacientes que evoluem para fase de rim terminal e necessitam de diálise. Frequentemente associam-se ao dano renal lesões císticas em outras vísceras, lesões vasculares e cardíacas. O rim em ferradura é a anomalia de fusão renal mais comum, onde os polos inferiores estão unidos através da linha mediana por uma faixa fibrosa ou parenquimatosa. **Descrição do Material:** É apresentado caso de paciente do sexo feminino, 48 anos, portadora de insuficiência renal crônica. A tomografia computadorizada de abdome mostrou importante aumento volumétrico de todos os segmentos renais pela presença de múltiplas imagens císticas de variadas dimensões, combinado com fusão de seus polos inferiores, configurando doença renal policística em um rim em ferradura. **Discussão:** A DRPAD é o distúrbio renal hereditário mais comum, ocorre numa incidência de 1:500 a 1:1.000 indivíduos, não possui predileção por sexo e até 50% dos pacientes têm história familiar negativa, pois geneticamente é uma condição de expressão variável e que também pode ocorrer após mutação espontânea. Manifesta-se através de cistos não comunicantes, de tamanhos variados, que se desenvolvem e ocupam progressivamente o parênquima renal (córtex e medula), substituindo-o em sua quase totalidade e ocasionando aumento do volume renal proporcional ao número e tamanho das lesões císticas.

cas. Podem associar-se complicações com hemorragia interna, infecção, formação de cálculos, ruptura e obstrução, tão mais frequentes quanto maior o número e tamanho das lesões. As alterações clínicas costumam ser notadas entre os 30 e 50 anos de idade, ocorrendo insuficiência renal em até 50% dos pacientes por volta dos 60 anos.

P-149 – Útero septado incomum.

Lívia Soares Ferreira¹; Joana Atab Araújo²; Ricardo Bassil Lasmar³; Alice Brandão¹.

¹ Clínica Radiológica Luiz Felipe Mattoso; ² IRM – Instituto de Ressonância Magnética; ³ Universidade Federal Fluminense.

Paciente feminina, 21 anos, portuguesa, virgem, com dismenorrea, notadamente na fossa ilíaca direita, em tratamento hormonal contínuo (endometriose desde 15 anos). Cirurgias referidas: ooforoplastia à direita (cisto), salpingectomia ipsilateral, com lesão uretral e manipulação uterina em 2005. Com piora, veio ao Brasil para prosseguir investigação, sendo encaminhada para ressonância magnética da pelve para endometriose profunda. Alteração da morfologia uterina com imagem nodular heterogênea, apresentando sinal e impregnação de contraste semelhantes ao miométrio na periferia e área central, com conteúdo hemorrágico antigo, medindo 65cm³, localizada na parede lateral direita do útero, sem continuidade com a cavidade endometrial. Apesar do útero não estar lateralizado para a esquerda, como uterino rudimentar não comunicante foi sugerido como a primeira possibilidade diagnóstica, com diagnóstico diferencial de leiomioma com infarto hemorrágico. A vídeo-histeroscopia evidenciou cavidade uterina irregular, e apenas óstio tubário esquerdo. À direita, tecido fibroso ocluindo toda a hemicavidade direita sugerindo sinéquias. Laparotomia identificou tumor na região cornual; feita incisão no miométrio, percebendo cavidade sem comunicação sugerindo hemicavidade direita, pois na porção superior apresentava-se afilada como a região cornual, terminando na inserção da antiga tuba direita. Após septoplastia e síntese da parede uterina, nova histeroscopia visualizou uma única cavidade uterina ampla, com identificação das duas regiões cornuais. Este caso demonstra apresentação incomum do útero septado completo com uma das cavidades endometriais não comunicante, distendida com conteúdo hemorrágico antigo, sem relatos na literatura. O diagnóstico diferencial se faz com útero unicornio com corno uterino rudimentar não comunicante, mas nestes casos o útero é lateralizado. A laparoscopia identificou a importância do diagnóstico diferencial das malformações, bem como a dificuldade de seu diagnóstico após manipulação cirúrgica.

P-150 – Íleo biliar por obstrução no cólon sigmoide: relato de caso.

Balduino Kalil Dib Filho; Adilson Cunha Ferreira; Tuízy de Freitas Guimarães; Rodrigo Pinheiro Soares Gomes; Rodrigo Soares Perez; Ricardo de Medeiros Quirino; Gabriela Andrade Rezende; Francisco Antonio Grillo Junior; Flavio Rodrigues Nogueira Junior; Renato Campos Soares de Faria.

