

# CBR 12

## XLI Congresso Brasileiro de Radiologia

6 a 8 de setembro de 2012 – Brasília, DF, Brasil

### PAINÉIS ELETRÔNICOS

#### CÁRDIO / TÓRAX

Código do trabalho: 14

##### **FÍSTULA ESOFAGOPLEURAL EM PACIENTE PORTADOR DE NEOPLASIA ESOFÁGICA: RELATO DE CASO.**

Lynn Ulysses Ferreira dos Santos; Laércio Castilho Lopes Neto; Rodrigo Sampaio Chiarantano.

*Hospital de Câncer de Barretos – Barretos, SP, Brasil.*

**Introdução:** A neoplasia de esôfago é uma enfermidade bastante conhecida no nosso meio, tendo como principais sintomas a disfagia, perda de peso, náuseas e dor retroesternal. Está relacionada a alguns fatores externos como ingestão de álcool e tabagismo e acomete principalmente pacientes acima dos 40 anos. Muitas vezes, o diagnóstico é realizado em estágios avançados da doença, o que contraindica o tratamento cirúrgico. **Descrição:** Neste relato de caso, F.C., 54 anos, portador de neoplasia de esôfago localmente avançada, sendo submetido ao tratamento radioterápico. Evoluiu com queda do estado geral e foi submetido à realização de radiografia de tórax, incidências posteroanterior e perfil, que evidenciaram consolidação no lobo inferior direito com nível hidroaéreo no seu interior. Foi realizada tomografia computadorizada *multislice* do tórax, que evidenciou trajeto fistuloso entre o esôfago e a superfície pleural à direita. **Discussão:** A formação de fístula esofagopleural é uma das complicações factíveis na presença de uma neoplasia esofágica e ocorre em 5% a 10% dos casos, principalmente se o paciente for submetido à radioterapia, como neste caso.

Código do trabalho: 29

##### **O PAPEL DA ULTRASSONOGRAFIA NO DIAGNÓSTICO DA ESTENOSE DA ARTÉRIA CARÓTIDA.**

Fernando Marum Mauad; Marcello Freire Nannetti; João Aguiar Sperandio; Carlos Henrique França Filho; Felipe Bighetti Batista; Renato Franciscon Morgueti; Laís Monteiro Amorim; Monique Jacob Pavaneli. *Centro Universitário Barão de Mauá – Ribeirão Preto, SP, Brasil.*

A maior fonte formadora de trombos responsáveis pelos acidentes vasculares cerebrais e ataque isquêmico transitório é a doença aterosclerótica da bifurcação da carótida. A gravidade da aterosclerose

carotídea pode ser determinada tanto pela avaliação da estenose luminal quanto pela morfologia da placa. A American Heart Association estabelece critérios por placas que são classificados de acordo com o seu conteúdo e estrutura. Esses critérios acarretam na escolha do tratamento e são importantes para diferenciar as placas jovens estáveis com baixo teor lipídico extracelular, das placas mais velhas, calcificadas e fibróticas, de elevado teor lipídico extracelular. Um plano de tratamento para estas placas pode ser a endarterectomia das carótidas ou a angioplastia com colocação de *stent*. Este trabalho tem como objetivo avaliar a precisão da ultrassonografia com Doppler colorido, o qual tem sido um método simples e não invasivo, ao mesmo tempo comparando-se com a eficácia da ressonância magnética na caracterização da morfologia da placa aterosclerótica.

Código do trabalho: 32

##### **CRIPTOCOSE DISSEMINADA COM MASSA ESCAVADA PULMONAR.**

Nara Saint-Martin Astacio; Alessandro Severo Alves de Melo; Paulo de Tarso Martins Ribeiro; Tatiana Leite Knust; Roger Vinicius Ancillotti Filho; Thais Bernal Soto; Rodrigo Uhlmann de Carvalho; Luiza Beatriz Melo Moreira.

*HUAP-UFF – Niterói, RJ, Brasil.*

Relata-se um caso de criptocose disseminada com apresentação de massa pulmonar escavada, em uma paciente portadora de síndrome da imunodeficiência adquirida, de 24 anos, que iniciou quadro com emagrecimento rápido (20 kg em dois meses), vômitos, tosse produtiva, dor torácica, dispneia, febre, linfonodomegalia cervical direita e candidíase oral. Durante a internação a tomografia computadorizada de tórax evidenciou massa escavada com nível em seu interior e infiltrado em vidro fosco em correspondência no lobo inferior direito, nódulos centrolobulares e espessamento septal predominantemente no lobo superior direito. A paciente realizou tratamento para tuberculose e candidíase, mas sem melhora do quadro, e durante a internação realizou diversos lavados broncoalveolares, todos negativos para tuberculose. Evoluiu com aparecimento de lesões puntiformes em tronco e mem-

bros, abscessos piogênicos na pele, hemoptoicos, pancitopenia, insuficiência renal aguda e insuficiência respiratória, culminando com sua morte. As biópsias de medula e de gânglio cervical diagnosticaram criptococose. Após revisão da literatura, serão discutidos os principais aspectos radiológicos desta doença e suas apresentações raras.

Código do trabalho: 42

#### **ANEURISMA DE AORTA ASCENDENTE COM ÚLCERA PENETRANTE E HEMATOMA INTRAMURAL DE ARTÉRIA PULMONAR DIREITA: RELATO DE CASO.**

Luciano Nascimento Silva; Andre de Queiroz Pereira da Silva; Janaina Johnsson; Luiz Carlos Donoso Scopetta; Bruno Barcelos da Nóbrega. Hospital São Camilo – São Paulo, SP, Brasil.

**Introdução:** Síndrome aórtica aguda refere-se a um espectro de emergências aórticas com risco de vida iminente. Há poucos casos relatados na literatura de envolvimento da artéria pulmonar no curso de uma dissecação aguda da aorta, mas ao nosso conhecimento nenhum caso no cenário de uma úlcera penetrante. **Descrição:** Paciente masculino, 82 anos, hipertenso, apresentando quadro de dor torácica aguda. A angiotomografia computadorizada (ATC) do tórax evidenciou extenso aneurisma fusiforme comprometendo a aorta ascendente, associado a úlcera penetrante aguda, determinando hematoma aórtico mural adjacente, em íntima relação com a adventícia da artéria pulmonar direita, promovendo consequente hematoma intramural circunferencial envolvendo este vaso. O paciente apresentou piora progressiva, evoluindo a óbito. **Discussão:** A ATC tornou-se a modalidade de imagem de escolha para a avaliação das síndromes aórticas agudas e suas variantes. As complicações mais frequentes são a ruptura da aorta com hemorragia para o espaço pericárdico, cavidade pleural ou mediastino. A ATC pode ainda demonstrar extensão do hematoma intramural ao longo da artéria pulmonar. Se este raro cenário não for reconhecido, o hematoma intramural pode ser erroneamente interpretado como um hematoma mediastinal, ou trombose aguda da artéria pulmonar. Esta diferenciação é importante, pois uma terapêutica trombolítica poderia trazer consequências catastróficas.

