

**MEDICINA INTERNA / GENITURINÁRIO / GASTROINTESTINAL**

Código do trabalho: 74

**ROTURA DE PIOMIOMA PÓS-EMBOLIZAÇÃO DE LEIOMIOMA UTERINO: RELATO DE CASO E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.**

Andre de Queiroz Pereira da Silva; Marco Alexandre Mendes Rodstein; Janaina Johnsson; Bruno Barcelos da Nóbrega; Marco Aurelio Tostes; Bruno Salvador Sobreira Lima; Luiz Carlos Donoso Scoppetta.

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

**Introdução:** A embolização das artérias uterinas (EAU) é uma alternativa à intervenção cirúrgica para leiomiomas sintomáticos. Complicações recentemente descritas são limitadas quanto à variedade de apresentações clínicas e aos possíveis achados de imagem. Objetiva-se relatar um caso atípico de piomioma tardio após EAU, com sinais de rotura e fistulização para a cavidade peritoneal. **Descrição:** Paciente feminino, 48 anos, apresentou-se ao setor de emergência com dor abdominal de forte intensidade, de início súbito. Amenorreia iniciada há seis meses, após procedimento de EAU para mioma uterino. Ao exame físico abdominal, dor à palpação em mesogástrico e hipogástrico, além de desconexão brusca dolorosa. Exames laboratoriais com leucocitose e desvio à esquerda. Tomografia computadorizada (TC) de abdome mostrou útero de dimensões aumentadas, coleção intramiometrial heterogênea com focos hemorrágicos e áreas gasosas de permeio, além de descontinuidade miometrial com sinais de rotura uterina e peritonite difusa. Foi realizada histerossalpingooforectomia, cujo anatomopatológico evidenciou piomioma. **Discussão:** A EAU é uma alternativa minimamente invasiva a histerectomia e miomectomia. O objetivo do método é produzir infarto hemorrágico do mioma enquanto mantém a perfusão endometrial e miometrial. Desde 1991, do relato inicial como um tratamento para miomas sintomáticos, e com o uso cada vez mais comum, diversas complicações foram relatadas, como necrose de nádegas e de lábios vaginais, fístula vesicouterina, mioma prolapsado, necrose uterina, piomioma, volvo, embolização inadvertida de leiomiossarcoma e disfunção ovariana. O piomioma é uma rara complicação e pode ser espontâneo, associado a diabetes, DIU, neoplasias, gestação ou aborto, e EAU. A evidência de rotura uterina associada aumenta os riscos e gravidade do quadro, porém é um achado pouco frequente, notando-se apenas alguns relatos na literatura.

Código do trabalho: 77

**SÍNDROME DE MAY-THURNER: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA.**

Bruna de Oliveira Melim Aburjeli; Ana Flávia Assis de Ávila; Estêvão Albino Torres Vargas; Renata Lopes Furletti Caldeira Diniz; Emília Guerra Pinto Coelho Motta; Marcelo Almeida Ribeiro; Laura Figueiras Mourão Ramos; Wanderval Moreira.

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

A síndrome de May-Thurner decorre de uma compressão da veia ilíaca esquerda pela artéria ilíaca direita, o que pode resultar em trombose venosa profunda do membro inferior esquerdo. Também se pode observar redução do retorno venoso sem trombose associada, com consequente edema do membro, úlceras de estase e varizes. Em algumas situações pode haver o desenvolvimento de trombose pulmonar. No presente trabalho descrevemos um caso de May-Thurner em

uma jovem de 22 anos, diagnosticado no nosso serviço por meio de tomografia computadorizada abdominal com contraste venoso, e realizamos breve revisão da literatura. Paciente do sexo feminino, de 22 anos, que há quatro anos apresentou quadro de dor e edema em membros inferiores, notadamente à esquerda, recebendo o diagnóstico, na época, de trombose venosa profunda pelo uso de contraceptivo oral. No início do presente ano voltou a procurar os serviços médicos devido a sintomas semelhantes. Foi solicitado exame de tomografia computadorizada do abdome e pelve com contraste intravenoso, no qual foi observada compressão da veia ilíaca esquerda pela artéria ilíaca direita contra a coluna lombar. A síndrome de May-Thurner, também denominada de síndrome de Cockett, ocorre principalmente em pacientes do sexo feminino entre a segunda e quarta décadas de vida. Acredita-se que seja responsável por 2% a 5% dos casos que cursam com doenças venosas nos membros inferiores, sendo decorrente de uma compressão da veia ilíaca esquerda pela artéria ilíaca direita contra a coluna lombar. A fisiopatologia da síndrome de May-Thurner foi descrita em 1957 por May e Thurner, que, após a análise de cadáveres, observaram que a compressão da veia ilíaca poderia levar a um processo irritativo crônico, com consequente hiperplasia e proliferação endotelial. Tal mecanismo levaria a uma obstrução ao fluxo sanguíneo venoso, com propensão à formação de trombos. Para se evitar a ocorrência de complicações relacionadas a essa condição, é de fundamental importância o diagnóstico precoce dessa síndrome, que pode ser realizado por venografia ascendente por punção femoral, ou por outros métodos menos invasivos, como a angiogrametografia.

Código do trabalho: 81

**VALOR DA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTISLICE NO DIAGNÓSTICO DE ABSCESSO OCULTO PÓS-PERFURAÇÃO GÁSTRICA POR ESPINHA DE PEIXE: RELATO DE CASO.**

Lais de Macedo Rocha; Helvio Borba de Oliveira Filho; Rodrigo Cerqueira Bomfim; Luis Alberto Rocha.

*DIRAD - Hospital Memorial Arthur Ramos – Maceió, AL, Brasil.*

A ingestão acidental de corpo estranho é um evento comumente encontrado na prática clínica, no entanto, a perfuração gástrica por espinha de peixe constitui evento raro. Relatamos um caso de abdome agudo inflamatório em um paciente do sexo masculino, 59 anos, com queixa de epigastria, mal-estar geral e constipação intestinal há uma semana. Realizou endoscopia digestiva alta, que não foi elucidativa. Após 15 dias, cursou com intensificação da dor, sinais de irritação peritoneal e massa palpável no hipocôndrio direito. Foi encaminhado de urgência para realização de tomografia computadorizada *multislice*, evidenciando-se coleção paragástrica com presença de imagem hiperdensa puntiforme em seu interior, que às reconstruções multiplanares demonstrou ser de aspecto alongado e curvilíneo, sugestiva de espinha de peixe. Foi submetido a videolaparoscopia, que demonstrou volumoso abscesso com drenagem de cerca de um litro de secreção purulenta contendo espinha de peixe medindo três centímetros em seu interior. Destacamos a importância do uso da tomografia computadorizada *multislice* com reconstruções multiplanares e tridimensionais na precisa identificação e diferenciação de pequenos corpos estranhos.

Código do trabalho: 85

### **ABORDAGEM SISTEMATIZADA DOS TUMORES HEPÁTICOS PEDIÁTRICOS PRIMÁRIOS: ATÉ ONDE OS MÉTODOS DE IMAGEM PODEM CHEGAR?**

Andrea Farias de Melo; Francisco Abaete das Chagas Neto; Sara Reis Teixeira; Tatiane Mendes Gonçalves de Oliveira; Dayse Ribeiro Bertinetti; Rodrigo Teixeira Vena; Valdair Francisco Muglia; Jorge Elias Junior.

