

Introdução: A integração da tomografia por emissão de pósitrons (PET) com a ressonância magnética (RM) tem sido alvo de diversos estudos nos últimos anos. O PET é a modalidade de imagem mais sensível e específica na detecção de alterações metabólicas, entretanto, apresenta limitada resolução espacial. Por outro lado, a RM apresenta importante resolução espacial, além de avaliar estruturas com intensidade de sinal de partes moles com um excelente contraste. O objetivo deste estudo é demonstrar, na forma de ensaio iconográfico, as potenciais aplicações clínicas da fusão de imagens de PET e RM. **Descrição do Material:** Quarenta e seis estudos de PET neurológico com fluorodeoxiglicose-¹⁸F (FDG) foram co-registrados de rotina com RM de 1,5T ou 3T do encéfalo. Destes, 18 (39%) foram indicados para pesquisa de foco epileptogênico, 17 (37%) para avaliação de déficit cognitivo/demência, 3 (6%) por síndromes parkinsonianas e 2 (4%) por distúrbios psiquiátricos. **Discussão:** A fusão por software de imagens do cérebro tem uma acurácia já bem estabelecida. Conseguem-se, assim, uma importante sinergia de um estudo funcional de PET com um excelente detalhamento anatômico da RM. Em pacientes com epilepsia refratária ao tratamento medicamentoso, esta abordagem otimiza na delimitação da zona epileptogênica, já que agrega informações da lesão epileptogênica com a zona de déficit funcional, podendo, assim, orientar e prognosticar o procedimento cirúrgico. Além disso, em casos de RM normal, o PET pode evidenciar a lateralização do foco. Em pacientes que apresentam déficit cognitivo, mas sem critérios de demência, o PET apresenta uma maior acurácia na descrição dos que progredirão para demência. No caso de síndromes parkinsonianas, sua caracterização é difícil nos estágios iniciais, sendo que a RM normalmente não evidencia alterações. Nestas duas últimas indicações, a fusão é importante, principalmente na localização anatômica pela RM de alterações metabólicas precoces em pequenas estruturas cerebrais relacionadas a estas patologias.

P-166 – Sentinel lymph node biopsy in anal melanoma: 4 cases report.

Carlyle Marques Barra¹; Daniel Damázio Godoy Abreu¹; Helton Malta Braga¹; Raquel Martins Cabral²; Marta de Oliveira Rezende¹; Denise Ferreira Rodrigues¹; Rosana Rocon Siqueira²; Alberto Julius Alves Wainstein²; Ana Paula Drummond Lage Wainstein²; Adelanir Antônio Barroso¹.

¹ Nuclear Medcenter; ² Biocancer.

Introduction: Anal malignant melanoma is a rare tumor with bad prognosis due to late diagnosis and early metastasis. Confused with hemorrhoids and rectal polyps, many patients progress to advanced stages of disease. The treatment remains controversial. **Objectives:** Report 4 cases of anal melanoma and discuss the importance of early diagnosis and application of sentinel lymph node biopsy (SLNB). **Case 1** – Male, 54 years, nodule in the perianal region, treated as a hemorrhoid. Progress with bleeding and ulceration. Performed local resection reported as a malignant invasive anal melanoma with IHC positive for S100 protein and negative for the antibody HMB45. A resection of the sentinel lymph node was performed with the result of metastasis of malignant melanoma followed by left inguinal lymphadenectomy. Patient just returned 2 years later, at terminal stage, complaining painful nodules in the perianal region and 3 nodules on the scalp. Melanoma developed from stage III to IV patients leading to death. **Case 2** – Male, 81 years, diagnosed with advanced anal melanoma undergone abdominoperineal amputation. Chemotherapy and radiotherapy was performed for 15 days, with complete regression of lymphadenomegaly. The patient died at palliative care. **Case 3** – Female, 47 years, has perianal nodule for 2 years with bleeding. Removed with enlargement margin. Submitted to left radical lymph node dissection to treat inguinal node. She received 6 doses of polypeptide vaccine. Six months later a Doppler revealing a node below inguinal scar was benign. Follow up with Doppler US with no sign of disease. **Case 4** – Female, 40 years, has pigmented perianal nodule. Diagnosis of malignant melanoma Breslow 1.8mm. Sentinel lymph node biopsy was uptake in the left

inguinal region. All 4 sentinel nodes were negative for metastatic melanoma. Patient in follow up free of tumor. **Conclusion:** Early diagnosis associated with the SLNB may improve the staging and therapy.

P-167 – O papel do PET/CT em oncologia.

João Paulo Schambeck; Mateus Broetto; Silvio Morelli; Caroline Almeida; Gustavo Holz; Felipe Hertz; Jonas Dalabona; Mariana Eitz; Tiago Holz; Matteo Baldisserotto.

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

O câncer tem sua natureza baseada num processo funcional, com início de alterações em nível molecular. No momento em que o número de células afetadas é capaz de provocar uma alteração anatômica, a doença pode já se encontrar em um estágio avançado onde a cura pode não ser mais possível. A capacidade de detectar alterações funcionais, metabólicas e bioquímicas em órgãos ou tecidos é a característica fundamental da medicina nuclear. O PET/CT é usado para diagnóstico, estadiamento e seguimento de diversas malignidades, dentre elas nódulos solitários de pulmão, carcinoma não pequenas células de pulmão, linfoma, melanoma, câncer de mama e câncer colorretal, através da demonstração de uma atividade metabólica anormal. A tomografia computadorizada baseia-se nas mudanças anatômicas. A limitação do PET está na impossibilidade de detectar com precisão a região anatômica de aumento da atividade metabólica. Através do PET CT é possível co-registrar imagens anatômicas e funcionais em um mesmo estudo. **Aplicações clínicas em oncologia** – A informação funcional e anatômica fornecida pelo PET/CT tem sido aceita no diagnóstico, estadiamento e seguimento de câncer de pulmão não pequenas células, linfoma, câncer de esôfago e colorretal, melanoma, câncer de cabeça e pescoço, câncer de mama e caracterização de nódulos solitários pulmonares. Nessas diversas malignidades o PET/CT apresentou uma variedade de vantagens em relação a acurácia, sensibilidade, especificidade, diagnóstico, estadiamento, reestadiamento e prognóstico em relação ao CT e PET isolados. O co-registro preciso da informação funcional fornecido pelo PET com os dados do CT é a chave para o sucesso do PET/CT. Para a interpretação do exame é importante um trabalho conjunto entre o médico nuclear e o radiologista, oferecendo ao clínico uma interpretação mais confiável e mais acurada de todas as informações contidas na fusão das imagens.

Musculoesquelético

P-168 – Síndrome de Poland: relato de caso e revisão da literatura.

Henrique Ferreira dos Reis; Jorge Elias Júnior; Valdair Francisco Muglia; André Façanha; João Paulo Giacomini Bernardes; Francisco Abaeté Chagas-Neto; Juliana Pinho Costa Leitão.

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

Introdução: A síndrome de Poland (SP) é uma anomalia congênita rara com manifestações clínicas extremamente variáveis, podendo ser caracterizada por ausência parcial ou total dos músculos peitoral maior, peitoral menor, serrátil, da mama, e do complexo areolopapilar. Menos comumente, pode-se encontrar defeitos em cartilagens e costelas (presentes em 15% dos casos com acometimento do lado direito), hipoplasia de tecidos subcutâneos da parede torácica, braquiissindactilia ipsilateral e alopecia da região axilar e mamária. Os achados podem ser bilaterais não simultâneos, mais frequentes do lado direito. A incidência no Brasil é 1:30.000. O objetivo deste trabalho é descrever um caso de SP, contribuindo para o conhecimento da doença e promovendo um aumento na suspeita e diagnóstico da mesma. **Descrição:** Paciente do sexo feminino, 15 anos de idade, foi encaminhada ao serviço devido a assimetria da caixa torácica. Exames de 2002 in-

dicavam discreta assimetria de arcos costais à direita, vista na radiografia de tórax em perfil, simulando *pectus excavatum*, e hipoplasia das estruturas ósseas de todo membro superior direito, mais acentuada na mão. Em janeiro de 2009 foi realizada uma ressonância magnética do tórax que evidenciou deformidade na região esternocostal direita, agenesia do músculo peitoral maior e da mama ipsilaterais. **Discussão:** A etiologia da síndrome é incerta, mas postula-se que durante o desenvolvimento dos brotos dos membros superiores, ao redor da sexta semana de gestação, uma malformação ou interrupção no fluxo vascular no território da artéria subclávia resulta em déficit de fluxo sanguíneo para o desenvolvimento do membro acometido. Outras causas de isquemia durante esse período fetal, como tentativa de aborto, medicações (misoprostol, ergotamina) ou sangramentos, também podem estar relacionadas à síndrome. A maioria das ocorrências da SP na literatura é esporádica, com poucos casos descrevendo uma transmissão autossômica dominante e penetrância incompleta.

P-169 – Comparação entre ultrassonografia e ressonância magnética nas lesões do manguito rotador.

Daniel Dutra Cançado; José Hamilton Ferreira.

Hospital Moinhos de Vento.

Objetivo: Estudar os aspectos de imagem das lesões do manguito rotador na ultrassonografia e ressonância magnética. **Casística e Métodos:** Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do hospital e aceitação do termo de consentimento livre, 25 pacientes foram selecionados de forma prospectiva, os quais realizaram ultrassonografia e ressonância magnética do(s) ombro(s) neste nosocômio, interpretadas pelos autores, para estudo das lesões do manguito rotador, entre elas tendinose, ruptura parcial e ruptura de espessura total. **Resultados:** Houve concordância entre os dois métodos para os diagnósticos de tendinose e ruptura de espessura total na maioria dos pacientes do estudo. Já a avaliação de rupturas parciais obteve fraca concordância entre os dois métodos, principalmente no que se refere à localização das lesões. **Conclusões:** Tanto a tendinose quanto a ruptura de espessura total são bem identificados pelos dois métodos, provavelmente por serem lesões com padrões bem definidos e distintos (espessamento e perda do padrão fibrilar na tendinose e áreas de descontinuidade tendínea, nos casos de ruptura de espessura total). A pouca concordância na avaliação das rupturas parciais talvez possa ser explicada pelas particularidades de cada método, como, por exemplo, a maior sensibilidade da ressonância magnética na detecção de pequenas áreas líquidas e a relativa dificuldade, na ultrassonografia, de se estabelecer rupturas parciais nos tendões cujo padrão fibrilar já se encontra comprometido pela tendinose.

P-170 – Complexo ligamentar lateral do tornozelo: revisão anatômica e avaliação por imagem através da ultrassonografia.

Daniel Lopes da Cunha; Juciany de Sousa Brito; Manoel Messias Pereira de Sousa; Odimar Barros Teixeira Filho; Thiago Marinho Barbosa; Wesley Vaz da Silva.

Maxi Imagem.