Código do trabalho: 44

#### **SUBSTITUIÇÃO FIBROGORDUROSA DO VENTRÍCULO ESQUERDO SEMELHANTE A DISPLASIA ARRITMOGÊNICA DO VENTRÍCULO DIREITO ISOLADA AO VENTRÍCULO ESQUERDO: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA.**

Igor Moreira Hazboun<sup>1</sup>; Fernanda Cunha Maciel<sup>2</sup>; Geraldo Souza Pinho Alves<sup>2</sup>; Rafael Franco Duarte Brito<sup>1</sup>; Daniel Costa Rodrigues Farias<sup>1</sup>; Marcus Vinicius Maia Passos<sup>3</sup>; Rosiane Viana Zuza Diniz<sup>1</sup>; Robson Macedo<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Hospital Universitário Onofre Lopes/UFRN; <sup>2</sup> Universidade Potiguar; <sup>3</sup> Instituto de Radiologia de Natal – Natal, RN, Brasil.

**Introdução:** Displasia arritmogênica do ventrículo direito (DAVD) é uma importante causa de morte súbita nos jovens. O grau de envolvimento do ventrículo direito (VD) varia desde infiltração fibrogordurosa até a formação de microaneurismas. Estudos têm demonstrado números significativos de pacientes que têm algum grau de envolvimento do ventrículo esquerdo (VE) como progressão da doença a partir do VD, e até recentemente, casos de acometimento isolado do VE. **Objetivo:** Relatar um caso que pode representar displasia arritmogênica do VE isolada demonstrada pela ressonância magnética cardíaca (RMC). **Descrição do material:** A RMC foi revisada a partir do arquivo digital de imagens (PACS). Obteve-se a autorização da paciente para a utili-

zação das imagens para relato de caso. M.M.S., 28 anos, sexo feminino. Em ecocardiograma de rotina, observou-se hipertrofia do ápice do VE, sugerindo como hipótese diagnóstica cardiomiopatia hipertrófica forma apical. A RMC, entretanto, descartou a hipertrofia e mostrou que o achado no ápice se devia, portanto, a substituição/infiltração gordurosa, além da presença de discinesias e microaneurismas tanto no ápex como na região apical da parede lateral do VE. Não havia histórico familiar de morte súbita e a paciente usava atenolol por relatar episódios intermitentes de taquicardia ventricular. **Discussão:** Esse relato apresenta um caso clínico de uma paciente com achados típicos de DAVD, porém com manifestações fenotípicas acometendo de forma isolada o VE. Suzuki e colaboradores já haviam relatado, em 2000, um caso de um homem com cardiomiopatia isolada ao VE, com morfologia e funcionalidade do VD preservados, evoluindo em 10 anos para uma displasia arritmogênica biventricular com aspecto histológico contundente. Portanto, achados característicos da DAVD identificados de forma isolada no VE devem ser valorizados, uma vez que essa apresentação pode ser uma forma incipiente de DAVD a partir do VE. Portanto, fica retratada a importância do estudo mais aprofundado do caso, bem como seu seguimento, uma vez que se apresenta como doença cardíaca potencialmente letal, ainda pouco entendida.

Código do trabalho: 49

#### **COARCTAÇÃO DE AORTA EM ADULTO DIAGNOSTICADA POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA: RELATO DE CASO.**

Igor Moreira Hazboun<sup>1</sup>; Rafael Franco Duarte Brito<sup>1</sup>; Daniel Costa Rodrigues Farias<sup>1</sup>; Luan de Assis Almeida<sup>1</sup>; Pedro Victor de Souza Nogueira<sup>1</sup>; Matheus Oliveira da Silva<sup>1</sup>; Diego Araújo de Medeiros Brito<sup>2</sup>; Robson Macedo<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Hospital Universitário Onofre Lopes/UFRN – Natal, RN; <sup>2</sup> Hospital de Base do Distrito Federal – Brasília, DF; <sup>3</sup> Instituto de Radiologia de Natal – Natal, RN, Brasil.

**Introdução:** A coarctação de aorta (CoAo) é uma cardiopatia congênita definida por uma constrição entre a artéria subclávia esquerda e o *ductus arteriosus*. É uma das malformações cardiovasculares mais frequentes, constituindo cerca de 5% a 8% das cardiopatias em geral, ocupando o 6º ou 7º lugar entre os defeitos, predominando no sexo masculino, numa proporção de 2:1 a 3:1. Pode se apresentar isolada ou associada a outras cardiopatias, como valva aórtica bivalvular, persistência do canal arterial, comunicação interventricular, estenose aórtica valvar ou subvalvar, sendo ainda a malformação cardiovascular mais frequente na síndrome de Turner (20%). A conduta terapêutica será sempre a correção desta anomalia no momento oportuno para cada caso. **Objetivo:** Relatar um caso de CoAo em adulto diagnosticada por tomografia computadorizada (TC). **Métodos:** Revisou-se o exame do paciente no arquivo digital de imagens (PACS). Obteve-se a autorização do paciente para a utilização das imagens para relato de caso. **Resultados:** M.A.F., sexo masculino, 21 anos de idade, com história de hipertensão arterial sistêmica de longa data. Ao exame físico cardiovascular apresentava variação importante de pressão arterial quando comparados os membros inferiores e superiores. Após suspeita clínica de CoAo, o paciente foi submetido a TC que confirmou o diagnóstico, mostrando região de constrição no segmento descendente da aorta torácica ao nível da emergência da artéria subclávia esquerda. **Conclusão:** Esta malformação foi descrita em 1760 por Morgani, e Evans descreveu sua ocorrência em uma de cada 1.000 autópsias, sendo que Abbot relatou incidência de 178 em sua série de 1.000 casos de cardiopatias congênitas. Existem duas teorias, a skodaica e a de fluxo. A primeira diz que a obliteração teria ocorrido na vida fetal. Na segunda

teoria, o baixo fluxo aórtico seria o agente. A CoAo pode cursar com hipertensão arterial nos membros superiores e diminuição de amplitude dos pulsos nos inferiores, ocasionando uma sobrecarga cardíaca que pode levar a hipertrofia miocárdica e até mesmo falência de ventrículo esquerdo. Portanto, é imprescindível seu diagnóstico precoce. A utilização de exames de imagem, como a TC, fornece maior subsídio diagnóstico e ao conhecimento da anatomia, visando futura correção. A falta de exame clínico mais acurado leva à existência de adultos portadores de CoAo, como é observado na prática diária. Várias classificações foram propostas, mas a classificação de Johnson forneceu mais subsídios clínicos e cirúrgicos. Um tratamento corretivo proporciona a manutenção e o funcionamento normal da malformação tratada e oferece expectativa de vida normal para o paciente. O tratamento com cirurgia, angioplastia com cateter balão, *stents* intravasculares ou a combinação podem apresentar obstruções recorrentes ou residuais, que podem ser diagnosticadas e tratadas adequadamente.

Código do trabalho: 50

#### **AVALIAÇÃO POR ANGIOTOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ARCO AÓRTICO INTERROMPIDO: RELATO DE CASO.**

Igor Moreira Hazboun<sup>1</sup>; Diego Araújo de Medeiros Brito<sup>2</sup>; Renato Fernandes Mariz<sup>1</sup>; Marcos Antonio Lopes Pinheiro<sup>1</sup>; Rafael Franco Duarte Brito<sup>1</sup>; Matheus Oliveira da Silva<sup>1</sup>; Rosiane Viana Zuza Diniz<sup>1</sup>; Robson Macedo<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Hospital Universitário Onofre Lopes/UFRN – Natal, RN; <sup>2</sup> Hospital de Base do Distrito Federal – Brasília, DF; <sup>3</sup> Instituto de Radiologia de Natal – Natal, RN, Brasil.