HCFMRP-USP – Ribeirão Preto, SP, Brasil.

**Introdução:** Os tumores hepáticos primários são responsáveis por 1% a 3% de todas as neoplasias pediátricas. Eles apresentam características de imagem capazes de corroborar um raciocínio diagnóstico de alta precisão, principalmente se correlacionados à idade, à natureza da lesão (cística, sólida ou mista) e às alterações laboratoriais específicas. Este ensaio tem como objetivos revisar os principais tumores hepáticos pediátricos primários benignos e malignos, avaliando suas características de imagem nos diversos métodos, prover uma sistematização diagnóstica para esta análise e contribuir no desenvolvimento do raciocínio diagnóstico por meio de casos ilustrativos do arquivo de imagens da instituição. **Descrição:** De acordo com a agressividade, os tumores hepáticos primários pediátricos são divididos em malignos (2/3) e benignos (1/3). Patologicamente, originam-se das células epiteliais ou mesenquimais hepáticas. Dentre os malignos, destacam-se o hepatoblastoma, o carcinoma hepatocelular e o carcinoma fibrolamelar, de origem epitelial, e o sarcoma indiferenciado, o rabdomiossarcoma e o angiossarcoma, de origem mesenquimal. Dentre os tumores benignos, os principais são o hemangiendotelioma, o hamartoma mesenquimal, de origem mesenquimal, e o adenoma, de origem epitelial. A idade do paciente é um parâmetro importante no diagnóstico diferencial dos tumores hepáticos, assim como a elevação da alfafetoproteína sérica e a natureza cística, sólida ou mista dessas lesões. O radiologista precisa estar bem familiarizado com essas lesões para ajuda na conduta do caso, seja cirúrgico, seja conservador, numa abordagem conjunta com o oncologista e cirurgião pediátrico.

Código do trabalho: 88

### **SHUNTS PORTO-SISTÊMICOS: DIAGNÓSTICO E MANEJO EM DIFERENTES CENÁRIOS.**

Andrea Farias de Melo; Francisco Abaete das Chagas Neto; André Rodrigues Façanha Barreto; Sara Reis Teixeira; Gustavo Nunes Medina Coeli; Fernando Marum Mauad; Jorge Elias Junior; Valdair Francisco Muglia.

HCFMRP-USP – Ribeirão Preto, SP, Brasil.

**Introdução:** O *shunt* porto-sistêmico (SPS) é uma comunicação patológica entre a circulação esplâncica e sistêmica. Ele ocorre quando há qualquer obstrução e/ou elevação da pressão venosa portal, promovendo desvio do fluxo sanguíneo do trato gastrointestinal para a circulação sistêmica. Os objetivos desse ensaio são discutir a etiologia, a fisiopatologia, as bases anatômicas e a classificação dos SPSs, além de ilustrar seus diversos tipos em diferentes modalidades da imagem (ultrassonografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética), assim como as limitações inerentes a cada método. **Descrição:** O conhecimento e a detecção dos SPSs é de grande importância clínica, pelo fato de que, em alguns casos, eles são os únicos sinais de imagem que predizem a presença de hipertensão portal. O SPS pode ser classificado em congênito e adquirido. O adquirido geralmente ocorre para compensar a elevação da pressão intravenosa secundária a alguma doença que leva a trombose da veia porta e (ou) sua obstrução. O radiologista deve estar familiarizado com os padrões de imagem dos

SPSs, não só porque o diagnóstico é obrigatório quando presente, mas também pelo fato de poder ajudar na escolha de tratamentos endovasculares e suas complicações.

Código do trabalho: 89

### **A APLICABILIDADE DA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NA AVALIAÇÃO DAS LESÕES HIPERVASCULARES NO FÍGADO CIRRÓTICO.**

Marcela Cavichioli Silva<sup>1</sup>; Marcelo de Queiroz Pereira da Silva<sup>1</sup>; André de Queiroz Pereira da Silva<sup>2</sup>; Daniel de Oliveira Leite<sup>3</sup>; Karina Barreto Calil<sup>1</sup>; Bruno Rafael Losasso<sup>1</sup>; Luiz Placido Campozana<sup>1</sup>; Saulo Baraldi Moreira<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> *WebImagem*; <sup>2</sup> *Hospital São Camilo Pompeia*; <sup>3</sup> *Hospital Beneficência Portuguesa – São Paulo, SP, Brasil.*

A cirrose é uma doença caracterizada por alteração irreversível da arquitetura hepática, ocasionada por fibrose associada à presença de nódulos hepatocelulares. Com a evolução da doença ocorre uma progressão dos nódulos regenerativos para nódulos com diferentes graus de displasia, que, por sua vez, podem evoluir para carcinoma hepatocelular. O carcinoma hepatocelular é a terceira causa de morte por câncer e estudos mais recentes demonstram aumento da sua incidência e de mortes por essa causa nos últimos dez anos. Constitui também a principal causa de morte em pacientes cirróticos. O ideal é que se consiga detectar tumores pequenos e solitários, pois nesses casos existe maior chance de cura. Diversos tipos de lesões hipervasculares podem ser evidenciados nos pacientes portadores de cirrose e muitas vezes a diferenciação entre as lesões benignas e malignas é limitada. Inicialmente, os nódulos são classificados de acordo com as diferenças na vascularização. Os nódulos regenerativos e com baixo grau de displasia apresentam fluxo predominantemente na fase portal e demonstram realce semelhante ao parênquima hepático. Já os nódulos com alto grau de displasia e o carcinoma hepatocelular apresentam perda da vascularização na fase portal. Inicialmente são nódulos hipovasculares, com realce na fase arterial. Já as lesões maiores e diagnosticadas em estágios mais avançados geralmente são hipervasculares. No entanto, muitas dessas lesões são visualizadas em estágios intermediários, o que torna difícil a sua caracterização. Estudos recentes têm demonstrado que a ressonância magnética apresenta maior sensibilidade em comparação com a tomografia na caracterização de lesões hipervasculares em pacientes com cirrose, especialmente quando as lesões são pequenas, bem como na diferenciação de carcinoma hepatocelular com outras lesões hipervasculares.

Código do trabalho: 98

### **CISTO EPIDERMÓIDE ESPLÊNICO ROTO COM ROTURA ESPLÊNICA.**

Fernanda Ramos Carneiro; André Fernandes Barbosa; Ana Claudia Campos Paiva; Klaus Rizk Stuhr Coradazzi; Juliana de Souza Santos; Vinicius de Barros Fernandes; Renan Radaeli de Figueiredo; Leticia Araujo Rocha.

