

cefálico (TCE). O presente trabalho tem o objetivo de descrever a prevalência de achados tomográficos encefálicos em vítimas de TCE leve/moderado atendidas em hospital de nível secundário na zona oeste de São Paulo, SP. **Casuística e Métodos:** Estudo descritivo retrospectivo de 90 tomografias computadorizadas cranianas de pacientes vítimas de TCE leve/moderado atendidas na instituição entre junho e setembro de 2010. Os exames foram selecionados por ordem de data e os dados obtidos foram processados e escalonados pelo BioEstatistic 4.0 e analisados descritivamente mediante cálculo das frequências absolutas (n) e proporcionais (%) das variáveis avaliadas. **Resultados:** A idade dos pacientes variou entre 0 e 85 anos, com média de 47,5 anos. Houve predominância do sexo masculino (66,7%) na amostra avaliada. A maioria dos pacientes (75,5%) não apresentou lesões extra ou intra-axiais. Os achados mais comuns relacionados ao trauma foram: aumento de partes moles (16,7%), hematoma subgaleal (10%) e fratura craniana (5,5%). Os principais achados incidentais foram: opacificação dos seios da face (53%), atrofia cerebral (9%) e calcificações (9%). **Conclusão:** Embora a maioria das tomografias computadorizadas avaliadas não tenha evidenciado lesões cerebrais, os principais achados relacionados ao trauma foram extra-axiais (aumento de partes moles e hematoma subgaleal), com destaque para a expressiva prevalência de opacificação dos seios da face como achado incidental.

Código do trabalho: 445

**“Nódulo da Irmã Mary Joseph”: uma revisão histórica.**

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

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

O nódulo da Irmã “Mary Joseph Dempsey” é um termo utilizado para exemplificar metástase na cicatriz umbilical de qualquer tumor primário maligno frequentemente intra-abdominal, descrito desde 1846. Este termo foi atribuído a uma irmã enfermeira e assistente de William Mayo (Clínica Mayo-Rochester, USA). Enquanto ela preparava os pacientes com câncer gástrico para cirurgia, notou a presença de uma firme massa na cicatriz umbilical e que no pós-operatório recente tais pacientes evoluíram para óbito devido à doença avançada. Com o tempo ela relatou sua observação para o Dr. Mayo, passando então a ter este sinal com o seu nome. **Caso 1** – Paciente W.C., 61 anos de idade, sexo feminino, relatando perda ponderal expressiva, dor e aumento do volume abdominal há dois meses. Exame por tomografia computadorizada demonstrou formação tissular no tecido celular subcutâneo da parede abdominal anterior, com extensão para a cicatriz umbilical e massa sólida calcificada ocupando toda a pelve. **Caso 2** – Paciente B.C.A., 79 anos de idade, sexo feminino, relatando tumoração avermelhada se protruindo pela cicatriz umbilical, acompanhada de perda ponderal e dor abdominal há cinco meses. Exame por tomografia computadorizada demonstrou uma formação tissular que se estendia da cavidade peritoneal para a parede anterior, chegando a se exteriorizar pela cicatriz umbilical. O nódulo da Irmã “Mary Joseph Dempsey” representa metástase para a cicatriz umbilical de algum tumor maligno. Ele é firme em placa ou de aspecto nodular, podendo ser ulcerado e com descarga fétida. O resultado histopatológico fica dependente do sítio primário da malignidade, mas em muitos casos são adenocarcinomas. O estômago é o sítio primário mais comum, respondendo por 20–30%, seguido do ovário, por 10–20%, cólon, por 10–14% e pâncreas, por 7–11%. Em aproximadamente 20% a 30% dos casos o tumor primário não é encontrado. Nesse trabalho relatamos dois ca-

sos de nódulo da Irmã “Mary Joseph Dempsey”, correlacionando a ectoscopia com os achados por imagem.

**Radiologia Pediátrica**

Código do trabalho: 18

**Perfil das ultrassonografias do quadril infantil pelo método de Graf.**

Adriano Ferreira da Silva; Bruno de Castro Paixão Jacobino; Mariana Domingues Galvão; Cláudio Campi de Castro.

Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP) – São Paulo, SP, Brasil.

A displasia do desenvolvimento do quadril (DDQ) é uma das anomalias congênitas pediátricas comuns. Utiliza-se, para diagnóstico, a ultrassonografia (US) pelo método de Graf. Foi realizado estudo transversal retrospectivo de 222 pacientes que realizaram US, de janeiro de 2009 a maio de 2011, sendo 140 meninas e 82 meninos, idade média de 5,0 ± 16,5 dias. Os pacientes foram agrupados segundo os ângulos alfa e beta e a classe de Graf. Os dados foram avaliados estatisticamente. Os ângulos alfa foram maiores nos meninos e à direita. O tipo 1A predominou em ambos os sexos bilateralmente, sendo que nos meninos ocorreu em 84,1% dos exames à direita e 80,4% à esquerda; nas meninas, em 75% dos exames à direita e 66% à esquerda. O tipo 2A ocorreu nos meninos em 10,98% dos exames à direita e em 14,63% à esquerda; nas meninas, em 15,71% dos exames à direita e 24,29% à esquerda. Os demais tipos foram menos comuns. Ressalta-se a importância da US, apontada como método padrão para esta avaliação.

Código do trabalho: 28

**Tumor de seio endodérmico do testículo: relato de caso e revisão da literatura.**

João Paulo Oliveira Benning Araujo; Tomás de Andrade Lourenção Freddi; Douglas Jorge Racy.

Med Imagem – Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo – São Paulo, SP, Brasil.

