

cando as vísceras para o lado contralateral. Realizada total ressecção do grande cisto multisseptado, com confirmação histopatológica de mesotelioma peritoneal benigno. Após seis anos de controle evolutivo, não há sinais de recidiva. **Discussão:** Embora não seja comum no grupo etário apresentado, o mesotelioma cístico deve ser considerado no diagnóstico diferencial de lesões volumosas císticas do abdome, sendo de fundamental importância o conhecimento desta patologia rara pelos médicos radiologistas.

Código do trabalho: 334

#### **Neoplasia sólido-cística papilífera do pâncreas: relato de caso.**

Claudia Maria Alves Martins Pinheiro; Leticia Soares Zeferino; Rafael Ferracini Cabral; Marcella de Lucca Carneiro.

Hospital Federal Cardoso Fontes – Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

A neoplasia sólido-cística papilífera do pâncreas (NSCP) é um tumor pancreático raro (0,2–2,7%), de baixo potencial maligno, que acomete principalmente mulheres com pico de incidência entre a segunda e terceira décadas. Apesar de sua baixa incidência, é fundamental ao radiologista o conhecimento das diversas formas de apresentação desta neoplasia. O crescimento lento torna o diagnóstico tardio, geralmente observando-se lesões volumosas. Dor abdominal, epigastralgia e surgimento de massa abdominal são os sinais e sintomas mais comuns. O uso da ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética para avaliação da lesão possibilita caracterizá-la e avaliar sua extensão. Paciente do sexo feminino, 41 anos, com queixa de dor epigástrica, associada a náuseas e vômitos há 2 anos. Nos últimos 6 meses, observou massa volumosa em hipocôndrio esquerdo associada a emagrecimento. A ultrassonografia abdominal evidenciou massa cística de paredes finas intraperitoneal, medindo cerca de 18 × 17 × 14 cm. A tomografia computadorizada mostrou volumosa lesão expansiva arredondada, sólido-cística, heterogênea, com parede levemente irregular e realce periférico pelo contraste, medindo 19 × 15 cm, localizada na cauda pancreática. A histologia apresentou padrão pseudopapilar e espaços císticos resultantes de alteração degenerativas graduais, no interior da lesão sólida. O diagnóstico de NSCP deve ser considerado em pacientes do sexo feminino, com apresentação clínica e faixa etária compatíveis. Os métodos de diagnóstico por imagem são capazes de sugerir o diagnóstico com alta acurácia. Testes de marcadores tumorais, estudo histopatológico e imuno-histoquímico contribuem para o diagnóstico, o primeiro menos. Os diagnósticos diferenciais são os cistos, pseudocistos, neoplasias císticas, tumores endócrinos e pancreáticos, entre outros. As raras metástases oriundas desta neoplasia têm como sítio mais comum o fígado. A abordagem cirúrgica é o tratamento recomendado.

Código do trabalho: 370

#### **Hérnia inguinal: conteúdos que você pode diagnosticar.**

Nelson Marcio Gomes Caserta<sup>1</sup>; Daniel Lahan Martins<sup>1</sup>; Adilson Prando<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Departamento de Radiologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM-Unicamp); <sup>2</sup> Centro Radiológico Campinas – Campinas, SP, Brasil.

**Introdução:** Em adultos, as hérnias inguinais resultam da fraqueza e dilatação do anel inguinal interno, por um defeito na fáscia transversalis. Embora o diagnóstico correto possa ser muitas vezes realizado pelo exame clínico, há várias situações em que os métodos de imagem representam a melhor opção para detectar estas hérnias, seu conteúdo e eventuais complicações. **Objetivo:** Demonstrar alguns diferentes

conteúdos que podem ser diagnosticados no interior de hérnias inguinais. **Material:** A partir dos arquivos das instituições e da casuística pessoal dos autores, foram selecionadas imagens de vários achados no saco herniário inguinal, como: alça intestinal, bexiga, neoplasia, gordura, cisto ovariano e apendicite. **Discussão:** As hérnias inguinais são os tipos mais comuns de hérnias da parede abdominal. As do tipo indireto são as mais encontradas no homem e podem conter intestino, gordura mesenterial, apêndice cecal, bexiga, ovário e outros componentes. Embora muitas sejam assintomáticas, podem desenvolver complicações exigindo cirurgia de emergência e nesta situação um diagnóstico rápido é essencial. Neste contexto, é muito importante que tanto os radiologistas quanto a equipe cirúrgica sejam alertados para as diferentes estruturas e processos que podem ocorrer no interior da hérnia inguinal, sendo alguns de maior risco se não suspeitados precocemente, como apendicite, encarceramento de alça intestinal e torção de cisto ovariano. Esta apresentação demonstra achados úteis para este esclarecimento diagnóstico.

## **Musculoesquelético**

Código do trabalho: 39

#### **Avaliação imagiológica da doença de Osgood Schlatter.**

Crisnia Madeiro Lucena<sup>1</sup>; Antônio Mauro da Costa<sup>1</sup>; Paulo José Marques de Sousa Júnior<sup>1</sup>; Louise Nathalie Queiroga Fontes Marques<sup>1</sup>; José Márcilio Nicodemos da Cruz<sup>2</sup>; João Cabral de Carvalho Madruga Neto<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba – João Pessoa, PP; <sup>2</sup> Universidade Federal do Ceará (UFC), Campus Cariri – Barbalha, CE; <sup>3</sup> Faculdade de Medicina Nova Esperança (Famene) – João Pessoa, PB, Brasil.

**Introdução:** A doença de Osgood-Schlatter foi descrita primeiramente em 1903, quando Osgood (EUA) e Schlatter (Alemanha) descreveram, isoladamente, “lesões do tubérculo tibial ocorrendo na adolescência”. O ligamento patelar transmite uma grande força gerada pelo quadríceps ao tubérculo tibial. As contrações forçadas e repetitivas do quadríceps, exigidas pelas atividades atléticas, frequentes de chutar, correr e pular irritam a apófise da tuberosidade da tíbia, que se torna sensível ao toque e dolorosa a qualquer contração forçada do quadríceps, tendo predomínio no sexo masculino da faixa etária dos 10 aos 15 anos. O diagnóstico, normalmente, pode ser feito com precisão através de exame clínico complementado com exames de imagem. O estudo radiológico, principalmente em incidência de perfil do joelho, confirma a suspeita clínica e evidencia a fragmentação do núcleo de crescimento do tubérculo tibial. O número de fragmentos é muito variável, dependendo da fase de evolução da doença, e podem ser observados como se estivessem subindo sobre o ligamento patelar. Pode-se observar, também, abaulamento de partes moles nas radiografias menos penetrantes. As radiografias no estágio agudo revelarão os tecidos moles anteriores ao tubérculo, que se apresentam edemaciados, particularmente a sombra do ligamento patelar, que pode conter uma área irregular de calcificação ou osso, bem circunscrita. A ressonância magnética pode demonstrar fragmentação ou avulsão da tuberosidade anterior da tíbia, edema do osso medular e das partes moles, alteração da gordura retropatelar e alteração no tendão patelar. Entretanto, a tomografia computadorizada e a ressonância magnética são raramente indicadas na avaliação da lesão de Osgood-Schlatter. O ultrassom é também efetivo para demonstrar fragmentação do tubérculo, edema na inserção do tendão patelar e engrossamento edema-

toso do ponto de inserção do tendão patelar, enchimento de gordura infrapatelar, bursa e tecido subcutâneo. **Objetivos:** Fazer uma revisão sobre o assunto proposto da bibliografia atual existente, destacando quais os métodos radiológicos e sua importância para o diagnóstico. **Materiais e Métodos:** Foram utilizados artigos científicos de diversas fontes, fazendo uma abordagem geral e breve sobre a clínica da doença e principalmente seu diagnóstico por métodos de imagem. **Conclusões:** A doença de Osgood Schlatter surge normalmente em jovens atletas, na fase do “estirão de crescimento”, suas principais características são as dores no joelho, especialmente aos esforços que necessitem uma forte contração do músculo quadríceps, e uma proeminência óssea visível. O diagnóstico é feito através da história clínica, exame físico e estudo radiológico. Ao exame de raio-x observa-se uma linha irregular na tuberosidade tibial, e pode estar presente uma avulsão óssea significativa. Para Oznoff (1991), a radiografia poderá evidenciar edema pré-tuberositário com “borramento” do ligamento patelar e, à medida que a lesão vai evoluindo, vão surgindo alterações ósseas, com ossificação dos fragmentos que eventualmente estejam soltos, também podendo ser usadas a ressonância magnética e a ultrassonografia como métodos diagnósticos.

Código do trabalho: 43

**Osteomielite e piodartrite por paracoccidiodomicose isolada em paciente imunocompetente: relato de caso.**

Michel Santana Michelan; Rodrigo Hoeller Ribeiro; Leonardo Furtado Freitas; Atilio Hummel Azevedo; Welton Alencar Carvalho; Marília Magri Milano; Tatiane Cantarelli Rodrigues; Eloy de Ávila Fernandes.

Hospital do Servidor Público Estadual (HSPE) / IAMSPE – São Paulo, SP, Brasil.