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

Lesões císticas esplênicas são incomuns. Podem ser parasitárias ou não parasitárias. Cistos não parasitários dividem-se em cistos verdadeiros e em falsos, de acordo com a presença ou não de revestimento epitelial. Cistos verdadeiros representam 10% das lesões císticas esplênicas, sendo os cistos epidermóides os mais raros. Ruptura do cisto, e mais raramente, ruptura esplênica são possíveis complicações. Paciente A.N.S., masculino, 13 anos, com dor abdominal há um dia após andar a cavalo. Negava traumas anteriores. Ao exame físico apre-

sentava-se descorado e com dor no hipocôndrio esquerdo. O estudo ultrassonográfico demonstrou massa em área esplênica associada a líquido espesso intra-abdominal. A tomografia computadorizada confirmou extensa lesão hipodensa, hipocaptante, associada a coleção subcapsular. Foi sugerido o diagnóstico de cisto esplênico parcialmente roto. A laparotomia exploradora com esplenectomia total evidenciou cisto esplênico e rotura esplênica grau III. O estudo anatomopatológico confirmou o subtipo epidermoide. Cistos esplênicos são raros. Entre os cistos não parasitários, os falsos são decorrentes de evento pós-traumático e responsáveis por cerca de 75% a 80% de todos os cistos esplênicos. Os verdadeiros contêm um revestimento epitelial e geralmente são assintomáticos. São descobertos quando aumentam de tamanho ou quando rompem. Incluem hemangiomas, linfangiomas, cistos epidermoide e dermoide. Destes, os hemangiomas são os mais frequentes, e os cistos epidermoides, os mais raros; representam 10% dos cistos benignos não parasitários. Pode ser difícil diferenciar as várias lesões císticas no baço, pois têm aparência semelhante nos estudos radiológicos. Porém, cistos verdadeiros tendem a ser maiores. Os aspectos clínicos auxiliam o diagnóstico diferencial. A importância dos métodos de imagem consiste na elucidação da lesão cística esplênica, suas dimensões, relação com órgãos adjacentes e complicações, determinando o tratamento cirúrgico.

Código do trabalho: 100

#### **GIST DE DELGADO COMO CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA DE ORIGEM OSCURA.**

Patricia Delage Gomes<sup>1</sup>; Natalia Delage Gomes<sup>2</sup>; Juliana da Costa Almeida<sup>1</sup>; Gabriel Magalhães Duarte<sup>3</sup>; Roberto Loureiro Silva<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Santa Casa de Belo Horizonte; <sup>2</sup> Hospital Mater Dei – Belo Horizonte, MG; <sup>3</sup> Faculdade de Medicina de Barbacena – Barbacena, MG, Brasil.

**Introdução:** O tumor estromal gastrointestinal (GIST) é uma infrequente neoplasia gastrointestinal, sendo a tomografia computadorizada (TC) um método importante em sua avaliação. O presente estudo tem como objetivo relatar o caso de uma paciente portadora de hemorragia digestiva de origem obscura, que após ser submetida a uma série de exames e a intervenção cirúrgica teve como diagnóstico definitivo tumor estromal do intestino delgado (GIST). **Descrição sucinta do caso:** Paciente do sexo feminino, professora, com queixa de fezes escuras há dois meses. Associada a hemorragia, houve perda de peso discreta de 2 kg em um mês e astenia em membros inferiores. Não havia queixa de hematêmese. Trouxe consigo uma série de exames complementares: hemograma (hemoglobina de 7,0 e hematócrito de 21,9%), endoscopia digestiva alta (EDA) e colonoscopia normais. Devido à permanência do sangramento, a investigação continuou com tomografia computadorizada de abdome, que revelou volumosa imagem sólida em região de delgado, com realce após injeção do meio de contraste, sendo levantada a possibilidade diagnóstica de GIST. A paciente foi submetida a procedimento cirúrgico, sendo identificada massa tumoral no intestino delgado. O histopatológico da peça sugeriu tratar-se de GIST, confirmado por imuno-histoquímica. **Discussão resumida:** A hemorragia digestiva de origem obscura é definida como um sangramento que persiste ou recorre após uma avaliação inicial negativa, tanto com EDA quanto com colonoscopia. Pacientes que possuam exames de EDA e colonoscopia sem identificar a fonte para o sangramento obscuro e sem sinais sistêmicos de doença, devem ser submetidos a TC de abdome para excluir a presença de neoplasia de intestino delgado. Conclui-se com o caso relatado que, apesar de raro, GIST de delgado deve ser pensado como etiologia de hemorragia de origem obscura.

Código do trabalho: 102

#### **ANGIOMIOLIPOMA RENAL GIGANTE E BILATERAL NA ESCLEROSE TUBEROSA.**

Ana Claudia Campos Paiva; André Fernandes Barbosa; Ligia Pacheco Rossi; Tamara Abou Ezzeddine; Eneas Leandro de Resende; Klaus Rizk Stuhr Coradazzi; Lucas Marciel Silva; Carla Peres Fingerhut.

PUC-Campinas – Campinas, SP, Brasil.

A esclerose tuberosa (ET) é uma doença autossômica dominante, caracterizada por tumores benignos hamartomatosos envolvendo frequentemente sistema nervoso central e retina, pele, coração e rins. Incluem: máculas hipopigmentadas, fibromas ungueais e periungueais, hamartomas nodulares da retina, angiomiolipomas (AMLs) e cistos renais, e rabdomiomas cardíacos. Paciente E.R., feminino, 18 anos, proveniente de Campinas, SP, procurou nosso serviço com dor abdominal há 10 dias. Negava outros sinais e sintomas. No exame físico observou-se massa palpável dolorosa em flanco direito. A tomografia computadorizada e ressonância magnética de abdome evidenciaram rins aumentados apresentando nódulos gordurosos, alguns exofíticos com extensão para retroperitônio. As dimensões do rim direito eram 21,7 × 16,9 × 9,4 cm e as do rim esquerdo, 14,7 × 7,8 × 6,4 cm. Havia aumento dos calibres das veias cava inferior e renal esquerda, associado a material com densidade de gordura intraluminal. O diagnóstico síndrômico de ET foi aventado e confirmado por ressonância magnética de crânio. A ET ou doença de Bourneville é uma síndrome neurocutânea esporádica (2/3 dos casos) ou de transmissão autossômica dominante. A estimativa é de 1:6.000 a 1:30.000 nascidos vivos. A tríade de Vogt (angiofibromatose facial, retardo mental e epilepsia) é a apresentação clássica da doença. O envolvimento renal na ET inclui cistos, carcinoma de células renais e AML (este presente em 55% a 75% dos casos). Os AMLs em pacientes com ET tendem a se manifestar mais precocemente, serem múltiplos, bilaterais e maiores de tamanho em comparação com AMLs esporádicos. A complicação mais grave do AML é a ruptura, devido à sua vascularização anormal, frequentemente associada a aneurismas e às suas dimensões. A avaliação radiológica não é útil somente para a conduta e programação terapêuticas, mas também para o diagnóstico síndrômico definitivo.

Código do trabalho: 104

#### **ENDOMETRIOSE PÉLVICA: O QUE A AVALIAÇÃO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA PODE ACRESCENTAR.**

Patricia Delage Gomes<sup>1</sup>; Natalia Delage Gomes<sup>2</sup>; Roberto Loureiro Silva<sup>2</sup>; Gabriel Magalhães Duarte<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Santa Casa de Belo Horizonte; <sup>2</sup> Hospital Mater Dei – Belo Horizonte, MG; <sup>3</sup> Faculdade de Medicina de Barbacena – Barbacena, MG, Brasil.