**Introdução:** O carcinoma testicular corresponde apenas a 1% das neoplasias malignas do sexo masculino, mas é o tumor maligno mais comum na faixa etária de 15–34 anos de idade. Os tumores de testículo são divididos em células germinativas e não células germinativas. Os tumores de células germinativas constituem 95% de todos os tumores de testículo, sendo a maioria malignos, podendo ainda ser subdividido em tumores seminomatosos e não seminomatosos. **Descrição do Material:** É relatado o caso de uma criança de 8 meses de vida, com história de aumento progressivo de massa em topografia do testículo e região inguinal esquerda e elevação dos níveis séricos de alfa-fetoproteína. Os aspectos de imagem característicos através de ultrassonografia e tomografia computadorizada são discutidos. **Discussão:** O tumor de seio endodérmico ou tumor do saco vitelínico (“yolk sac tumor”) é o subtipo mais comum dos tumores não seminomatosos e responde por 80% dos tumores testiculares da infância, com a maioria dos casos ocorridos antes da idade de 2 anos. A alfa-fetoproteína funciona como marcador tumoral e está elevada em 90% dos casos. A aparência ultrassonográfica do tumor de saco vitelínico é geralmente heterogênea e pode conter focos ecogênicos secundários a hemorragia ou mais comumente áreas hipoeoicas dentro do tumor que correspondem a áreas de necrose. Metástases pulmonares são as mais comuns para todos os tumores de células germinativas, por isso o seguimento deve ser feito com radiografias de tórax.

Código do trabalho: 68

#### **Tuberculose peritoneal na infância: relato de caso.**

Sariane Coelho Ribeiro<sup>1</sup>; Ricardo Cesar da Silva Rodrigues<sup>1</sup>; Ligia Perisci Rodrigues<sup>1</sup>; Thiago Cavalcante de Vasconcelos<sup>1</sup>; David Alves de Araujo Junior<sup>2</sup>; Roberta de Almeida Said<sup>2</sup>; José Holanda Maia Filho<sup>3</sup>; José Linhares de Vasconcelos Filho<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Instituto Dr. José Frota (IJF); <sup>2</sup> Hospital Geral de Fortaleza (HGF); <sup>3</sup> Hospital Infantil Albert Sabin – Fortaleza, CE, Brasil.

A tuberculose peritoneal é a sexta causa mais comum de tuberculose extrapulmonar. Na literatura, tais casos representam 11% das formas extrapulmonares. **Relato do Caso:** V.A.S.S., 6 anos, masculino, apresentando febre persistente há 2 meses sem foco determinado. Ao exame: estado geral decaído, estigmas de desnutrição crônica, edema de membros inferiores e abdominal. Solicitados sorologia para HIV (negativo) e PPD (não reator). Hemograma com anemia hipocrômica e microcítica. BAAR do lavado gástrico e cultura negativos. Ao estudo radiológico: radiografia de tórax normal; TCAR pulmonar com opacidade de padrão intersticial reticular no ápice pulmonar à direita; TC de crânio com aumento das cisternas e sulcos compatíveis com desnutrição; TC helicoidal abdominal com contraste oral e venoso mostrou linfonodomegalia com centro hipodenso em retroperitônio. **Discussão:** Após extensa investigação, a TC contrastada abdominal foi decisiva para elucidação diagnóstica. Como a ausência de comprometimento pulmonar não exclui o diagnóstico, sempre deve ser aventada a possibilidade de tuberculose no contexto de massas nodais retroperitoneais em pacientes com epidemiologia compatível. O quadro clínico e laboratorial é frequentemente inespecífico e comprometimento pulmonar concomitante ocorre em apenas 15% dos casos. A TC contrastada é útil para avaliar a extensão do comprometimento abdominal. Os principais sinais observados na TB peritoneal são ascite livre ou loculada, espessamento peritoneal liso e regular, ou nodular com realce após a injeção do contraste. Pode haver ainda densificação e da raiz do mesentério, linfonodomegalia retroperitoneal, peripancreáticos, periportais, com necrose central ou calcificação; microabscessos e granulomas calcificados hepatoesplênicos, bem como espessamento parietal de íleo terminal e ceco. A biópsia do peritônio é o método mais eficaz para confirmar o diagnóstico.

Código do trabalho: 75

#### **Espessamento parietal edematoso da vesícula biliar: definição de um padrão após correlação entre achados ultrassonográficos, de ressonância magnética e histológicos.**

Gabriel Antonio de Oliveira; Diogo Teodoro de Oliveira; Adriana Maria Fonseca de Melo; Fernão Teodoro de Oliveira; Jane Santana Castelo; Catherine Chouquet.

Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG) – Vitória, ES, Brasil.

**Introdução:** Espessamentos parietais da vesícula biliar (VB) geralmente são considerados inespecíficos. Entretanto, seria de grande importância diferenciá-los através de métodos de imagem, principalmente caracterizando os de natureza edematosa, sem indicação cirúrgica. Neste trabalho os autores descrevem um padrão que identifica com segurança o espessamento parietal edematoso da vesícula biliar (EPEVB) em exames ultrassonográficos (US) e de ressonância magnética (RM); ademais, correlacionam os achados de imagem com os histológicos.