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

Introdução: A colelitíase representa uma rara causa de obstrução intestinal mecânica, sendo mais prevalente em pacientes idosos, com predileção pelo sexo feminino. A obstrução intestinal geralmente ocorre por impaction de um cálculo biliar no intestino devido a uma fistula entre a vesícula biliar e o trato digestivo. **Objetivo:** Descrever um caso incomum de obstrução intestinal por cálculo biliar impactado no cólon sigmoide, causada por uma fistula colecistoduodenal associada a incompetência da papila ileal. **Método:** A.L.S.F., 66 anos, masculino, apresentando quadro de suboclusão intestinal. O estudo radiográfico inicial evidenciou distensão gasosa difusa das alças intestinais, sugerindo processo obstrutivo baixo. A tomografia computadorizada do abdome evidenciou uma fistula entre a vesícula biliar e o duodeno e um cálculo biliar impactado no cólon sigmoide, estando a papila ileal dilatada. Após lavagem intestinal, o cálculo pôde ser retirado através de toque retal. Resolvido o quadro clínico, realizou-se estudo contrastado

do cólon, que foi normal. O paciente recebeu alta hospitalar, com a solicitação de colonoscopia e posterior programação cirúrgica. **Resultado:** A obstrução intestinal por cálculo biliar é uma entidade rara e seu diagnóstico demanda um alto índice de suspeição, principalmente em pacientes sem histórico de colecistopatia. As manifestações clínicas variam conforme o local da obstrução. O íleo terminal, bem como a papila ileal, são os locais mais comuns de obstrução. A impactação no cólon sigmoide é rara. A operação é o tratamento de escolha, e a colonoscopia para remoção do cálculo tem sido indicada em pacientes com comorbidades. **Conclusão:** Ainda que incomum, a obstrução intestinal do cólon por cálculo biliar deve ser considerada no diagnóstico diferencial em pacientes com obstrução intestinal baixa. Exames de imagem são bastante úteis para estabelecer um diagnóstico correto.

P-151 – Pseudolitíase biliar após o uso de ceftriaxone: o que saber?

Marcus Andrade; Marcia Lopes da Silva; Maria Leonor Martins; Luiz Eduardo Bacheschi; Jordan Soares; Juliano Ferreira; Carlos Amaral; Luiz Rego Filho; Antonio Almeida.
Universidade Santo Amaro.

Introdução: Pseudolitíase é o termo utilizado para descrever o “barro” biliar que é observado após o tratamento com ceftriaxone. Através do atual estudo objetiva-se descrever a experiência do serviço acerca da pseudolitíase biliar, estabelecendo correlação com a literatura pesquisada e exemplificando a patologia com imagens dos diversos métodos diagnósticos que podem ser empregados. **Descrição:** Ceftriaxone é um antibiótico usado em pacientes com infecções bacterianas graves, em virtude do seu excelente espectro antimicrobiano. Sua excreção ocorre através da bile. O mecanismo de indução da pseudolitíase pelo ceftriaxone se dá pela precipitação do antibiótico na vesícula biliar, formando microcálculos que são eliminados lentamente. A ultrassonografia destes pacientes mostra várias concreções móveis, hiperecoicas, produtoras de sombra acústica posterior, que não apresentam nenhuma característica especial que permita sua diferenciação dos cálculos de outra natureza. A maioria dos pacientes é assintomática, mas alguns podem desenvolver dor no quadrante superior direito, náuseas, vômitos e colecistite. A pseudolitíase biliar é completamente reversível, porém, pode ser clinicamente importante em pacientes que apresentam doenças pré-existentes. **Conclusão:** Deve-se atentar para o fato de que o uso de ceftriaxone pode induzir o aparecimento de pseudolitíase biliar, sendo, portanto, de grande importância estar atento para esta entidade por se tratar de uma anormalidade espontaneamente reversível, evitando-se cirurgias desnecessárias.

P-152 – Gangrena de Fournier: achados radiológicos e revisão da literatura à custa do caso clínico.

Guilherme Alves Skinovsky¹; Henrique Pereira Abelin¹; Mariele Bevilacqua¹; Rafael Corrêa Coelho¹; João Felipe Ribeiro¹; Carlos Jesus Haygert¹; João Carlos Petry¹; Ricardo Menegazzo¹; Isadora Silva¹; Gustavo Junji Cinagava².