**Introdução:** Arco aórtico interrompido (AAI) é uma cardiopatia congênita grave, caracterizada pela interrupção do lúmen da crosse da aorta, com mortalidade podendo atingir a taxa de 90%. Doença rara com incidência de aproximadamente três casos para cada milhão de nascidos vivos, representa 1,3% das cardiopatias congênitas graves. Quase sempre está associada a outra anormalidade cardíaca, como persistência do canal arterial, comunicação interventricular, valva aórtica bivalvular, estenose subaórtica, *truncus arteriosus* e transposição de grandes vasos. **Objetivo:** Relatar um caso de AAI diagnosticado por angiotomografia computadorizada (angio-TC). **Métodos:** Revisou-se o exame do paciente no arquivo digital de imagens (PACS). Obteve-se a autorização do paciente para a utilização das imagens para relato de caso. **Resultados:** Recém-nato, sexo masculino, com insuficiência cardíaca congestiva ao exame neonatal. O exame físico mostrava cianose ++/4+ e taquidispnéia importante. O ecocardiograma revelou sinais de hipertensão arterial pulmonar e questionou a possibilidade de interrupção de arco aórtico. A angio-TC demonstrou comunicação interventricular importante, interrupção do arco aórtico após a emergência da subclávia esquerda e persistência de canal arterial comunicando o tronco da artéria pulmonar com o segmento descendente da aorta torácica. **Conclusão:** AAI é definido como falta de continuidade do lúmen entre a porção ascendente e descendente da aorta, sendo uma doença grave e relativamente rara. É classificada em: tipo A, quando a interrupção ocorre distal à artéria subclávia esquerda; tipo B, entre a subclávia esquerda e carótida esquerda; e tipo C, entre o tronco braquiocefálico e a carótida esquerda. A forma mais comum é o tipo B (53%), seguido pelo tipo A (43%) e tipo C (4%). Geralmente, AAI está associado a outros defeitos cardíacos com comunicação interventricular, transposição de grandes vasos e persistência do canal arterial. Quase sempre, o tipo B está associado a comunicação interventricular, que é do tipo mau alinhamento, associado com o deslocamento posterior do septo infundibular, com obstrução da via de saída. Os sintomas são

muito variados e dependem das anomalias associadas e do grau de patência do canal arterial. O diagnóstico pode ser realizado por ecocardiografia transtorácica, contudo, esta possui limitações. A angio-TC tem a capacidade de avaliar a aorta e ramos de forma detalhada, descrevendo melhor a sua anatomia, assim como possíveis anormalidades, além de poder avaliar a presença de circulação colateral. Deve-se ainda atentar para o diagnóstico diferencial de coarctação de aorta, uma vez que esta corresponde a uma cardiopatia congênita caracterizada por uma constricção entre a origem da artéria subclávia esquerda e o *ductus arteriosus* (ligamento arterioso). A taxa de mortalidade chega a 75% em 10 dias e a 90% aos 12 meses sem tratamento adequado. O tratamento do AAI é a correção cirúrgica.

Código do trabalho: 51

#### **AVALIAÇÃO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO TRUNCUS ARTERIOSUS: RELATO DE CASO.**

Igor Moreira Hazboun<sup>1</sup>; Rafael Franco Duarte Brito<sup>1</sup>; Daniel Costa Rodrigues Farias<sup>1</sup>; Pedro Victor de Souza Nogueira<sup>1</sup>; Luan de Assis Almeida<sup>1</sup>; Marcos Antonio Lopes Pinheiro<sup>1</sup>; Manoel Lourenço Lima Neto<sup>1</sup>; Robson Macedo<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Hospital Universitário Onofre Lopes/UFRN; <sup>2</sup> Instituto de Radiologia de Natal – Natal, RN, Brasil.

**Introdução:** O *truncus arteriosus* (TA) é uma rara má-formação cardiovascular que representa 2% a 4% de todos defeitos congênitos cardíacos. Nesta má-formação um vaso arterial único se origina de ambos os ventrículos e, às vezes, de apenas um. Este vaso fornece o suprimento sanguíneo das circulações coronária, pulmonar e sistêmica. A válvula truncal única pode ser, por ordem de frequência, tri, tetra, penta ou bivalvar, situando-se sobre uma comunicação interventricular infundibular. **Objetivo:** Relatar um caso de TA diagnosticado por ressonância magnética cardíaca (RMC). **Métodos:** Revisou-se o exame do paciente no arquivo digital de imagens (PACS). Obteve-se a autorização do paciente para a utilização das imagens para relato de caso. **Resultados:** Neonato de gestação a termo, sexo feminino, 2.250 kg, apresentava-se com insuficiência respiratória ao nascimento. Ao exame físico apresentava cianose generalizada, diminuição da perfusão periférica, taquicardia, sopro sistólico +++/6+, precórdio hiperdinâmico e dispnéia. Havia história de polidrâmnio e retardo de crescimento intrauterino. A radiografia de tórax revelava aumento da área cardíaca e sinais de congestão pulmonar. O ecocardiograma mostrava comunicação interventricular (CIV) alta e interrogava a hipótese de TA. A RMC, então, mostrou um vaso arterial único que se originava de ambos os ventrículos, confirmando a hipótese de TA. Mostrava, ainda, CIV alta e artérias pulmonares hipoplásicas. O tronco braquiocefálico, a carótida e a artéria subclávia esquerda tinham calibres anômicos. O neonato evoluiu para óbito após uma semana. **Conclusão:** A classificação de Collet e Edwards se baseia no sítio de nascimento das artérias pulmonares. No tipo I, observado em 48% a 68% dos casos, ambos os ramos pulmonares originam-se de um ramo comum, um pequeno tronco pulmonar que aflora do *truncus*. Na ausência desse, têm-se os tipo II e III. No tipo II os ramos pulmonares direito e esquerdo emergem da face dorsal do *truncus*, correspondendo a 29% a 48%, e quando estes emergem das respectivas faces laterais é chamado de tipo III, com a minoria de 6% a 10% dos casos. Na maioria dos casos apresentam *situs solitus* com conexão ventriculoarterial concordante. O diagnóstico é baseado na clínica, exames laboratoriais e de imagem. A gravidade depende das características anômicas e da idade, que na maioria dos casos se manifesta quando se diminui a resistência pulmonar e aumenta o fluxo pulmonar dentro das primeiras semanas de vida. Como

anormalidades cardíacas associadas podem-se citar arco aórtico direito, arco aórtico interrompido, ausência de ducto arterioso, persistência de ducto arterioso, entre outros. Anormalidades extracardíacas também são observadas em 21% a 30% dos doentes e abrangem desde deformidades esqueléticas, má-rotação intestinal até múltiplas anomalias complexas. Apenas 25% dos pacientes sem reparação cirúrgica sobrevivem ao primeiro ano de vida, a maior parte falecendo nos primeiros três meses.