**Casística e Métodos:** O padrão de EPVB considerado edematoso foi encontrado em seis pacientes com quadros clínicos diversos. Foi feita correlação entre aspectos de US, RM e histológico. **Resultados:** A correlação dos achados de imagem e histológicos permitiu a caracte-

rização de um padrão chamado “edematoso” pelos autores. **Conclusões:** Neste trabalho é descrito um padrão de espessamento parietal edematoso da VB que ocorre em diversas doenças que cursam com espessamento parietal. Caracterizam este padrão: a) a integridade da mucosa; b) presença de líquido edematoso entre a mucosa e a serosa; c) presença de fibras conectivas dissociadas por esse líquido edematoso, cuja caracterização por métodos de imagem depende da espessura dessa camada líquida, da resolutividade do equipamento utilizado e da técnica empregada; d) potencial reversibilidade do espessamento parietal edematoso, na dependência da involução do extravasamento plasmático que o originou. O caráter potencialmente reversível deste padrão decorre da integridade da mucosa e do desaparecimento do extravasamento plasmático.

Código do trabalho: 97

#### **Significado do sinal do cerebelo branco em crianças com traumatismo craniano encefálico grave.**

André Fabiano Souza de Carvalho<sup>1</sup>; Thiago Fabiano Souza de Carvalho<sup>2</sup>; Manoel Fabiano de Carvalho<sup>3</sup>; Carlos Umberto Pereira<sup>3</sup>; Stephanie Chagas Feitosa<sup>2</sup>; Alyne Andrade Lima<sup>2</sup>; Julianne Alves Machado<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Hospital Santa Casa de Belo Horizonte – Belo Horizonte, MG; <sup>2</sup> Universidade Federal de Sergipe; <sup>3</sup> Hospital de Urgências de Sergipe – Aracaju, SE, Brasil.

**Introdução:** O sinal do cerebelo branco é visto em imagens de tomografia computadorizada (TC) como uma inversão da atenuação normal da relação massa cinzenta/branca supratentorial com aumento relativo da densidade do cerebelo. Indica edema cerebral difuso. Ocorre em crianças com isquemia cerebral causada por hipóxia severa, traumatismo cranioencefálico (TCE) grave ou infecções virais. Cursa com péssimo prognóstico. **Descrição de Caso:** M.F.S., 18 meses, vítima de acidente de trânsito. Deu entrada na emergência em coma. Entubado sob respiração assistida. TC de crânio sem contraste: hipodensidade supratentorial difusa representando edema associado a hiperdensidade relativa do cerebelo, apagamento das cisternas e sulcos cerebrais. O paciente foi submetido a tratamento clínico e faleceu após 22 dias da internação. **Discussão:** O sinal do cerebelo branco é raro e apresenta-se em pacientes com injúria hipóxica/isquêmica cerebral. Sua causa é desconhecida, porém diversos fatores podem estar envolvidos na gênese dessa lesão. Uma hipótese importante é a baseada em mudanças hemodinâmicas, que responsabiliza essa alteração radiológica a uma distensão de veias corticais com congestão venosa central, contrastando com o edema periférico. A hipoperfusão associada ao edema durante a hipóxia leva à formação de trombos que impede o restabelecimento do fluxo sanguíneo. **Conclusão:** O sinal do cerebelo branco é associado com danos cerebrais severos. Portanto, a presença deste sinal, visto em exames de neuroimagem em crianças com quadro de anóxia/hipóxia e TCE grave, representa prognóstico reservado.

Código do trabalho: 140

#### **Fatores associados a malformações congênitas do sistema nervoso central: aspectos clínico-epidemiológicos e ultrassonográficos.**

Daniel Alvarenga Fernandes; Marcela Leonardo Barros; Enaldo Vieira de Melo; Roseane Lima Santos Porto; Carlos Umberto Pereira; Fernanda Teles Sanjuan; Emmanuel Borges Nunes; Atilano Salvador Godinho.

Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (HU/UFS) – Aracaju, SE, Brasil.

**Introdução e Objetivos:** As malformações congênitas, em especial, as do sistema nervoso central, destacam-se como relevante causa de mortalidade infantil em diversos países. Estudos associam a presença de malformações do sistema nervoso central (SNC) a fatores maternos, gestacionais, neonatais e exógenos. Por sua crescente significância epidemiológica, torna-se importante determinar quais desses fatores são considerados de risco. Assim, tem-se como objetivo traçar um perfil dos fatores associados à presença de malformações do SNC, incluindo aspectos clínico-epidemiológicos e ultrassonográficos. **Casuística e Métodos:** Estudo observacional, do tipo caso-controle, realizado em instituição de referência para gestações de alto risco. Foram analisadas variáveis relacionadas a características maternas, gestacionais, neonatais e exógenas. A associação entre anomalia congênita e os fatores de risco foi estimada pela razão de chance (odds ratio – OR). Projeto aprovado pelo comitê de ética em pesquisas institucionais. Não houve conflitos de interesse. **Resultados:** Os fatores significativamente associados para malformação dos recém-nascidos no SNC foram os antecedentes de malformação na família e o registro de oligodrômio na ultrassonografia (OR: 5,33 e p: 0,03; OR: 8,42 e p: 0,05). **Conclusão:** Malformação em familiar e oligodrômio são considerados fatores de risco para a presença de malformações congênitas do SNC. Outros fatores de risco devem ser evidenciados por estudos complementares a fim de se estabelecer estratégias eficazes de prevenção.

Código do trabalho: 182

#### **Empiema necessitatis: relatos de casos.**

Ana Karina Brizenno Ferreira Lopes; Silvio Cavalcanti de Albuquerque; Eduardo Just da Costa e Silva; Marcela Pereira Correia das Neves; Luana Cavalcanti Cabral; Bruno Calife Mota; Henrique de Sá Carneiro Mota; Leandro Nazzari.

*Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (IMIP) – Recife, PE, Brasil.*

O empiema pleural é definido pela presença de pus ou infecção no espaço pleural e corresponde à complicação mais frequente das pneumonias na faixa etária pediátrica. Quando o aumento da pressão do pus na cavidade pleural resulta em ruptura dos tecidos moles adjacentes e extensão da infecção primariamente para o tecido subcutâneo, levando à formação de abscesso, o termo empiema necessitatis é utilizado. Mais raramente, esta extensão pode ocorrer para brônquio, esfôago, diafragma, mama, pericárdio ou mediastino. O principal patógeno é o *Mycobacterium tuberculosis*, sendo responsável por cerca de 50% dos casos. Outro agente causal é o *Actinomyces* (24%). O nosso trabalho relata dois casos de pacientes pediátricos, com diagnóstico de pneumonia, que evoluíram com empiema pleural com drenagem espontânea para parede torácica. Os métodos de imagem foram essenciais para o seu diagnóstico e controle pós-terapêutico. As radiografias simples evidenciaram lâmina líquida pleural associada a atelectasia/consolidação pulmonar e hiperostose de arcos costais. As ultrassonografias detectaram líquido de conteúdo espesso e loculado. As tomografias computadorizadas confirmaram os outros achados e permitiram a visualização dos trajetos fistulosos.

Código do trabalho: 199

#### **Massa abdominal por malformações venosas em paciente com síndrome de Klippel-Trenaunay.**

Catarina Aguiar Ribeiro do Nascimento; Luana Cavalcanti Cabral; Ana Karina Brizenno Ferreira Lopes; Silvio Cavalcanti de Albuquerque; Marcela Pereira Correia das Neves; Mirella Carneiro Arnaud Benevides

Gadella; Gustavo Henrique Vieira de Andrade; Eduardo Just da Costa e Silva.

*Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (IMIP) – Recife, PE, Brasil.*

**Introdução:** Klippel-Trenaunay (SKT) é uma síndrome rara, que ocorre em 1 entre 20 a 40 mil nascimentos, caracterizada por malformações capilares cutâneas, veias varicosas, e hemi-hipertrofia de ossos e/ou tecidos moles de um membro. Anormalidades venosas são uma marca registrada da SKT, sendo o local mais comum na face lateral de um dos membros inferiores. O acometimento de outro membro ou de outros locais é mais raro. **Descrição do Caso:** Paciente feminino, 11 anos, previamente diagnosticada com SKT, com acometimento do membro inferior esquerdo (MIE), procurou atendimento por dor neste membro que se irradiava para abdome. Realizou ultra-sonografia que mostrou inúmeros vasos do sistema venoso superficial dilatados, tortuosos e trombosados, caracterizando tromboflebite. No abdome, evidenciou-se grande massa com características semelhantes à encontrada no MIE. Tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética evidenciaram a extensão das malformações vasculares do MIE até o hipocôndrio esquerdo, deslocando posteriormente o rim esquerdo e o baço, e alças intestinais para o lado contralateral. **Discussão:** Atualmente, sabe-se que o acometimento intra-abdominal nesses pacientes não é tão raro e pode ser assintomático até atingir grandes proporções, tornando-se mais proeminente e problemático com o aumento da idade. Então, alertamos que o acompanhamento destes pacientes deve incluir o abdome, através de exames de imagem. Uma simples radiografia mostrando flebólitos na escavação pélvica em um paciente jovem pode corresponder a manifestação abdominal da doença. Estudos contrastados podem demonstrar estreitamentos intestinais ou falhas de enchimento, representando varicosidades ou hemangiomas mucosos. A TC diagnóstica de forma simples e não invasiva a presença de massas hemangiomatosas intra-abdominais. É necessário diagnóstico precoce de manifestações intra-abdominais da doença, para melhor manejo e possível ressecção das malformações.

Código do trabalho: 246

#### **Deficiência longitudinal congênita da ulna.**

Ana Claudia Campos Paiva; Fernanda Ramos Carneiro; Tamara Abou Ezzeddine; André Luis Barbosa Fernandes; Livia Jordão Boccato; Letícia dos Santos Rocha; Lucas Marciel Soares Silva; Ricardo Pires de Souza.

*Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas) – Campinas, SP, Brasil.*

**Introdução:** A deficiência longitudinal congênita da ulna é uma anomalia rara do membro superior. Foi primeiramente descrita por Goller em 1683, e cerca de 100 casos foram relatados na literatura. Segundo Bilrh-Jensen, sua incidência é de 1:100.000 nascimentos. Em comparação com os casos de deficiência radial, a mão torta ulnar ocorre em proporção de 1:10 casos da radial. Ogden et al. mencionaram uma relação entre homens e mulheres de 3:2, com apenas 25% dos casos sendo bilaterais. A baixa incidência desta anomalia contribui para a singularidade deste caso. **Descrição:** K.T.S., feminino, 14 anos, com queixa de deformidade do antebraço e limitação de movimento progressivas desde o nascimento. Ao exame físico apresentava o antebraço esquerdo encurtado e arqueado com convexidade radial. O exame radiológico evidenciava ausência da ulna distal e arqueamento do rádio, e o estudo tomográfico revelava ainda desvio ulnar dos ossos do carpo e do rádio à esquerda. **Discussão:** As classificações mais utilizadas são de Ogden e de Swanson. A primeira descreve três padrões primá-

rios baseados nos achados radiológicos: tipo I – hipoplasia completa da ulna com epífise distal; tipo 2 – ausência da porção distal da ulna incluindo sua epífise; tipo 3 – ausência total da ulna. A segunda é descrita de acordo com o grau de deficiências anatômica e funcional. É graduada em: leve – encurtamento mínimo da ulna; moderada – ausência parcial da ulna, arqueamento e luxação da cabeça radial, os dedos ulnares podem estar ausentes; grave – ulna e dedos ulnares completamente ausentes, o rádio pode ser normal, discretamente arqueado ou com fusão umeral. Algumas anomalias podem estar associadas, porém não são comuns, e geralmente envolvem o sistema musculoesquelético. A relevância deste caso compartilha com os demais colegas a importância do diagnóstico e intervenção precoces, a fim de prevenir uma deformidade progressiva à medida que a criança cresce.