¹ Universidade Federal de Santa Maria; ² Hospital Mãe de Deus.

Introdução: Gangrena de Fournier é uma infecção necrosante que envolve os tecidos moles da genitália e é considerada emergência urológica. O paciente típico é um homem idoso com comorbidades, em sua sexta ou sétima década de vida. Apesar do desenvolvimento de terapia médica e técnicas de cuidado intensivo, esta patologia apresenta mortalidade de até 80%. **Descrição do Material:** Paciente masculino, 36 anos, agricultor, etilista em abstinência há 2 meses, tabagista 16 maços/ano, previamente hígido. Paciente chegou ao pronto-atendimento com abaulamento e sinais flogísticos em região suprapúbica e inguinal à esquerda. Evoluiu com dificuldade de deambulação e dor intensa na região perineal. Foi realizada uma tomografia computadorizada (TC) de abdome que evidenciou abscesso em região escrotal esquerda e necrose gasosa em região perineal, com dis-

seminação para pequena pelve e cavidade abdominal, predominantemente na goteira parietocólica direita e região suprapúbica. O diagnóstico foi de gangrena de Fournier. Realizou-se revisão de seu prontuário médico, além de bases de dados como UpToDate e PubMed. **Discussão:** Gangrena de Fournier é uma doença rapidamente progressiva com alto potencial de mortalidade. Embora o diagnóstico seja baseado em achados clínicos na maioria das vezes, a TC pode ser realizada nos casos em que o diagnóstico e a extensão da doença são difíceis de discernir, sendo superior à radiografia, à ecografia e ao exame físico na avaliação desta condição.

P-153 – Lesões do intestino delgado: avaliação pela tomografia computadorizada multislice.

Ingrid Engelke Muehe de Simone Alonso; Iugiro Roberto Kuroki; Renata Romano Martins; Luis Fernando R.C. Belmar da Costa; Vitor Moreira Sardenberg; Izabela M. Hime Coreixas; Romeu Côrtes Domingues.
CDPI – Clínica de Diagnóstico Por Imagem.

Patologias inflamatórias e neoplásicas de grande importância clínica acometem o intestino delgado. Esta porção do trato gastrointestinal é justamente a mais difícil de ser avaliada, uma vez que não é possível o alcance de toda a sua extensão por via endoscópica. Dentre os métodos de imagem hoje disponíveis na prática clínica, a tomografia computadorizada multislice é considerada de primeira linha para a avaliação deste segmento particular do tubo digestivo, pela resolução temporal e espacial que o método oferece. O presente estudo contempla uma análise retrospectiva de 108 exames de tomografia computadorizada do abdome total realizados em aparelhos multislice de 64 canais, no período compreendido entre janeiro de 2007 e julho de 2009 em um centro privado de diagnóstico por imagem, sendo as queixas clínicas variadas, as mais comuns de dor, distensão abdominal, e para avaliação de complicações de doença inflamatória intestinal. Patologias diversas do intestino delgado ilustram o trabalho ao longo de uma casuística representativa com 79 casos de doença inflamatória intestinal, 12 de neoplasias de delgado e 17 outros de obstrução intestinal, em que o estudo tomográfico promoveu destaque confiável para as principais alterações anatômicas destas variadas doenças, além de fornecer informações adicionais sobre as demais estruturas da cavidade peritoneal, do mesentério e dos vasos mesentéricos.

P-154 – Lesão cística pancreática: um extenso espectro de diagnóstico diferencial.

Fabiola Queiroz¹; Daniella Braz Parente^{1,2}; Jaime Araújo Oliveira Neto¹; Bernardo Tessarollo¹; Ricardo Andrade Pinheiro¹; Felipe D’Almeida e Silva¹; Guilherme Baptista Villa¹; André Francisco Junqueira Moll¹; Antonio Luis Eiras de Araújo^{1,2}.