**Introdução:** A paracoccidiodomicose é uma micose causada pelo fungo *Paracoccidioides brasiliensis*. Pode acometer qualquer órgão ou tecido, é mais comum em pele, mucosas e pulmão. A doença pode ser negligenciada ou confundida com outras mais frequentes como neoplasias ou infecções bacterianas, tornando difícil o diagnóstico da infecção osteoarticular causada por fungo. O comprometimento ósseo isolado é muito raro. Diante disso, propusemos descrever um caso de paracoccidiodomicose acometendo a articulação do quadril como única manifestação da doença, sem lesões cutâneas ou pulmonares. **Descrição do Material:** Paciente masculino, 11 anos, de área rural, com dor no quadril direito há 3 meses, com claudicação esporádica, febre e incapacidade para marcha, sem história de trauma e fatores de risco para imunossupressão. Nos exames de imagem, a tomografia computadorizada de quadril mostrava lesão osteolítica na região metadiafisária do fêmur, associada a indefinição da cortical óssea e derrame articular. Na ressonância magnética, a área de osteomielite e piodartrite na região metadiafisária do fêmur com baixo sinal em T1, realce difuso e reação periosteal, além de derrame articular com realce, inferindo sinovite e edema dos ventres musculares adjacentes. Foram realizadas drenagem da piodartrite e biópsia óssea que confirmou a presença de *P. brasiliensis* no anatomopatológico. **Discussão:** A maioria das lesões osteoarticulares causadas pelo *P. brasiliensis* foram observadas nas formas disseminadas da doença. Formas isoladas de acometimento osteoarticular são raras e pouco descritas na literatura. A importância deste caso de piodartrite e osteomielite por *P. brasiliensis* do quadril direito, em um paciente sabidamente imunocompetente, sem lesão em outros órgãos, foi a de documentar a extrema raridade do caso, incluindo-a no diagnóstico diferencial de outras infecções osteoarticulares, como piogênicas e tuberculose.

Código do trabalho: 46

**Síndrome do piriforme: relato de caso.**

Thales Aguiar Saad; Mateus Henrique Baylon e Silva; Fabrício Maia Torres Alves; Cristiana Morais Santana; Fernanda Sachetto Pimenta; Renata Opuszka Borges de Mattos; Caroline Rodrigues Castro; Fabiana de Deus Vieira.

Clínica São Judas Tadeu – Ipatinga, MG, Brasil.

**Introdução:** A síndrome do piriforme é uma rara causa de dor lombar e ciática secundária à compressão do nervo ciático pelo músculo piriforme. A seguir, relatamos os achados de uma artroressonância magnética, realizada em uma paciente com ciatalgia e sinais inflamatórios do músculo piriforme, secundários a sacroilíte. **Relato do Caso:** Foi realizada artroressonância magnética do quadril esquerdo de uma paciente de 30 anos, com dor crônica persistente desta articulação, com irradiação para região posterior da coxa esquerda, na suspeita de lesão do lábio acetabular. A artroressonância magnética evidenciou importante edema da articulação sacroilíaca esquerda associado a componente inflamatório dos planos musculares adjacentes, principalmente do músculo piriforme e do plexo sacral ipsilateral. **Discussão:** A síndrome do piriforme é uma rara neuropatia compressiva em que o nervo ciático é comprometido. O seu diagnóstico é essencialmente clínico, mas a ressonância magnética vem se mostrando importante, tanto no diagnóstico diferencial quanto na avaliação do comprometimento do músculo piriforme. Entre as causas de acometimento do músculo piriforme, seu comprometimento secundário a uma sacroilíte ainda não foi descrito na literatura brasileira.

Código do trabalho: 86

**Vértebras em “H” como manifestação de anemia hemolítica autoimune mista: relato de caso.**

Michael Silva dos Santos; João Gabriel Nakka Strauch; Luiz Carlos Mattos dos Santos; Mariana Demétrio Ribeiro; Isadora Sgrott Nóbrega; Aline Dias Silva; Marcelo Haberbeck Modesto; Luiz Felipe de Souza Nobre.

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Florianópolis, SC, Brasil.

**Introdução:** As vértebras em “H” caracterizam-se por uma depressão central dos platôs vertebrais com subsequente crescimento das porções adjacentes, acarretando uma deformidade característica, identificada na radiografia como um formato bicôncavo. **Relato de Caso:** O paciente A.U.P., masculino, 40 anos, branco, solteiro, caseiro e proveniente de Canelinha, procurou o serviço de radiologia dessa instituição para realizar radiografias de tórax para investigação de pneumonia. Na análise das mesmas, foram identificadas anormalidades nos corpos vertebrais, mostrando um formato bicôncavo. Após revisão do prontuário médico, descobriu-se que o paciente é portador de anemia hemolítica autoimune mista (IgG e IgM). **Discussão:** Esta aparência da vértebra em “H” decorre de múltiplas áreas de infartos ósseos que atingem a porção central dos corpos vertebrais. Além disso, o crescimento compensatório vertical dos corpos vertebrais adjacentes às vértebras em “H” causam uma deformidade designada como “vértebra em torre”. Embora ocasionalmente descritas em outras condições, incluindo talassemia, doença de Gaucher, esferocitose hereditária congênita, osteoporose e raramente outras anemias, o seu aparecimento é muito sugestivo de doença falciforme. Objetivamos, com esse relato, descrever um caso atípico de vértebras em “H” associadas a anemia hemolítica autoimune.

Código do trabalho: 98

**Sinal do metacarpo em pseudopseudo-hipoparatiroidismo: relato de caso.**

Hugo Alfredo Koerich Vieira Cardoso; Luiz Carlos Mattos dos Santos; Michael Silva dos Santos; João Gabriel Nakka Strauch; Mariana Demétrio Ribeiro; Isadora Sgrott Nóbrega; Marcelo Haberbeck Modesto; Luiz Felipe de Souza Nobre.

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Florianópolis, SC, Brasil.

**Introdução:** O sinal do metacarpo consiste no encurtamento do quarto metacarpal, desalinhando as cabeças metacarpais. É encontrado nas síndromes de Turner e do nevo basocelular, anemia falciforme, exostose hereditária múltipla, homocistinúria, trauma/infecção, e idiopático.

**Relato do Caso:** Paciente de 11 anos de idade, sexo feminino, referida ao serviço de radiologia para realização de radiografia de punhos para avaliação da idade óssea, estabelecida como normal para a idade. Nessa radiografia notaram-se encurtamento, aumento do diâmetro transversal e epifisiodese dos primeiros, quartos e quintos metacarpais, bilateralmente. Algumas falanges médias e distais revelaram manifestações semelhantes. Havia proeminência dos processos estiloides ulnares e variação ulnar negativa. Radiografias dos membros superiores e inferiores não revelaram alterações. Ao exame físico evidenciou-se baixa estatura, sem alterações fenotípicas sindrômicas. Os primeiros, quartos e quintos quírodactilos eram encurtados, e os terceiros, proeminentes. No prontuário foram encontradas dosagens laboratoriais de cálcio, fosfato, hormônios tireoidianos, de crescimento e sexuais normais. Cariótipo 46, XX. Radiografias do esqueleto, não recuperadas pelos autores, foram avaliadas como normais. A discussão diagnóstica sugeriu a possibilidade de pseudopseudo-hipoparatiroidismo. **Discussão:** O pseudo-hipoparatiroidismo caracteriza-se por hipocalcemia, hiperfosfatemia, aumento do hormônio paratireoideiano (PTH) sérico e resistência à atividade do PTH. O pseudopseudo-hipoparatiroidismo refere-se à mesma síndrome, mas com cálcio e fosfato normais. Ambas as doenças apresentam-se com baixa estatura, mais evidente no final da infância, obesidade, retardo mental, ossificação subcutânea, braquidactilia, hipogonadismo e hipotireoidismo. Pode haver defeito na dentição. Há grande variabilidade fenotípica na mesma família.

Código do trabalho: 107

**Estudo do ombro por ressonância magnética nos trabalhadores da cidade de Manaus, Amazonas.**

Michel de Araujo Tavares<sup>1</sup>; Polyane de Oliveira Sales<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Universidade Federal do Amazonas (UFAM) – Manaus, AM; <sup>2</sup> Hospital A.C. Camargo – São Paulo, SP, Brasil.

**Introdução:** O ombro é a articulação de maior mobilidade do corpo humano e, como consequência, uma das mais vulneráveis. A mobilização desta articulação é devida, em grande parte, à ação dos músculos e tendões do manguito rotador. Uma variedade de lesões pode acometer o ombro, tais como: estiramento, inflamação, fibroses, rupturas parciais ou totais de tendões do manguito rotador, associada ou não a degeneração articular. Além disso, existem alterações inflamatórias como as bursopatias e derrames articulares. **Objetivo:** Avaliar, através da ressonância magnética (RM), a incidência e a prevalência de lesões causadas por atividades repetitivas em indivíduos trabalhadores do distrito industrial de Manaus, tendo em vista o grande número de trabalhadores e o acometimento frequente de lesões por esforço repetitivo (LER) e doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho

(DORT). **Descrição do Material:** Serão analisados 170 pacientes que realizaram RM do ombro com queixa de dor articular e/ou impotência funcional. **Casuística e Métodos:** Trata-se de estudo retrospectivo, com duração de 3 meses, período de coleta de dados na cidade de Manaus, Amazonas. **Resultados Principais:** A média de idade foi de 27,7 anos, 92 pacientes eram do sexo masculino e 78, do sexo feminino. Cento e vinte e três pacientes (72,3%) tinham bursite subacromio-subdeltoidiana e ou supracoracoide, 112 pacientes (65,9%) apresentavam tendinopatia do supraespinhoso, 91 (53,5%) tendinopatia do infraespinhoso, 15 (8,8%) rotura de tendões do manguito rotador e 18 (10,5%) derrame articular. O tempo de evolução médio entre o início das atividades com movimentos por esforço repetitivo e o início da dor foi de 6 meses. **Conclusões:** Conclui-se, desta forma, que a RM é método de suma importância nos dias atuais para a detecção das mais diversas patologias em traumatologia ortopedica.

Código do trabalho: 122

**Achados ultrassonográficos na avaliação do túnel cubital.**

Sonia de Aguiar Vilela Mitraud<sup>1</sup>; Edson Shinji Kubota<sup>1</sup>; Edgar Yoshimitsu Horigome<sup>2</sup>; Carolina Etienne Sakamoto<sup>2</sup>; Caroline Nantes Chaia<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – São Paulo, SP; <sup>2</sup> UMDI Medicina Diagnóstica – Mogi das Cruzes, SP, Brasil.