A endometriose caracteriza-se pela presença de tecido endometrial funcionando heterotópico. Em pacientes com endometriose pélvica profunda pode haver acometimento dos ligamentos uterossacros, reto, septo retovaginal, vagina ou bexiga. Os sintomas podem ser variados e incluem dor pélvica, dismenorrea, dispareunia, sintomas urinários e infertilidade. O padrão-ouro para o tratamento é a ressecção completa dessas lesões. Assim, é muito importante a avaliação pré-operatória dessas pacientes, sendo esta avaliação, em geral, limitada em relação aos dados clínicos e ultrassonográficos. A ressonância magnética tem grande importância no diagnóstico da endometriose, principalmente por permitir a identificação das lesões de permeio a aderências e a avaliação da extensão das lesões subperitoneais. Neste trabalho são ilustrados, na forma de ensaio iconográfico, os principais achados da endometriose pélvica profunda à ressonância magnética. No presente

estudo iremos demonstrar os principais aspectos imagiológicos da endometriose pélvica profunda, salientando o que o radiologista deve saber e informar para o ginecologista/cirurgião.

Código do trabalho: 107

#### **MICOBACTERIOSE INTESTINAL ATÍPICA: RELATO DE CASO.**

Paulo de Tarso Martins Ribeiro; Thais Bernal Soto; Rodrigo Uhlmann de Carvalho; Roger Vinicius Ancillotti Filho; Tatiana Leite Knust; Nara Saint-Martin Astacio; Lídia Furieri Franzotti; Alessandro Severo Alves de Melo. HUAP-UFF – Niterói, RJ, Brasil.

**Introdução:** A enterite pelo complexo *Mycobacterium avium intracellulare* é uma infecção oportunista que ocorre em pacientes imunodeficientes. Os pacientes geralmente apresentam perda progressiva de peso, diarreia aquosa, má absorção, febre e calafrios. Os achados comuns à tomografia computadorizada (TC) incluem espessamento difuso da parede intestinal, linfonomegalia intra-abdominal e hepatoesplenomegalia. O paciente relatado não apresentava os achados clínicos característicos, nem os aspectos de imagem comuns a *M. avium intracellulare* intestinal. **Descrição:** Paciente masculino, 41 anos, HIV positivo, em uso de terapia antirretroviral, iniciou quadro de dor abdominal difusa de forte intensidade, ascite, constipação intestinal e perda ponderal, sem febre. Ao exame físico apresentava abdome distendido e doloroso à palpação, sem sinais de irritação peritoneal, com peristalse débil. Os exames laboratoriais demonstravam leucopenia, carga viral indetectável, CD4 116 células/mm<sup>3</sup> e sangue oculto positivo nas fezes. Não houve crescimento bacteriano no líquido ascítico. Na TC havia ascite volumosa associada a espessamento peritoneal com realce pelo meio de contraste, bem como volumosa massa retroperitoneal com densidade de partes moles e realce heterogêneo pelo meio de contraste, infiltrando o mesentério, envolvendo artéria e veia mesentéricas superiores e o duodeno, contatando as alças de delgado e determinando trombose da veia mesentérica superior, com linfonomegalias retroperitoneais. A biópsia do duodeno corada pelo PAS e Grocott foi positiva para *M. avium intracellulare*. **Discussão:** A infecção pelo *M. avium intracellulare* geralmente acomete pacientes com CD4 abaixo de 100 células/mm<sup>3</sup> e é uma das causas de diarreia aquosa e febre nos indivíduos imunocomprometidos. Tais achados clínicos não foram observados no paciente em questão, porém o resultado da biópsia confirmou o quadro de enterite por *M. avium intracellulare*, associada a massa retroperitoneal, revelando um quadro atípico da doença.

Código do trabalho: 111

#### **ALTERAÇÕES TOMOGRÁFICAS NA DILATAÇÃO DAS VIAS BILIARES: UM ESTUDO DE CASOS DE ETIOLOGIA NEOPLÁSICA.**

Roger Vinicius Ancillotti Filho; Thais Bernal Soto; Rodrigo Uhlmann de Carvalho; Paulo de Tarso Martins Ribeiro; Tatiana Leite Knust; Nara Saint-Martin Astacio; Lídia Furieri Franzotti; Alessandro Severo Alves de Melo. HUAP-UFF – Niterói, RJ, Brasil.

Quando se detecta dilatação das vias biliares, a pesquisa inicial da causa da obstrução deve incluir a correlação de sintomas clínicos e marcadores séricos. Entre as causas a serem consideradas, devem-se incluir as inflamatórias, neoplásicas, relacionadas a cálculo ou estenose. A familiaridade com o aspecto usual dos ductos biliares é fundamental para uma acurada interpretação por imagem. Com a identificação de dilatação das vias biliares, deve-se buscar uma mudança abrupta do calibre de determinada via do trato biliar, incluindo falhas de enchimento ou estenoses. Diversas modalidades de imagem prestam-se para demonstrar a anatomia da árvore biliar, incluindo a colangiografia

percutânea, a colangiopancreatografia, a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica e a ressonância magnética. Tais modalidades, apesar de serem de grande valia como exames complementares, às vezes estão restritas a poucos serviços, não se mostrando opções de rápida realização e fácil acesso. A tomografia computadorizada, por sua ampla disponibilidade, inclusive com o uso de aparelhos multidetectores, colabora de modo efetivo para identificação do nível e da causa da obstrução, além do estudo de todo o abdome, permitindo ainda o estadiamento de possíveis doenças relacionadas. Considerando a prevalência das neoplasias como causas diretas ou indiretas de dilatação biliar, o painel se propõe a apresentar quatro casos de diferentes etiologias, todas neoplásicas, oriundos do Hospital Universitário Antônio Pedro, incluindo colangiocarcinoma, carcinoma de vesícula biliar, adenocarcinoma de pâncreas e tumor da ampola de Vater, juntamente com uma revisão da literatura acerca de seus aspectos mais relevantes.

Código do trabalho: 113

#### **TUBERCULOSE INTESTINAL ASSOCIADA A TUBERCULOSE PULMONAR MILIAR.**

Fernanda Ramos Carneiro; André Fernandes Barbosa; Ricardo Pires de Souza; Leticia Araujo Rocha; Eneas Leandro de Resende; Juliana de Souza Santos; Vinicius de Barros Fernandes; Cassio Costa Rossi. PUC-Campinas – Campinas, SP, Brasil.

A tuberculose (TB) intestinal é encontrada em associação à TB pulmonar em 70% a 87% dos casos. As lesões intestinais são raras e geralmente são complicações da forma pulmonar por deglutição do escarro ou disseminação hematogênica. A região ileocecal é o sítio de maior acometimento e a obstrução intestinal é a complicação mais comum. A TB pulmonar miliar representa 1% a 3% de todos os casos de TB. Ambas as formas acometem principalmente pacientes imunossuprimidos, podendo ser insidiosas e de difícil diagnóstico. Paciente A.I.M.L, feminino, 54 anos, ex-tabagista, com queixa de dor abdominal há 7 meses e perda ponderal de 11 kg. Encaminhada ao nosso serviço para investigação de massa anexial direita em estudo ultrassonográfico prévio. Realizada complementação com tomografia de abdome, que evidenciou hepatomegalia, líquido livre peri-hepático, espessamento parietal do ileo distal, ceco e cólon ascendente até a flexura hepática, associados a densificação da gordura mesentérica adjacente. Na tomografia de tórax observou-se infiltrado pulmonar micronodular difuso bilateral característico de TB miliar. No presente caso foi sugerido diagnóstico de disseminação intestinal de TB pulmonar miliar. Esta entidade clínica pode ser assintomática quando subaguda ou crônica e acometer vários órgãos. Apesar de incomum, deve-se considerar a TB intestinal como diagnóstico diferencial de lesões cólicas em pacientes com padrão miliar de TB pulmonar. A suspeita pré-operatória é difícil e importante a fim de prevenir complicações como abdome agudo obstrutivo. O padrão-ouro para o diagnóstico é pelo anatomopatológico.