Introdução: Nas entorses do tornozelo os ligamentos do complexo lateral (ligamentos calcaneofibular, talofibular anterior e posterior) são os mais acometidos. A avaliação clínica nas lesões agudas geralmente é suficiente para o diagnóstico das lesões ligamentares em somente 50% dos casos; vê-se, portanto, a necessidade de métodos complementares para auxiliar na detecção desse tipo de lesão. A ultrassonografia (US) apresenta vantagens em relação à ressonância magnética pela sua grande disponibilidade, baixo custo, possibilidade de estudo dinâmico e a comparação com o lado contralateral, tornando-se assim um excelente método para avaliação dessas lesões. **Descrição do Material:** O objetivo de nossa apresentação é a descrição detalhada do complexo ligamentar lateral do tornozelo e sua apresentação ultrassonográfica, utilizando-se de equipamento de US com transdutores

lineares de banda larga com frequência de 3 a 12MHz. **Discussão:** O ligamento talofibular anterior apresenta trajeto horizontal ou discretamente inclinado inferiormente, dirigindo-se desde a margem anterior do maléolo lateral até a face lateral do corpo do tálus, apresentando no plano longitudinal espessura uniforme de cerca de 2–3mm, com ecotextura homogênea. No plano transversal o ligamento se mostra achatado com formato côncavo-convexo, composto por duas bandas, uma superior e outra inferior. Calcaneofibular é um ligamento que cursa em um plano coronal oblíquo pósterio-inferior, formando um ângulo de aproximadamente 45° em relação à diáfise fibular, unindo o aspecto inferior da margem anterior do maléolo lateral a um pequeno tubérculo situado na face lateral do calcâneo. O ligamento talofibular posterior é de difícil avaliação pela US, pois apresenta uma configuração em feixe com inserção na margem interna da fossa maleolar distal da fíbula e no tubérculo lateral do processo posterior do tálus. O melhor conhecimento anatômico do complexo ligamentar lateral do tornozelo, além de seus principais aspectos à US, aumenta e facilita a identificação das possíveis lesões que acometem este importante grupo ligamentar.

P-171 – Osteonecrose e calcificação em tecidos moles em paciente jovem com lúpus eritematoso sistêmico (LES).

Ivo Maximiliano Strimitzer Junior; Fábio Miranda Bordin; Antônio Carlos Maciel; Álvaro Porto Alegre Furtado; Rafaela Araújo Crocetta.

Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

O envolvimento musculoesquelético no LES é frequente e pode incluir miosite, poliartrite simétrica, artropatia deformante não erosiva, osteonecrose, calcificação em tecidos moles, atrofia muscular, entre outros. A osteonecrose é uma das principais causas de morbidade e limitação funcional em pacientes com LES, com uma incidência estimada que varia de 5% a 10% em adultos e até 40% em jovens. Assim como outras doenças do colágeno, o LES também pode apresentar calcificações em tecidos moles, embora esse achado não seja frequente. Relatamos um caso de uma paciente feminina de 22 anos com LES grave, com diagnóstico há 12 anos, em uso de corticoide e outros imunossupressores, que iniciou com dor na região de quadril e joelhos, bilateralmente, há 9 anos, evoluindo gradualmente com importante limitação funcional. Atualmente encontra-se com hipotrofia muscular em membros e restrita ao leito. Apresenta, ao exame radiológico, osteonecrose bilateral das cabeças femorais, cêndilos femorais e tibiais e cabeças umerais, calcificações em tecidos moles em regiões das coxas e pernas, calcificações vasculares, além de osteoporose difusa e fraturas vertebrais. Os sinais radiológicos de osteonecrose do LES são idênticos aos da osteonecrose por outras causas, exceto pelo envolvimento de locais múltiplos e incomuns. Os locais de acometimento mais comuns são as cabeças femoral e umeral, frequentemente de maneira simultânea e bilateral. Embora os corticoesteroides sejam uma das principais causas de osteonecrose, o seu início pode ocorrer sem o uso da corticoterapia, sendo o processo básico da própria doença um possível fator etiológico. A etiologia das calcificações de tecidos moles no LES não está estabelecida, porém fatores locais como aumento do pH em tecidos necróticos podem estar relacionados. Essas calcificações podem se apresentar de diferentes formas ao exame radiológico, e sua resolução espontânea é raramente observada.

P-172 – Linfoma não Hodgkin de musculoesquelético acometendo mais de um sítio.

Natália Bolson Dotto; Carlos Jesus Pereira Hayger; Melissa Falster Daubermann; Mariana Rechia Bitencourt; Lia Natália Diehl; Suelen Miozzo; Rafael Corrêa Coelho; Mariele Bevilaqua; Henrique Pereira Abelin.

Universidade Federal de Santa Maria.

Introdução: Linfoma primário de partes moles, especialmente de tecido musculoesquelético, é muito incomum. Responde por aproximadamente 1% dos tumores malignos de tecido mole. Diagnóstico di-

ferencial com outras neoplasias (principalmente sarcomas) por critérios de imagem é difícil. Deve-se enfatizar importância dos achados radiológicos para rastreamento desta rara entidade. **Descrição do Material:** Paciente masculino, 65 anos, previamente hígido, encaminhado ao serviço de pronto-atendimento com história de dor em membro superior direito (MSD) e edema do mesmo há dois meses, com piora progressiva há 15 dias. Ecografia de MSD revelava imagem intramuscular hipocogênica heterogênea em plano profundo, estendendo-se da região proximal até articulação do cotovelo e medindo 12,0×5,3×2,7cm. Internou-se paciente para rastreamento etiológico. Tomografia de MSD visualizou aumento difuso de partes moles do braço e antebraço (5,9×5,9×11,5cm) com áreas hipodensas e com captação periférica de meio de contraste na face médio-lateral, sem acometimento ósseo e com linfonodo supraclavicular direito (4,9cm). Ecodoppler de MSD revelou trombose profunda de veia braquial. Tomografia de abdome mostrou lesão retroperitoneal (acometimento músculo iliopeoa) deslocando rim esquerdo, com sinais de dilatação de pelve e cálices renais, além de compressão externa de vias biliares e lesão lítica de arco costal. Linfocintilografia de membros superiores observou alteração na circulação linfática de MSD. Análise patológica de biópsia da lesão em MSD e linfonodo evidenciou linfoma não Hodgkin de grandes células com imunofenótipo B. **Discussão:** Linfoma de partes moles afetam preferencialmente os homens, em uma média de idade de 70 anos. A lesão tem aspecto homogêneo hipodenso ou isodenso, com discreto ou nenhum realce por meio de contraste à tomografia, e hipocogênico e irregular à ecografia. Adenopatias confluentes são indicativas de linfoma, raramente ocorrendo em sarcomas. Acometimento cortical ósseo por linfoma pode evidenciar lesão lítica, padrões compatíveis com nosso caso. O diagnóstico é estabelecido por estudo anatomopatológico, todavia, a radiologia constitui suma relevância na investigação diagnóstica e estadiamento dessa patologia.

P-173 – Síndrome de Müller-Weiss: aspectos radiográficos.

Daniel C. Quintella^{1,2}; Tarcisio R. Calmon^{1,2}; Maria de Fatima Guimarães²; Alair A.S.M.D. dos Santos¹; Manuel Reis².

¹ Instituto de Pós-Graduação Médica Carlos Chagas; ² GAER – Instituto Médico de Radiologia Clínica, Portugal.

Introdução: A síndrome de Müller-Weiss é uma doença rara que ocorre em adultos entre 40 e 60 anos, especialmente em mulheres, caracterizada por um curso clínico crônico, dor severa no médio-pé e deformidade progressiva. É caracterizada pela compressão do navicular entre o tálus e o cuneiforme lateral. Os estágios radiográficos da doença variam desde mínimas alterações no osso navicular até fragmentação deste osso, com formação de uma articulação talocuneiforme. O objetivo deste trabalho é demonstrar os aspectos radiográficos da doença e enfatizar a importância do diagnóstico precoce, possibilitando tratamento conservador. **Material e Métodos:** Foram avaliadas, retrospectivamente, 1.188 radiografias do pé de 726 pacientes. Destes, 571 (78,65%) pacientes eram mulheres e 155 (21,35%) eram homens, com idades de 18 a 83 anos, com média de 50,5 anos. Sete pacientes com aspectos de imagem compatíveis e sem fatores causais para osteonecrose foram encontrados e diagnosticados como tendo síndrome de Müller-Weiss. Estes pacientes apresentaram variados graus de severidade da doença. A principal alteração encontrada foi a redução do tamanho do navicular, acentuadamente na sua porção lateral, com esclerose associada e protrusão medial do osso inteiro, que estiveram presentes em todos os casos. **Discussão:** Müller descreveu uma condição do osso navicular do tarso, ocorrendo em adultos, que ele acreditou ser uma deformidade crônica decorrente de compressão dos ossos adjacentes. Características radiográficas incluíam protrusão medial ou dorsal de porções do navicular ou do osso inteiro e uma deformidade em forma de vírgula, devido ao colapso da sua porção lateral. Distribuição bilateral, envolvimento assimétrico e fraturas patológicas representam achados adicionais da doença. Apesar da síndrome de Müller-Weiss ser rara, está bem caracterizada na

literatura mundial, e quando diagnosticada precocemente pode-se evitar a progressão da doença através de tratamentos não cirúrgicos, gerando uma melhora da qualidade de vida do paciente.

P-174 – Linfoma ósseo primário mimetizando mal de Pott: relato de caso.

Claudia Mano; Livia Tavane; Flávio Azeredo; Thomaz Franzotti; Ana Carolina Possas; Flávia Vianna.

Universidade Federal Fluminense.

O linfoma não Hodgkin (LNH) primário do osso é raro, sendo responsável por cerca de 4% a 5% dos linfomas extranodais e por menos de 1% de todos os linfomas não Hodgkin. Na maior parte dos casos, ele é representado pelo tipo difuso de grandes células B. Nós descrevemos o caso de um paciente de 25 anos com lombalgia intermitente associada a perda da força muscular em membros inferiores. Os exames de imagem demonstravam lesões líticas de padrão permeativo no corpo de T9 e T10 sem estreitamento discal associado, e aumento de partes moles nos espaços paravertebrais. O paciente foi tratado com esquema RIP por 5 meses, mas não houve melhora do quadro, tendo evoluído para paraplegia. O diagnóstico de linfoma não Hodgkin foi confirmado por biópsia percutânea. Os achados clínicos, radiológicos e histopatológicos são apresentados. O envolvimento ósseo no linfoma é uma manifestação rara e ocorre mais frequentemente nos pacientes entre a sexta e a sétima décadas de vida. Os ossos mais comumente envolvidos são fêmur e ossos da pelve, seguidos por úmero e vértebras. Os achados radiológicos são inespecíficos. Tipicamente, os linfomas não-Hodgkin apresentam-se como lesões líticas, de padrão permeativo. Frequentemente, há ruptura da cortical óssea, com extensão aos tecidos moles. Estes achados podem mimetizar outras afecções, incluindo a espondilite tuberculosa (mal de Pott), como ocorreu em nosso caso, tornando o diagnóstico difícil e podendo levar a atrasos no tratamento. A biópsia percutânea pode representar um instrumento de grande utilidade no diagnóstico diferencial entre essas duas entidades.

P-175 – Exostose hereditária múltipla: típica apresentação radiológica.

Cristina Sebastião Matsushita¹; João Paulo Kawaoka Matsushita Junior²; Karen Fayad Gemus²; Alair Augusto S.M.D. dos Santos²; Claudia Mendes Tagliari²; Luciana Emery de Siqueira Pinto²; André Luis Montillo³.

¹ CDI Dr. Matsushita; ² Instituto de Pós-Graduação Médica Carlos Chagas; ³ Hospital da Venerável Ordem Terceira da Penitência – Ortopedia.