O túnel cubital é um anel osteofibroso por onde passa o nervo mediano na face medial do cotovelo. É formado lateralmente pelo processo olecraniano e medialmente pelo epicôndilo medial do úmero e superiormente por uma ponte fibrosa, o retináculo do túnel cubital, também conhecido como fásia de Osborne. O nervo ulnar tem um trajeto pelo hiato formado pela inserção das cabeças umeral e ulnar do músculo flexor ulnar do carpo unidos por uma aponeurose o ligamento arqueado. Durante a flexão e extensão do cotovelo o túnel modifica-se de formato ovoide para elíptico, além disso, o nervo sofre uma tração pelo epicôndilo medial tornando-se achatado e alongado e pelo retináculo do túnel cubital. Por esses fatores há uma predisposição para uma compressão extrínseca do nervo ulnar, tornando a avaliação do túnel cubital pelo ultrassom fundamental sua técnica e seus achados. A avaliação pelo ultrassom do túnel cubital é realizada de forma dinâmica com o braço em supinação e abdução e também com flexão do cotovelo, realizando o estudo dinâmico. O nervo ulnar, a principal estrutura a ser avaliada, é mais bem visualizada no plano transversal, porque no plano longitudinal pode ser confundido pelo seu padrão fibrilar com os músculos tríceps do braço e o flexor ulnar do carpo. Vários são os achados que podem ser encontrados na avaliação ultrassonográfica no túnel cubital, podendo-se dividi-los em alterações intrínsecas do nervo ulnar, como alteração de sua área transversal, luxações, subluxações, durante a manobra dinâmica, e alterações não relacionadas propriamente com o nervo ulnar, denominadas de alterações extrínsecas, geralmente levando a compressões do próprio nervo ulnar, representadas pela presença de músculos acessórios como o músculo anconeu epitrocLEAR, ventre do tríceps braquial, gânglios císticos, osteófitos, sinovites, etc. Neste trabalho descrevemos a técnica ultrassonográfica para a avaliação do túnel cubital e seus principais achados encontrados durante a avaliação de 373 cotovelos no ano de 2010, em aparelho Acuson 50 marca Siemens com transdutor linear multifrequencial de 7–13 MHz. O achado mais frequente foi a subluxação do nervo ulnar, seguido pela presença de musculatura no interior do túnel cubital ventre do músculo tríceps e músculo anconeu acessório, aumento da área do nervo ulnar, sinovite e osteófito junto à articulação úmero-olecraniana e um nervo ulnar bifido.

Código do trabalho: 152

#### **Diffuse osteosclerotic lesions: a pictorial essay.**

Filipe Aragão Felix; Adonis Manzella dos Santos; Paulo Borba Filho; Luana Barros de Lima; Bruno Perez Pereira; Talita Peixoto de Moraes; Carlos Frederico do Rego Maciel Neto; Paulo Henrique Ezequiel do Nascimento.

*Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife, PE, Brasil.*

**Purpose:** The purpose of this exhibit is (1) to discuss some of the most common as well as rare diffuse sclerotic bone lesions emphasizing the features that may help the viewer with the differential diagnosis and (2) to illustrate these lesions using a multimodality approach. **Content Organization:** This exhibit will be divided by topics and each entity will be discussed separately. Some of the entities that will be included in this review are osteopikilosis, mastocytosis, myelofibrosis, Paget's disease, Caffey disease, Camuratti-Engelmann disease, pyknodysostosis, fluorosis, osteopetrosis, osteoblastic metastasis, Van Buchem disease, chondrodysplasia punctata, melerheostosis, paquidermoperiostosis, etc. **Summary:** The recognition of many of these conditions by plain radiograph makes other expensive investigations unnecessary. Radiologists should be familiar with most of these entities in order to avoid confusion with metastatic osteoblastic lesions.

Código do trabalho: 168

#### **Achados radiográficos em crianças com o uso de bisfosfonatos: relato de dois casos.**

Sonia de Aguiar Vilela Mitraud<sup>1</sup>; Edson Shinji Kubota<sup>1</sup>; Edgar Yoshimitsu Horigome<sup>2</sup>; Caroline Nantes Chai<sup>1</sup>; Manuela Moreira Ribeiro<sup>1</sup>; Corina Cecília Lima<sup>1</sup>; Fernanda Presotto Trolezi<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – São Paulo, SP; <sup>2</sup> UMDI Medicina Diagnóstica – Mogi da Cruzes, SP, Brasil.

Os bisfosfonatos são drogas que atuam na inibição da reabsorção óssea e seu uso tem aumentado em crianças com densidade mineral óssea baixa. São usadas em pacientes com paralisia cerebral, osteogênese imperfeita, osteoporose juvenil, doença de Gaucher, hiperfosfatemia, artrite crônica juvenil, osteoporose induzida por corticoide e também para tratamento de calcinose associada à miosite, displasia fibrosa ossificante e dermatopolimiosite e esclerodermia. O alendronato é um bisfosfonato que pode ser usado pela via oral, o pamidronato é um bisfosfonato de segunda geração e usado em dosagem cíclica de 1 mg/kg/dia intravenoso em três dias consecutivos com um intervalo de quatro meses. Os bisfosfonatos aumentam a densidade mineral óssea, reduzem a taxa de fratura em torno de 50% e diminuem as dores ósseas. O objetivo do trabalho é apresentar as características radiográficas após o uso dos bisfosfonatos através de dois relatos de caso. O primeiro caso é um paciente com osteogênese imperfeita severa com diagnóstico intraútero pelo ultrassom e que começou o tratamento com pamidronato, atualmente com 15 sessões. O outro caso é de uma criança com diagnóstico de dermatopolimiosite ao sete anos, em uso de alendronato durante o ano de 2008 e suspenso em 2009, que voltou há dois meses atrás da última radiografia. O aspecto radiológico é de bandas densas epifisárias que começam a aparecer nos primeiros dois meses logo após o primeiro ciclo localizadas nos membros e na coluna vertebral, e várias linhas de parada do crescimento nas regiões metafisárias, geralmente relacionadas com o número dos ciclos com o bisfosfonato.

Código do trabalho: 207

#### **Osteogênese imperfeita: especificidade das lesões através da avaliação imagiológica.**

Paulo José Marques de Sousa Júnior<sup>1</sup>; Severino Aires de Araújo Neto<sup>2</sup>; José Márcilio Nicodemos da Cruz<sup>3</sup>; Louise Nathalie Queiroga Fontes Marques<sup>1</sup>; Crisnia Madeiro Lucena<sup>1</sup>; Antônio Mauro da Costa<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba – João Pessoa, PB; <sup>2</sup> Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, PB; <sup>3</sup> Universidade Federal do Ceará (UFC), Campus Cariri – Barbalha, CE, Brasil.

**Introdução:** Osteogênese imperfeita é um distúrbio hereditário do tecido conjuntivo, caracterizado por fragilidade óssea e manifestações clínicas variadas, como comprometimento de outros tecidos conectivos. Existem relatos de sua existência a mais de 1.000 a.C. Pode ser classificada segundo sua gravidade e prognóstico, desde forma gravíssima, que causa a morte do bebê ainda dentro do útero, até em formas muito mais “leves”, que se manifestam tardiamente, com uma pequena diminuição da resistência óssea. Os portadores geralmente situam-se entre os dois extremos. Os sintomas encontrados são: estatura quase sempre reduzida, coluna em cifose, escoliose, lordose, cifoescoliose ou escoliose estrutural, membros superiores curtos e/ou encurvados; os inferiores são quase sempre os mais atingidos por fraturas e microfraturas, com deformidades também gravíssimas, incluindo-se ainda sintomas como dentinogênese imperfeita. As fraturas por traumas banais são frequentes, mas consolidam rapidamente, o que faz o diagnóstico diferencial com síndrome da criança espancada. O diagnóstico normalmente é feito através da história clínica, exame físico e constatações radiográficas, não existindo exame complementar específico para a confirmação da doença. As alterações esqueléticas têm permitido o diagnóstico no útero das formas congênitas, através da fetografia. **Objetivo:** Analisar a importância do estudo imagiológico da radiografia para um diagnóstico específico, capaz de permitir um tratamento precoce e direcionado. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo de revisão da literatura, realizado na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), de onde foram selecionados artigos, disponíveis em texto completo, utilizando o cruzamento dos seguintes descritores: osteogênese imperfeita, fraturas e diagnóstico imagiológico. **Resultados:** Foram investigados e analisados artigos em que havia características radiológicas frequentemente encontradas em portadores de osteogênese imperfeita, e que ressaltavam os seguintes dados: os ossos do crânio insuficientemente calcificados, no aspecto clássico de crânio em mosaico, com os assim chamados ossos wormianos; ossos da face geralmente pouco ossificados; ossos dos membros finos e poróticos, com fraturas ou calos ósseos e algumas deformidades; coluna vertebral em cifose, escoliose, lordose, cifoescoliose ou escoliose estrutural geralmente obrigando a tratamento ortopédico especializado. A característica mais sobresalente são as fraturas localizadas na parte média das diáfises, que são espontâneas ou ocorrem mesmo após traumas de pequena intensidade que não justificariam tais lesões, correspondendo à quase toda totalidade dos pacientes portadores dessa patologia. Foi visto também a importância em fazer o diagnóstico diferencial ao nascimento, devido às formas graves e letais da osteogênese imperfeita, excluindo assim outros tipos de nanismos com membros curtos, como hipofosfatase congênita e nanismo campomélico, incluindo ainda osteoporose juvenil idiopática, raquitismo resistente à vitamina D, síndrome osteoporose pseudoglioma, síndrome da criança espancada. **Conclusões:** A radiografia, assim como a densitometria óssea, são exames essenciais, pois além de auxiliar no diagnóstico, avaliam as deformidades constatadas no exame clínico, demonstram fraturas, detectam a diminuição do trabeculado ósseo e

o adelgaçamento cortical, principalmente no fêmur proximal, e confirmam baixa massa óssea.

Código do trabalho: 209

**Síndrome do impacto isquiofemoral (SIIF) e sua relevância no diagnóstico diferencial de lombociatalgia crônica: relato de caso.**

Thiago Almeida Ribeiro<sup>1</sup>; Marcelo Almeida Ribeiro<sup>2</sup>; Luis Claudio de Moura França<sup>2</sup>; Felício Frange<sup>2</sup>; André Coelho Barros<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Faculdade de Saúde e Ecologia Humana (FASEH); <sup>2</sup> Hospital Materdei; <sup>3</sup> Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG) – Belo Horizonte, MG, Brasil.