Código do trabalho: 115

#### **SÍNDROME DE KARTAGENER: RELATO DE CASO.**

Fernando Oliveira de Menezes; Samir Alexandre Nassar; Tassius Bor-satto Saccomani; Felipe Nunes Vieira.

Centro de Estudos e Pesquisas do Centro Médico Imagem – Sorocaba, SP, Brasil.

**Introdução:** A síndrome de Kartagener foi descrita inicialmente em 1904 e estabelecida por Kartagener em 1933. É doença autosômica recessiva, com anormalidades na estrutura ciliar e no seu funcionamento, caracterizada pela tríade de *situs inversus*, sinusite e bron-

quiectasias. A incidência estimada é de 1/25.000, sem preferência por sexo. O paciente pode apresentar panbronquiolites difusas, este- ridade (no sexo masculino), otites médias crônicas e lesões principal- mente nos bronquíolos respiratórios. **Relato de caso:** Paciente mascu- lino, 45 anos, procurou atendimento médico por episódios recorrentes de tosse com expectoração, febre e dispneia. Ao exame físico apresen- tou-se com roncocal e estertores subcrepitantes. Relatava episódios recorrentes de sinusite bacteriana e pneumonias que melhoravam com antibioticoterapia. A radiografia de tórax revelou dextrocardia. A tomo- grafia computadorizada de tórax em alta resolução mostrou *situs inver- sus totalis*, bronquiectasias difusas associadas a opacidades em vidro fosco, nódulos centrolobulares e opacidades centrolobulares lineares dicotomizantes (“árvore em brotamento”). A tomografia de seios da face evidenciou pansinusite aguda. **Discussão:** A síndrome de Kartage- ner é doença rara, geralmente com prognóstico bom, e a grande maioria dos pacientes tem expectativa de vida normal. A ausência ou déficit de braços de dineína causa diminuição da função dos cílios, resultando em estagnação das secreções e proliferação de bactérias, levando a bronquiectasias e sinusite crônica. Esta motilidade seria responsável pela rotação das vísceras durante a embriogênese, causando o *situs inversus*. Os achados radiológicos mais frequentes são: sinusites, bron- quiectasias, nódulos centrolobulares, opacidades, principalmente em vidro fosco, e “árvore em brotamento”. O diagnóstico de certeza pode ser obtido por verificação da movimentação ciliar mediante microscopia eletrônica, exame da sacarina e por amostras de espermatozoides.

Código do trabalho: 122

#### **CÂNCER DE COLO UTERINO: PRINCIPAIS ACHADOS DE IMAGEM, COM ÊNFASE EM RESSONÂNCIA MAGNÉTICA.**

Vanessa de Carvalho Bandeira; Gabriela Maria Ribeiro e Ribeiro; Ana Livia Prado de Meneses Lopes; Marcella Sousa Frota de Almeida; George Caldas Dantas; Rodrigo Abdalla de Vasconcelos; Alberto Guerra Dias; Rafael Lemos Nascif.

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

O câncer de colo uterino é a terceira neoplasia maligna mais com- um entre as mulheres no Brasil, superado apenas pelo câncer de pele (não melanoma) e pelo câncer de mama. No mundo, a maior parte dos casos dessa neoplasia maligna ocorre em países em desen- volvimento, sendo assim um grande problema de saúde pública. O estadiamento para o tratamento da neoplasia maligna de colo uterino é baseado nos critérios da International Federation of Gynecology and Obstetrics, o que vem sofrendo atualizações, que implicaram em 2009 na mudança dos critérios de classificação de alguns estádios e, por sua vez, com repercussões nas informações a serem descritas nos laudos dos exames de imagem. A introdução da ressonância magné- tica no arsenal de exames pré e pós-operatórios do câncer de colo uterino modificou mais recentemente a forma da condução dessas pacientes, permitindo um diagnóstico e estratificação mais fidedigna das diversas fases da doença e, assim, auxiliando o médico assistente em sua decisão terapêutica. Serão apresentadas imagens de casos ilustrativos de câncer de colo uterino, ressaltando os principais achados de imagem desta entidade na ressonância magnética e achados representativos em tomografia computadorizada e ultrassonografia.

Código do trabalho: 123

#### **ESTRONGILOIDIÁSE: RELATO DE CASO.**

Eduardo Just da Costa e Silva; Thiago de Moraes Guedes; Luiz Jaime Ferreira Lima Netto; Armando José Sampaio Arruda; Daniel Matias

Bezerra Jales; Americo Alves da Mota Junior; Edison Barros Silva; Silvio Cavalcanti de Albuquerque.

IMIP – Recife, PE, Brasil.

A estrongiloidíase é uma doença frequente em nosso meio, que normalmente é diagnosticada pelo parasitológico de fezes. Em casos que evoluem com sintomas crônicos do trato digestório, outras condi- ções são suspeitadas e o trânsito intestinal pode ser solicitado para investigar alguma enteropatia crônica. Será apresentado o caso de uma paciente de 12 anos com dor abdominal e diarreia crônicas. Trânsito intestinal evidenciou redução do pregueamento de mucosa duodenal e jejunal, com aspecto característico de “pasta de dente”, sugerindo estrongiloidíase, confirmada por exame parasitológico de fezes. A est- rongiloidíase é uma verminose frequente, principalmente em regiões quentes e úmidas, causada pelo *Strongyloides stercoralis*, geralmente assintomática. Quando sintomática, pode apresentar-se com urticária, dor abdominal, diarreia crônica e perda de peso. Radiologicamente, podem ser encontrados apagamento do pregueamento mucoso, hipoto- nia das alças intestinais do delgado, espessamento, floculação do bário, estenoses e transformação em “tubo rígido”. Neste nosso caso, evi- denciamos a perda do pregueamento mucoso, hipotonia intestinal transformando-se em tubo rígido ou imagem em “pasta de dente”, o que condiz com os relatos da literatura.

Código do trabalho: 126

#### **DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL: AVALIAÇÃO PELOS DIFE- RENTES MÉTODOS DE IMAGEM.**

Emanuelle Santiago Pereira; Rodrigo Abdalla de Vasconcelos; Gabriel Lacerda Fernandes.

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

**Introdução:** Retocolite ulcerativa (RCU) e doença de Crohn (DC) são os dois principais subtipos de doença inflamatória intestinal e vêm apresentando aumento na incidência e prevalência em todo o mundo. Enquanto a RCU afeta apenas o cólon e, eventualmente, o íleo terminal, a DC pode envolver qualquer parte do trato gastrointestinal. Embora classicamente os estudos contrastados com bário tenham sido a prin- cipal ferramenta para o diagnóstico e avaliação das doenças inflama- tórias intestinais, outros métodos de imagem, destacando-se a tomo- grafia computadorizada e a ressonância magnética com técnica de enterografia, vêm sendo utilizados com excelente acurácia diagnóstica, podendo ainda fornecer informações complementares sobre atividade de doença e a ocorrência de achados adicionais extraluminiais. **Des- crição:** Apresentamos uma seleção de imagens de radiografia con- trastada, tomografia computadorizada e ressonância magnética de pacientes com RCU ou DC, demonstrando as principais alterações que podem ser observadas nas doenças inflamatórias intestinais, tanto para diagnóstico como para avaliação de atividade da doença.