Código do trabalho: 272

#### **Craniossinostose: ensaio pictórico.**

Ana Carolina Rocha Garcia; Aline Araujo Cavalcante; Manuela Medeiros Bezerra; Mariana Borges Machado; Natalia Gonçalves Logrado Santos; Gabriel Scarabotolo Gattas; Miguel José Francisco Neto; Cláudia Carias Silva.

*Hospital Sepaco – São Paulo, SP, Brasil.*

**Introdução:** A craniossinostose ou cranioestenose é a fusão prematura de uma ou mais suturas cranianas. Quando presente, determina alteração na forma do crânio com crescimento compensatório no sentido paralelo à sutura fechada. A avaliação radiológica é necessária para caracterizar a deformidade e guiar o procedimento cirúrgico correto. O diagnóstico e a intervenção cirúrgica precoces propiciam melhor resultado estético e funcional nas crianças acometidas. **Objetivo:** Demonstrar os principais achados no diagnóstico por imagem das craniossinostoses, bem como suas nomenclaturas, classificação e cronologia do fechamento das suturas cranianas. **Descrição do Material:** Foi realizada revisão retrospectiva dos exames de tomografia computadorizada (TC) de crânio em pacientes com diagnóstico de craniossinostose, no período de fevereiro a junho de 2011. **Discussão:** A craniossinostose pode ser classificada como primária (sindrômica e não sindrômica) ou secundária. As craniossinostoses primárias são classificadas de acordo com a(s) sutura(s) afetada(s). O diagnóstico das craniossinostoses deve incluir exames que permitam não só a constatação da sutura fechada, mas também das possíveis alterações nos ossos cranianos e faciais, bem como do parênquima encefálico, que também podem apresentar alterações malformativas. A TC de crânio com reconstrução óssea multiplanar e tridimensional demonstra o grau de fechamento das suturas cranianas e permite o diagnóstico preciso das craniossinostoses. A ressonância magnética de crânio é necessária para investigar possíveis alterações encefálicas associadas, tais como distúrbios de migração neuronal, holoprosencefalia, hidrocefalia, disgenesia de corpo caloso, entre outras. O conhecimento da cronologia do fechamento das suturas cranianas e das diferentes nomenclaturas e classificações da craniossinostose possibilita o diagnóstico por imagem mais preciso, agilizando a conduta clínica/cirúrgica mais eficaz.

Código do trabalho: 291

#### **Achados ultrassonográficos de crânio em recém-nascidos de um hospital estadual de São Paulo.**

Nara Pacheco Pereira; Martha Hanemann Kim; Ana Carolina Dourado Mattos; Ana Carolina Von Hulsen Tosta; Kelly Fiorini; Ralff Mallmann; Ronaldo Cristianini Belz; Gustavo Coelho Dias.

*Hospital Estadual Vila Alpina – São Paulo, SP, Brasil.*

**Introdução:** A ultrassonografia de crânio (USC) é o método diagnóstico mais indicado para detectar lesões precoces no período neonatal. Sua importância também reside em definir grupos de risco para sequelas neurológicas. **Objetivo:** Descrever o perfil das alterações cerebrais em recém-nascidos (RN) de risco, visualizadas por USC, e associar as variáveis gestacionais e do parto aos achados. **Métodos:** Foram analisados laudos dos exames ultrassonográficos e prontuários de 225 RN de ambos os sexos (54% meninas e 46% meninos), no período de maio de 2010 a junho de 2011. A idade média foi de 17 dias de vida, em RNs oriundos da Enfermaria Mãe Canguru, UTI Neonatal e Ambulatório. **Resultados:** Os achados ultrassonográficos encontrados foram: pobreza de sulcos e giros corticais (39,6%), hiperecogenicidade da substância branca periventricular (39,1%), hemorragia grau I (11,1%), II (0,9%) e IV (0,4%), cistos de plexo coroide (3,6%), leucomalácia periventricular (3,1%), dilatação de ventrículos laterais (3,1%), ependimite (0,9%), calcificações (0,9%), atrofia do corpo caloso (0,4%), hiperecogenicidade do tentório (0,4%) e cisto subependimário (0,4%). Os demais exames não obtiveram alterações (44,4%). Estes achados foram associados aos precedentes gestacionais e do parto para a análise dos fatores de risco para as alterações cerebrais. Dos 57 RN que fizeram seguimento com US transfontanelar, 43% apresentaram melhora em relação ao exame anterior, 26% se mantiveram inalterados e 31% apresentaram piora e, destes, 93,5% apresentavam hemorragia grau I. **Conclusões:** A maioria dos RN que foram examinados com USC teve alterações cerebrais. Destas, a maior parte se relaciona com a prematuridade. Os achados foram compatíveis com a literatura mundial. Por um percentual elevado de alterações cerebrais e a influência destas no desenvolvimento neuropsicomotor da criança, conclui-se a importância de se realizar US em todos os RN de médio e alto risco.

Código do trabalho: 352

#### **Rotura extensa longitudinal da parede posterior da traqueia com herniação do esôfago para o seu interior devido a trauma torácico fechado.**

Samuel Alves Santana Filho; Rodrigo Vieira Ozelame; Gabriel Gamba Pioner; Paulo Marcio Silveira Brunato.