Paciente A.P.D.G., sexo feminino, 35 anos de idade, com queixa de dor lombar irradiada para membro inferior direito há cerca de seis meses, com piora do quadro na semana prévia ao atendimento. Relatou uso de analgésicos potentes e AINES sem melhora do quadro. Ao exame físico não foi evidenciado acometimento neurológico. Solicitada RM (coluna lombossacra), que detectou hérnia de disco lombar L5-S1 extrusa centrolateral à direita, com compressão de raiz de S1 ipsilateral. Realizado bloqueio paravertebral L5 e S1 com anestésico local, proporcionando melhora do quadro durante 48 horas. Após esse período evoluiu com dor, associado a déficit de força à flexão plantar, hiporreflexia em Aquileu à direita e sinal de Lasègue positivo bilateral. Optou-se por tratamento cirúrgico – microdissectomia L5-S1 à direita e foraminotomia S1 à direita. No 3º DPO apresentou dor irradiada para a região coxofemoral, sendo solicitada RM dessas articulações. Nos exames foi evidenciado edema do músculo quadrado femoral entre o ísquio e trocanter menor do fêmur, com estreitamento desse espaço inferior a dois centímetros, bilateralmente. Associando os achados radiológicos e a evolução clínica, estabeleceu-se o diagnóstico de SIIF. Sendo assim, realizou-se o tratamento com crioterapia, alongamento, analgesia e carga protegida. Após duas semanas com esse tratamento, a paciente deambulava com andador, com melhora do quadro álgico e sem limitação dos movimentos da articulação coxofemoral.

Código do trabalho: 228

**Osteopatia estriada associada a esclerose craniana: relato de caso.**

Luiz Carlos Mattos dos Santos; Michael Silva dos Santos; João Gabriel Nakka Strauch; Mariana Demétrio Ribeiro; Isadora Sgrott Nóbrega; Priscila Bernardi; Marcelo Haberbeck Modesto; Luiz Felipe de Souza Nobre.

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Florianópolis, SC, Brasil.

**Introdução:** Osteopatia estriada com esclerose craniana é uma rara displasia esquelética caracterizada por estrias longitudinais da região metadiafisária dos ossos longos e pelve, associada a esclerose da calota e base craniana devido a um aumento da atividade osteoblástica.

**Relato do Caso:** Relataremos o caso de uma paciente jovem, 26 anos, feminina, raça negra, filha de casal não consanguíneo. Não apresentou problemas de saúde relevantes na infância, tendo seu desenvolvimento neuropsicomotor normal. Na adolescência, ao investigar obstrução nasal crônica, foi observado aumento da densidade óssea do crânio, com espessamento da calota craniana. Em investigação com o endocrinologista, não apresentou anormalidade no metabolismo do cálcio, porém a densitometria óssea demonstrou aumento generalizado de densidade óssea. Nas radiografias dos membros inferiores e da bacia evidenciaram-se opacidades lineares características da doença.

Evoluiu com surdez condutiva bilateral, sendo necessário o uso de prótese auditiva. O estudo molecular mostrou uma mutação no gene WTX, confirmando a hipótese de osteopatia estriada com esclerose craniana.

**Discussão:** A osteopatia estriada é uma condição de herança dominante ligada ao X, com letalidade maior nos homens afetados. Aproximadamente um terço dos casos são esporádicos, enquanto os remanescentes mostram herança familiar. Outros achados clínicos comuns dessa doença incluem macrocefalia, bossa frontal, hipertelorismo ocular, nariz em sela, surdez e anormalidades do palato. Raramente, malformações cardíacas e atraso no desenvolvimento são relatados. Recentemente, Jenkins e colaboradores conseguiram identificar a mutação no gene codificador do WTX (tumor de Wilms no cromossomo X), um repressor do sinal WNT, como causa de osteopatia estriada com esclerose craniana ligada ao X. O sinal WNT é um mediador crítico da interação célula-célula durante a embriogênese, reparação tecidual nos adultos e em outros processos críticos.

Código do trabalho: 230

**Aspectos iconográficos das alterações radiológicas do sistema esquelético.**

João Paulo Matushita; Alberto Pereira Ferraz; Reginaldo Figueiredo.

Faculdade de Medicina e Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte, MG, Brasil.

**Introdução:** A partir da digitalização dos exames de imagem do acervo do Hospital das Clínicas, realizou-se compilação das principais associações realizadas entre elementos pictóricos e imagens radiológicas. Tais analogias, denominadas de iconografias, permeiam a história da especialidade, mas se encontram dispersas pela literatura, não havendo até então uma sistematização dessas associações. **Objetivo:** Demonstrar a importância das iconografias como estratégia de aprendizagem.

**Discussão:** O recurso da iconografia encontra várias aplicações no estudo do sistema esquelético. A disposição das saliências das vértebras da coluna formam imagens que lembram cães da raça Terrier. As fraturas cominutivas frequentemente geram imagens triangulares denominadas de fragmento em asa de borboleta. O aspecto das fraturas em lactentes por vezes é semelhante ao obtido quando se quebra um galho verde. No contexto das doenças degenerativas, os osteófitos da coluna vertebral parecem bicos de papagaio. Na artrite reumatoide, a destruição das articulações das falanges pode gerar imagem parecida com um lápis no interior de uma xícara. Na hérnia de disco, pode-se encontrar imagens radiotransparentes semelhantes a hóstias. Os sindesmófitos na espondilite anquilosante é responsável pelo aspecto típico de coluna em “bambu”. Tumores ósseos específicos devem ser suspeitados quando se formam imagens em “raios de sol”, “roído de traça”, “bolhas de sabão”, “sacabocado” ou em “sal e pimenta”. Na sífilis congênita o espessamento da face anterior da tibia torna-a parecida a uma espada de sabre. No escorbuto, centros epifisários adquirem aparência de “anel”, enquanto hemorragias subperiosteais podem gerar um aspecto em “clava”. Na osteíte deformante, focos de esclerose no crânio se assemelham a bolas de algodão. Na doença de Gaucher, a expansão da extremidade inferior do fêmur ocasiona aparência em “frasco de Erlenmeyer”. Na osteopetrose, a esclerose das margens superior e inferior das vértebras produz uma imagem em “sanduíche”. **Conclusão:** As iconografias exercem um importante papel no ensino, ao facilitar o reconhecimento e memorização das alterações nos exames de imagem. Portanto, sua sistematização possui grande utilidade prática, tornando mais assimilável as variadas alterações radiológicas e seus respectivos diagnósticos.

Código do trabalho: 265

**Abordagem radiológica das lesões ósseas: guia prático para os residentes de radiologia.**

Adonis Manzella dos Santos; Paulo Henrique Ezequiel do Nascimento; Talita Peixoto de Moraes; Carlos Frederico do Rego Maciel Neto; Bruno Perez Pereira; Luana Barros de Lima; Filipe Aragão Felix; Paulo Borba Filho.

*Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife, PE, Brasil.*

O objetivo desta apresentação é facilitar a abordagem das lesões ósseas através da revisão dos padrões radiográficos específicos e o reconhecimento das características agressivas e não agressivas, bem como dos aspectos de imagem que auxiliam no diagnóstico diferencial das diversas enfermidades ósseas. Serão abordadas as categorias patológicas básicas, de forma resumida e prática, com destaque, sobretudo, para a distribuição, o comportamento da lesão, a localização no esqueleto e no osso, o formato e as margens da lesão, o tipo de matriz, a associação de comprometimento articular, a presença ou ausência de reação periosteal e o tipo, o comprometimento de partes moles assim como a faixa etária e o gênero. Estes aspectos radiográficos, comportamentais e clínicos supracitados, organizados e analisados de forma objetiva, permitem uma análise mais precisa das patologias ósseas, bem como facilitam o diagnóstico diferencial das mesmas. Para guiar com praticidade o conhecimento das lesões ósseas, ilustrações, desenhos esquemáticos e algumas tabelas serão utilizados nesta exibição.

Código do trabalho: 269

**Síndrome do aprisionamento da artéria poplítea: relato de caso e revisão da literatura.**

Marco Yukio Tsuno<sup>1</sup>; Marcelo Ricardo Canuto Natal<sup>1</sup>; Niedja Santos Gonçalves<sup>1</sup>; Fabiano Arantes Ribeiro<sup>1</sup>; Bruno Henry Medeiros Teodoro<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF); <sup>2</sup> Hospital das Forças Armadas (HFA) e Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF) – Brasília, DF, Brasil.

**Introdução:** A síndrome do aprisionamento da artéria poplítea (SAAP) é uma entidade incomum e não há um consenso estabelecido para o seu tratamento. É importante o seu reconhecimento para conduta adequada. **Relato do Caso:** Paciente masculino, 26 anos, trabalhador braçal, com queixa de claudicação na perna direita há uma semana. Ao exame físico apresentava palidez e diminuição de pulsos distais no membro inferior direito. Solicitada uma angiogramia (ATC) de membros inferiores, em que se notou importante afilamento da artéria poplítea ao nível da cabeça medial do músculo gastrocnêmio, sem outras alterações nos demais segmentos. **Discussão:** A SAAP é causada pela compressão extrínseca dessa artéria, com desvio de seu trajeto anatômico habitual ou por estruturas musculotendíneas da fossa poplítea. Os sintomas clínicos surgem quando os indivíduos realizam esforços físicos. Distinguem-se dois tipos: a clássica (congenita) e a funcional (adquirida). Na forma adquirida, identifica-se apenas hipertrofia dos músculos gastrocnêmios como possível causa do encarceramento. A forma congênita caracteriza-se por distúrbios no desenvolvimento embrionário da artéria poplítea ou dos componentes musculotendíneos da fossa poplítea, resultando em desvios arteriais ou no aparecimento de estruturas anômalas que ocasionam a compressão da artéria. A SAAP clássica ocorre em indivíduos masculinos na proporção 8:1. A forma anatômica, se não tratada, pode evoluir para trombose arte-

rial, e o tipo funcional pode resultar em incapacitação para a prática esportiva. O diagnóstico é feito pela detecção de oclusão ou estenose significativa da artéria poplítea às manobras de dorsiflexão e hiperextensão ativa dos pés, utilizando-se mapeamento com duplex, ATC, angiorressonância ou arteriografia. Não existe um consenso sobre a SAAP funcional devido ao número limitado de estudos sobre o tema. Entretanto, sugere-se que pacientes sintomáticos se beneficiam de tratamento cirúrgico.