Introdução: Também denominada de condroplasia deformante hereditária, é uma doença caracterizada pelo desenvolvimento de múltiplos osteocondromas, tendo um caráter autossômico dominante. Aproximadamente dois terços dos indivíduos afetados têm história familiar positiva. A prevalência é estimada em 1:50.000 e acomete mais os homens que as mulheres (1,5:1). Os osteocondromas se desenvolvem e aumentam de tamanho na primeira década de vida, cessando seu crescimento com a fusão da placa de crescimento na puberdade. Localizam-se, geralmente, na extremidade dos ossos longos, em especial ao redor do joelho. Apesar de serem lesões benignas, elas podem estar associadas a deformidades esqueléticas e causar sintomas clínicos. As deformidades incluem: baixa estatura, discrepância na altura dos membros, deformidade em valgo dos joelhos e tornozelos, assimetria do peitoral e da pelve e arqueamento do rádio com desvio ulnar do punho. **Relato de Caso:** Paciente masculino, 26 anos, deformidade em valgo do rádio, ulna, fíbula e tibia, bilateralmente, dor e parestesia em ombro esquerdo e dor associada a limitação de movimento em articulação coxofemoral esquerda. Realizaram-se radiografias simples e tomografia computadorizada, que mostraram múltiplas exostoses de base ampla, com ápice apontando em direção oposta à articulação mais próxima em vários ossos longos. Marcadamente evi-

denciou-se colo femoral esquerdo largo com excrescências ósseas irregulares ao longo da superfície inferior. **Discussão:** Relatamos o caso por ser uma apresentação não muito frequente e com aspectos clínicos e radiológicos típicos. As alterações que podem evoluir com sintomas são: fratura, comprometimento vascular, seqüela neurológica, formação de bursa e transformação sarcomatosa, salientando esta última por ser a mais importante, que pode ocorrer em 0,5% a 5% dos casos. O tratamento é cirúrgico e é indicado quando causa sintomas de complicações funcionais, como compressão de vasos e nervos, por razões cosméticas e devido a transformação maligna.

P-176 – Linfoma ósseo primário em paciente jovem.

Renata Brutti Berni; Senair Alberto Ambros; Maurício Scheleder Antunes; Luís Henrique Barbosa Mestriner; Karina Todeschini; Pablo Santiago; Augusto Vasconcellos Vieira; Luciano Morello.

Associação Hospitalar Beneficente São Vicente de Paulo.

Introdução: O linfoma ósseo primário é uma patologia rara, correspondendo a aproximadamente 3% das malignidades ósseas. O caso apresentado a seguir refere-se a esta afecção em paciente de 15 anos, idade incomum de apresentação da mesma. **Descrição:** Paciente de 15 anos, com dor no joelho esquerdo há cerca de um ano, acompanhada de edema e tumoração local. História de trauma nesta região há um ano. A radiografia de joelho mostra lesão com características líticas e blásticas na porção distal do fêmur. A ressonância magnética (RM) evidencia extensão do envolvimento medular até o nível diafisário proximal. A biópsia define o diagnóstico de linfoma não Hodgkin de grandes células B. **Discussão:** O linfoma ósseo primário – linfoma apresentando-se em topografia óssea sem evidência de doença em outro local – é uma condição maligna rara. Geralmente é lesão metadiafisária, solitária, permeativa, em pacientes acima de 30 anos. A maioria é do tipo não Hodgkin. A média de idade desta patologia é de 36 a 52 anos, com pico de incidência entre a sexta e sétima décadas de vida. O espectro radiográfico é amplo: aparência normal do osso, alterações líticas e escleróticas ou um processo difuso permeativo com destruição cortical e envolvimento dos tecidos moles locais. A RM demonstra principalmente o envolvimento medular, além do acometimento dos tecidos moles adjacentes. O diagnóstico diferencial em jovens deve ser estabelecido com sarcoma de Ewing, osteossarcoma, granuloma eosinofílico e osteomielite. A distinção do linfoma ósseo primário de outras patologias ósseas é importante porque irá garantir uma melhor resposta à terapia e um melhor prognóstico.

P-177 – Fratura de Maisonneuve.

Jair Eletério; Luís Fernando Schwindenn; Rodrigo Pessurno; Roberta Assad; Leonardo Amante; Camila Conde; Murilo Holanda; Rafael Simon; Suzane Mansur; Adhemar Mendonça.

Centro de Medicina Nuclear da Guanabara.

Esta alteração se caracteriza por um episódio grave de entorse do tornozelo com componente de rotação externa. Há lesão ligamentar complexa (talofibular e calcaneofibular), muitas vezes associada a lesão do ligamento deltoide e diástase da sindesmose tibiofibular. Observa-se ainda, com frequência, infração óssea do maléolo medial e do “maléolo” posterior. Tem-se então fratura (do tipo espiral) da porção proximal da fíbula num mecanismo presumido de transmissão de energia através do ligamento tibiofibular e da membrana interóssea. Vemo-nos, portanto, diante de uma situação em que o trauma acontece no tornozelo e o paciente refere sintomas na porção proximal da perna sem trauma referido no local, o que pode nos levar a não diagnosticar a lesão na avaliação deste paciente. Devido à dificuldade em se fazer o diagnóstico clínico é que se torna muito importante a realização de exames complementares para seu correto diagnóstico e também para a avaliação de complicações. Foi descrita pela primeira vez pelo cirurgião francês Jules Germain François Maisonneuve (1809–1897), que foi um estudante de Guillaume Dupuytren. Ele se notabi-

lizou por ser o primeiro médico a explicar tudo sobre a rotação externa na etiologia da fratura de tornozelo, onde um de seus tipos acabou recebendo seu nome.

P-178 – Fratura patológica devido a leiomiossarcoma.

Mariana Rechia Bitencourt; Carlos Jesus Pereira Haygert; Marta Pires da Rocha; Ane Micheli Costabeber; Natália Bolson Dotto; Lia Natália Diehl; Suelen Miozzo.

Universidade Federal de Santa Maria.

Introdução: A fratura patológica é um importante achado radiológico que ocorre em osso acometido por processo expansivo maligno ou benigno. Ela pode ser o primeiro sinal da presença de lesão, tornando as técnicas de imagem fundamentais para diagnóstico e prognóstico. **Descrição do Material:** Paciente masculino, 56 anos, foi encaminhado ao serviço de pronto-atendimento por fratura em úmero esquerdo há 68 dias, devido a trauma com cinética pouco importante, sem evidência de consolidação óssea após imobilização prolongada. Assintomático, apresentava histórico de tabagismo, hipertensão arterial sistêmica e diabetes melito em tratamento. Radiografia do úmero esquerdo realizada há 7 dias mostrava fratura completa com desalinhamento e extensa área lítica diafisária com padrão permeativo cortical. Realizaram-se radiografias de tórax e crânio sem alterações; tomografia e ecografia de abdome revelaram esteatose hepática e pancreatite crônica; cintilografia óssea mostrou área hipercaptante em úmero esquerdo e foi sugestiva de alterações degenerativas quanto aos demais achados. Solicitou-se biópsia do úmero que evidenciou neoplasia fusocelular com feixes celulares bem definidos, de citologia branda e raríssimas mitoses. Os achados morfológicos, associados à análise imuno-histoquímica, foram compatíveis com leiomiossarcoma bem diferenciado. Estudo radiológico foi altamente sugestivo de tumor ósseo primário. **Discussão:** O leiomiossarcoma primário de osso é um tumor raro de alta malignidade que acomete principalmente indivíduos na quinta e sexta décadas de vida. Nos ossos longos, acomete preferencialmente região metafisária, especialmente o fêmur e a tíbia, seguida do úmero proximal. Relatos de achados radiográficos descrevem agressiva aparência osteolítica acompanhada de erosão permeativa endosteal com pequena ou nula reação periosteal. Fratura patológica pode ser achado associado em cerca de 20% dos casos. Ressonância magnética é utilizada para melhor delimitar a relação com tecidos circunjacentes. Enquanto o diagnóstico definitivo é estabelecido por estudo anatomopatológico e imuno-histoquímico, a análise radiológica alerta para a lesão e para a necessidade de pesquisa etiológica.

P-179 – A displasia epifisária como causa de desarranjo interno do joelho: o valor da RM nos casos não suspeitados clinicamente.

Daniel Sá Ribeiro; Karla Costa Porto; César de Araújo Neto; Fernando D’Almeida; João Luiz Fernandes.

Image Memorial.

Introdução: O desarranjo interno do joelho é um termo frequentemente usado pelo ortopedista nas solicitações de estudo por imagem dessa articulação, em que o diagnóstico etiológico não é claro pela história e exame clínico. Ele engloba uma série de condições patológicas comuns, entre elas lesões meniscais, condrais e ligamentares de natureza traumática e/ou degenerativa. Entre as causas comuns de desarranjo interno, as alterações morfológicas dos núcleos epifisários relacionadas a formas frustradas de displasias epifisárias são frequentemente não suspeitadas no exame clínico e podem levar a incongruência articular, frouxidão ligamentar e doença degenerativa precoce, com sintomatologia semelhante à das lesões meniscais e condrais. **Descrição do Material:** Foram analisados estudos por imagem do joelho de pacientes com diagnóstico clínico genérico de desarranjo interno, em que os achados de imagem sugeriram alterações displásicas dos núcleos epifisários dessa articulação. **Discussão:** Entre as diversas displasias ósseas que apresentam comprometimento

epifisário, a displasia epifisária múltipla e displasia espondiloepifisária podem se manifestar tardiamente e com sintomas relativamente frustros, levando à doença degenerativa precoce do joelho e ao diagnóstico de desarranjo interno. Nesses pacientes, os estudos por imagem do joelho, baseados principalmente na ressonância magnética, chamam a atenção para as alterações da espessura e sinal das cartilagens articulares, alterações da forma e tamanho dos núcleos epifisários, estenose do sulco intercondiliano, e doença degenerativa secundária precoce. Apesar das alterações displásicas do esqueleto necessitar obrigatoriamente de um diagnóstico definitivo multidisciplinar englobando clínica, laboratório, genética, patologia e imagem, o radiologista pode, em alguns casos, baseado em alterações radiográficas e de ressonância magnética, suspeitar desse diagnóstico e sugerir prosseguimento da investigação por outros métodos semiológicos.

P-180 – Síndrome do impacto isquiofemoral: relato de caso e revisão da literatura.

Adriana Martins Rios; Ivie Braga de Paula.

H. Pardini.

Apresentamos o caso de uma paciente do sexo feminino, 52 anos, previamente hígida e com dor no quadril direito há vários meses, sem história de trauma. A paciente não apresentava melhora com o tratamento conservador (anti-inflamatórios e fisioterapia) e foi encaminhada ao nosso serviço com suspeita de osteonecrose da cabeça femoral. Estudo prévio de raio-X normal (informe clínico). Ao estudo por ressonância magnética observamos importante alteração de sinal/edema entre o trocater menor do fêmur e a tuberosidade isquiática, com obliteração da gordura e formação de imagem sugestiva de bursa adventícia. Alteração de sinal semelhante também era observada no músculo quadrado femoral e em partes moles adjacentes, envolvendo o nervo isquiático. O objetivo deste estudo é a descrição dos achados de imagem em estudo por ressonância magnética e a revisão da literatura sobre esta patologia pouco conhecida e que se apresenta como diagnóstico diferencial da dor no quadril, estando associada a alteração de sinal no músculo quadrado femoral e estreitamento do espaço entre o trocater menor do fêmur e a tuberosidade isquiática (espaço isquiofemoral).

P-181 – Tumores quirodáctilos: ensaio pictórico.

Paulo Bruno Trigo^{1,2}; Gabriela Spilberg^{1,2}; José Waldir Leopécio^{1,3}; Ana Lucia das Neves^{1,3}; Cláudia Camisão^{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: Os tumores osteoarticulares da mão e punho possuem grande variedade e não são incomuns, no entanto, pode-se notar a maior incidência de certos tipos histológicos específicos. Sua descoberta geralmente é pelo aparecimento de dor, com aumento de volume ou trauma, onde o exame clínico tem papel fundamental na localização. O objetivo deste trabalho é mostrar o papel que a imagem exerce na identificação e caracterização da lesão e ainda possível estadiamento, quando necessário. **Materiais:** Será demonstrada uma análise comparativa entre os métodos diagnósticos e a importância de cada um deles como exames complementares, sendo proposto um organograma para o seu estudo, discutindo-se critérios a serem observados e destacados em cada um deles. **Discussão:** Os tumores de partes moles representam menos de 1% do total de lesões neoplásicas do corpo, no entanto, cerca de 12% deles está localizada nesta topografia, e a grande maioria é benigna. As lesões ósseas são mais comuns e menos frequentemente sintomáticas, a maioria descoberta acidentalmente em radiografias simples da região, e este método persistindo de essencial e extrema importância na identificação e caracterização da matriz. Torna-se fundamental o reconhecimento de lesões pseudotumorais, algumas com sinais característicos que podem diagnosticar ou mesmo indicar estudo para outras etiologias.