Código do trabalho: 132

#### **AMILOIDOSE RETROPERITONEAL: UMA MANIFESTAÇÃO NÃO USUAL.**

Daniel Zambuzzi Naufel; Giovanna Cardia Caserta; Marco Alexandre Mendes Rodstein; Daniel Lahan Martins; Thiago Jose Penachim; Patri- cia Prando; Adilson Prando.

Centro Radiológico Campinas/Hospital Vera Cruz – Campinas, SP, Bra- sil.

**Introdução:** A amiloidose resulta da proliferação celular incomum e depósito extracelular de proteínas insolúveis e pode ser associada a

diversas doenças, e desta maneira, a variadas formas de apresentação. Trata-se de uma doença com incidência crescente e associada a possíveis alterações funcionais nos órgãos comprometidos e, portanto, deve ser prontamente reconhecida. O depósito amiloide pode ser focal ou sistêmico, podendo assemelhar-se tanto a alterações inflamatórias quanto a neoplásicas. **Descrição:** Paciente com amiloidose retroperitoneal com comprometimento renal e ureteral e consequente perda progressiva de função renal, que se iniciou três anos antes do diagnóstico definitivo. **Discussão:** A amiloidose retroperitoneal pode apresentar-se ao exame por tomografia computadorizada como densificação e espessamento de partes moles devido aos depósitos amiloides, que podem evoluir de maneira lenta e progressiva, raramente causando sintomas obstrutivos e renais. Obstrução ureteral, todavia, é relativamente frequente. Calcificações grosseiras tendem a aparecer em uma fase tardia da doença, sendo um achado importante para o diagnóstico. Como mieloma e linfoma estão frequentemente associados com amiloidose retroperitoneal, a realização da biópsia é de fundamental importância para a confirmação diagnóstica e também para a exclusão de fibrose retroperitoneal idiopática, entidade que também pode simular a amiloidose.

Código do trabalho: 135

#### **FÍSTULA URETRORRETAL: UM RELATO DE CASO.**

Gabriela Maria Ribeiro e Ribeiro; Vanessa de Carvalho Bandeira; Ana Livia Prado de Meneses Lopes; Marcella Sousa Frota de Almeida; George Caldas Dantas; Alberto Guerra Dias; Rodrigo Abdalla de Vasconcelos; Rafael Lemos Nascif.

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

Fístulas do trato geniturinário podem ter diversas localizações anatômicas, causas e apresentações clínicas. Elas podem envolver tratos urinários alto e baixo e trato reprodutivo. Como causas, têm-se infecções, doenças inflamatórias, neoplasias, condições congênitas, trauma e lesões iatrogênicas. Dos locais acometidos, a uretra é um dos menos envolvidos e pode formar fístulas com o reto, períneo, bexiga e estruturas genitais. A fístula uretrorretal pode ser congênita em crianças ou adquirida em adultos. Nestes últimos, elas podem surgir como complicações de intervenções cirúrgicas prostáticas, infecções, incluindo tuberculose, neoplasias, após radioterapia ou instrumentação uretral. O diagnóstico das fístulas do trato geniturinário geralmente requer estudos radiológicos como exames fluoroscópicos e modalidades que utilizam cortes transversais, em especial a tomografia computadorizada. Para a avaliação da uretra, as melhores opções são a uretrografia retrógrada e a cistouretrografia miccional. Este relato descreve o caso de um homem de 43 anos, diabético e com sorologia positiva para hepatite C, que evoluiu com formação de abscesso retroperitoneal e fístula uretrorretal. O paciente deu entrada no pronto-socorro com quadro de abdome agudo de evolução súbita, com parada de eliminação de urina e fezes. Foi submetido a laparotomia exploradora, na qual foram evidenciados abscesso retroperitoneal e fístula uretrorretal, tendo sido realizadas drenagem do abscesso, cistostomia e colostomia em alça de sigmoide no ato operatório. A documentação do caso por imagens foi realizada por meio de exames de uretrografia retrógrada, cistouretrografia miccional, tomografia computadorizada e ressonância magnética. Em razão da raridade do caso e escassez de material na literatura, associadas à importância do tema pelas implicações da condição clínica na qualidade de vida do paciente e à necessidade do reconhecimento das imagens que caracterizam esta situação pelos radiologistas, tem-se a relevância deste relato.

Código do trabalho: 140

#### **ANGIOMIXOMA AGRESSIVO PÉLVICO RESIDUAL.**

Claudio Campi de Castro; Zelia Maria de Sousa Campos; Renato Davino Chiovatto; Pedro Rodrigues Busse; Erich Frank Vater Santos; Sergio Henrique Florido de Souza; Dunya Mounir Imad; Sandro Mandaloufas.

*Faculdade de Medicina do ABC - Hospital Estadual Mario Covas – Santo André, SP, Brasil.*

**Introdução:** O angiomixoma agressivo consiste em neoplasia mesenquimal cística ou polipoide, comumente encontrada no períneo e pelve de mulheres pré-menopausadas. Essa rara neoplasia foi primeiramente relatada em 1983. O tratamento de escolha é a excisão cirúrgica, porém são comuns as recidivas, não se tendo relatos de metástases. Os achados de imagem do angiomixoma agressivo são: massa sólida e infiltrativa, pélvica ou perineal, que tende a comprimir, mas não invadir as estruturas adjacentes. Desde seu relato inicial, pouco mais de 130 casos de angiomixoma agressivo foram descritos. **Descrição:** Mulher de 46 anos, apresentando quadro de desconforto perineal e aumento da região glútea, com piora há cerca de seis meses. Foi identificado tumor retroperitoneal em exame de ressonância magnética (RM) e realizou-se exérese cirúrgica com confirmação anatomopatológica de angiomixoma agressivo. Porém, no pós-operatório tardio a paciente retornou ao serviço com queixa semelhante à pré-cirúrgica, apresentando aumento da região glútea direita. Nova RM foi realizada e diagnosticou-se recidiva pélvica. A abordagem terapêutica foi discutida com a paciente, que optou por acompanhamento ambulatorial, com RM a cada seis meses. **Discussão:** Angiomixoma agressivo ocorre quase que exclusivamente em mulheres, durante a terceira e quarta décadas de vida. Os tumores, em sua maioria, são grandes e de crescimento lento. Os sinais e sintomas incluem desconforto causado pela massa, que pode ser visível, ou efeitos causados pela compressão dos órgãos adjacentes. Os achados na RM consistem em sinal isoíntenso ou hipointenso em imagens ponderadas em T1 e sinal hiperíntenso em imagens ponderadas em T2. O hipersinal visto em T2 representa o volume de tecido mixomatoso do tumor. Um padrão espiralado de intensidade do sinal em T2 tem sido relatado como típico de angiomixoma agressivo. Esses tumores também mostram realce ao meio de contraste, o que reflete sua intensa vascularização. Na RM, esses tumores tipicamente não mostram padrões infiltrativos e tendem a deslocar e comprimir as estruturas adjacentes.