Código do trabalho: 285

**Ensaio iconográfico: anatomia e principais patologias das articulações coxo-femorais por ressonância magnética.**

Cláudio Campi de Castro<sup>1</sup>; Zelia Maria de Sousa Campos<sup>2</sup>; Maria Helena de Sousa Campos<sup>3</sup>; Renato Davino Chiovatto<sup>1</sup>; Sérgio Henrique Flório de Souza<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Faculdade de Medicina do ABC – Santo André, SP; <sup>2</sup> Hospital Mário Covas – Santo André, SP; <sup>3</sup> CID - Centro Integrado de Diagnóstico por Imagem – Indaiatuba, SP, Brasil.

**Introdução:** A articulação coxo-femoral é uma articulação complexa e sítio de várias patologias ósseas e de partes moles. A ressonância magnética é um método de imagem que permite excelente demonstração da anatomia da articulação coxo-femoral e de suas principais patologias, graças à sua propriedade de gerar imagens multiplanares, excelentes resolução espacial e capacidade de diferenciar estruturas de partes moles. **Descrição do Material e Discussão:** Será demonstrada a anatomia das articulações coxo-femorais por ressonância magnética, mostrando-se os principais aspectos de maior relevância para o diagnóstico radiológico. Serão demonstrado exemplos de patologias mais frequentes das articulações coxo-femorais, entre elas doença degenerativa, necrose avascular da cabeça femoral, lesões labrais, patologias da cavidade articular, bursites, impacto fêmoro-acetabular e isquio-femoral, além de outras lesões ósseas, patologias tendíneas e musculares. Com isto, pretende-se fazer uma revisão dos aspectos anatômicos e das patologias mais frequentes observadas na prática clínica.

Código do trabalho: 301

**Doença de Paget: principais achados de imagem.**

Juliana Veras Rios Lamounier; Bruna de Oliveira Melim Aburjeli; Ana Flavia Santos Assis; Emilia Guerra Pinto Coelho Motta; Renata Furlletti Diniz; Marcelo Almeida Ribeiro; Laura Filgueiras Mourão Ramos; Wanderval Moreira.

*Hospital Mater Dei – Belo Horizonte, MG, Brasil.*

**Introdução:** A doença de Paget, também denominada osteíte deformante, apresenta como mecanismo básico um acréscimo importante no remodelamento ósseo, cuja etiologia ainda não foi desvendada. Tem como característica ser silenciosa na maioria dos casos, sendo seu diagnóstico muitas vezes realizado através de achados ocasionais aos métodos de imagem. **Objetivo:** Revisar os principais achados, aos exames de imagem, do acometimento ósseo na doença de Paget, destacando o papel do radiologista no seu diagnóstico. **Casuística e Métodos:** Com o intuito de avaliar as principais lesões ósseas relacionadas à doença de Paget e suas apresentações aos métodos de imagem, foi realizada uma revisão bibliográfica na literatura referente a essa doença. **Resultados Principais:** A doença de Paget apresenta-se em estágios, sendo os achados de imagem intimamente relacionados a estes. Na fase inicial há predomínio de osteólise, podendo-se observar imagens em “chama de vela” nos ossos longos. Na intermediária,

também denominada mista pelo fato de haver atividades líticas e blásticas, pode-se apresentar como espessamento cortical, associado a trabeculado grosseiro na medular. Por último, na fase esclerótica, há um aumento importante na formação óssea, o que leva a alargamento ósseo, espessamento notável da cortical, com difícil diferenciação desta da porção esponjosa. **Conclusões:** Os exames de imagem, notadamente a radiografia e a cintilografia, apresentam papéis fundamentais no diagnóstico da doença de Paget. Além disso, apesar de ocorrer em menos de 1% dos pacientes, uma das complicações dessa doença é a degeneração sarcomatosa, tendo, mais uma vez, os métodos de imagem destaque no seu diagnóstico e estadiamento. Devido à grande importância da radiologia na detecção e avaliação da doença de Paget, o especialista nessa área deve estar ciente e atento às suas manifestações aos métodos de imagem, sendo, muitas vezes, a peça chave para fechar o diagnóstico.

Código do trabalho: 310

#### **Fadiga óssea: causa de dor em joelhos na osteoartrose.**

Fernando Meira de Faria; Wilson Campos Tavares Júnior; Celso Luís de Oliveira Júnior.

*Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG) – Belo Horizonte, MG, Brasil.*

**Introdução:** A dor no joelho é o sintoma mais comum na osteoartrose, sendo a principal causa de incapacidade crônica em indivíduos idosos e uma das principais fontes de morbidade atribuível à osteoartrose em geral. As causas de dor no joelho em pessoas com osteoartrose não são facilmente entendidas. O conhecimento sobre as causas da dor é fundamental para que no futuro sejam realizadas intervenções específicas. **Discussão:** A fadiga óssea representa o remodelamento do osso subcondral na osteoartrose, levando a uma consequente mudança na forma do osso e/ou perda óssea. No entanto, a fadiga óssea não é uma característica facilmente interpretada, pois é de difícil detecção na ausência de defeitos claros da integridade cortical e também pela sobreposição de estruturas ósseas nas radiografias. Ela pode ser graduada de 0 (normal) até 3 (severa), de acordo com o grau de depressão ou achatamento da superfície articular. A fadiga óssea está associada não apenas a dor no joelho, mas também a rigidez e incapacidade. Se a fadiga ocorre antes da OA avançada, isso sugere que alterações no osso subcondral podem ocorrer simultaneamente a alterações da cartilagem e que tratamentos visando à sua preservação podem não ser eficazes. Lesões com padrão de edema ósseo estão associadas e são preditoras de fadiga óssea. **Conclusão:** A detecção da prevalência da fadiga óssea na osteoartrose não avançada é importante, e o médico assistente deve estar ciente de sua importância e de como diagnosticar estas alterações nos exames de imagem dos pacientes. **Obs:** O termo “atrição óssea” é usualmente empregado em odontologia, porém neste trabalho utilizaremos, como tradução de “bone attrition”, o termo “fadiga óssea”, mais conhecido na literatura médica de língua portuguesa.

Código do trabalho: 313

#### **Osteossarcoma com recidiva periprótese: relato de caso e revisão da literatura.**

Diva Helena Ribeiro; Gerson Ferreira Gontijo; Kyzla Arruda; Welton Alencar Carvalho; Marcelo Longo Kierszenbaum; Atilio Hummel Azevedo; Michel Santana Michelin; Eloy de Ávila Fernandes.

*Hospital do Servidor Público Estadual (HSPE) / IAMSPE – São Paulo, SP, Brasil.*

**Introdução:** O osteossarcoma é um dos tumores ósseos malignos primários mais comuns e origina-se a partir de células primitivas mesenquimais formadoras do osso. O pico de incidência ocorre na segunda década da vida, característica que sugere uma relação entre o rápido crescimento ósseo da adolescência e o desenvolvimento desta neoplasia. Recentes progressos nos métodos diagnósticos por imagem e o desenvolvimento de protocolos mais eficazes de quimioterapia aumentaram a sobrevida dos pacientes. Consequentemente, a cirurgia com preservação dos membros se tornou uma realidade; a taxa de recidiva local nesses casos varia de 5% a 10%. **Objetivo:** Relatar um caso de osteossarcoma de fêmur com recidiva local periprótese. **Descrição do Material:** Paciente feminino, 14 anos, com história de dor intensa em terço distal da perna direita, aumento do volume e endurecimento por quatro meses. Foi encaminhada ao ambulatório de ortopedia após realizar radiografia e ressonância magnética, que mostraram lesão expansiva intramedular, com significativa reação óssea periosteal do tipo “raios de sol” na diáfise distal do fêmur. Biópsia óssea evidenciou osteossarcoma do tipo osteoblástico. Foi realizado tratamento com quimioterapia e, em seguida, ressecção tumoral e colocação de endoprótese em fêmur direito. Após dois meses desse procedimento, realizou-se tomografia computadorizada de controle, que evidenciou regiões de ossificação em partes moles, adjacente ao epicentro da lesão ressecada anteriormente, compatível com recidiva tumoral local, optando-se por desarticulação do membro acometido e quimioterapia. Posteriormente, foram evidenciadas inúmeras metástases calcificadas pulmonares, radiologicamente típicas de osteossarcoma, que se confirmaram no anatomopatológico após toracotomia. **Discussão:** A cirurgia com preservação do membro é atualmente considerada por muitos como o tratamento de escolha. Diversos estudos recentes demonstraram que o risco de recorrência local em pacientes submetidos à cirurgia com preservação do membro é quase o mesmo que nos tratados com amputação. Nos casos em que há recorrência periprótese, a evolução geralmente é desfavorável, com alto risco de doença metastática.

Código do trabalho: 321

#### **Achados de imagem dos tumores ósseos malignos primários: ensaio iconográfico.**

Luana Barros de Lima; Bruno Perez Pereira; Talita Peixoto de Moraes; Carlos Frederico do Rego Maciel Neto; Paulo Borba Filho; Adonis Manzella dos Santos; Paulo Henrique Ezequiel do Nascimento; Adriano Cesar de Oliveira Solino.

*Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife, PE, Brasil.*

**Introdução:** Os tumores ósseos malignos têm variadas formas de apresentação e podem compartilhar alguns aspectos radiológicos, como reação periosteal, limites mal definidos e extensão aos tecidos moles. **Objetivo:** Discutir os principais achados de imagem das neoplasias ósseas malignas primárias, enfatizando as características mais expressivas para o diagnóstico diferencial e ilustrar algumas destas lesões utilizando os diversos métodos de imagem. **Descrição do Material:** Serão abordados, nesta apresentação, o osteossarcoma, o tumor ósseo maligno primário mais comum, bem como os seguintes tumores: mieloma, condrossarcoma, sarcoma de Ewing, fibrossarcoma, fibro-histiocitoma maligno, cordoma, adamantinoma, angiossarcoma, reticulossarcoma, linfossarcoma, lipossarcoma, mesenquimoma maligno, hemangioendotelioma, hemangiopericitoma e tumor de células gigantes. A correlação anatomopatológica será ilustrada em alguns destes casos.

Código do trabalho: 327

### **Sinostose radioulnar congênita.**

Vivian Cardinal da Silva<sup>1</sup>; Wilson Madeira de Almeida<sup>2</sup>; Mariangela Magnabosco Cosner<sup>2</sup>; Carlos Jader Feldman<sup>1</sup>; Priscila Schenkel<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul; <sup>2</sup> SIDI - Medicina por Imagem; <sup>3</sup> Hospital Ernesto Dornelles – Porto Alegre, RS, Brasil.

**Introdução:** A sinostose radioulnar proximal congênita é uma anomalia rara, descrita primariamente por Sandifort em 1793. Do ponto de vista embriológico, rádio, ulna e úmero derivam de uma lâmina única cartilaginosa, que sofre uma segmentação longitudinal separando os três ossos durante a 5<sup>a</sup>-6<sup>a</sup> semana de gestação. A sinostose radioulnar resulta da falha no desenvolvimento nesta fase ou ocorre tardiamente na vida fetal, por abrasão periosteal e neoformação óssea nos pontos de contato entre o rádio e a ulna. O envolvimento pode ser desde mínima união fibrosa até uma completa sinostose de todo o comprimento do rádio e da ulna. **Objetivo:** Descrever dois casos de sinostose radioulnar congênita, contribuindo para o conhecimento da doença e promovendo um aumento no diagnóstico. **Descrição do Material:** Caso 1 – Paciente masculino, 4 anos de idade, com limitação funcional bilateral do punho percebida com o ingresso na escola. A mãe negava sintomas prévios e história de trauma. Não havia dor ou edema. O RX mostrou fusão dos segmentos proximais do rádio e ulna, e modificações das relações articulares de ambos os úmeros com os elementos ósseos anteriormente citados. Também se observou desvio dos longos eixos do rádio e ulna, com projeção dorsal da epífise distal da ulna no perfil. Caso 2 – Paciente feminina, 14 anos de idade, com história de dificuldade de pronação dos membros superiores, sem sintomas associados. Negava patologias prévias e trauma. A radiografia evidenciou fusão proximal do rádio e ulna e desvio dos eixos do rádio e ulna. Os pacientes deste estudo não apresentavam outras anomalias congênicas ou estigmas de alterações cromossômicas. **Discussão:** A causa da falha embriológica que resulta na sinostose permanece incerta. Pode existir isoladamente, ser familiar ou associar-se a síndromes congênicas. É mais predominante em homens, sendo metade, ou mais, bilateral. Vários sistemas de classificação foram propostos. De acordo com Cleary e Omer, o tipo 1 refere-se a uma sinostose fibrosa; o tipo 2 apresenta sinostose óssea visível; já o tipo 3 é associado a um deslocamento posterior do rádio; e no tipo 4 existe deslocamento anterior da cabeça radial (“mushroom shaped”). O grau de incapacidade varia, mas muitos são assintomáticos. No entanto, muitos pacientes podem ter limitação funcional severa se houver acometimento bilateral ou um grau importante de pronação fixa. O principal achado é um antebraço fixo, com severidade variável, impedindo a pronação e com reduzida capacidade de supinar o antebraço e a mão. Usualmente, não há alteração no ombro ou na articulação distal. A cabeça radial pode ser hipoplásica, subluxada ou deslocada tanto anterior quanto posteriormente. Hipermobilidade rotacional do punho está presente e ajuda na funcionalidade do paciente. O status funcional é difícil de determinar pelo achado radiográfico. Quanto mais extensa a sinostose, particularmente com ausência da cabeça radial, maior será o grau de pronação fixa. Em alguns casos, a cirurgia pode ser necessária. A dor nem sempre é associada com a sinostose radioulnar, e quando ocorre está relacionada com subluxação da cabeça radial sintomática e progressiva.

Código do trabalho: 340

### **Síndrome do martelo hipotenar: relato de caso e revisão de literatura.**

Paula Minchillo Coelho; José Luiz Masson de Almeida Prado; Bruno

Barcelos Nobrega; Luiz Carlos Donoso Scopetta; Leonardo Ellery Marinho; Luciano Nascimento Silva.

Hospital São Camilo – São Paulo, SP, Brasil.

**Introdução:** A síndrome do martelo hipotenar é o conjunto de alterações da artéria ulnar, causadas por pequenos traumas repetitivos na região hipotenar. **Descrição do Material:** Apresentamos o caso de um paciente do sexo feminino, de 78 anos, que se queixava de aparecimento recente de um nódulo na região hipotenar esquerda e de parestesia nos quarto e quinto dedos desta mesma mão. Os estudos de ressonância magnética e de angiressonância magnética demonstraram tratar-se de um aneurisma sacular na artéria ulnar, imediatamente distal ao canal de Guyon, parcialmente trombosado. **Discussão:** A síndrome do martelo hipotenar é o espectro de alterações da artéria ulnar, no arco palmar superficial, relacionadas a microtraumatismos crônicos na região hipotenar. A artéria ulnar é uma estrutura superficial que se relaciona com os aspectos mediais do gancho do hamato. Pequenos golpes com a face medial da região hipotenar comprimem esta artéria entre a superfície golpeada e o gancho do hamato, podendo eventualmente lesá-la. É uma síndrome rara, frequentemente não diagnosticada na primeira vez que o paciente procura ajuda médica. Trabalhadores que usam britadeiras, cavadeiras, brocas e compactadores estão entre os mais acometidos. Daí a outra denominação da síndrome: “doença do instrumento pneumático”. Outras causas incluem fratura do hamato, uso de bengala, arterite e músculos anômalos. Há um relato de caso de uma paciente digitadora que usava a região hipotenar para acionar a tecla “espaço”. O espectro das alterações possíveis inclui conformação em saca-rolhas da artéria ulnar, trombose e aneurisma ulnar (como neste caso). O quadro clínico pode ser relacionado a microembolismos para os dedos, caso em que simula o fenômeno de Raynaud. O tratamento medicamentoso consiste em vasodilatadores e uso de trombolíticos e o tratamento cirúrgico em ressecção do segmento trombosado com enxerto de veia.

Código do trabalho: 353

### **Síndrome de Poland: relato de caso e achados radiológicos.**

Thiara Castro de Oliveira<sup>1</sup>; Carolina Kyrie Otani<sup>1</sup>; Sandro Coumbis Mandaloufas<sup>1</sup>; Claudia Pastorelli Mosca<sup>2</sup>; Larissa Tamara Praude Dias<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Faculdade de Medicina do ABC – Santo André, SP; <sup>2</sup> Universidade de Mogi das Cruzes (UMC) – Mogi das Cruzes, SP, Brasil.

**Introdução:** A síndrome de Poland é uma anomalia congênita rara (1:50.000), caracterizada por hipoplasia ou aplasia da musculatura torácica unilateral e alterações no membro superior ipsilateral. Quanto à etiologia, acredita-se que decorra da hipoplasia da artéria subclávia ou de seus ramos, determinando mudança no desenvolvimento embrionário da musculatura torácica e mão correspondente. **Objetivo:** Abordar a correlação clínico-radiológica em um caso de síndrome de Poland de uma mulher atendida em nosso Serviço. **Descrição do Material:** P.J.S.S., sexo feminino, 19 anos de idade, referia assimetria torácica e alterações em membro superior esquerdo desde o nascimento, com limitações de movimentos e dor escapular e hemitórax esquerdos. Nascida de parto normal, a termo, sem complicações. Ao exame físico foi evidenciada assimetria torácica e mamária à esquerda, hipotrofia dos músculos bíceps e tríceps e nervo axilar curto, à esquerda. Para elucidação diagnóstica, foi realizada primariamente uma radiografia torácica, que mostrou hemitórax esquerdo hipertransparente. Complementou-se com ressonância magnética de tórax, em que o parênquima mamário esquerdo apresentava-se ausente, notando-se hipoplasia do músculo peitoral maior e de musculatura dorsal, à es-

querda. À mamografia evidenciou-se ausência do músculo peitoral à esquerda, sem nódulos mamários. **Discussão:** A síndrome de Poland caracteriza-se por hipoplasia ou aplasia da musculatura torácica unilateral com alterações no membro superior ipsilateral. A literatura diverge, porém há maior prevalência em mulheres, corroborando o nosso caso. Quanto à etiologia, há considerações sobre o caráter autossômico dominante com penetração variável, entretanto, a paciente negava história familiar. É importante detectar esta condição rara, para diferenciá-la de patologias malignas que apresentem hipertransparência unilateral e assimetria à mamografia. Paciente em programação cirúrgica para colocação de expansor cutâneo e posterior substituição por prótese mamária.

Código do trabalho: 358

#### **Dor lombar em crianças: diagnóstico diferencial dos tumores ósseos.**

Rogério Batista Araujo Filho; Ana Amélia Alfnas Silva; Juliana Veras Rios Lamounier; Cristiane Carneiro Campos de Oliveira; Roberto Loureiro Silva; Raphael Guedes Andrade; Laura Filgueiras Mourão Ramos; Uedson Tazinaffo.