Código do trabalho: 69

#### **PREVALÊNCIA DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS RELACIONADAS AO TRABALHO ENTRE ARTESÃOS DO DISTRITO DE CACHOEIRA DO BRUMADO.**

Henrique Pereira Faria<sup>1</sup>; Olívia Maria Alves Bezerra<sup>1</sup>; Ana Paula Scalia Carneiro<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Universidade Federal de Ouro Preto – Ouro Preto, MG; <sup>2</sup> Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte, MG, Brasil.

**Introdução:** As pneumopatias ocupacionais são aquelas relacionadas etiologicamente a diversas situações inerentes ao ambiente de trabalho, que afetam o trato respiratório. O nome “bissinose” é originado do grego, e a palavra *byssos* significa algodão. A bissinose é considerada uma doença endêmica entre trabalhadores têxteis em muitos países do mundo onde as condições ambientais são precárias. A ocorrência dessa doença está relacionada à exposição a poeiras de fibras orgânicas como algodão, linho, cânhamo e sisal. A talcose pulmonar foi descrita pela primeira vez no ano de 1896, na Alemanha. O desenvolvimento de talcose é ocasionado pela inalação continuada do talco puro, bem como de suas variações contaminadas por fibras de asbesto ou sílica livre cristalina. O esteatito, que é um dos dois tipos de rochas denominadas de “pedra-sabão”, é constituído essencialmente por talco. **Objetivo:** O estudo proposto tem como objetivo identificar e dimensionar a ocorrência de doenças respiratórias relacionadas ao trabalho – especialmente talcose e bissinose – entre os artesãos de Cachoeira do Brumado, distrito de Mariana, MG. **Materiais e métodos:** Foram realizadas 113 radiografias em padrão, sendo 60 em artesãos de pedra-sabão e 53 de sisal. Foi realizada a leitura dessas radiografias por três médicos leitores experientes em interpretar esse tipo de radiografia, integrantes da equipe de pesquisa. **Resultados:** Dos 60 estudos radiográficos realizados entre artesãos de pedra-sabão, houve 4 casos confirmados de talcose (6,6%) e 4 casos suspeitos (6,6%), pela mediana entre os examinadores. Já entre os 53 estudos realizados entre os artesãos de sisal, houve apenas 1 caso alterado pelo exame radiográfico de tórax (1,9%). **Conclusão:** Foi encontrada alta prevalência de casos de talcose, considerando-se suspeitos e confirmados (13,3%) no presente estudo. Os casos devem ser confirmados com exames tomográficos e os artesãos devem monitorados e orientados quanto ao uso de equipamentos de proteção individual e coletiva.

Código do trabalho: 70

#### **RELATO DE CASO: SÍNDROME DE RENDU-OSLER-WEBER.**

Felipe Nunes Vieira; Samir Alexandre Nassar; Alexandre Ricardo Tocheton; Fernando César Costa dos Santos; Lívia de Oliveira Antunes; Maria Helena Fiuza; Beatriz Marques Costa; Fernando Oliveira de Menezes.

Centro Médico Diagnósticos – Sorocaba, SP, Brasil.

A telangiectasia hemorrágica hereditária ou síndrome de Rendu-Osler-Weber é uma rara displasia fibrovascular, de herança autossômica

dominante, que torna a parede vascular vulnerável a traumatismos e rupturas, provocando sangramentos em pele e mucosas. Além da resposta familiar positiva, é caracterizada por epistaxes de repetição, telangiectasias mucocutâneas e malformações arteriovenosas viscerais. O diagnóstico é confirmado com a presença de pelos menos três manifestações dos critérios de Curaçao: telangiectasias em face, mãos e cavidade oral, epistaxes recorrentes, malformações arteriovenosas (MAVs) com comprometimento visceral, histórico familiar. Dos pacientes acometidos pela síndrome, 20% possuem MAV pulmonar. A radiografia de tórax evidencia uma única massa sólida no pulmão ou múltiplas, podendo ser difícil o diagnóstico diferencial com massa tumoral. A angiogramografia computadorizada (angio-TC) torácica caracteriza melhor a estrutura das MAVs pulmonares do que a radiografia convencional, sendo um instrumento importante no diagnóstico e definição da anatomia vascular da MAV. Estudos recentes afirmam que a avançada reconstrução tridimensional helicoidal da angio-TC tem maior sensibilidade em relação à angiografia pulmonar, podendo ser suficiente para o diagnóstico. Neste estudo será apresentado um relato de um paciente, D.A., 46 anos, procedente de Sorocaba, SP, com histórico clínico de epistaxes recorrentes. Ao exame físico, apresentava telangiectasias cutâneas e em mucosa oral. Foi realizado exame de angio-TC helicoidal de tórax, que evidenciou malformação arteriovenosa infra-hilar à direita. Os sintomas do paciente, associados aos achados do exame físico, juntamente com as alterações tomográficas evidenciadas neste serviço, corroboram diagnóstico de síndrome de Rendu-Osler-Weber.

Código do trabalho: 71

#### **INTERRUPÇÃO CONGÊNITA DE ARTÉRIA PULMONAR PRINCIPAL: RELATO DE DOIS CASOS E REVISÃO DA LITERATURA.**

Marcelo Adriano Dias Ferreira Furtado; Juliana Guidoni; Rodrigo de Melo Baptista; Hiram Augusto Nogueira.

Multiscan – Vitória, ES, Brasil.

**Introdução:** A interrupção de uma das artérias pulmonares é uma rara anomalia, decorrente da falta de desenvolvimento embriológico do sexto arco aórtico, direito ou esquerdo. Apresenta-se sob várias formas clínicas, sendo a mais comum na infância, manifestada por hipertensão pulmonar, e no adulto por hemoptise. Relatamos dois casos desta doença, com descrição dos principais achados tomográficos, incluindo as anormalidades vasculares e as alterações parenquimatosas pulmonares, as quais são decorrentes do distúrbio perfusional e do desenvolvimento de circulação colateral sistêmica. **Descrição:** Pacientes com 30 e 31 anos, ambos do sexo masculino, apresentam interrupção do segmento pulmonar principal direito e esquerdo, respectivamente, sendo o primeiro com quadro clínico de hemoptise e o segundo com tosse, dispneia e redução volumétrica do pulmão esquerdo, além de história prévia de correção cirúrgica de tetralogia de Fallot. Apresentam redução volumétrica do hemitórax acometido e deslocamento mediastinal para o lado afetado, com pulmão contralateral vicariante. O suprimento vascular pulmonar se dá por meio de vasos arteriais sistêmicos, como as artérias brônquicas, intercostais, ramos transpleurais e torácicas internas, que apresentam calibre aumentado e estão associadas a anormalidades parenquimatosas nos pulmões. Infecções pulmonares de repetição e hipertensão pulmonar podem ocorrer. A interrupção proximal da artéria pulmonar esquerda é mais rara que no lado direito e possui alta incidência de associação com anomalias cardíacas congênicas, especialmente a tetralogia de Fallot. **Discussão:** Várias teorias já foram propostas para explicar a “ausência da artéria pulmonar”, estando todas elas implicadas em alterações

do desenvolvimento embrionário. Destacamos a importância do reconhecimento desta anomalia, relatando os principais achados de imagem relacionados e sua diferenciação com outras enfermidades que cursam com pulmão hipertransparente unilateral.