¹ Rede D’Or; ² Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Introdução: A avaliação por imagem das lesões císticas no pâncreas representa um grande espectro de entidades que variam de congênitas, inflamatórias, infecciosas, parasitárias e neoplásicas. A tomografia computadorizada (TC) e principalmente a ressonância magnética (RM) promovem uma adequada análise e diferenciação deste grupo de lesões. A importância deste diagnóstico diferencial está no fato de que as condutas a serem tomadas são diferenciadas e variam de expectante, controle por imagem, punção diagnóstico-terapêutica, ressecção cirúrgica e abordagem paliativa. **Descrição do Material:** Foi realizada análise dos exames de TC e RM com diagnóstico de lesão cística pancreática nos últimos nove anos. Apresentamos vários casos ilustrando as diferentes apresentações de lesões císticas pancreáticas. Os exames foram realizados em aparelhos de TC com 1, 4, 8, 16, 32, 40 e 64 canais e em aparelhos de RM com 1.5T e 3.0T. Os casos escolhidos foram comprovados por cirurgia, punção-biópsia, anatomopatológico, controle evolutivo por imagem ou apresentação típica por imagem. **Discussão:** As diferentes causas de lesões císticas no pân-

creas podem ser divididas em cistos simples e complexos. Os cistos simples são representados pelos cistos congênitos e por pseudocistos não complicados. As lesões císticas complexas formam um maior grupo de entidades, como pseudocistos complexos, adenoma microcístico seroso, adenoma macrocístico seroso, tumor mucinoso, neoplasia epitelial sólida e papilífera, tumor intraductal mucinoso papilífero e degeneração cística de tumores habitualmente sólidos. O trabalho objetiva fazer uma didática diferenciação por imagem das diferentes causas de lesões císticas no pâncreas.

P-155 – Leiomiomatose intravenosa.

Paola Conrad Silveira¹; Pedro Martins Bergoli¹; Rubens Gabriel Feijó Andrade¹; Tiago Ferreira Viegas¹; Cintia da Silva Afonso¹; Eduardo Ferreira Medronha¹; Wilson Madeira de Almeida¹; Carlos Jader Feldman¹; Bartolomé Francisco Soler Diano²; Geraldo Geyer³.

¹ Instituto de Cardiologia – Fundação Universitária de Cardiologia; ² Hospital Ernesto Dornelles; ³ Laboratório Geyer.

Introdução: Leiomiomatose intravenosa é uma neoplasia rara mesenquimatosa uterina, caracterizada microscopicamente por proliferações intravasculares do músculo liso que se estendem além das fronteiras da leiomiomatose uterina. A exata histogênese é obscura. Dados imuno-histoquímicos recentes não comprovam a hipótese da leiomiomatose intravenosa se originar da parede do vaso. Embora benigna, esta neoplasia pode obstruir mecanicamente a veia cava inferior (VCI), chegando às câmaras cardíacas direitas e artéria pulmonar, levando ao óbito. **Descrição do Material:** Relatamos um caso de leiomiomatose intravenosa em uma paciente de 80 anos que veio procurar a emergência hospitalar devido a dispneia intensa. Submetida a tomografia computadorizada (TC) do tórax, que constatou lesão expansiva em átrio direito com invasão de VCI. Frente a este cenário, realizou-se TC de abdome total que demonstrou aspecto de miomatose uterina extensiva às regiões anexas, com comprometimento dos paramétrios e trombo ascendente da veia gonadal direita até a VCI e posteriormente obstruindo as ilíacas. A paciente foi submetida a laparotomia, com histerectomia total e salpingo-ooforectomia bilateral e linfadenectomia retroperitoneal. O laudo histopatológico constatou, entre outros achados, leiomiomatose intravenosa do corpo uterino, com crescimento em veias do ligamento largo e retroperitônio. Devido ao alto risco de morte, optou-se pela não ressecção dos trombos tumorais intracaval e intracardiaco. Atualmente encontra-se anticoagulada e em acompanhamento oncológico. **Discussão:** Leiomiomatose intravenosa caracteriza-se clinicamente por insuficiência cardíaca congestiva, distensão abdominal e obstrução venosa. O diagnóstico é por imagem e o tratamento é a excisão cirúrgica local e de todo o componente tromboembólico. Recidivas podem ocorrer em ressecções incompletas.

P-156 – Adenoma hepatocelular: dificuldades na avaliação tomográfica.

Jonas Dalabona; Camila Coreixas; Fernando Steinhorst; Mariana Eltz; Felipe Hertz; Caroline Almeida; Mateus Broetto; João Paulo Schambeck; Juliano Perez; Rubião Hoefel.