P-182 – Calcinose tumoral em paciente com *situs inversus totalis*: relato de um caso.

Rodolfo Caporal¹; Márcio Joaquim Losso¹; Mariana Vieira Heredia²; Helivander Alves Machado².

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

Introdução: O termo calcinose tumoral denomina depósitos de sais de cálcio na forma de massas localizadas no tecido colágeno periarticular. É uma doença de incidência rara, sendo reconhecida em pacientes de origem africana e tendência familiar. As articulações mais envolvidas são o quadril, o ombro e o cotovelo, sendo as lesões geralmente múltiplas. As manifestações iniciam geralmente na infância e as massas crescem progressivamente, podendo ulcerar e infectar. Outros termos também utilizados para descrever essa afecção incluem granulomas calcários e endotelioma calcificante. **Descrição do Material:** Relato de caso de um paciente sexo masculino, 19 anos, caucasiano, com *situs inversus totalis*, que em sua infância iniciou crescimento gradativo de um ponto endurecido e indolor no quadril direito. A massa drenava secreção esbranquiçada e chegou a medir 18 centímetros de diâmetro. O estudo radiográfico mostrou área de calcificação extraesquelética multilobulada na região periarticular coxofemoral direita. A tomografia computadorizada delimitou melhor a lesão e revelou aspecto calcificado cístico com pouca sedimentação. Depois de consultar diversos especialistas, a análise do conteúdo mostrou que poderia se tratar de um caso de calcinose tumoral. Foi submetido a diversas cirurgias para extração do conteúdo, porém em todas ocorreram recidivas, que já afetavam o lado esquerdo do quadril. **Discussão:** O estudo desse caso justifica-se pela raridade da afecção, pela dificuldade do tratamento devido às suas frequentes recidivas, e por ocorrer em um paciente acometido por *situs inversus totalis*. A etiologia não é bem definida, em muitos casos relacionada com hiperfosfatemia e hiperparatireoidismo. O diagnóstico deve ser clínico, radiológico e anatomopatológico. O estudo radiográfico revela calcificações periarticulares, irregulares e multilobulares. Como diagnóstico diferencial incluem-se tumores benignos e malignos, calcificação metastática, ossificação ectópica, bursite calcificada, tendinite, artropatia e gota.

P-183 – Síndrome de Holt-Oram: relato de um caso e revisão da literatura.

Karina Todeschini; Luis Henrique Mestriner; Maurício Scheleder Antunes; Renata Brutti Berni; Senair Alberto Ambrós; Luciano Morello; Augusto Vasconcellos Vieira.

Associação Hospitalar Beneficente São Vicente de Paulo.

Introdução: A síndrome de Holt-Oram ou cardiômélica é uma síndrome herdada autossômica dominante caracterizada por anormalidades dos membros superiores e coração. Foi descrita pela primeira vez por Holt e Oram em 1960, em uma família de quatro gerações com defeitos no septo atrial e anormalidades nos polegares. Sua incidência é de 0,95 por 100.000 habitantes nos EUA. Não possui predileção por sexo. **Descrição do Material:** Masculino, 32 anos, encaminhado ao serviço de cardiologia do hospital por bradiarritmia e cardiopatia congênita. Referia história familiar de cardiopatia e malformações nos membros superiores, bem como morte súbita de dois irmãos e do pai. Ao exame físico apresentava deformidades dos antebraços e ausência dos polegares. À ausculta cardíaca identificava-se B2 hiperfônica e desdobrada. A radiografia das mãos, punhos e antebraços demonstraram ausência do primeiro quirodáctilo bilateralmente e hipoplasia do rádio, úmero e ossos do carpo bilateralmente. A radiografia de tórax evidenciou aumento da área cardíaca. O ecocardiograma uni e bidimensional com Doppler colorido demonstrou comunicação interatrial do tipo *ostium secundum* com leve repercussão hemodinâmica. **Discussão:** A síndrome cardiômélica cursa com manifestações clínicas variáveis, porém as anormalidades nos membros superiores estão sempre presentes. São elas: aplasia, hipoplasia, fusão ou de-

envolvimento anômalo dos ossos do carpo, rádio e ulna, e polegares trifalangeanos ou ausentes, como evidenciado no paciente em estudo. As alterações podem ser uni ou bilaterais; frequentemente são mais severas do lado esquerdo. Somente a malformação dos ossos do carpo é vista em todos os pacientes. Quando severa, a doença causa focomelia, sendo então conhecida como síndrome pseudotalidomida. Aproximadamente 75% dos pacientes possuem alguma cardiopatia congênita, principalmente defeito septal atrial (como neste caso) ou ventricular. O diagnóstico é dado pela radiografia dos punhos e mãos, radiografia de tórax e ecocardiografia. Por ser uma patologia rara, seu diagnóstico exige uma alta suspeição.

P-184 – Osteoporose induzida pela gravidez: relato de caso e revisão de literatura.

Mateus Chissini Paganella¹; Débora Brighente Bertholdo²; Vinícius Chissini Paganella³; André Francisco Gomes³; Rodrigo Oliveira Carvalho de Aguiar³.

¹ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; ² Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná; ³ DAPI – Diagnóstico Avançado por Imagem.

Introdução: Durante a gestação e a lactação há mudanças significativas no metabolismo ósseo. A osteoporose associada à gestação e lactação é uma condição rara cujas prevalência, etiologia e patogênese são pouco conhecidas. Geralmente ocorre em primigestas, durante o terceiro trimestre de gestação ou durante a lactação. O objetivo deste estudo é relatar um caso de osteoporose associada a gravidez, enfatizando os achados de imagem. **Descrição do Material:** Mulher de 33 anos, primigesta, lactante, iniciou com dor lombar de forte intensidade. Aos exames de ressonância magnética e tomografia computadorizada foram observadas fraturas nos corpos vertebrais torácicos e lombares. **Discussão:** Osteoporose é uma doença caracterizada por redução na massa óssea e alterações da microarquitetura do osso. Mudanças significativas no metabolismo do cálcio ocorrem durante a gestação e a lactação, com uma perda óssea estimada de 3–7%. As principais manifestações clinicoradiológicas são as fraturas ósseas, principalmente em coluna vertebral. A predisposição a fraturas em corpos vertebrais pode ser explicada pela sua composição predominantemente trabecular. Esse tipo de osso apresenta *turnover* mais rápido que o osso cortical. A maioria dos casos ocorre no terceiro trimestre de gravidez ou logo após o parto e geralmente se apresenta como lombalgia intensa e diminuição de altura. Apesar do risco de fraturas, a osteoporose associada à gestação é considerada uma doença autolimitada e a massa óssea perdida é rapidamente restaurada em 6 a 12 meses depois do desmame.

P-185 – Displasias ósseas esclerosantes: aspectos na radiologia convencional.

Caroline Lorenzoni Almeida; Mateus Broetto; Silvio Morelli; João Paulo Schambeck; Felipe Hertz; Mariana Eltz; Camila Coreixas; Fernando Steinhorst; Jonas Dallabona; Jose Golin.

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

Introdução: As displasias ósseas esclerosantes ocorrem por um acúmulo ósseo excessivo decorrente de transtornos na remodelagem óssea e formação de osso endocondral, intramembranoso ou de ambos, resultando em aumento focal ou múltiplo da radiodensidade óssea. Tais anomalias resultam de erros inatos do metabolismo e englobam um grupo de doenças que podem ocorrer de forma isolada ou, menos comumente, em associação (síndrome de superposição). A maioria é assintomática e sua prevalência na população é baixa. **Descrição do Material:** Foram descritas as manifestações radiológicas e os principais aspectos clínicos das displasias ósseas esclerosantes, com enfoque na radiologia convencional, utilizando-se casos selecionados do arquivo do nosso hospital. Entre os representantes destas desor-

dens foram destacadas a osteopoiquiose, a enostose, a osteopatia estriada, a picnodisostose, a osteopetrose, a melorreostose e a displasia diafisária progressiva. **Discussão:** As displasias ósseas esclerosantes compartilham a característica radiológica de aumento da densidade óssea e diferenciam-se através de achados radiológicos típicos. Neste contexto, enfatiza-se a importância da radiologia convencional na avaliação destas anomalias, por constituir-se um método acessível, pouco oneroso e que identifica com clareza as suas principais manifestações radiológicas. Conhecer os aspectos de tais doenças na radiologia convencional amplia o conhecimento dos seus principais diagnósticos diferenciais e, assim, aprimora o raciocínio clínico.

P-186 – Hamartoma fibrolipomatoso do nervo ciático associado a macrodistrofia lipomatosa: relato de caso.

Ângelo Bomfim; Karla Uema; Waléria Nolasco; Suely Bulhões; Luiz Rocha; Cristiano Gusmão; João Oliveira.

Clínica Diagnose.

Hamartoma fibrolipomatoso do nervo ciático é uma afecção benigna e rara, particularmente quando compromete o nervo ciático. Relatamos aqui o caso de uma paciente do sexo feminino, de 35 anos, com queixa de dor de longa data e aumento de volume na região glútea, aumento de volume do pé esquerdo, desde o nascimento, e formação de massa amolecida no antepé, sendo esta submetida a duas cirurgias prévias. Dentre os exames realizados, foi realizada ressonância magnética do quadril, que evidenciou assimetria do tecido adiposo da região glútea, sendo o esquerdo mais proeminente, mas sem delimitar lesões focais (hipertrofia lipomatosa) e aumento de volume e alteração de sinal do nervo ciático esquerdo, com focos de gordura de perneo, com diagnóstico presuntivo de hamartoma fibrolipomatoso do nervo ciático. Os exames anteriores incluíam radiografia simples do pé, que evidenciava artrose tarsometatarsal dos 4º e 5º dedos, e uma tomografia computadorizada do quadril que evidenciava lipomatose glútea. Os achados de imagem associados à história clínica da paciente foram suficientes para o diagnóstico de hamartoma fibrolipomatoso do nervo ciático associado a macrodistrofia lipomatosa.

P-187 – Síndrome do estalido escapular: achados tridimensionais adquiridos na tomografia multislice.

Flórcia Pereira de Moraes; Marco Yukio Tsuno; Cintia Pereira Moraes; Érica Fabiano Mariano; Marcelo Ricardo Canuto Natal.

Hospital de Base do Distrito Federal.

Introdução: A síndrome do estalido escapular é sugerida por seu aspecto clínico característico de crepitação escapular ao movimento, geralmente está associada a passado de trauma torácico de leve a moderada intensidade ou microtraumas repetitivos, comuns em atletas que utilizam a cintura escapular intensamente. Entretanto, a sua confirmação depende de exame de imagiologia altamente acurado e sensível como a tomografia computadorizada *multislice* (MDCT) com renderização volumétrica, que além de proporcionar imagens anatômicas e fidedignas, oferece imagens esteticamente elegantes para a confirmação da síndrome do estalido escapular. **Materiais e Métodos:** Paciente de 28 anos com queixa de crepitação escapular à direita há 4 meses com exames radiográficos normais, foi submetido a TCMD de ombro direito. As imagens axiais revelavam discreto espessamento cortical da face anterior do corpo da escápula direita e as demais estruturas ósseas de aspecto preservado. Quando as imagens foram reformatadas em renderização volumétrica, houve a demonstração da importante relação desse espessamento com a porção posterior do quarto arco costal direito, o que confirma o motivo das crepitações ao movimento, o atrito entre a escápula e o arco costal. **Conclusão:** A síndrome do estalido escapular tem na sua clínica o achado específico para seu diagnóstico, porém, a demonstração acurada e elegante das alterações ósseas envolvidas promove confirmação dessa e sua relação anatômica com os demais constituintes do arcabouço ósseo torá-

cico, o que configura uma ajuda sobremaneira ao médico assistente na definição da conduta ideal diante de tal afecção.