Código do trabalho: 108

#### **ARCO AÓRTICO À DIREITA.**

Fran Rocha Correia; Rafael Lemos Nascif; Adriana Maria de Lima Oliveira; Ana Graziela Santana Anton; Célio Lúcio Palha da Cruz; Gabriel Lacerda Fernandes; Diego Araújo de Medeiros Brito; Thales Roberto Teixeira Taveira.

*Hospital de Base do Distrito Federal – Brasília, DF, Brasil.*

**Introdução:** O arco aórtico à direita é uma anomalia congênita rara, de incidência em adultos estimada de 0,1%, associada com o desenvolvimento anormal dos arcos aórticos embriológicos. É frequentemente assintomático. Em crianças, os sintomas estão relacionados às anomalias cardíacas congênitas ou à compressão de estruturas mediastinais (traqueia e esôfago) e, em adultos, resultam de alterações ateroscleróticas dos vasos anômalos, dissecação ou dilatação aneurismática com compressão das estruturas adjacentes. **Descrição:** Apresentamos um caso de um homem, 60 anos, que realizou tomografia computadorizada do tórax para investigação de dor torácica recorrente, após ter realizado cirurgia cardíaca, para exclusão de causas de dor; negava disfagia. **Discussão:** Existem três tipos principais de arco aórtico à direita: tipo I (ramos das grandes artérias formando imagem em espelho), tipo II (artéria subclávia aberrante) e tipo III (artéria subclávia esquerda isolada). No tipo I um arco aórtico à direita é formado. O primeiro ramo do arco é a artéria inominada esquerda e é seguido pela carótida direita e a artéria subclávia direita, nessa ordem. Não há compressão da traqueia e do esôfago. Em 90% dos casos, este tipo está associado com outras anomalias cardíacas, mais comumente, tetralogia de Fallot. No tipo II não há artéria inominada e a artéria subclávia esquerda surge a partir de um divertículo estendendo por trás do esôfago fora do arco aórtico distal direito. O tipo II é mais visto em adultos e não está associado com aumento da incidência de anomalias cardíacas congênitas. No tipo III, a artéria subclávia esquerda não tem qualquer ligação anatômica com a aorta, surgindo, aparentemente, diretamente da artéria pulmonar. Neste tipo, a aorta e os vasos do arco são anteriores à traqueia e ao esôfago. Pode haver fluxo retrógrado na artéria vertebral ipsilateral, condição conhecida como “roubo de subclávia”. Este tipo está associado à tetralogia de Fallot.

Código do trabalho: 109

#### **SARCOMA SINOVIAL PULMONAR.**

Fernanda Ramos Carneiro; Tamara Abou Ezzeddine; Ana Claudia Campos Paiva; Leticia Araujo Rocha; Eneas Leandro de Resende; André Fernandes Barbosa; Juliana de Souza Santos; Ricardo Pires de Souza.

*PUC-Campinas – Campinas, SP, Brasil.*

Sarcomas sinoviais tipicamente ocorrem como neoplasias primárias de tecidos moles periarticulares. Sarcomas pulmonares primários correspondem a menos de 0,5% das malignidades pulmonares. Apresentamos um caso de sarcoma sinovial primário de pulmão de uma paciente de 37 anos, com ênfase nos achados radiológicos e patológicos desta lesão. Paciente de 28 anos, gestante, com dispneia importante há cerca de um mês, acompanhada de tosse seca, apresentou massa pulmonar em radiografia de tórax. Negava tabagismo ou outras comorbidades. A tomografia computadorizada de tórax evidenciou extensa massa pulmonar sólida, heterogênea, lobulada, com áreas hi-

podensas de perimeio, calcificações grosseiras periféricas, ocupando quase a totalidade do pulmão esquerdo, com ampla interface pleural e derrame pleural associado, deslocando o mediastino para direita. Não foi identificada nenhuma outra anormalidade mediastinal ou acometimento pulmonar contralateral. A pesquisa para lesões neoplásicas metastáticas ou primárias foi negativa. As análises anatomopatológica e imuno-histoquímica confirmaram o diagnóstico de sarcoma sinovial. Sarcoma sinovial é uma neoplasia maligna mesenquimal que representa 10% de todos os tumores malignos primários de tecidos moles. Recentemente, pulmão e pleura foram identificados como sítios primários de sarcoma sinovial. Os tipos histológicos mais comuns de sarcomas pulmonares primários incluem leiomiossarcoma, histiocitoma fibroso maligno, fibrossarcoma e sarcoma sinovial. Metástases pulmonares de sarcomas sinoviais extrapulmonares são muito mais comuns do que sarcomas sinoviais primários do pulmão. Apesar do aumento do número de relatos de sarcoma sinovial primário do pulmão, poucos casos desta rara neoplasia têm sido publicados.

Código do trabalho: 134

#### **TUBERCULOSE PULMONAR: ASPECTOS DE IMAGEM.**

Fabricius Andre Lyrio Traple; Jader Cronenberg Oliveira; Eliza Giraldez Barros; Mateus Alves Benjamin; Carlos Silvestre; Marcos Duarte Guimarães; Ricardo Pires de Souza; Aldemir Humberto Soares.

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

**Introdução:** A tuberculose pulmonar encontra-se entre as infecções pulmonares mais prevalentes em nosso país e os exames de imagem têm papel preponderante na avaliação desta afecção. A tuberculose pulmonar é uma doença infectocontagiosa crônica, granulomatosa, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*. Pode acometer qualquer órgão, mas tem na localização pulmonar sua forma mais frequente. Comumente o radiologista se depara com esta doença nos vários exames de imagem e deve estar preparado para o seu reconhecimento. O conhecimento por parte dos radiologistas é importante para o correto diagnóstico desta afecção. **Discussão:** Este trabalho tem por objetivo revisar os principais padrões de imagem encontrados nas várias formas da tuberculose pulmonar (tuberculose primária, pós-primária, miliar, forma pneumônica, forma pseudotumoral, apresentações atípicas, entre outras), bem como as suas principais complicações, nos vários métodos de imagem. Para isto foi realizada revisão de literatura, bem como levantamento de casos do arquivo do nosso hospital para ilustração de tais conhecimentos.

Código do trabalho: 154

#### **SINAIS RADIOGRÁFICOS DE PNEUMOTÓRAX EM PACIENTES EM DECÚBITO DORSAL: UM ENSAIO PICTOGRÁFICO.**

Eduardo Just da Costa e Silva; Juliana de Oliveira Buril; Camilla Silva Bezerra; Filipe Aragão Félix.

*IMIP – Recife, PE, Brasil.*

A radiografia é uma técnica de grande importância na detecção do pneumotórax. Pacientes em decúbito dorsal podem não exibir sinais característicos de pneumotórax, tornando seu diagnóstico difícil. O objetivo deste trabalho é ilustrar os principais achados do pneumotórax em radiografias de tórax obtidas em pacientes em decúbito dorsal. Desenho de ensaio pictográfico ilustrando os principais sinais radiográficos de pneumotórax em pacientes em decúbito dorsal, que são: linha paralela à pleura demarcando área periférica hipertransparente, sulco profundo, depressão diafragmática, visualização demarcada do diafragma, do mediastino e da pequena cissura, e hipertransparência hi-

pocondrial do hemitórax acometido. Pacientes graves internados em unidades de terapia intensiva usualmente não apresentam condições clínicas para se manter em ortostatismo, mesmo por poucos minutos, dificultando o diagnóstico do pneumotórax. Por conseguinte, faz-se mister o conhecimento dos sinais radiográficos do pneumotórax em decúbito dorsal demonstrados para aumentar a sensibilidade do método.