*Hospital Infantil Joana de Gusmão – Florianópolis, SC, Brasil.*

**Introdução:** As lesões traqueobrônquicas estão comumente associadas a traumas torácicos de alto impacto. A tomografia computadorizada multislice é importante para a avaliação da extensão do trauma e planejamento terapêutico, sendo as reconstruções multiplanares fundamentais para essa proposta. **Descrição:** Criança do sexo masculino, 9 anos, admitida após acidente automobilístico, com queixa de incômodo na garganta. Apresentava Glasgow 15, dados vitais normais, hematoma em parede torácica e enfisema subcutâneo em face, tronco e porção proximal dos membros. A tomografia do pescoço, tórax e abdome detectou enfisema subcutâneo, pneumomediastino e pneumotórax bilateral, secundários a uma rotura longitudinal de praticamente toda a parede posterior da traqueia, que determinava uma consequente protrusão do esôfago para o seu interior. A broncoscopia confirmou a lesão da traqueia e a seriografia do descartou lesão esofágica. O paciente foi tratado de forma conservadora e teve alta após 14 dias. **Discussão:** As lesões traqueobrônquicas relacionadas a traumas torácicos têm potencial de mortalidade em torno de 30%. Atualmente, a tomografia é o exame de escolha pela sua praticidade, rapidez e ótima resolução espacial, apresentando especificidade e sensibilidade em torno de 82% e 100%. A radiografia falha em detectar estas lesões e a broncoscopia é invasiva, exige profissional experiente, é de difícil realização em pacientes imobilizados e possui alta taxa de mortalidade. A tomografia também

é segura o suficiente para excluir esse diagnóstico (alto valor preditivo negativo). Os sinais tomográficos destas lesões são: enfisema subcutâneo, pneumotórax, pneumomediastino, presença de ar nos planos profundos do pescoço e distorção da arquitetura traqueal. Desta forma, fica claro que as lesões traqueobrônquicas são potencialmente letais e seu diagnóstico seguro e precoce é fundamental para a sobrevivência do paciente, sendo a tomografia o exame de escolha.

Código do trabalho: 359

#### **Ensaio pictórico: diagnóstico diferencial do hemitórax hiperlucente unilateral na criança.**

Hebert Ferro Monteiro; Pedro Paulo Teixeira e Silva Torres; Verônica Nogueira Garcia Edelhoff.

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

**Introdução:** Hemitórax hiperlucente unilateral (HHU) é achado comum em pacientes pediátricos. Possui um diagnóstico diferencial amplo.

**Objetivo:** Apresentar de forma didática as principais causas de HHU na criança com exames de radiografia e tomografia de tórax, fornecendo uma abordagem prática para o diagnóstico diferencial. **Descrição do**

**Material:** Foram selecionadas imagens de RX e TC com HHU do arquivo de um hospital universitário de referência e de arquivos pessoais dos autores. Os pacientes apresentavam diagnóstico confirmado de: malformação adenomatoide cística (MAC) tipos 1 e 2, pneumatocele, aspiração de corpo estranho, síndrome de Swyer-James, enfisema lobar congênito (ELC), hipoplasia pulmonar, hipoplasia das veias pulmonares, hérnia diafragmática, síndrome de Poland e radiografia rodada. **Discussão:** Os diagnósticos diferenciais são estreitados para um pequeno número de causas com o fluxograma diagnóstico sugerido a seguir (adaptado de Dillman et al. *Radiographics* 2011;31:723–41):

O primeiro passo é verificar se a técnica está adequada. Em seguida, observar se o hemitórax hiperlucente tem aspecto cístico/bolhoso. Nesse caso, considerar as hipóteses de MAC, hérnia diafragmática congênita e pneumatoceles. No hemitórax contralateral muito radiopaco, considerar consolidação do parênquima pulmonar com derrame pleural associado, ou agenesia/hipoplasia venosa unilateral. Diante do hemitórax hiperlucente verdadeiro deve-se fazer duas perguntas: 1) se há aprisionamento aéreo; 2) se o pulmão contralateral está ausente ou pequeno. O aprisionamento aéreo pode ter como causas a obstrução brônquica por aspiração de corpo estranho, a síndrome de Swyer-James e o ELC. No pulmão contralateral pequeno ou ausente, considerar agenesia ou hipoplasia pulmonar, síndrome de cimitarra e interrupção proximal da artéria pulmonar. Nos casos com radiografia não rodada, em que estão ausentes o aspecto cístico/bolhoso, hemitórax radiopaco, evidência de aprisionamento aéreo, e o pulmão contralateral não está ausente ou hipoplásico, deve-se considerar causas parenquimatosas (grande pneumatocele, pneumotórax e síndrome de Poland). Esse fluxograma diagnóstico, associado com dados clínicos, pode-se chegar com relativa facilidade ao diagnóstico correto.

Código do trabalho: 360

#### **Mastocitose sistêmica indolente: existe um padrão radiológico específico?**

Gabriel Antonio de Oliveira<sup>1</sup>; Flávia Silva Braga<sup>2</sup>; Adriana Maria Fonseca de Melo<sup>2</sup>; Livia Guidoni de Assis Barbosa<sup>1</sup>; João Vinícius Cremasco Fraga<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG); <sup>2</sup> Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) – Vitória, ES, Brasil.