P-188 – A importância do estudo radiológico na detecção de osteofitose tibial.

*Cristiano Santiago; Arlete Franco de Godoy de Abreu; Ronaldo Luiz Vi-
tório; Tatiane Sorribas da Silva.*

Faculdade Santa Marcelina.

A osteofitose ocorre a partir do acúmulo anormal de células ósseas em qualquer lugar do corpo gerando saliências, que por vezes podem apresentar pontas capazes de pinçar outras estruturas; ela pode ser originária de uma má-formação óssea ou mesmo a partir de um processo degenerativo da massa óssea denominado artrose. Vários achados radiológicos podem ser definidos como osteofitose tibial, dentre eles se destacam a tibiotalar, denominada síndrome do pinçamento tibiotalar anterior (SPTTA). O termo pinçamento tibiotalar anterior é referente ao contato entre a parte anterior da tibia e a parte dorsal do tálus, que ocorre durante a dorsoflexão do pé; a SPTTA ocasiona o comprometimento da mobilidade articular e será acompanhada de dor e edema na região. A osteofitose intercondilar ocorre nas eminências intercondilares, podendo comprometer os ligamentos cruzados anterior e posterior, levando a uma instabilidade do joelho, sendo que o ligamento cruzado anterior é o principal estabilizador da articulação; estas duas situações estão relacionadas com processos articulares comprometendo e limitando seus movimentos. A tuberosidade tibial também pode apresentar osteofitose, que, por sua vez, poderá causar outro agravante, a instabilidade patelar; este caso é menos frequente que os demais, porém também trará prejuízos para o processo articular. Apesar da tomografia computadorizada demonstrar com grande nitidez a formação de osteófitos, nesta situação a radiologia convencional é eficaz, mesmo tratando-se de uma prática um tanto quanto conservadora; neste contexto, podemos ressaltar a importância do estudo radiológico para detecção da osteofitose tibial, visando contribuir para o diagnóstico, bem como determinar o tratamento. O estudo radiológico, quando criterioso, dispensa a necessidade de outros estudos complementares mais sofisticados.

P-189 – Lesão de Morel-Lavallée: achados na ressonância magnética da região pré-patelar.

Mariana Eitz; Gustavo Holz; Felipe Hertz; Jonas Dalabona; Bruno Eitz; Natália Corrêa de Corrêa; Juliana Battistello; Sílvio Morelli; Roberto Pellanda; Maurício Marques.

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

Introdução: A lesão de Morel-Lavallée (MLL) foi primeiramente descrita no quadril e na pelve pelo médico francês Maurice Morel-Lavallée em 1853. Desde então, tem sido descrita em outras regiões, como na região lombar, nádegas, trocânter maior e lateral da coxa, mas só recentemente foi descrita na região pré-patelar, cujo diagnóstico é confirmado quando os exames mostram uma grande área de flutuação suprapatelar palpável. Coleções líquidas recorrentes podem ocorrer, necessitando de aspiração em aproximadamente metade dos casos para que haja sucesso do tratamento. **Métodos:** Avaliação dos achados da ressonância magnética de dois pacientes e revisão de artigos do PubMed, com descrição das principais características da doença. **Discussão:** A MLL é a seqüela de um descolamento envolvendo a separação da pele e tecido celular subcutâneo da fáscia subjacente. O trauma contuso, devido a uma força aplicada de forma tangencial à superfície da pele, cria um espaço potencial entre a gordura subcutânea e a fáscia, que é preenchido por uma combinação de sangue, gordura e linfa devido à ruptura de vasos sanguíneos e linfáticos. Em alguns casos, o tecido circundante de granulação pode organizar-se formando uma pseudocápsula, impedindo, assim, a reabsorção do conteúdo da lesão e levando a uma coleção crônica de fluidos. Nos casos de diagnóstico tardio, uma progressão insidiosa de acúmulo

de fluidos resulta em inchaço, equimose e tensão na coxa com a flexão do joelho. O diagnóstico diferencial desta entidade com bursite pré-patelar e contusão de quadríceps pode ser feito através de uma cuidadosa anamnese e de um exame físico minucioso. O diagnóstico de MLL pode ser confirmado com ultrassom, tomografia computadorizada e ressonância magnética. A aparência da lesão na ressonância magnética depende da fase de evolução do sangramento e pode variar de iso a hiperintensa em T1 e T2.

P-190 – Síndrome SAPHO (sinovite, acne, pustulose, hiperostose e osteíte): aspectos na ressonância magnética.

Tatiane von Werne Baes¹; Camila Valer Pereira¹; Liana Franciscatto¹; Tiago Ferreira Viegas²; Eduardo Ferreira Medronha²; Paola Conrad da Silveira²; Daniel Silva Basqui²; André Candolo Pupo Barbosa¹; Enio Tadashi Setogutti¹; Wilson Madeira de Almeida¹.

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

Introdução: A síndrome SAPHO é uma condição rara, da combinação de patologias como sinovite, acne, pustulose, hiperostose e osteíte, que formam seu epônimo. A síndrome ocorre predominantemente em adultos jovens e de meia-idade, com maior acometimento no sexo feminino, apresentando curso crônico com episódios de agudização, tendo a doença um curso benigno. A patogênese ainda permanece desconhecida, e alguns estudos sugerem fator genético importante. Os sintomas e sinais são bastante variáveis, conforme a associação das patologias. Os componentes fundamentais da síndrome são a hiperostose e a osteíte inflamatória, sendo o local mais comum, em adultos, a parede anterior torácica, seguida pela coluna, pelve e ossos longos. As lesões cutâneas incluem principalmente pustulose palmo-plantar, acne conglobata, e hidradenite supurativa, porém ausência destas alterações não exclui o diagnóstico, pois podem ocorrer antes, simultaneamente ou depois do início das manifestações osteoarticulares. **Descrição do Material:** Trata-se de um ensaio iconográfico baseado em casos ilustrativos, obtidos do nosso arquivo, referentes aos achados radiológicos pela ressonância magnética na síndrome SAPHO. **Discussão:** O diagnóstico da síndrome SAPHO é fundamentalmente clínico, podendo ser auxiliado por métodos de imagem, os quais ajudam a definir a extensão do envolvimento e o grau de atividade, principalmente em relação às lesões na parede anterior do tórax, coluna e ossos longos. Além disso, a ressonância magnética tem importante função para auxiliar no diagnóstico diferencial, pois essas manifestações podem simular infecção ou malignidade, havendo nestes casos indicações de procedimentos invasivos.

P-191 – Ressonância magnética do ombro na síndrome de impingement do supraescapular.

Eduardo Ferreira Medronha¹; Tiago Ferreira Viegas²; Daniel Silva Basqui¹; Tatiane von Werne Baes¹; Liana Franciscatto¹; Camila Valer Pereira¹; Diego Ferrasso Zuchi¹; André Candolo Pupo Barbosa¹; Enio Tadashi Setogutti¹; Carlos Jader Feldman¹.

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

Introdução: Neuropatia do supraescapular é uma rara causa de dor e fraqueza no ombro, desta forma, podendo ser ignorada como um fator etiológico. O nervo supraescapular é vulnerável à compressão na incisura supraescapular, bem como na incisura espinoglenoidea. Outras causas de neuropatia do supraescapular incluem: tração, lesão ao nível do ligamento transversal da escápula ou do ligamento espinoglenoideo e trauma direto do nervo. Esportes que envolvem elevação do membro superior acima da cabeça, tais como tênis, natação e musculação, podem resultar em tração do nervo, levando à disfunção. O diagnóstico de neuropatia do supraescapular é baseado em achados clínicos e resultados de testes eletrodiagnósticos anormais, após a exclusão de outras causas de dor no ombro e fraqueza. **Descrição do**

Material: Trata-se de um ensaio iconográfico baseado em casos ilustrativos, obtidos do nosso arquivo, referentes aos achados radiológicos pela ressonância magnética na síndrome de *impingement*. **Discussão:** A ressonância magnética pode fornecer uma demonstração anômica do nervo encarcerado (*impingement*) e atrofia muscular. Com esta modalidade, cistos ganglionares são reconhecidos com frequência crescente como uma fonte externa de compressão do nervo supraescapular. Sem evidência de uma lesão provocando compressão do nervo, tratamento não cirúrgico deve incluir terapia física e prevenção de atividades que possam precipitar a lesão. Quando tratamento conservador falhar para aliviar os sintomas ou quando uma lesão discreta, como um cisto ganglionar está presente, descompressão cirúrgica se justifica. Descompressão provoca alívio da dor, mas a recuperação e a restauração do tecido muscular do ombro atrofico podem ser incompletas.

P-192 – Condrodisplasia punctata autossômica recessiva: relato de caso.

João Vicente Machado Horvat¹; Juliana Santos Bayer¹; Flávia Silva Braga¹; Adriana Maria Fonseca de Melo¹; Dimitri Mori Vieira²; Ana Maria Tamellini²; Ricardo Andrade F. Mello¹.

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

Introdução: A condrodisplasia punctata (CP) é uma manifestação articular rara definida pela presença de calcificações puntiformes nas cartilagens epifisárias. É causada por um grupo heterogêneo de alterações genéticas relacionadas a diferentes cadeias do metabolismo. Embora possa ser encontrada isoladamente, na maioria dos casos a CP será vista como uma manifestação de diferentes doenças da hereditariedade, estando também associada a infecções congênitas, embriopatias medicamentosas e ao lúpus eritematoso sistêmico materno. Estas doenças variam não só em suas apresentações clínicas, como também em prognóstico. **Material:** Recém-nascido do sexo feminino, de baixo peso, pré-termo de mãe primípara adolescente de 14 anos de idade, que apresentava nariz em sela, implantação baixa de orelhas, encurtamento rizomélico dos membros e deformidades articulares dos joelhos e cotovelos. Estudo radiográfico evidenciou numerosas calcificações puntiformes nas epífises dos ossos longos, bacia e coluna vertebral, além de encurtamento dos úmeros e fêmures. Estes achados são compatíveis com CP em sua forma autossômica recessiva, que é considerada a apresentação mais grave desta doença. **Discussão:** A CP autossômica recessiva, também chamada de rizomélica, está ligada a desordens dos peroxissomas causadas por erro na PEX 7, que codifica o receptor de matrizes proteicas. O quadro clínico destes pacientes é o de encurtamento simétrico proximal dos membros, alterações faciais, catarata congênita, ictiose e retardo severo do desenvolvimento neuropsicomotor. A morte normalmente ocorre no primeiro ano de vida. O conhecimento das manifestações radiológicas da CP é importante para a identificação correta de suas variantes e para a determinação do prognóstico de cada paciente.

P-193 – Sarcoma sinovial: relato de um caso e revisão da literatura.

Luís Henrique Barbosa Mestriner; Karina Todeschini; Maurício Scheleder Antunes; Renata Brutti Berni; Luciano Morello; Augusto Vasconcellos Vieira; Senair Alberto Ambrós.

Associação Hospitalar Beneficente São Vicente de Paulo.

Introdução: Os sarcomas sinoviais (SS) são tumores raros, compreendendo aproximadamente 5% a 10% dos sarcomas de partes moles. Frequentemente afetam as extremidades (80–95% dos casos), particularmente na fossa poplíteia entre os adolescentes (15–40 anos). Apesar do nome, a lesão na maioria das vezes não aparece na localização intra-articular, mas usualmente ocorre perto das articulações.