Código do trabalho: 143

#### **ACHADOS DA SÍNDROME DE MAYER-ROKITANSKY-KUSTER-HAUSER NA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA.**

Claudio Campi de Castro; Zelia Maria de Sousa Campos; Renato Davino Chiovatto; Pedro Rodrigues Busse; Erich Frank Vater Santos; Sergio Henrique Florido de Souza; Dunya Mounir Imad; Sandro Mandaloufas.

*Faculdade de Medicina do ABC - Hospital Estadual Mario Covas – Santo André, SP, Brasil.*

**Introdução:** A síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser, mais conhecida como síndrome de Rokitansky, é uma condição rara, com incidência de 1/5.000 nascimentos de meninas, sendo a segunda causa mais frequente de amenorreia primária, perdendo para as disgenesias gonadais. É uma agenesia mülleriana em que há atresia vaginal e anomalias tubouterinas. As pacientes apresentam cariótipo 46XX e caracteres sexuais secundários normais, pois os ovários estão presentes e funcionantes, mas não há menstruação. A síndrome apre-

senta-se de três formas conforme o acometimento das estruturas e aparelho reprodutor: tipo I (típica) apresenta alterações no sistema reprodutor; tipo II (atípica) apresenta assimetria no remanescente uterino e anomalias tubouterinas, associada a doença ovariana, alterações renais, ósseas e otológicas; tipo III (MURCS) envolve hipoplasia/aplasia uterovaginal, malformações renais, ósseas e cardíacas. A caracterização das anomalias estruturais pela ressonância magnética (RM) tem importante impacto no diagnóstico da doença. **Descrição:** Paciente do sexo feminino, 15 anos, em acompanhamento desde 2008 por puberdade precoce. Tratamento hormonal interrompido em 2009, quando possuía idade óssea de 12 anos, Turner M5 P5, sem abertura no introito vaginal. Em 2012 manteve-se em amenorreia, tendo sido realizada ultrassonografia (US) abdominal que revelou rim pélvico, sem visualização de útero e ovários. Foi realizada RM que confirmou os achados. **Discussão:** A síndrome de Rokitansky é uma condição rara, cuja apresentação clínica é amenorreia primária, em adolescente com caracteres sexuais secundários compatíveis com a idade. Ao exame ginecológico nota-se ausência ou encurtamento do canal vaginal. A realização de US e RM é necessária para determinar as características anatômicas da síndrome. A RM é o método de maior sensibilidade e especificidade para traçar a hipótese diagnóstica, que é confirmada com o cariótipo.

Código do trabalho: 145

#### ENDOMETRIOSE RETROPERITONEAL E USO DE TAMOXIFENO.

Daniel Zambuzzi Naufel<sup>1</sup>; Thiago José Penachim<sup>1</sup>; Daniel Lahan Martins<sup>1</sup>; Marco Alexandre Mendes Rodstein<sup>1</sup>; Leandro Luiz Lopes Freitas<sup>2</sup>; Patrícia Prando<sup>1</sup>; Adilson Prando<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Centro Radiológico Campinas/Hospital Vera Cruz; <sup>2</sup> Laboratório Multi-pat – Campinas, SP, Brasil.

**Introdução:** O objetivo deste relato de caso é apresentar uma manifestação atípica da endometriose retroperitoneal com envolvimento ureteral numa paciente em tratamento quimioterápico com tamoxifeno, devido ao antecedente de câncer de mama. Serão expostos achados de imagem pela ultrassonografia (US), ressonância magnética (RM), com confirmação anatomopatológica pós-biópsia de fragmento guiada por tomografia computadorizada *multislice* (TCM). **Descrição:** Mulher, 55 anos, antecedente de câncer de mama e em uso de tamoxifeno, veio encaminhada ao nosso setor de diagnóstico por imagem por dor lombar recorrente à esquerda há cinco meses. US evidenciou hidronefrose à esquerda, sem determinar o fator obstrutivo. Avaliação complementar por RM demonstrou tecido sólido retroperitoneal de aspecto retrátil envolvendo o ureter esquerdo no plano do cruzamento com os vasos ilíacos, determinando estenose ureteral e hidronefrose. Ureteroscopia demonstrou lesão vegetante polipoide intraluminal, cuja biópsia foi compatível com processo inflamatório crônico inespecífico. Realizada biópsia de fragmento percutânea guiada por TCM, que confirmou o diagnóstico de lesão endometriode. **Discussão:** A endometriose, definida como presença de tecido endometrial em sítios extrauterinos, apresenta como sítios frequentes de acometimento os ovários, os ligamentos uterinos, as superfícies serosas, o fundo de saco de Douglas, as tubas uterinas, o reto-sigmoide e o espaço vesicouterino. Tal entidade, assim como o próprio endométrio uterino tóxico, pode apresentar aumento de sua espessura quando exposta ao tamoxifeno, droga utilizada no tratamento do câncer de mama em pacientes na pós-menopausa e que apresenta efeito agonista/antagonista nos receptores estrogênicos dependendo do seu sítio de ação, aumentando a incidência de lesão endometrial pelo seu efeito agonista. Devido ao crescente desenvolvimento dos métodos de diagnóstico por imagem,

houve também aumento da incidência de acometimentos não usuais da endometriose, tal como retroperitônio, rins e ureteres.

Código do trabalho: 146

#### PIELONEFRITE x PIELITE ENFISEMATOSA: POR QUE É IMPORTANTE DIFERENCIÁ-LAS.

Marco Antônio Mendes Rocha<sup>1</sup>; Giovanna Cardia Caserta<sup>2</sup>; Jamal Barakat<sup>2</sup>; Carol Pontes de Miranda Maranhão<sup>2</sup>; Ines Minniti Rodrigues Pereira<sup>2</sup>; Elisa Maria de Brito Pacheco<sup>2</sup>; Fabiano Reis<sup>2</sup>; Nelson Marcio Gomes Caserta<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> PUC-Campinas; <sup>2</sup> FCM-Unicamp – Campinas, SP, Brasil.

**Introdução:** A pielonefrite enfisematosa é uma infecção necrotizante grave dos rins, caracterizada pela formação de gás no interior ou ao redor dos rins. A maioria dos casos ocorre em diabéticos descompensados, e se não houver tratamento adequado e precoce a mortalidade é elevada. Já a pielite enfisematosa é uma forma menos agressiva da infecção enfisematosa do trato urinário, também associada com diabetes. Caracteriza-se pela presença do gás apenas no sistema coletor urinário. A mortalidade é significativamente menor que a observada na pielonefrite enfisematosa. O objetivo deste trabalho é demonstrar os principais achados de imagem destas duas doenças, notadamente na tomografia computadorizada (TC), que é o principal método para fazer este diagnóstico. A caracterização destas duas entidades é importante não só pelo prognóstico, mas também para o planejamento terapêutico, uma vez que a pielite enfisematosa geralmente responde bem ao tratamento com antibióticos, enquanto a pielonefrite enfisematosa é quadro que exige frequentemente intervenção cirúrgica. **Descrição do material:** São demonstrados vários exemplos de pielonefrite e de pielite enfisematosa pela TC, urografia excretora e radiografias simples do abdome, caracterizando os achados que permitem seu diagnóstico e diferenciação.