Código do trabalho: 160

#### AMILOIDOMA DA PAREDE TORÁCICA.

Thiago Queroz; Giordana Cociolito; Cássio Gomes dos Reis Junior; Alexandre Marchini Silva.

*Santa Casa de Misericórdia de São Paulo – São Paulo, SP, Brasil.*

**Objetivo:** Apresentar um caso clínico de massa da parede torácica com destruição costal, em paciente masculino de 54 anos de idade, com queixa de dor crônica e tumoração no hemitórax esquerdo. **Descrição do caso:** Paciente masculino de 54 anos de idade, com queixa de dor crônica no hemitórax esquerdo e aparecimento de tumoração na parede torácica homolateral de crescimento progressivo nos últimos dois anos. Ao exame físico observou-se massa palpável, indolor e endurecida, localizada na região inferior da linha axilar anterior esquerda, sem outros achados significativos associados. O paciente realizou radiografia de tórax nas incidências posteroanterior e perfil, em que foi caracterizada opacidade lobulada no terço inferior da parede torácica à esquerda, com erosão do nono arco costal adjacente. Foi então realizada tomografia computadorizada de tórax com contraste iodado, que evidenciou massa lobulada no aspecto inferior da parede torácica à esquerda, com densidade de partes moles e realce heterogêneo ao meio de contraste, envolvendo e destruindo o nono arco costal. O paciente foi então submetido a biópsia excisional e subsequente análise histopatológica, que mostrou infiltração muscular intrínseca por material tipo colágeno com forte afinidade ao corante vermelho do Congo, sendo compatível com material amiloide. **Conclusão:** O amiloidoma da parede torácica, apesar de infrequente, deve ser incluído no diagnóstico diferencial de lesões primárias da parede torácica com destruição óssea associada.

Código do trabalho: 273

#### ASPECTOS RADIOLÓGICOS E DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS DOS NÓDULOS E MASSAS PULMONARES CALCIFICADAS.

Tatiane Cantarelli Rodrigues; Rodolfo Heitor Gomes Fernandes da Silva; Samuel Brighent Bergamaschi; Carlos Felipe do Rego Barros Milito; Marcelo Francisco Cintra Zagatti; Mariana Attie Akl; Fernanda Sasaki Vergílio; Cássio Gomes dos Reis Junior.

*HSPE-IAMSPE – São Paulo, SP, Brasil.*

**Introdução:** Nódulos e massas pulmonares benignos ou malignos podem conter calcificações. A diferenciação dos nódulos malignos dos benignos inclui uma avaliação radiológica cuidadosa dos achados nos exames de imagem (radiografia e tomografia computadorizada de tórax), com comparação com anteriores, bem como da correlação com história clínica pregressa, sinais e sintomas clínicos. Os diagnósticos diferenciais das lesões calcificadas incluem causas tumorais benignas (hamartomas) e malignas (metástases de sarcomas), inflamatórias/infecciosas (granulomas), além de outras causas como as pneumoconioses (silicose). Existem quatro padrões benignos de calcificação: central, sólido difuso, lamelar e “em pipoca”, os três primeiros sendo vistos principalmente nas doenças infecciosas, como tuberculose e histoplasmose, e o último característico da matriz condroide do hamar-

toma. Calcificações no câncer de pulmão são tipicamente difusas e amorfas, entretanto, puntiformes podem ocorrer, devido a um englobamento de um granuloma ou ainda em metástases. Erros diagnósticos podem ser evitados se nódulos densamente calcificados com história de malignidade com formação óssea não forem automaticamente interpretados como lesões benignas. Algumas características destes nódulos servem para diferenciá-los, como, por exemplo, a presença de gordura no seu interior é um indicador confiável de hamartoma. O achado característico da silicose simples é a presença de múltiplos pequenos nódulos acompanhados por calcificações; já na fase de fibrose maciça progressiva podem aparecer massas conglomeradas calcificadas. **Descrição do material:** Radiografia simples e tomografia computadorizada de tórax.

Código do trabalho: 284

#### NÓDULOS PULMONARES ESCAVADOS: NO QUE PENSAR?

Tatiane Cantarelli Rodrigues; Samuel Brighent Bergamaschi; Bruno Henrique Magalhães Pizolotto; Marcelo Francisco Cintra Zagatti; Sergio Elias Nassar De Marchi; Leonardo Furtado Freitas; Fernanda Sasaki Vergílio; Cássio Gomes dos Reis Junior.

*HSPE-IAMSPE – São Paulo, SP, Brasil.*

**Introdução:** Nódulos pulmonares benignos e malignos podem escavar. O objetivo é diferenciar nódulos malignos de benignos de um modo não invasivo e o mais acurado possível. A avaliação radiológica padrão inclui cuidadosa revisão dos achados na radiografia de tórax, comparação com achados em radiografias anteriores, e tomografia computadorizada, além de correlação com sinais e sintomas clínicos. Até 15% dos cânceres de pulmão formam uma cavidade, sendo a maioria maior que 3 cm de diâmetro. No entanto, escavação pode ser vista nos nódulos pulmonares solitários (NPSs) tão pequenos quanto 7 mm de diâmetro. NPSs com cavidades de paredes irregulares e mais espessas que 16 mm tendem a ser malignos (84% a 95%), enquanto lesões benignas têm geralmente paredes mais finas e lisas; aproximadamente 95% das lesões com paredes mais finas que 4 mm são benignas. Os diagnósticos diferenciais dos nódulos escavados pulmonares incluem causas neoplásicas (primárias e metastáticas), infecciosas (embolia séptica, tuberculose, aspergilose), assim como inflamatórias (nódulos reumatoides). **Descrição do material:** Radiografia simples e tomografia computadorizada de tórax.

Código do trabalho: 314

#### ACHADOS TOMOGRÁFICOS NAS DOENÇAS RELACIONADAS AO ASBESTO: UMA VISÃO DIFERENCIADA SOBRE A ASBESTOSE.

Francine Feldman; Maira Moraes Bezerra.

*Conjunto Hospitalar do Mandaqui – São Paulo, SP, Brasil.*

**Introdução:** O objetivo deste trabalho é salientar a importância da tomografia computadorizada de alta resolução (TCAR) na avaliação da asbestose, demonstrando sua maior sensibilidade e especificidade em relação aos exames convencionais, tais como a radiografia simples e a tomografia computadorizada (TC). A radiografia simples apresenta limitações na avaliação da doença nas suas fases iniciais, demonstrando ser pouco colaborativa e apresentando grande variabilidade interobservador. Em contrapartida, a TCAR aumenta a detecção da doença nas fases iniciais, quantifica a fibrose pulmonar e auxilia na distinção da asbestose e outras doenças parenquimatosas. **Descrição:** Asbestose é o termo usado para descrever a fibrose intersticial pulmonar difusa que ocorre após a inalação de fibras de amianto. A doença geralmente tem início após 20 anos de exposição e apresenta

uma importante relação dose-resposta. O mecanismo de fibrose baseia-se num ciclo de inflamação relacionado ao dano das células epiteliais, apoptose e proliferação de fibroblastos. Os achados típicos na radiografia simples de tórax são opacidades irregulares lineares ou reticulonodulares e, nas fases avançadas, há imagens císticas compatíveis com faveolamento. Pode haver placas pleurais bilaterais, dando maior confiabilidade ao diagnóstico, mas nem sempre elas estão presentes. Na TCAR notam-se opacidades e linhas subpleurais, vidro fosco, espessamento dos septos interlobulares, opacidades lineares irregulares (padrão reticular), distorção arquitetural, bronquiectasias e bronquiolectasias de tração, além de faveolamento. As alterações predominam nas regiões pulmonares posteroinferiores e são, comumente, simétricas. Entre os diagnósticos diferenciais destacam-se a pneumonite intersticial e a fibrose idiopática, desta forma, é importante saber a história ocupacional do paciente a fim de se fazer o diagnóstico mais preciso.