Descrição do Material: Masculino, 67 anos, internado com queixa de dor e edema na coxa direita com início há 7 meses. A radiografia do joelho demonstrou processo degenerativo da articulação, sem mais especificações. Foi realizada ressonância magnética (RM), que revelou a presença de tumoração multicística com lise óssea do fêmur e tibia. A biópsia da lesão revelou achados compatíveis com sarcoma sinovial. **Discussão:** Os SS representam neoplasias malignas de crescimento lento, com relação estreita com tendões, bainhas tendíneas, e em menor frequência, com fâscias, ligamentos, aponeuroses e membranas interósseas. Descritos como mais frequentes próximo a grandes articulações, principalmente joelho. Radiografias são normais em aproximadamente 50% dos casos de SS, particularmente aquelas com lesões pequenas. SS detectados no exame radiográfico tipicamente aparecem como uma massa de tecidos moles justa-articular não específica, redonda ou oval. A aparência mais comum do SS na tomografia computadorizada (TC) é de uma massa heterogênea profunda nos tecidos moles com atenuação similar ou levemente menor que o músculo adjacente. A RM é um ótimo método para verificar as características intrínsecas, estadiamento e diagnóstico dos SS. Apresentam recidiva local em torno de 12% a 31%, e a distância, entre 39% e 54% dos casos. Metastatizam principalmente para pulmões e, em torno de 3% a 7%, para linfonodos. O uso de métodos de imagem é de grande auxílio, principalmente a RM, que auxilia na determinação do envolvimento das partes moles e estruturas adjacentes à lesão.

P-194 – Osteodistrofia renal: alterações musculoesqueléticas.

Diego Marlon Pissinati Pessoa¹; Mauro Nakayama¹; Juliana Maia Borges Campos²; Victor Jorge Guerreiro³.

¹ Hospital Universitário – Universidade Federal da Grande Dourados; ² Clínica do Rim; ³ Hospital Evangélico.

Introdução: As alterações metabólicas existentes na insuficiência renal crônica (IRC) de longa duração determinam uma grande variabilidade de alterações esqueléticas. Osteodistrofia renal (OR) é um termo utilizado para descrever as alterações ósseas decorrentes do distúrbio do metabolismo mineral em pacientes com IRC. **Descrição do Material:** Neste estudo apresentamos um caso de um paciente do sexo masculino com IRC com achados de OR, com ênfase nos achados de imagem e estudo histopatológico de biópsia de lesão óssea. **Discussão:** As anormalidades radiológicas esqueléticas da OR são múltiplas e variadas, sendo seus principais achados: alterações de densidade óssea, osteomalácia, raquitismo (em crianças), sinais de hiperparatireoidismo secundário (osteíte fibrosa), retardo de crescimento, alterações articulares, condrocalcinose, calcificações metastáticas e periarticulares, reação periosteal, fraturas e osteomielite. Nem todas as alterações estão presentes no mesmo paciente, cuja manifestação depende de mecanismos patogênicos presentes em cada indivíduo. A investigação radiológica da OR, incluindo radiografia convencional, tomografia computadorizada (TC) e cintilografia óssea têm importante papel no diagnóstico precoce e seguimento da doença óssea renal. Apesar de a biópsia óssea ser considerada o padrão ouro para o diagnóstico da OR e novos métodos de medida da densidade óssea estejam disponíveis, a radiografia convencional representa, até o momento, importante e amplamente disponível ferramenta diagnóstica nos casos de suspeita de OR.

P-195 – Mecanismo flexor dos dedos: revisão da anatomia, correlação da ultrassonografia com ressonância magnética e descrição de casos patológicos.

Andrea Tsunoda; Kátia Ortiz; Marcelo Nico; Eduardo Tokura; Rodrigo Aguiar; André Yamada; André Romualdo; Massao Wematsu; Jader Silva. Fleury Medicina e Saúde.

Introdução: O mecanismo flexor (MF) tem a função de flexionar as articulações interfalângicas (IF) e metacarpofalângicas (MCF) dos

dedos e contribuir para estabilidade estática e dinâmica, contrapondo as forças extensoras. Sua anatomia é complexa e delicada e as lesões devem ser reconhecidas pelo radiologista. **Descrição do Material:** Realizamos uma revisão da anatomia, correlação da ultrassonografia (US) com ressonância magnética (RM). A US foi realizada num aparelho HDI 5000, com transdutor de 15MHz. Descrevemos alguns casos patológicos. **Discussão:** O MF é dividido em 5 zonas topográficas (ZT), desde o antebraço até a falange distal (FD). A flexão dos dedos é realizada pela ação de músculos flexores superficial e profundo dos dedos (zona V – antebraço). Os tendões percorrem o túnel do carpo (zona IV) e a região adjacente às MCF (zona III). Na região entre a MCF e a FD (zonas II e I) a anatomia é mais complexa. No nível da falange proximal, o tendão flexor superficial (TS) começa a bifurcar-se e torna-se profundo, passando através do tendão flexor profundo (TP). Na região da interfalângica proximal, o TP está localizado superficial, enquanto os feixes tendíneos do superficial estão profundos, adjacentes à placa volar. No terço médio da falange média, os TS se inserem na cortical anterior e lateral. Na área da interfalângica distal existe apenas o TP, que adiante se insere na base da FD. Durante este trajeto, os tendões flexores atravessam um túnel osteofibroso, delimitado por uma porção óssea e por uma porção fibrosa, formada pelas polias anulares A1 a A5 e cruciformes C1 a C3. O tipo de lesão, deformidade e resultado da cirurgia serão diferentes de acordo com a região anatômica afetada. Assim, uma classificação das lesões em ZT é crucial para o processo diagnóstico, sendo a US com transdutor de alta resolução e RM ótimos métodos para a sua avaliação.

P-196 – Sutilezas radiográficas em musculoesquelético.

Nathália Bhering Sallum; Fabiano Franco Monteiro Prado; Ademar Guerra Pinto; Ana Amélia Alfenas Silva; Cristiane Turano Mota; Luis Gustavo Belizário Xavier; Rely Moreira Viana; Getúlio Silva Araújo; Carolina Lavisse Teixeira; Paulo Ramos Botelho Antunes.

Santa Casa de Belo Horizonte.

Com o aprimoramento tecnológico, a radiologia vem ganhando cada vez mais destaque na área médica. Lamentavelmente, tal tecnologia tende a ficar restrita aos grandes centros urbanos, provocando relativo grau de exclusão tecnológica. Por questões práticas e orçamentárias, a radiografia simples continua sendo um método de imagem universalmente disponível, trazendo contribuição essencial à orientação propedêutica. Este trabalho demonstra a importância da radiografia convencional no estudo das sutilezas musculoesqueléticas através da apresentação de minicases clínicos acompanhados pela radiografia simples e posterior conceito/classificação das respectivas sutilezas. Essas sutilezas são peculiaridades e/ou achados limítrofes entre o normal e o patológico, mas que, entretanto, podem estar direta ou indiretamente relacionados ao desequilíbrio anatomicofuncional focal e posterior evolução global da patologia. O radiologista, em razão da grande cobrança em produtividade e, às vezes, falta de tempo, acaba por não valorizar estes sutis detalhes radiológicos – que poderiam nortear na direção propedêutica correta e evitar excesso de exames desnecessários. Observa-se, na prática, que a grande maioria das sutilezas passa despercebida, sem a devida evidenciação, ou é simplesmente ignorada, subestimada. Fato notório é a constatação de que radiologistas e residentes em radiologia já detêm o conhecimento necessário a respeito, porém, muitas vezes, não vislumbram a inter-relação. É importante salientar que o objetivo não é quantificar o conhecimento médico, mas tão somente revigorar a importância dos detalhes em radiologia simples. Foram abordados casos como os *acromiãle*, osso navicular acessório, síndrome do impacto do ombro, síndrome do impacto do quadril masculino e feminino, lúnula, displasia trocântérica, osso trígono, variante ulnar negativa e positiva, *pectus excavatum*, coalisão carpal, lipoma em mão, síndrome de Voorhoeve, osso versaliano, bico talar, dissociação escafulonular, apófises não unidas, disostose craniofacial, primeiro metatarso curto, entre outros. Os casos consistem na radiografia simples, na sintomatologia do paciente, no con-

ceito e na classificação da sutileza, tudo abordado de maneira sutil e objetiva.

P-197 – Artropatia de Jaccoud no lúpus eritematoso sistêmico.

Daniel Sá Ribeiro¹; João Luiz Fernandes¹; Karla Costa Porto¹; César de Araújo Neto¹; Fernando D’Almeida¹; Mittermayer Barreto Santiago².

¹ Image Memorial; ² Hospital Santa Isabel.

Introdução: A artropatia de Jaccoud (AJ), artropatia deformante reversível não erosiva, classicamente descrita por S. Jaccoud em 1869 em pacientes com febre reumática, foi recentemente redescoberta na literatura e descrita também em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico (LES), bem como em outras condições. Apresentamos os achados de ressonância magnética (RM) e radiografia simples de um caso incomum de paciente lúpico com AJ em mãos, joelhos e pés. **Relato do Caso:** Mulher, 41 anos, com diagnóstico de LES desde 1985. Desde o início ela tinha poliartrite, síndrome nefrótica, leucopenia, baixa de C3 e C4, anti-dsDNA positivo. Tratada com pulsos de corticoide e imunossuppressores. Ao exame físico, em 1999 tinha deformidade típica de AJ nas mãos. Apesar do tratamento, manteve edema poliarticular, vindo desde 2005 com deformidades articulares reversíveis também nos pés, tornozelos e joelhos. Apresentamos as imagens de RM das mãos, pés e joelho desta paciente. Nas mãos reconhecemos os aspectos morfológico clássico desta patologia, com desvio ulnar dos metacarpós, subluxações, deformidade em “pescoço de cisne” e “Z” do polegar, associado a sinais de sinovite e tenossinovite, sem erosões das placas ósseas subcondrais. Nos pés, apresenta desvio em valgo do hálux com subluxação desta metatarsalângica, associado ainda a sinovite também nas outras articulações. No joelho, há derrame com proliferação sinovial e uma perda parcial de alinhamento articular. **Discussão:** A AJ é caracterizada por um conjunto de deformidades articulares tipicamente reversíveis, afetando principalmente as mãos, mas também eventualmente observado em outras articulações, tais como os pés, joelhos e ombros. Seria consequência de um processo inflamatório periarticular crônico provocando fibrose e frouxidão ligamentar e não o efeito destrutivo direto de sinovite. Ao contrário da artrite reumatoide, os aspectos de imagem na artropatia relacionada ao LES são pouco reconhecidos pelos radiologistas, particularmente quando associados às deformidades relatadas.

P-198 – Relato de caso: síndrome de Poland.

Luisa Raggi; Juliana Bayerl; Renato Baptista; Andre Oliveira; Fábio Furtado; Luciano Emerich; Leonardo Avanza; Flávia Braga; Adriana Melo; Carlos Alberto Peixoto.

CDI – Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes.

Introdução: Síndrome de Poland é uma malformação rara da parede torácica. É uma desordem congênita, com prevalência maior no sexo masculino. Acomete o lado direito em até 75% dos casos. Caracteriza-se por ausência total ou parcial do músculo peitoral maior e braquidactilia ipsilateral. Outras anomalias associadas incluem aplasia ou deformidade da segunda à quinta costelas ipsilaterais, aplasia mamária, alopecia axilar, dextrocardia, agenesia renal e duplicação do sistema pielocalicinal. **Material:** Paciente de 13 anos, do sexo masculino, encaminhado ao neurologista para avaliação de atrofia do membro superior direito. Ao exame físico observou-se ausência do músculo peitoral maior e braquidactilia na mão deste lado. **Discussão:** O principal mecanismo patogênico da síndrome de Poland está relacionado à hipoplasia da artéria subclávia ou de seus ramos, ocorrendo interrupção do suprimento sanguíneo em torno da sexta semana de vida intrauterina. O local de acometimento e a extensão das lesões determinam o grau de comprometimento e a gravidade da síndrome. O diagnóstico geralmente é feito na infância, devido às alterações físicas encontradas. Para avaliação da extensão das lesões e das anomalias associadas, pode-se utilizar radiografia e tomografia computadorizada de tórax. O estudo radiográfico deste paciente evidenciou hiperluscên-

cia do hemitórax afetado. Complementou-se o estudo com tomografia computadorizada, que demonstrou agenesia da musculatura peitoral direita, determinando assimetria volumétrica na parede torácica anterior, com pseudoabaulamento à esquerda, e leve rotação anti-horária do esterno. Esta síndrome apresenta um risco aumentado de neoplasias malignas, como leucemia, linfoma, tumores do parênquima pulmonar e mamário, necessitando de acompanhamento adequado. O tratamento cirúrgico destes pacientes pode ser aventado nos casos de depressão progressiva da parede torácica, perda da adequada proteção pulmonar e cardíaca, e também por motivos estéticos em pacientes do sexo feminino.