**Introdução:** Mastocitose é uma rara doença caracterizada pela proliferação clonal de mastócitos, podendo se apresentar de duas formas: cutânea, quando se restringe a pele; ou sistêmica (MS). Os sintomas ocorrem devido à liberação de mediadores sistêmicos pelos mastócitos ou a sua proliferação aumentada nos tecidos e incluem broncoespasmo, diarreia, cefaleia, taquicardia, vômitos, organomegalias e citopenias. **Descrição do Material:** Paciente de 14 anos, em tratamento de síndrome nefrótica há 11 anos com imunossuppressores, com diarreia aquosa crônica, apresentou em uma radiografia de tórax de rotina pequenas lesões escleróticas de diferentes tamanhos nas medulares ósseas, bem definidas, assimétricas e difusas. O inventário ósseo revelou lesões com as mesmas características no crânio, vértebras, pelve, ossos longos e mãos. Os exames laboratoriais foram normais. Levantou-se a suspeita de MS, confirmada através da biópsia óssea. Após oito meses as lesões estavam estáveis. **Discussão:** Diante do padrão radiológico, os diagnósticos diferenciais incluem osteopoiquiose, esclerose tuberosa (ET), síndrome de Gardner e metástases. Entretanto, características sutis levaram ao diagnóstico presuntivo de MS indolente, apesar dos achados clínicos e laboratoriais inespecíficos. A osteopoiquiose tem uma apresentação periarticular, simétrica e as lesões têm tamanhos semelhantes. Na ET e na síndrome de Gardner as lesões são corticais. As metástases infreqüentemente cursam com lesões nas mãos, além de as lesões terem sido estáveis após 8 meses e não levarem à destruição óssea. **Conclusão:** Observa-se, portanto, que o padrão descrito nesse caso pode ser considerado um sinal específico de MS. Os achados radiológicos encontrados nesse caso são incompatíveis com as doenças mencionadas no diagnóstico diferencial. Neste caso, tomados em conjunto, os autores acreditam que esses achados são fortemente sugestivos da forma indolente da MS.

Código do trabalho: 361

#### **Tuberculose ganglionar retroperitoneal e intestinal na infância: relato de caso e revisão da literatura.**

Giulia C. de Montille Filomeno<sup>1</sup>; Juliano Ferreira Faria<sup>2</sup>; Luiz Nunes do Rego Filho<sup>2</sup>; Conrado Garrigos Pascini<sup>1</sup>; Elisa Silva Soares Souza<sup>1</sup>; Renata Martins de Toledo Natali<sup>1</sup>; Rilton Diniz da Cruz Junior<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Universidade de Santo Amaro (Unisa); <sup>2</sup> Conjunto Hospitalar do Manduáqui – São Paulo, SP, Brasil.

A tuberculose ganglionar mesentérica (TGM) é uma infecção pelo bacilo de Koch ou *Mycobacterium tuberculosis* dos gânglios localizados no mesentério. É a segunda causa mais frequente de tuberculose extrapulmonar no mundo e está relacionada à imunodeficiência, pois o aumento global dos casos de indivíduos HIV positivos é uma das principais causas da crescente incidência e prevalência não somente da TGM como dos outros casos de tuberculose extrapulmonar. No entanto, a tuberculose abdominal pediátrica é infreqüente (2/1000–5/1700). Sua transmissão pode ocorrer por aspiração ou ingestão do bacilo ou via placentária e a disseminação para sítios extrapulmonares ocorre por ingestão de escarro infectado ou via hematolinfática. A tríade clássica da TGM consiste em dor abdominal em cólica por compressão luminal (maçante), febre e emagrecimento, mas também podem ser encontrados outros sinais e sintomas inespecíficos como massa e distensão abdominal, ascite, diarreia e obstrução intestinal. O quadro pulmonar é encontrado em 40% dos pacientes. A evolução é insidiosa e a doença geralmente inicia em torno de 7 meses antes do surgimento dos sintomas. A tomografia computadorizada (TC) revela calcificações, granuloma típico com necrose de caseificação, acometimento desigual do mesentério com áreas de aumento de densidade entre outros sinais. O diagnóstico definitivo é obtido por punção aspirativa com ba-

ciloscopia e cultura. **Relato:** Paciente masculino, 2 anos e 1 mês, encaminhado ao hospital com quadro de desconforto abdominal há um mês associado a constipação intestinal, vômitos, febre e dispneia. Antecedente de 21 episódios de pneumonia diagnosticadas e tratadas. TC do abdome mostrava massa retroperitoneal, heterogênea, com calcificações e áreas císticas extensas de permeio, além de espessamento cecal e apendicular. Realizada laparotomia exploradora com biópsia da massa retroperitoneal. Anatomopatológico revelou TGM. Instituído tratamento tuberculostático e medidas clínicas. O paciente evoluiu com melhora geral e ganho de peso.

## ■ Ultrassonografia em Ginecologia e Obstetrícia ■

Código do trabalho: 32

### **Diagnóstico pré-natal de teratoma intracraniano: relato de caso.**

Julio Cesar de Faria Couto; Mateus Henrique Baylon e Silva; Fabrício Maia Torres Alves; Ovídio Carlos Carneiro Villela.