Código do trabalho: 363

#### **CAVITAÇÕES NA TOMOGRAFIA DE TÓRAX.**

Eduardo Just da Costa e Silva; Vinicius Rodrigues de Carvalho; Joana Brayner Dutra; Raphael Xenofonte Moraes Pinheiro; Ricardo Humberto de Souza Wanderley Filho; Beatriz Medicis Maranhão Miranda; Américo Alves da Mota Junior; Cris Ferreira de Medeiros.

IMIP – Recife, PE, Brasil.

A cavitação resulta do preenchimento por gás de região necrótica do parênquima pulmonar drenada e pode estar relacionada a diversas doenças. Serão apresentadas imagens características das principais condições que costumam cursar com cavitações pulmonares, entre elas aspergilose angioinvasiva, tuberculose, granulomatose de Wegener e câncer. De acordo com as características da cavidade formada – como a quantidade, a espessura das paredes e seu contorno interno –, o diagnóstico diferencial pode ficar restrito. Cavidade única com espessura de paredes inferior a 1 mm ou múltiplas inferiores a 4 mm usualmente são encontradas em condições benignas, como as infecções supracitadas; cavitações com mais que 15 mm de espessura podem estar associadas ao câncer e à granulomatose de Wegener, sendo necessária a avaliação de seus contornos internos para diferenciá-los, estando o câncer relacionado a contornos internos lobulados e a vasculite de Wegener associada a contornos internos regulares. O achado de cavitações na tomografia de tórax, por fim, reflete um leque de diagnósticos diferenciais que pode ficar direcionado diante da análise detalhada dessas cavitações.

Código do trabalho: 406

#### **ENSAIO ICONOGRÁFICO: ABORDAGEM PRÁTICA DA ATENUAÇÃO PULMONAR EM MOSAICO NA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TÓRAX.**

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

HC/UFG – Goiânia, GO, Brasil.

**Introdução:** O padrão de atenuação pulmonar em mosaico (APM) na tomografia computadorizada (TC) do tórax é definido como “aparência pulmonar em retalho de regiões com atenuações distintas”. Reflete a distribuição não uniforme de várias doenças, divididas em três grupos: vias aéreas, vasculares e parenquimatosas. Muitas vezes representa um desafio para o radiologista determinar qual a região patológica. O objetivo deste ensaio pictórico é apresentar de forma didática as principais doenças que causam APM, por meio de uma

abordagem prática e simplificada. **Descrição:** Foram selecionadas imagens de TC do tórax de pacientes com padrão de atenuação do arquivo de um hospital universitário de referência e dos arquivos pessoais dos autores, com doenças de vias aéreas, pulmonares vasculares e infiltrativas do parênquima pulmonar. O primeiro e mais importante passo na abordagem diagnóstica é identificar se há ou não redução do número e calibre dos vasos nas regiões hiperlucentes, em relação ao pulmão normal adjacente, o qual pode apresentar atenuação normal ou aumentada por redistribuição do fluxo sanguíneo. Se reduzidos, tem-se o padrão de perfusão em mosaico, causado tanto por doenças vasculares como por doenças de vias aéreas. Se apresentarem calibre uniforme, tem-se a opacidade em vidro fosco causada por doença parenquimatosa. O segundo passo é observar se há ou não aprisionamento aéreo, que geralmente ocorre apenas nas doenças de vias aéreas. Pequenas áreas lucentes lobulares são encontradas nas doenças de vias aéreas, enquanto grandes áreas lucentes são tipicamente observadas nas doenças vasculares, como no tromboembolismo pulmonar crônico. Um padrão peculiar da APM é o sinal do *headcheese*. É causado pela combinação de opacidade em vidro fosco, redução da atenuação por perfusão em mosaico e áreas de pulmão normal. Indica doença mista com componente infiltrativo e obstrutivo, tendo como exemplo clássico a pneumonite por hipersensibilidade.

Código do trabalho: 408

#### **HEMORRAGIA ALVEOLAR NA POLIANGIITE MICROSCÓPICA EVOLUINDO COM PNEUMONIA POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA – ACHADOS DE TC: RELATO DE CASO.**

Aline Dias Silva; Luiz Santos de Freitas; Milene Caroline Koch; Guilherme Henrique Lopes Nunes; Michael Silva Santos; Milena Casagrande Koch; Mariana Demetrio Ribeiro; Luiz Felipe de Souza Nobre.

UFSC – Florianópolis, SC, Brasil.

**Introdução:** Poliangiite microscópica é uma forma de vasculite sistêmica de pequenos vasos, associada aos anticorpos anticitoplasma de neutrófilos, que acomete preferencialmente vênulas, capilares e arteríolas, podendo também envolver artérias e veias. É caracterizada, clinicamente, pela presença de doença renal, hemorragia pulmonar, distúrbios gastrintestinais e distúrbios otorrinolaringológicos. **Descrição:** Paciente J.A.P., 68 anos, feminina, há oito meses com astenia, dispnéia aos grandes esforços, emagrecimento e calafrios, e nos últimos dois meses com surgimento de lesões purpúricas em membros inferiores típicas de vasculite cutânea. Durante investigação foi evidenciada insuficiência renal secundária a glomerulopatia, e a biópsia cutânea confirmou vasculite leucocitoclástica. Foi realizada tomografia computadorizada (TC) de tórax, que evidenciou opacidades em vidro fosco associadas a espessamento liso de septos interlobulares. Foram aventadas as possibilidades de edema e hemorragia pulmonar. Diante da suspeita de hemorragia alveolar, foi realizada broncoscopia, que confirmou a hipótese. Diante do quadro clínico de hemorragia alveolar, glomerulopatia e vasculite cutânea confirmada por biópsia, posteriormente foi confirmado o diagnóstico de poliangiite microscópica devido aos altos títulos do p-ANCA e do anticorpo antimieloperoxidase. A paciente recebeu tratamento adequado, apresentando melhora clínica e sendo encaminhada para tratamento ambulatorial. Dois meses depois a paciente retornou, em vigência do uso de imunossuppressores, com tosse produtiva, mal-estar geral e febre. A cultura do aspirado brônquico demonstrou presença significativa de *Pseudomonas aeruginosa* (200.000 UFC). Nova TC de tórax demonstrou como principais achados lesões escavadas, nódulos centrolobulares e opacidades em vidro fosco com áreas de confluência formando pequenas consolida-

ções, compatível com pneumopatia inflamatória. **Discussão:** Os achados de imagem da poliangiite microscópica consistem em opacidades em vidro fosco e consolidação bilaterais, usualmente disseminadas. Nódulos centrolobulares podem predominar em alguns pacientes. A presença de consolidação densa representa o preenchimento completo dos alvéolos com sangue. Alguns dias após o episódio agudo de hemorragia, espessamento septal interlobular pode ser visto em associação com a opacidade em vidro fosco – padrão de pavimentação em mosaico. Após episódios repetidos de hemorragia pulmonar, um padrão reticular persistente pode ser visto, com áreas de faveolamento e bronquiectasias de tração. A paciente em questão apresentou lesões escavadas dois meses após o quadro de hemorragia alveolar – achado não esperado na evolução da vasculite. Realizada a investigação, concluiu-se que a paciente apresentava infecção pulmonar por *Pseudomonas aeruginosa*, o que justifica tais achados.