P-199 – Sarcoma sinovial: incidência e aspectos radiológicos.

João Paulo Kawaoka Matushita¹; Cristina Sebastião Matushita²; Julieta Sebastião Matushita²; João Paulo Kawaoka Matushita Junior³.

¹ Universidade Federal de Minas Gerais; ² CDI Dr. Matushita; ³ Instituto de Pós-Graduação Médica Carlos Chagas.

Uma série de 88 casos de sarcoma sinovial foi estudada do ponto de vista da incidência clínica e radiológica. Todos os tumores primários, recorrentes e metastáticos, foram reclassificados de acordo com a sede, tamanho, idade, sexo e raça dos pacientes. A sobrevivência de cinco anos foi de 5,1% (3/59). Os fatores que influenciaram no prognóstico foram: tamanho, sede do tumor primário, tipo histológico e idade do paciente. Crianças e idosos têm melhor prognóstico. Trinta e sete e meio por cento (37,5%) dos sarcomas recorreram localmente. Doze e meio por cento (12,5%) dos tumores metastatizaram para os linfonodos regionais e nove por cento (9%) para os ossos; trinta e sete e meio por cento (37,5%) dos pacientes morreram devido a metástase pleuropulmonar. Espera-se que a melhor compreensão da história natural destes tumores conduza a uma melhor terapia local e sistêmica, favorecendo o prognóstico.

P-200 – Aspecto de imagem das lesões de Morel-Lavallée.

Tatiana Cardoso de Mello Tucunduva¹; Fernanda Garozzo Velloni¹; Marina Celli Francisco¹; Luis Pecci Neto^{1,2}; Abdalla Yousef Skaf²; Edson Shinji Kubota¹; Artur da Rocha Corrêa Fernandes¹.

¹ Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina; ² Telemagem – RDO Diagnósticos Médicos.

Introdução: As lesões de Morel-Lavallée são resultantes de forças de cisalhamento que provocam avulsão abrupta entre o tecido subcutâneo e a fáscia muscular subjacente. Classicamente são descritas nas regiões trocântérica e proximal da coxa, sendo os traumas tangenciais por acidentes de alta energia o principal mecanismo etiológico. Devido à abundante irrigação linfovascular desta região, ocorre a ruptura de inúmeros capilares, levando a efusão de sangue, linfa e débris, que preenchem a cavidade virtual perifascial. Desde sua primeira descrição em 1853 pelo médico francês Morel-Lavallée, este termo tem sido utilizado para descrever lesões semelhantes em outras localizações anatômicas, tais como região lombar, supraescapular e joelho. **Descrição do Material:** Foram revisadas imagens dos arquivos das instituições participantes com diagnóstico de Morel-Lavallée em diferentes topografias e selecionadas as mais ilustrativas para o presente estudo. **Discussão:** Sua apresentação aos métodos de imagem depende do tempo transcorrido desde a formação do hematoma. Seu aspecto ultrassonográfico varia desde anecoico a massa hiperecoica, podendo apresentar nódulos hiperecoicos parietais que traduzem conteúdo gorduroso. A ressonância magnética é um excelente método para avaliação, pois demonstra as dimensões exatas, a composição da lesão e a cápsula periférica, além de auxiliar no diagnóstico diferencial. O tratamento poderá ser conservador ou cirúrgico, dependendo da extensão e evolução do quadro. Geralmente o tratamento cirúrgico se faz necessário, pois evita progressão para infecção. Assim sendo, o diagnóstico precoce e correto desta lesão é importante para a adequada orientação terapêutica.

P-201 – Lesões meniscais atípicas: ensaio pictórico.

Michel de Araujo Tavares; André Menezes Baranda.

Sensumed.

A introdução da ressonância magnética (RM) aumentou bastante a sensibilidade e a especificidade para detecção de lesões meniscais comparando-se com a artroscopia. Tem boa capacidade de caracterização das estruturas teciduais, em múltiplos planos de estudo e com uma alta definição de imagens. Além disso, o caráter não invasivo e, ao mesmo tempo, acurado do método amplia sua vantagem. Por estes motivos a detecção de achados radiológicos atípicos desta estrutura é mais bem visto nos dias atuais. **Descrição do Material:** Serão analisados pacientes com achados radiológicos incomuns de lesões meniscais fazendo correlação com a literatura, incluindo fragmentos deslocados e menisco de Wrisberg luxado. **Discussão:** Os meniscos medial e lateral são dois discos fibrocartilaginosos em forma de meia-lua, localizados na superfície superior da tíbia. As rupturas são mais frequentes em pacientes jovens e relacionadas a episódios traumáticos; porém, naqueles com idade mais avançada, as lesões podem ocorrer em pequenos movimentos torcionais durante a realização de atividades diárias. Para os ortopedistas a estabilidade ou não é um importante critério para decidir por ressecção ou reparação. Ruptura e fragmentos deslocados são definidos como lesões instáveis. Essas rupturas representam um subconjunto das lesões que são clinicamente importantes, podendo migrar em direção à incisura intercondilar ou para a porção lateral do recesso meniscal. Em relação às luxações, esta é mais comum no menisco discoide que, de acordo com Watanabe, classifica-se em tipo completo, incompleto e ligamento de Wrisberg. Conclui-se, desta forma, que a RM aumentou o número de diagnósticos desta enfermidade, incluindo aquelas menos comuns.

P-202 – Classic signs in musculoskeletal radiology.

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

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco.

Introduction: The language of radiology is rich with descriptions of imaging findings, often metaphorical, which have found common usage in the day-to-day practice of radiology. The purpose of this exhibit is to discuss some of the classic signs and to illustrate them using different imaging modalities to review a variety of pathologic bone diseases. **Methods:** This presentation reviews “classic signs” in musculoskeletal radiology. Some of the signs which will be addressed in this review are typically described on conventional radiology, others are seen on computed tomography. The signs which will be discussed here are: “salt and pepper” appearance, “bone within bone” sign, “onion skin” and “sunburst” periosteal reactions, Codman triangle, “soap bubble” appearance, “ball-in-socket” epiphysis, “bamboo” spine, “trolley-track” sign, “Erlenmeyer flask” deformity, “fish-mouth” vertebra, “rugger jersey” spine, “sandwich” vertebra, “ivory” vertebra, candle wax dripping, “cotton wool” appearance, white line of Frankel, Wimberger ring, “ground glass” appearance, and “shepherd’s crook” deformity. **Discussion:** The familiarity afforded by recognition of a classic sign allows for a more confident diagnosis. When the sign is invoked, or is recognized, it often brings an impression of the image to mind, and it may have specific diagnostic and pathologic implications. Newer imaging modalities may render some signs obsolete, but they do not change the basic pathophysiology on which the signs are based.

P-203 – Fratura de Chance: ensaio iconográfico e relato de caso.

Luisa Raggi; Regina Domingues; Renato Baptista; Renato Machado; Luciano Ermerich; Luciana Guerra; Diogo Miranda; André Oliveira; Dimitri Vieira.

CDI – Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes.

Introdução: A fratura de Chance resulta de hiperflexão da coluna vertebral contra um objeto que atua como fulcro anterior (e.g., cinto de segurança), em combinação com uma força de distração vertical posterior após uma desaceleração súbita, principalmente em acidentes automobilísticos. A fratura de Chance clássica compreende uma fratura horizontal da vértebra, que se inicia no processo espinhoso ou lâmina e se estende pelos pedículos ou corpo vertebral, porém sem lesar estruturas ligamentares e sem provocar deslocamento ou subluxação. **Material:** Adolescente de 14 anos de idade, vítima de acidente automobilístico há 60 dias, apresentando dor na região lombar de início súbito e recente, sem déficit motor associado. Foram realizados exames de radiografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética da coluna vertebral. A tomografia computadorizada evidenciou inversão do eixo vertebral fisiológico com fulcro em L3-L4, fratura transversa envolvendo coluna média de L3, e encunhamento anterior dos corpos vertebrais de L3 e L4. Na ressonância magnética, os achados adicionais, além da fratura de L3, foram sinais de ruptura dos ligamentos amarelos e interespinhosos adjacentes, porém sem acometimento dos ligamentos longitudinais e supraespinhosos. **Discussão:** A fratura de Chance, ou fratura do “cinto de segurança”, é um tipo de fratura com orientação transversal pelo arco neural e extensão parcial ou completa pelo corpo vertebral. Tende a ser estável, pois a porção superior do arco neural se encontra firmemente ligada à vértebra acima, assim como a porção inferior com a vértebra abaixo. Enfatizamos os achados de imagem encontrados neste tipo de lesão, correlacionando-os com o mecanismo de trauma da coluna vertebral e a sua importância na avaliação em emergências.

P-204 – Acometimento maciço dos nervos periféricos por neurofibromatose plexiforme: relato de caso.

Glauco Saura; Juliana Campos; Marcos Marins; Rodrigo Martins; Adilson Prando.

Centro Radiológico Campinas – Hospital Vera Cruz.

Introdução: A neurofibromatose tipo 1 (NF1) é a facomatose mais frequente, caracterizada pela predisposição genética ao desenvolvimento de tumores da bainha neural. As lesões características da NF1 são os neurofibromas; quando há acometimento de múltiplos feixes nervosos são chamados de neurofibromas plexiformes. **Descrição do Material:** O objetivo deste relato de caso é ilustrar o caráter exuberante de acometimento pelos neurofibromas plexiformes em um paciente do sexo masculino, de 17 anos, com diagnóstico de NF1. São observadas inúmeras e volumosas lesões expansivas ovaladas, com características de sinal de neurofibromas, ao longo dos trajetos nervosos no tórax, abdome, pelve e membros inferiores. A distribuição dos neurofibromas é praticamente universal. O aumento volumétrico dos nervos possibilita a identificação de pequenos ramos nervosos normalmente delgados e de difícil avaliação pela ressonância magnética em pacientes sem a facomatose. O nervo ciático tem cerca de 4,0cm de diâmetro médio. O paciente apresenta também manchas tipo “café-com-leite” pelo corpo. **Discussão:** A ressonância magnética é importante para demonstrar o número, distribuição e tamanho dos neurofibromas, bem como avaliar a evolução/crescimento tumoral e sua resposta ao tratamento. Com a ressonância magnética podemos identificar lesões assintomáticas ou ocultas, como neste caso. Os neurofibromas podem sofrer malignização em cerca de 4% dos casos, e clinicamente a dor é o principal sintoma. Apesar de a diferenciação entre lesões benignas e malignas ser difícil pela ressonância magnética, são considerados achados suspeitos mudanças de sinal em lesões já existentes, bem como crescimento rápido e infiltrativo.

P-205 – Sarcoma de Ewing com múltiplas metástases ósseas – RX, CT e RM: dificuldades diagnósticas.