*Hospital Mater Dei – Belo Horizonte, MG, Brasil.*

**Introdução e Objetivos:** A dor lombar em crianças é menos comum que nos adultos, embora a exata incidência não seja conhecida. Em regra, quando uma criança apresenta dor lombar, os clínicos suspeitam de um sério fator causal. De fato, embora os sintomas sejam frequentemente manifestações de um processo benigno, em alguns casos podem sugerir patologias graves como infecção ou neoplasia. Os tumores vertebrais podem ser primários ou secundários, sendo que em crianças prevalecem os primários. A anamnese e os exames físico e laboratoriais irão guiar uma suspeita clínica. Os achados de imagem usualmente correspondem à patologia de base e este fator invariavelmente leva a uma extensa investigação imagiológica, que começa pela radiografia simples, passa pela cintilografia, tomografia computadorizada (TC) e, finalmente, ressonância magnética (RM). Entre as doenças abordadas estão cisto ósseo aneurismático, histiocitose de células de Langherans, sarcoma de Ewing, osteoma osteoide, osteoblastoma e osteossarcoma, linfoma e leucemia. **Casística e Métodos:** Foi realizada uma revisão bibliográfica das neoplasias ósseas benignas e malignas que afetam a coluna dos pacientes pediátricos cuja principal manifestação é a dor lombar. **Resultados:** Embora a dor lombar seja menos comum nas crianças do que nos adultos, ainda representa um significativo desafio diagnóstico e terapêutico. Quando uma criança manifesta esse sintoma, uma patologia de base deve ser sempre suspeitada. A avaliação deve ser baseada em uma história clínica detalhada, exame físico e exames complementares. **Conclusão:** Não existe padronização para a investigação imagiológica da dor lombar na criança. Vários algoritmos têm sido usados e a radiografia simples consiste na avaliação inicial. A escolha de cintilografia, TC e RM dependerá da suspeição clínica de cada caso.

Código do trabalho: 369

#### **Fibroma condromixoide na falange proximal do segundo pododáctilo direito: relato de caso.**

Geraldo Souza Pinho Alves<sup>1</sup>; Fernanda Cunha Maciel<sup>1</sup>; Igor Moreira Hazboun<sup>2</sup>; Marcus Vinicius Maia Passos<sup>3</sup>; Robson Macedo<sup>2</sup>; Felipe Henrique Medeiros Maciel<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Universidade Potiguar (UnP); <sup>2</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN); <sup>3</sup> Instituto de Radiologia – Natal, RN, Brasil.

**Introdução:** O fibroma condromixoide é um tumor ósseo primário, benigno e produtor de tecido cartilaginoso. Estima-se que representem menos de 1% de todos os tumores ósseos primários. Apresenta predomínio para o sexo masculino, é mais comum em crianças e adultos jovens e geralmente acomete a metáfise de ossos longos, sendo o local mais comum a tibia proximal. **Objetivo:** Descrever um caso de fibroma condromixoide na falange proximal do segundo pododáctilo direito através da ressonância magnética (RM), com confirmação por estudo histológico. **Descrição do Material:** A RM foi revisada a partir do arquivo digital de imagens (PACS). Obteve-se a autorização da paciente para a utilização das imagens para relato de caso. P.C.B.T, 16 anos, sexo feminino. Apresentou dor e aumento de volume no segundo pododáctilo direito. Realizada RM do antepé direito, em que se observou formação expansiva intraóssea localizada na falange proximal do segundo dedo em seu aspecto lateral, que apresentou sinais de rotura da cortical e mínimo envolvimento de partes moles adjacentes. Apresentou intenso realce após administração de contraste paramagnético e sugeriu-se prosseguimento investigativo com posterior biópsia excisional e confirmação histológica do caso. **Discussão:** Inicialmente descrito por Jaffe e Lichtenstein em 1948, o fibroma condromixoide tem como morfologia típica as células fusiformes ou estreladas dispostas em uma matriz mixocondroide. Acomete principalmente o membro inferior, sendo a tibia acometida em aproximadamente metade dos pacientes, seguida pelo fêmur, metatarso e calcâneo. Pode haver queixa clínica de dor crônica, problemas relacionados com o movimento das articulações, e em tumores superficiais o edema pode ser evidenciado. O diagnóstico histopatológico faz-se necessário devido à diferenciação com outros tumores ósseos. A terapêutica recomendada é a ressecção do tumor com margem de segurança.

Código do trabalho: 386

#### **Estudo comparativo entre ultrassonografia e ressonância magnética na avaliação do ombro doloroso.**

Adonis Manzella dos Santos; Fernando Viana Gurgel; Mirela Ávila Gurgel; Lucilo Ávila Pessoa Junior; Valéria Maria Bezerra Silva.

*Centro Diagnóstico Lucilo Ávila Júnior – Recife, PE, Brasil.*

**Introdução:** A presença de uma ruptura do manguito rotador nem sempre é fácil de ser identificada clinicamente, sendo os métodos de imagem importantes para o diagnóstico, auxiliando mais adiante a decidir sobre um tratamento cirúrgico ou conservador. As radiografias simples do ombro são importantes para avaliar fatores anatômicos predisponentes, como a forma e inclinação do acrômio, a presença de esporões acromiais, os acromiale e osteoartrose acrômio-clavicular. Servem, também, para demonstrar alterações secundárias ao pinçamento, embora sejam alterações inespecíficas como cistos subcondrais, esclerose e irregularidades da tuberosidade maior do úmero, bem como identificar calcificações tendíneas e peritendíneas. A artrografia do ombro é um método diagnóstico eficiente para detectar discontinuidades do manguito rotador, pela demonstração de comunicação entre a articulação glenoumeral e a bursa subdeltoide-subacromial, porém trata-se de método invasivo. Os principais métodos não invasivos utilizados no diagnóstico das lesões do manguito rotador são a ultrassonografia (US) e a ressonância magnética (RM). Tanto a US quanto a RM podem confirmar uma suspeita de ruptura total ou parcial do manguito rotador. As duas técnicas têm suas vantagens e desvantagens e podem ser complementares. A US apresenta um custo menor, mas os resultados quanto a sensibilidade e especificidade variam por se tratar de um exame "operador-dependente". Fatores levados em consideração concernentes a qual técnica a ser usada seriam a

acessibilidade ao exame no tempo necessário e a habilidade dos operadores em interpretar os resultados. Na literatura, a resposta sobre qual destes dois exames constitui o mais acurado, com melhor custo-benefício no diagnóstico das lesões do manguito rotador, ainda é controversa. A maioria dos autores publicou estudos comparando a sensibilidade e especificidade de cada método separadamente, para casos de ruptura total ou parcial do manguito rotador, mas em sua maioria o número de casos observados foi pequeno. Um estudo de metanálise mostrou que ambos os métodos têm boa acurácia. **Objetivo:** Comparar os achados anormais da US com a RM, em pacientes com queixas dolorosas do ombro, em uma revisão de uma série de casos. **Casuística e Métodos:** Foram avaliados, retrospectivamente, 46 exames de RM e US de 41 pacientes encaminhados ao Centro Diagnóstico por Imagem, com queixa de ombro doloroso, no período de 28 de junho de 2010 a 6 de junho de 2011. Alguns pacientes realizaram o estudo dos dois ombros. Todos os exames foram realizados por radiologistas experientes, que fazem parte da equipe de médicos do Centro. Os resultados dos exames de RM e US foram então comparados pelo mesmo pesquisador. **Resultados:** Participaram do estudo 30 pacientes do gênero feminino e 11 do gênero masculino. A idade variou entre 32 e 81 anos. As lesões mais frequentes diagnosticadas pela RM foram: artropatia acrômio-clavicular e tendinopatia do supraespinhal com 37 casos cada (90,2%), bursite subacromial com 29 casos (70,7%), tendinopatia do subescapular com 27 casos (65,8%), tendinopatia do infraespinhal com 20 casos (48,7%), derrame articular com 15 casos (36,5%) e ruptura completa do supraespinhal com 8 casos (19,5%). Ressaltamos que alguns pacientes apresentavam mais de um tipo de lesão. Outros achados, como ruptura ou tendinopatia do redondo menor, gânglion cístico, ruptura do tendão subescapular, fratura da grande tuberosidade, bursite coracoide e alteração do labrum superior, foram encontrados em menor frequência. A US demonstrou ruptura completa do supraespinhal em 7 dos 8 casos (87,5% de acerto), artropatia acrômio-clavicular em 30 dos 37 casos (81%), tendinopatia do supraespinhal em 28 dos 37 casos (75,6%), tendinopatia do subescapular em 20 dos 27 casos (74%), bursite subacromial em 15 dos 29 casos (51,7%), tendinopatia do infraespinhal em 9 dos 20 casos (45%) e derrame articular em apenas 6 dos 15 casos (40%). **Conclusões:** O grau de acerto no diagnóstico das alterações encontradas no ombro doloroso pela US, quando comparada à RM, neste estudo variou de 40% a 85,7% para lesões variadas, tendo sido mais sensível nos casos de ruptura completa do supraespinhal, artropatia acrômio-clavicular e tendinopatia do supraespinhal, bem como do subescapular.

Código do trabalho: 427

#### **Mielofibrose primária: relato de caso e revisão da literatura.**

Matheus Teodoro Grilo Siqueira<sup>1</sup>; Adriana Ferraiolo Freitas<sup>2</sup>; Alessandro Silva Martins<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Hospital Maternidade Frei Galvão – Guaratinguetá, SP; <sup>2</sup> Santa Casa de Cruzeiro – Cruzeiro, SP, Brasil.

O objetivo do presente estudo foi relatar um caso de “mielofibrose primária” e sua principal característica de acometimento rápido de fibrose medular obliterativa. Paciente de 65 anos, sexo feminino, natural da cidade de Cruzeiro, SP, com história de anemia progressiva e esplenomegalia. Sintomas não específicos como fadiga, perda ponderal e sudorese noturna acompanharam o quadro. Os exames complementares solicitados foram: 1) laboratorial (hemograma completo); eletroforese de proteínas, ferritina; reticulócitos; LDH; bilirrubina total e frações; ferro sérico; 2) mielograma (aspirado da medula óssea por pun-

ção esternal); 3) tomografia computadorizada multislice de 6 canais (Emotion) da marca Siemens. Relacionados aos exames laboratoriais obtiveram-se, basicamente, leucocitose, neutrofilia, presença de 10% de mieloblastos, monolinfopenia relativa, marcada fibrose da medula óssea e numerosos megacariócitos dismórficos agrupados. A tomografia computadorizada multislice revelou esplenomegalia exuberante e esclerose óssea difusa medular. O curso desta doença é de difícil previsão, mas a sobrevida média inclui uma faixa de 3 a 5 anos. Os riscos à vida estão representados por infecções intercorrentes, episódios trombóticos ou sangramentos relacionados com anormalidades plaquetárias e, em 5% a 10% dos casos, transformação em leucemia mieloide aguda quando a fibrose medular é extensa; a leucemia mieloide aguda pode surgir em locais extramedulares incomuns, como linfonodos e tecidos moles.