Código do trabalho: 409

#### **PADRÃO TOMOGRÁFICO DO EMBOLISMO PULMONAR TUMORAL: RELATO DE CASO.**

Fábio Henrique Teixeira; Vandré Borges dos Reis Lima; Vitor Matias Vianna; Otavio Henrique Campos Paiva; Leandro Rezende dos Santos; Gabriel Vasconcelos Cunha Martins; Eduardo Augusto Hideaki Sato; Claudia Carrada Torres.

Instituto Nacional de Câncer – Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

O embolismo tumoral pulmonar é um achado pouco descrito na literatura, apesar de não ser infrequente em autópsias de pacientes com tumor maligno conhecido. Conhecer o padrão característico de imagem é essencial para fazer o diagnóstico. Analisamos o prontuário e o estudo de tomografia computadorizada do tórax de um paciente do sexo masculino, de 24 anos, com tumor testicular de células germinativas não seminomatoso misto (composto predominantemente por tumor do seio endodérmico) submetido intervenção cirúrgica há 10 meses, apresentando, no controle, metástases em retroperitônio e no pulmão. O diagnóstico imagiológico de embolismo pulmonar tumoral foi realizado através do padrão característico de artérias dilatadas e com aspecto de “colar em contas” na tomografia computadorizada do tórax. O paciente apresentava, ainda, múltiplos nódulos pulmonares e massa retroperitoneal metastáticos. Concluímos que, em um paciente com tumor maligno já conhecido e sabidamente com metástases pulmonares, o achado de artérias pulmonares dilatadas e com o padrão característico de “colar em contas” sugere fortemente a hipótese de embolização tumoral intravascular, que, conforme a literatura estudada, determina pior prognóstico desses pacientes, bem como aumento da incidência de complicações, sendo importante o seu conhecimento pelo médico radiologista.

Código do trabalho: 414

#### **ESPOROTRICOSE LINFOCUTÂNEA DISSEMINADA E PULMONAR EM PACIENTE ETILISTA CRÔNICO.**

Rodrigo Lucas Passos de Souza; Celso Estevão de Oliveira; Abdiel de Lira Rolim; Fernando Mota de Carvalho; Domenico Capone; Leonardo Azevedo Marcondes Rodrigues; Gustavo Bittencourt Camilo; Maurício Rodrigues Freitas.

HUPE-UERJ – Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

A esporotricose geralmente resulta da inoculação direta de conídios do *Sporothrix schenckii* na derme, um fungo dimórfico que vive no solo em associação com restos vegetais, em regiões de clima tempe-

rado e tropical úmido. Pode causar infecção cutânea ou subcutânea, normalmente localizada, e se associar a comprometimento linfático regional. Formas disseminadas extracutâneas da doença são menos comuns e podem estar associadas a imunodeficiência. Paciente de 32 anos, mulato, proveniente da zona rural, etilista crônico, internado no serviço de dermatologia de hospital escola com quadro arrastado de emagrecimento, dispneia aos esforços habituais e surgimento insidioso de nódulos subcutâneos flutuantes, variando entre 2 e 12 cm, alguns com fistulização espontânea, acometendo todo o corpo e poupando a face. Radiografia de tórax mostrou múltiplos nódulos difusos, alguns escavados. Estudo tomográfico do tórax evidenciou múltiplas lesões escavadas de tamanhos variados, de paredes espessas e irregulares, distribuídas difusamente pelo parênquima pulmonar. Notaram-se ainda opacidades em vidro fosco e centrolobulares adjacente às lesões citadas. Tomografia de pescoço mostrou linfonodomegalias submandibulares. Foi diagnosticado como esporotricose disseminada, sendo isolado *S. schenckii* na secreção aspirada dos nódulos e na secreção pulmonar obtida por escarro. Houve importante melhora clínica após tratamento com itraconazol e drenagem cirúrgica dos nódulos maiores. As formas disseminadas da esporotricose resultam de disseminação hematogênica, com exceção da forma pulmonar, que se dá pela inalação de conídios. Ambas podem estar relacionadas a imunodeficiência. A forma extracutânea da doença é rara, correspondendo a 1% dos casos, sendo pouco estudada. A forma pulmonar é prevalente entre etilistas e a cavitação é o achado tomográfico mais frequente. Este estudo aponta a importância de incluir a esporotricose no diagnóstico diferencial das lesões escavadas do pulmão.

Código do trabalho: 421

#### **EVOLUÇÃO DA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NA AVALIAÇÃO DE LESÕES MEDIASTINAIS.**

Marcos Duarte Guimaraes; Marcel Magalhães Alves Gama; João Paulo Kawaoka Matsushita Junior; Almir Galvão Vieira Bittencourt; Rubens Chojniak.

Hospital A. C. Camargo – São Paulo, SP, Brasil.

**Introdução:** A evolução dos equipamentos de ressonância magnética (RM) nos últimos anos permitiu a obtenção de uma melhor qualidade das imagens e a ampliação do emprego desta técnica na avaliação de lesões mediastinais. Atualmente destacam-se significativos avanços na caracterização morfológica, na avaliação da extensão e aspecto funcionais das lesões mediastinais. **Objetivo:** Analisar os avanços da RM na avaliação das lesões mediastinais, incluindo aspectos morfológicos e funcionais. **Material e métodos:** Estudo retrospectivo de lesões mediastinais submetidas à RM. Foram incluídos pacientes que apresentavam massas mediastinais, a maioria de aspecto heterogêneo, expansivo, às vezes com áreas de necrose, sem e com invasão de estruturas adjacentes. Foram realizadas técnicas convencionais e avançadas incluindo seqüências de difusão e o mapa de ADC (coeficiente aparente de difusão). Considerou-se como diagnóstico definitivo das lesões o resultado histopatológico ou o seguimento clínico. **Resultados:** Dezesete pacientes foram incluídos, sendo 13 do sexo masculino e 4 do sexo feminino, com idade média de 40 anos. As lesões malignas avaliadas foram: três timomas, dois linfomas, um teratoma, um leiomiossarcoma, um sarcoma de alto grau e duas linfonodomegalias metastáticas. As lesões benignas avaliadas foram: um cisto tímico, um cisto pericárdico e um tumor fibroso. **Conclusão:** Nesta casuística o emprego da RM do tórax foi útil na caracterização e planejamento terapêutico de lesões mediastinais benignas e malignas.