Thiago Fortes Garcia^{1,2}; Daniel Marafija de Godoy^{1,2}; Martha Nogueira Lago^{1,2}; Paulo Fernando S. da Silva^{1,2}; Robson Rottenfusser^{1,2}; Laerte

B.A. Junior^{1,2}; Paulo S.B. Osório^{1,2}; Ruben Ghislene^{1,2}; Lucas Marafija de Godoy³; Priscila Fortes Garcia⁴.

¹ Hospital da Cidade de Passo Fundo; ² Clínica Kozma; ³ Universidade Católica de Pelotas; ⁴ Universidade Luterana do Brasil.

O sarcoma de Ewing é uma neoplasia altamente maligna, derivado de células mesenquimais indiferenciadas da medula óssea ou de células do neuroectoderma primitivo (TPNE). É denominado tumor de pequenas células, com núcleos redondos, hiper cromáticos e pouco citoplasma, apresentando alta taxa de mitose; consequentemente, a necrose extensa é frequente. Relativamente comum em crianças e adolescentes, antes dos 25 anos de idade, responde por cerca de 6% a 10% dos tumores ósseos malignos primários, com predileção por diáfise de ossos longos, como região proximal do fêmur, fibula, ulna e ossos da pelve. A localização mais comum desse tumor é tema de divergência entre autores que revisam grandes séries de pacientes com esta neoplasia, e o padrão das lesões varia conforme o tipo de osso acometido. A apresentação clínica habitual é de tumoração de partes moles, visível ou palpável, associada a dor local, febre, mal-estar, perda de peso, leucocitose e aumento do VHS. É muito semelhante, clinicamente, com osteomielite, e imaginologicamente, com linfoma, rabdomiossarcoma e neuroblastoma metastático. As metástases são frequentes no momento do diagnóstico, sendo os sítios mais comuns pulmão e outros ossos. A confirmação diagnóstica final é dada por estudo de citologia. A apresentação clínica inespecífica e as características imaginológicas permitem grande variedade de diagnósticos diferenciais, tornando-se uma difícil tarefa para o clínico e para o radiologista. Os autores apresentam um caso de paciente de 21 anos com mialgia no quadriceps direito após jogo de futebol, evoluindo com paraparesia e parestesias, sendo diagnosticado sarcoma de Ewing na coxa direita, com metástases ósseas mistas e comprometimento do canal medular, resultando em um prognóstico sombrio em um paciente previamente hígido.

P-206 – Artrorressonância do ombro na avaliação da instabilidade anterior.

Tatiane von Werne Baes¹; Tiago Ferreira Viegas²; Eduardo Ferreira Medronha²; Camila Valer Pereira¹; Liana Franciscatto¹; Paola Conrad da Silveira²; Diego Ferrasso Zuchi¹; André Candolo Pupo Barbosa¹; Enio Tadashi Setogutti¹; Wilson Madeira de Almeida¹.

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

Introdução: Em razão da sua grande amplitude e mobilidade, a articulação glenoumeral é uma das mais propensas a lesões (luxações e instabilidades). Os principais mecanismos responsáveis pela estabilidade do ombro são: glenoide óssea, lábio glenoidal, cápsula articular, ligamentos glenoumerais, músculos do manguito rotador e intervalo dos rotadores. A principal causa de instabilidade glenoumeral são os deslocamentos anteriores da articulação, podendo ocasionar uma série de alterações envolvendo o complexo labroligamentar glenoumeral anterior. Além disso, podem ocorrer alterações isoladas da porção ântero-inferior do lábio glenoidal, erosões condrais da glenoide, envolvimento dos ligamentos glenoumerais inferior e médio, do periosteio escapular e de estruturas ósseas (glenoide e porção pósterio-superior da cabeça umeral). **Descrição do Material:** Trata-se de um ensaio iconográfico baseado em casos do nosso arquivo, referentes aos achados da artrorressonância magnética na avaliação da instabilidade anterior do ombro, com o objetivo de demonstrar a anatomia normal das estruturas que compõem o complexo labroligamentar glenoumeral inferior, assim como as principais alterações ocasionadas. **Discussão:** Na ressonância magnética com contraste intra-articular ocorre distensão da cápsula articular, permitindo sua melhor avaliação, com precisa visualização do lábio glenoidal, bem como as outras lesões associadas. Portanto, a artrorressonância magnética constitui-se no método de imagem de escolha que fornece

mais informações para avaliação da instabilidade do ombro, contribuindo para a definição da conduta.

P-207 – Cisto gangliônico da articulação tibiofibular proximal: relato de caso e revisão da literatura.

Eduardo Bruno Lobato Martins; Marcelle Alves Borba; Almir Bitencourt; Carlos Henrique de Marchi; Pedro José dos Santos Neto; Adriana Tanaka Rodrigues; Wagner Santana Cerqueira; Gislaíne Cristina Lopes Machado; Deise Girão Eugênio; Alexandre Calábria da Fonte.

Hospital A.C. Camargo.

Introdução: Os cistos gangliônicos ou cistos sinoviais são lesões císticas, circundadas por tecido sinovial, que acometem mais frequentemente as articulações do punho. Sua etiopatogenia é desconhecida. Os sintomas principais são a presença de massa palpável e dor, quando há compressão de feixes nervosos. A avaliação por imagem é importante, sendo que os principais métodos utilizados são a ressonância magnética e a ultrassonografia. O tratamento baseia-se na exérese cirúrgica, sendo que as recidivas são frequentes. **Relato do Caso:** Paciente do sexo feminino, 24 anos de idade, com queixa de tumoração palpável na face lateral do terço proximal da perna esquerda, com surgimento há três meses. Não apresentava dor local ou outros sintomas. Realizou ressonância magnética, que evidenciou lesão bem delimitada, com hipersinal em T2, sem realce após contraste. A lesão media cerca de 8cm e apresentava contato com a articulação tibiofibular proximal, com abaulamento da cortical da fíbula. A ultrassonografia mostrava lesão anecoica, circunscrita, com septos no interior. A paciente foi submetida a punção aspirativa, com a saída de líquido espesso citrino, com citologia negativa para malignidade. A exérese cirúrgica e a análise histopatológica confirmaram a hipótese de cisto sinovial. **Discussão:** A articulação tibiofibular proximal é um local atípico para o surgimento dos cistos sinoviais. Os exames de imagem têm grande importância ao sugerir a hipótese diagnóstica e no estadiamento local pré-operatório.

P-208 - Ultrassonografia e ressonância magnética do ombro: estudo comparativo nas lesões do manguito rotador.

Paula Eiko Takau Brino; Beatriz Macedo de Almeida Pereira; Tais Kawano; Jorge Proghloff; Sonia Vilella; Cicero Sinisgalli Junior.

Hospital Nossa Senhora de Lourdes.

O ombro é uma articulação que tem como finalidade promover ampla mobilidade do membro superior. Lesões no ombro são responsáveis por grande parte das consultas com ortopedistas e estão relacionadas diretamente a incapacidade provisória ou permanente. Artigos de revisão de ortopedia consideram a ultrassonografia (US) como um método bom para a avaliação do manguito e de síndrome de pinçamento, mas apontam o fato de ser operador-dependente e aparelho-dependente. A ressonância magnética (RM) é considerada como um exame bastante sensível e específico para avaliações de partes moles e ósseas. O presente estudo teve como objetivo correlacionar os resultados de US com os de RM, e avaliar a variação interobservador na RM. Foram levantados 157 exames de RM de ombro de pacientes que também realizaram US, durante o período de setembro de 2006 a abril de 2009. Utilizou-se como critério de exclusão: intervalo entre a RM e a US maior que dois meses, realização de algum procedimento cirúrgico prévio ou entre os exames na região. NN exames foram excluídos e os demais foram submetidos a segunda leitura por outro radiologista do departamento, sem o conhecimento dos resultados prévios. Os dados foram compilados em planilhas. Os critérios avaliados foram: presença de artropatia acromioclavicular, alterações degenerativas glenoumerais, tendinopatia, lesões parciais e completas do manguito rotador, tendinopatia da cabeça longa do bíceps e presença de líquido na bainha bicipital, presença de processo inflamatório ou líquido na bursa subacromial/subdeltoidea, presença de derrame articular.

P-209 – Achados à ressonância magnética da tenossinovite estenosante de De Quervain.

Juliana Lamounier; Raphael Guedes; Cristiane Carneiro; Roberto Loureiro; Wanderval Moreira; Emília Guerra; Marcelo Almeida; Renata Furlletti; Robert Bicalho; Francisco Teixeira.

Hospital Mater Dei.

Introdução: A tenossinovite estenosante de De Quervain (TEQ) é causa comum de dor na face radial do punho. A dor resulta da resistência ao deslizamento dos tendões abductor longo e extensor curto no túnel osteofibroso dorsal do punho. Classicamente, o diagnóstico de TEQ é clínico. A ressonância magnética (RM) é o método de diagnóstico por imagem de maior acurácia nesses casos, embora raramente possa apresentar-se inalterada em pacientes com diagnóstico clínico e histopatológico da doença. O presente estudo presta-se à caracterização dos achados imagiológicos típicos e atípicos dessa entidade pela RM. **Descrição do Material:** Foi realizada a análise retrospectiva da RM de seis pacientes para os quais foi sugerido o diagnóstico de TEQ. Os achados imagiológicos foram correlacionados com achados clínicos e cirúrgicos em cinco casos e com a documentação histopatológica em um caso. Foi utilizado aparelho de RM de 1,5 tesla e obtidas imagens nas sequências spin-eco ponderada em T1 nos planos axial, coronal e sagital, turbo spin-eco ponderada em T2 no plano axial, gradiente-eco ponderada em T2 no plano coronal e antes e após o uso de contraste intravenoso (gadolínio), com técnica de supressão de gordura. **Discussão:** O espessamento da bainha sinovial dos tendões abductor longo e extensor curto foi o achado mais fidedigno de TEQ, estando presente em cinco das seis RM analisadas. Edema peritendíneo, impregnação pelo produto de contraste, bem como discreta alteração de sinal também foram observados. Em um dos casos confirmados de TEQ nenhum dos achados imagiológicos esperados foi encontrado. Portanto, vemos que a RM mostra-se útil ao diagnóstico e caracterização da doença, embora a ausência de alterações parece não afastar por completo essa possibilidade diagnóstica.

Neuro / Cabeça e Pescoço

P-210 – Lesão medular na esclerose múltipla: o papel fundamental da sequência densidade prótonica para detecção das lesões.

Márcia Moraes; Diogo Aquino; Larah Betania; Daniela Considera; Lara Brandão.

Clínica Radiológica Luiz Felipe Mattoso; IRM Ressonância Magnética.

Objetivo: Demonstrar o importante papel da sequência densidade prótonica (DP) na detecção de placas na medula espinhal em pacientes com suspeita clínica de desmielinização. **Método:** Foram realizados exames de ressonância magnética (RM) da medula espinhal em aparelho de alto campo (1.5 tesla), com obtenção de imagens nos planos sagital e axial, utilizando, além do T1 e T2 habituais, sequência DP para testar sua sensibilidade. **Resultados:** A RM representa o exame de imagem mais sensível na detecção das lesões focais do sistema nervoso central que ocorrem comumente na esclerose múltipla (EM). No plano sagital, a maioria das lesões medulares é verticalmente orientada, estendendo-se por menos de 15mm ou até 2 segmentos vertebrais. Lesões agudas podem captar e *black holes* são raros na medula. Na fase avançada da doença a medula pode mostrar afilamento focal ou difuso por desmielinização e perda axonal e degeneração walleriana secundária. A RM é o melhor exame para demonstração do número e extensão das placas medulares. A sequência T2 fast spin eco (FSE) é a sequência habitualmente usada na demonstração de lesões medulares de qualquer natureza (desmielinizante, inflamatória, traumática, isquêmica e neoplásica). Porém, dados recentes da literatura, assim como a nossa experiência, têm demonstrado que a sequência DP é mais sensível ainda do que a sequência T2 FSE na detecção das pla-