*Clínica São Judas Tadeu – Ipatinga, MG, Brasil.*

**Introdução:** Teratoma intracraniano congênito é uma doença rara, representando até 1,9% dos tumores pediátricos. Apresentamos a seguir o 2º caso descrito no Brasil. **Relato do Caso:** Tercigesta, realizou ultrassom com 23 semanas, que identificou lesão intracerebral hiperecogênica, vascularizada, medindo 1,9 × 2,2 cm. Após 4 semanas, a lesão media 3,6 × 4,5 cm, ocupando os lobos parietal e frontal esquerdo, sendo heterogênea, possuindo ecogenicidade mista e calcificações, além de macrocrania. A hipótese foi de teratoma intracerebral. Com 29 semanas, media 9,4 × 10 cm, ocupando todo o hemisfério cerebral esquerdo, o lobo frontal e parietal direito, além de polidrâmnio. Ressonância magnética mostrou volumosa lesão expansiva encefálica heterogênea sólida/cística, associada a hidrocefalia e macrocrania. Após cesariana com 30 semanas, a criança foi encaminhada à unidade de terapia intensiva. Tomografia computadorizada pós-natal confirmou o diagnóstico de teratoma intracraniano. Evoluiu ao óbito após 5 dias. A necropsia não foi autorizada pela família. **Discussão:** Teratomas intracranianos congênitos são neoplasias raras, com prognóstico sombrio. Quando identificados durante a gestação, manifestam-se comumente no 3º trimestre, sendo achados fortuitos em exames ultrassonográficos de rotina. Por isso, o radiologista deve estar familiarizado com suas características, que incluem: massa sólido-cística vascularizada e calcificada, podendo distorcer a anatomia cerebral normal, provocando macrocefalia, hidrocefalia e polidrâmnio. A ressonância magnética fetal é um bom método para diferenciar o tumor do tecido cerebral normal, evidenciando massa com intensidade de sinal heterogêneo. O diagnóstico pré-natal de teratoma intracraniano, embora esteja associado a uma alta taxa de mortalidade, é fundamental para que haja o devido preparo dos pais e da equipe médica responsável pela assistência no momento do parto.

Código do trabalho: 51

### **Sequestro pulmonar extralobar abdominal: relato de caso e revisão bibliográfica.**

Paula Palacio; Marilize do Lago Ferreira Zani; Tássia Queiroz Rezende; Adriano Czapkowski; Sebastião Marques Zanforlin; Claudio Rodrigues Pires.

*Cetrus – São Paulo, SP, Brasil.*

**Introdução:** O objetivo desse trabalho é demonstrar a importância da ultrassonografia bidimensional e da dopplerfluxometria pré-natal no

auxílio do diagnóstico de massas hiperecogênicas no tórax e abdome de fetos e destacar o valor desses achados na conduta do caso. **Relato e Revisão:** Este estudo descreve o caso de sequestro pulmonar extralobar em um recém-nascido no qual foi detectada uma formação globosa abdominal retroperitoneal com apresentação ecográfica de tumor da glândula adrenal, e faz revisão da literatura discutindo os diagnósticos diferenciais relacionados a esta patologia. O diagnóstico definitivo foi feito por exame anatomopatológico após tratamento cirúrgico. O sequestro pulmonar constitui a segunda causa de malformação pulmonar congênita, sendo, no entanto, uma situação pouco frequente, responsável por 0,15–6,45% de todas as malformações pulmonares. É caracterizada como uma massa anormal de tecido pulmonar embrionário não funcional, sem comunicação com a árvore brônquica e com suprimento arterial da circulação sistêmica. São classificadas em sequestro pulmonar intralobar (SPI) e sequestro pulmonar extralobar (SPE). Sua etiologia não está totalmente esclarecida e é mais frequente no sexo masculino. A SPI é três a seis vezes mais frequente do que a SPE, sendo esta comumente associada a outras anomalias congênicas. **Discussão:** Dada a raridade do sequestro pulmonar, em especial o extralobar, o presente relato registra a importância dessa malformação como diagnóstico diferencial de massas torácicas ou abdominais fetais, e ilustra o excelente suporte oferecido pela ultrassonografia pré-natal para acompanhamento e planejamento terapêutico.

Código do trabalho: 65

### **Embolização das artérias uterinas guiada por técnica radiológica em caso de acretismo placentário para preservação da fertilidade.**

Natalia Saraiva Coelho; Laura Falcão Ribeiro Ferreira; Clara Campagnaro Santi; Rovena Scardini; Raquel Dias Carneiro; Carlos Geraldo Viana Murta; Rodrigo Stênio Moll de Souza; Marcela Sales Farias.

*Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes - Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) – Vitória, ES, Brasil.*

**Introdução:** Entre as causas de hemorragia no parto está o acretismo placentário, caracterizado pela invasão excessiva do trofoblasto no miométrio. Diante da morbimortalidade, a preservação da fertilidade torna-se relevante. **Descrição:** Paciente com diagnóstico por ultrassonografia e ressonância magnética de placenta prévia acreta, realizou cesariana com 38 semanas. Recém-nascido (RN) sem complicações. A paciente apresentou sangramento após duas horas, necessitando de hemotransfusão. Utilizou-se a embolização uterina. O acretismo foi confirmado pelo histopatológico. Após 1 ano e 3 meses, a paciente engravidou novamente. Com 38 semanas de gestação ocorreu ruptura das membranas e a cesariana imperou-se, sem intercorrências com o RN. A paciente apresentou atonia uterina e coagulação intravascular disseminada (CIVD), recebeu hemotransfusão e foi submetida a embolização uterina. **Discussão:** A prevalência do acretismo vem aumentando. O antecedente de duas ou mais cesáreas e a placenta prévia do tipo total são os principais fatores de risco. Tal fato reforça a importância do diagnóstico pré-natal. O uso da embolização uterina no intuito de preservar a fertilidade destaca-se como medida contemporânea e factível conforme o caso descrito acima.

Código do trabalho: 73

### **Síndrome de Herlyn Werner-Wunderlich: relato de caso.**

Thales Aguiar Saad; Julio Cesar de Faria Couto; Mateus Henrique Baylon e Silva; Seline Rolim Alves Ferreira; Fabrício Maia Torres Alves; Ovídio Carlos Carneiro Villela; Matheus Gonçalves Gomes; Renata Opuszka Borges de Mattos.

*Clínica São Judas Tadeu – Ipatinga, MG, Brasil.*