Hospital São Lucas – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Introdução: O adenoma hepatocelular é classificado como uma neoplasia benigna incomum, acometendo principalmente mulheres em idade fértil em uso de contraceptivo oral. Os adenomas tendem ser lesões solitárias, de contornos bem definidos e com tendência ao sangramento, sendo que nos adenomas não complicados os pacientes são assintomáticos. Algumas vezes, o aspecto do adenoma hepatocelular na imagem superpõe-se ao do carcinoma hepatocelular, sendo a ressecção cirúrgica a conduta terapêutica. A tomografia computadorizada, porém, possui importante papel nessa diferenciação. Apesar de o adenoma ser uma lesão relativamente incomum, é importante saber diferenciá-lo de lesões mais frequentes, benignas ou malignas,

que acometem o fígado. **Descrição do Material:** Revisão da literatura e correlação iconográfica dos casos diagnosticados em nosso serviço. **Discussão:** A tomografia computadorizada é hoje o método de imagem de escolha na avaliação das lesões hepáticas solitárias. Em relação ao adenoma hepatocelular, é capaz de ajudar na diferenciação em relação ao carcinoma hepatocelular, outras lesões benignas e na avaliação de complicações. Na fase simples, é possível identificar com facilidade a presença de gordura na lesão ou de sangramento, geralmente subcapsular. Nas fases contrastadas, é possível avaliar o comportamento hemodinâmico das lesões, sendo possível definir melhor o tamanho da lesão e acometimento de estruturas adjacentes. Pela importância no diagnóstico das patologias hepáticas, devido à diferença no manejo terapêutico em cada patologia, o tomografista deve estar a par das características radiológicas e dos recursos que a tomografia computadorizada possui para a elucidação diagnóstica.

Medicina Nuclear

P-157 – Hyperthermic perfusion of isolated limb with melphalan in melanoma: nuclear medicine contribution to maximize the safety of the procedure.

Carlyle Marques Barral¹; Daniel Damázio Godoy Abreu¹; Helton Malta Braga¹; Fernanda Cardoso Parreiras²; Nathália Mansur Paz²; Marta de Oliveira Rezende¹; Denise Ferreira Rodrigues¹; Alberto Julius Alves Wainstein²; Ana Paula Drummond Lage Wainstein²; Adelanir Antônio Barroso¹.

¹ Nuclear Medcenter; ² Biocancer.

Introduction: Hyperthermic perfusion of isolated limb (HPIL) is a well established procedure for high chemotherapy doses administration in extremities showing multiple lesions of cutaneous melanoma in transit. This procedure involves local and distant toxicity risk, requiring means to monitor any drug release to the systemic circulation. **Objective:** To demonstrate the nuclear medicine importance in evaluating HPIL security. **Methods:** Female, 85 year-old, right foot melanoma, undergone, 4 years ago, resection of the lesion and inguinal lymph nodes involved. Chemotherapy performed because of unique right lung injury. Evolves with stable disease since then and regression of pulmonary nodule. A few weeks ago, showed satellitose and metastasis in transit in right leg with progressive increase in injuries. HPIL with melphalan 80mg and 60-minutes infusion was indicated. After right lower limb tourniquet with elastic band, its circulation was connected, through femoral artery and vein, to a circuit of cardiopulmonary bypass with membrane oxygenator. Achieved circuit isolation/stabilization, were given 2.5mCi of ^{99m}Tc-pertechnetate. After 15 minutes recirculation, tracer activities in isolated member and in precordium were measured with gamma-probe. Certificated of no significant tracer presence in systemic circulation, it was authorized start of infusion of melphalan, which remained recirculating in the system for 1 hour. Measurements were made with 15'-30'-60' in perfused member, in chest and in a sample of systemic blood collected at 30-minutes infusion. **Results:** Measurements carried out in precordium and systemic blood samples showed counts of up to 94% lower than counts observed in perfused member, with gradual increase between measurements and of the member/precordium relation. Patient showed no signs of systemic toxicity during 21 days after procedure, period most likely to occur, among the most important effects, bone marrow aplasia. **Conclusion:** Nuclear medicine can play a simple and effective role to prevent and minimize risks of systemic toxicity associated with HPIL with high chemotherapy doses.

P-158 – Management of melanoma concurrent to pregnancy: the sentinel lymph node biopsy technique.

Carlyle Marques Barral¹; Daniel Damázio Godoy Abreu¹; Patrícia Melgaço de Alencar Arraes²; Helton Malta Braga¹; Fernanda Cardoso Parreiras²;