Código do trabalho: 441

#### **Melorreostose: relato de caso e revisão da literatura.**

Celso Luís de Oliveira Júnior; João Paulo Matushita; Reginaldo Figueiredo; Paulo Marcus Vianna Franca; André Coelho Barros.

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte, MG, Brasil.

**Introdução:** A melorreostose é uma patologia esclerosante rara caracterizada pelo acometimento ósseo e dos tecidos moles adjacentes. Afeta principalmente os ossos longos dos membros inferiores e tem característica radiológica peculiar: o espessamento cortical semelhante a “cera de vela derretida”. **Objetivo:** Descrever um caso de melorreostose e realizar revisão da literatura pertinente ao tema. **Descrição do Caso:** Paciente do sexo feminino, 27 anos, apresentando linfedema de membro inferior esquerdo desde a infância, procurou ambulatório devido a dor no membro superior esquerdo, progressiva, de início há 6 meses, associada a aumento de volume do membro. Exames laboratoriais sem alterações. Foram realizadas radiografias simples dos membros, que revelaram alterações características da melorreostose: hiperoostose cortical, semelhante a “cera de vela derretida”, unilateral, envolvendo apenas um segmento corporal. **Discussão:** A melorreostose tem incidência aproximada de 0,9 caso por um milhão de pessoas. O nome deriva do grego, onde “melos” significa membro, “rhein” significa escorrer, e “ostos”, ossos, numa alusão direta ao aspecto radiológico da doença. Sua etiologia permanece desconhecida. Embora seja caracteristicamente benigna, causa importante morbidade aos pacientes. Pode se associar a outras anormalidades ósseas, mesenquimais, vasculares e linfáticas. Clinicamente apresenta-se com dor e deformidades afetando ossos longos, principalmente nos membros inferiores; há tendência a ser unilateral e segmentar. Pode acometer também os tecidos moles adjacentes, causando calcificações e contraturas articulares. As alterações radiológicas, consideradas patognômicas, são o espessamento cortical, unilateral, de distribuição característica, em aspecto semelhante a “cera de vela derretida”. **Conclusão:** A melorreostose é uma patologia esclerosante óssea rara, que deve ser de conhecimento do radiologista, devido ao diagnóstico com uma simples radiografia dos membros.

Código do trabalho: 449

#### **Resonância magnética nas lesões ligamentares e tendíneas dos dedos das mãos.**

Fabiana Michelle de Freitas Tertulino; Guinel Hernandez Filho; Marcelo Astolfi Caetano Nico; Flávio Cunha de Medeiros; Antonio Carlos da Costa. Santa Casa de São Paulo – São Paulo, SP, Brasil.

**Introdução:** A ressonância magnética (RM) é um método importante para avaliação da extensão das lesões agudas e crônicas das estruturas ligamentares e tendíneas dos dedos das mãos. A compreensão da anatomia e das principais lesões é de fundamental importância para o radiologista fornecer um diagnóstico preciso, e consequente conduta terapêutica adequada. **Objetivo:** Revisar as lesões ligamentares e tendíneas dos dedos das mãos mais frequentes. **Descrição do Material:** Foram selecionados exames de RM do arquivo de imagens da nossa instituição que evidenciaram lesões dos dedos das mãos. Estas lesões serão divididas de forma didática em alterações capsuloligamentares e tendíneas. As principais alterações capsuloligamentares envolvem as roturas ligamentares propriamente ditas, com atenção especial às lesões da articulação metacarpofalângica do polegar (lesão de Steiner, gamekeeper's thumb), bem como alterações ligamentares interfalângicas. Ainda dentro das alterações capsuloligamentares, a placa volar exerce um importante papel no mecanismo de estabilização da articulação, sendo importante a compreensão das principais lesões. A complexidade da anatomia dos tendões flexores e extensores dos dedos e suas principais lesões serão abordadas, pois o diagnóstico preciso da RM é de fundamental importância para a conduta terapêutica. **Discussão:** O conhecimento da anatomia e da imagem na RM das lesões ligamentares e tendíneas dos dedos das mãos pode ajudar no diagnóstico, principalmente nos casos de dúvida ao exame físico ou radiografia sem alterações.

Código do trabalho: 450

#### **Diagnóstico tardio da luxação posterior do ombro causada por choque elétrico: relato de caso e revisão de literatura.**

Hebert Ferro Monteiro; Pedro Paulo Teixeira e Silva Torres; Kim-Ir-Sen Santos Teixeira.

*Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC-UFG) – Goiânia, GO, Brasil.*

**Introdução:** A luxação posterior do ombro (LPO) é incomum, correspondendo de 1% a 4% dos casos, e geralmente associada a choque elétrico, convulsões e trauma de alto impacto. Pode estar associado a fraturas na cabeça umeral. O diagnóstico e tratamento precoces são fundamentais na prevenção de complicações. Entretanto, devido a sua raridade e dificuldades diagnósticas, isso geralmente ocorre tardiamente. **Descrição do Material:** Relatamos o caso de uma paciente do sexo feminino, 57 anos, com LPO crônica de diagnóstico tardio. Referiu choque elétrico de 220 volts na mão direita há 20 anos, ao tentar desconectar um cabo da tomada elétrica. Ao exame físico, apresentava dor no ombro direito em rotação interna fixa. A radiografia anteroposterior (AP) mostra destruição parcial da cabeça umeral, com perda da sua esfericidade e redução do espaço glenoumeral, associada a alterações degenerativas secundárias. Na escapular Y, a cabeça umeral está posterior à glenoide. A tomografia computadorizada multideTECTORES (TCMD) caracterizou melhor a luxação posterior e a perda da esfericidade da cabeça umeral devido a fratura-impacção e/ou osteonecrose, com a glenoide relativamente preservada. **Discussão:** A LPO tem como mecanismo clássico a adução e rotação interna do ombro durante a crise convulsiva ou choque elétrico, causadas pela forte contração dos músculos rotadores internos. A apresentação clínica típica é de ombro doloroso rígido em abdução e rotação interna. Possui como diagnóstico diferencial a capsulite adesiva (ombro congelado). Os diagnósticos tardios da LPO com fratura ocorrem entre 60% a 80% dos casos. Isso ocorre devido sua raridade, falta de suspeição, sinais e sintomas menos evidentes que a luxação anterior e radiografias inadequadas. As melhores incidências para o diagnóstico são a escapular

Y e a axilar. Esta última permite o diagnóstico em praticamente 100% dos casos. A LPO crônica, principalmente quando associada com fratura, resulta na destruição da cabeça umeral, com déficit funcional permanente do ombro. Contribuem para a deformidade da cabeça umeral a fratura-impacção anterior (Hill-Sachs reversa) e/ou osteonecrose. Conclui-se que o diagnóstico de LPO requer alta suspeição e uma avaliação radiológica completa, principalmente nos pacientes com dor e redução nos movimentos do ombro após choque elétrico ou convulsão.

## **Neurorradiologia / Cabeça e Pescoço**

Código do trabalho: 5

#### **Fístula dural arteriovenosa intracraniana tipo V tratada por embolização endovascular: relato de caso.**

Fabiola Hussein de Arantes; Thiago Giansante Abud; Lucas Giansante Abud; Daniel Giansante Abud; Guilherme Seizem Nakiri; Mauro José Brandão da Costa.

*Documenta – Ribeirão Preto, SP, Brasil.*

As fístulas arteriovenosas durais (FAVDs) cerebrais formam um grupo heterogêneo de lesões que têm em comum sua arquitetura vascular, caracterizadas por uma comunicação entre artérias meníngeas e veias/seios venosos, podendo levar a sintomas variados decorrentes de hemorragias, isquemias, efeito de massa e neuropatias intracranianas. Cognard C. et al. elaboraram uma classificação para esta patologia baseada em seus padrões de drenagem venosa e na agressividade de sua evolução clínica, definindo cinco tipos. O presente relato descreve um caso raro de uma paciente com FAVD tipo V, caracterizada por drenagem para veias perimedulares cervicais, apresentando sinais clínicos e radiológicos de mielopatia progressiva, documentados por angiografia digital e ressonância nuclear magnética do crânio e da coluna cervical. Após diagnóstico, foi realizado tratamento endovascular de embolização da fístula, com melhora importante dos sintomas clínicos e achados de imagem.

Código do trabalho: 6

#### **Malformações vasculares cerebrais sem shunt arteriovenoso: revisão da literatura.**

Paula David Camargo; Lucas Giansante Abud; Thiago Giansante Abud; Cecilia Hissae Miyake; Aloisio Russo Abud.

*Documenta – Ribeirão Preto, SP, Brasil.*

As malformações vasculares cerebrais (MVCs) podem ser agrupadas de acordo com a presença ou não de shunt arteriovenoso. Este trabalho tem como objetivo revisar os achados de imagem e implicações clínicas das MVCs sem shunt arteriovenoso. Estas podem ser classificadas em anomalias do desenvolvimento venoso, cavernomas e telangiectasias. Para exemplificar estas patologias, foi realizado um estudo retrospectivo de março de 2008 a maio de 2011. Foram incluídos exames de imagem adequados de RM, TC e/ou angiografia digital com subtração, arquivados em nosso sistema digital. A classificação das MVCs se baseia no fato de cada uma delas apresentar características histopatológicas próprias. Cada entidade geralmente apresenta dados clínicos e achados de imagem diferentes. Desta forma, o conhecimento de suas características nos estudos de imagem, em particular na ressonância magnética, é fundamental no manejo clínico do paciente e na decisão da necessidade ou não de tratamento específico.