Código do trabalho: 150

#### IMAGEM NA DOENÇA DE CROHN: MANIFESTAÇÕES COMUNS E INFREQUENTES.

Marco Antônio Mendes Rocha<sup>1</sup>; Irene H. Kamata Barcelos<sup>2</sup>; Daniel Lahan Martins<sup>2</sup>; Thiago Jose Penachim<sup>2</sup>; Thiago Ferreira de Souza<sup>2</sup>; Nelson Marcio Gomes Caserta<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> PUC-Campinas; <sup>2</sup> FCM-Unicamp – Campinas, SP, Brasil.

**Introdução:** A doença de Crohn é uma doença inflamatória granulomatosa crônica que pode afetar qualquer parte do trato gastrointestinal, geralmente de forma descontínua. O intestino delgado é o mais frequentemente acometido, principalmente o íleo terminal. Endoscopia e estudo baritado são empregados para a avaliação, mas são limitados para demonstrar a extensão transmural e extramural da doença, bem como as complicações. A tomografia computadorizada (TC) é considerada o exame de escolha para esta investigação e a ressonância magnética (RM) tem também se mostrado muito útil para obter imagens de alta resolução. Informações precisas da extensão da doença, demonstração de complicações e caracterização da atividade são cruciais para o diagnóstico e planejamento. É muito importante que o radiologista esteja familiarizado com os achados de imagem nesta doença. O objetivo deste trabalho é demonstrar várias formas de apresentação da doença de Crohn, tanto frequentes como algumas menos comuns, nos diferentes métodos de imagem. **Descrição do material:** Serão apresentados achados da doença de Crohn em exames como trânsito intestinal, enterografia, TC e RM, incluindo exemplos de lesões precoces da mucosa, massas nodais, espessamentos murais, dilatações e

estenoses, proliferação fibroadiposa do mesentério, fistulas e abscessos, entre outras. Alterações menos comuns como abscessos de localização atípica e doença de Crohn no apêndice cecal também serão mostradas.

Código do trabalho: 170

#### **VOLVO GÁSTRICO.**

Alberto Guerra Dias; Ana Livia Prado de Meneses Lopes; Marcella Sousa Frota de Almeida; Gabriela Maria Ribeiro e Ribeiro; George Caldas Dantas; Vanessa de Carvalho Bandeira; Rodrigo Abdalla de Vasconcelos; Marcelo Ricardo Canuto Natal.

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

Volvo ou vólculo gástrico é uma rotação anormal do estômago, que pode ser de etiologia primária (frouxidão ou agenesia dos ligamentos gástricos) ou secundária (aderências, hérnia hiatal e outras). Sua classificação se baseia no eixo de rotação, podendo ser organoaxial – eixo longitudinal paralelo à linha imaginária cardiopilórica (mais comum, 60%), mesentericoaxial – eixo transversal perpendicular à linha cardiopilórica (30%), e tipo misto – combinação dos outros dois. A forma de apresentação pode ser crônica e aguda. A primeira é assintomática ou oligossintomática e pode ser responsável por sintomas incomuns de desconforto abdominal e pirose epigástrica (mais comum). Já o quadro agudo é representado por dor abdominal súbita, vômitos e a tríade de Borchardt (distensão epigástrica, incapacidade de passar a sonda gástrica e inúteis esforços para vomitar); é propenso a isquemia tecidual, necrose e perfuração gástrica, tendo evolução mais desfavorável, considerado emergência cirúrgica. **Descrição do material apresentado:** Serão apresentadas imagens de casos ilustrativos de vólculo gástrico, ressaltando as características imagiológicas de cada grupo.

Código do trabalho: 183

#### **ANGIORRESSONÂNCIA MAGNÉTICA RENAL NÃO CONTRASTADA.**

Ricardo Jahn Martins<sup>1</sup>; Bernd Uwe Foerster<sup>1</sup>; Valdir Fialkowski<sup>1</sup>; Jorge Andres Delgado Bedout<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Philips Healthcare do Brasil – São Paulo, SP, Brasil; <sup>2</sup> Instituto de Alta Tecnologia Médica de Antioquia – Medellín, Colômbia.

Desde a descoberta da fibrose sistêmica nefrogênica, a procura de exames de angiografia renal por ressonância magnética sem uso de contraste de gadolínio vem crescendo, principalmente em pacientes com insuficiência renal preexistente. Nos últimos anos vêm surgindo novas técnicas endereçando as necessidades específicas desta aplicação. Neste trabalho comparamos duas destas técnicas – BTRANCE e TIMESLIP – em um scanner Philips Ingenia 3T. Ambas as técnicas utilizam uma supressão de tecido estático por inversão e subsequente aquisição de imagem por *balanced Fast Field Echoes* (bFFE). A diferença das técnicas está na utilização de sincronização cardíaca e respiratória, respectivamente, que resulta em propriedades distintas de contraste, resolução e suscetibilidade a artefatos de movimentos. A técnica TIMESLIP, que emprega apenas simples sincronização respiratória sem necessidade de sincronização cardíaca através de eletrocardiograma, mostra resultados satisfatórios de angiografia renal, porém com algum sinal residual dos tecidos estáticos. A técnica BTRANCE original, que utiliza sincronização cardíaca na fase diastólica, mostra resultados excelentes, porém com algumas dificuldades de reprodutibilidade devido a deslocamento não desprezível dos rins durante o ciclo respiratório, que resulta em diminuição da resolução espacial nas imagens e dificuldade de visualização das artérias renais distais. Em base de experimentos em voluntários, propusemos uma técnica BTRANCE

modificada com sintonização respiratória por econavegadores no modo *gate and track*, que aumenta consideravelmente a reprodutibilidade e permite visualizar com excelente qualidade até as artérias renais distais, mesmo nos casos mais críticos.

Código do trabalho: 194

#### **ASPECTOS DE IMAGEM DA MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA UTERINA ADQUIRIDA.**

Gabriel Lacerda Fernandes<sup>1</sup>; Vinícius de Araújo Gomes<sup>1</sup>; Rafael Lemos Nascif<sup>1</sup>; Célio Lúcio Palha da Cruz<sup>1</sup>; Fran Rocha Correia<sup>1</sup>; Emanuelle Santiago Pereira<sup>1</sup>; Lisa Veloso Campos<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Hospital de Base do Distrito Federal – Brasília, DF; <sup>2</sup> Hospital Regional de Taguatinga – Taguatinga, DF, Brasil.

**Introdução:** Malformações arteriovenosas (MAVs) são compostas por um emaranhado de vasos de diferentes tamanhos com características histológicas tanto de artérias quanto de veias, porém sem evidência de uma rede capilar interligada. A maioria das MAVs são congênitas e têm sido descritas em muitas áreas do corpo, mais comumente no cérebro. MAVs uterinas são raras e classificadas em congênitas ou adquiridas. MAVs uterinas adquiridas têm sido relatadas como consequência de trauma e há, usualmente, história de aborto espontâneo seguido de dilatação e curetagem, aborto terapêutico, uso de dispositivo intrauterino, carcinoma endometrial ou tratamento prévio para doença trofoblástica gestacional. A MAV uterina pode causar sintomas como menorragia ou menometrorragia, portanto, é imperativo que o diagnóstico correto seja feito antes do tratamento, como dilatação e curetagem, o que poderia causar hemorragia de difícil controle, levando a risco de morte. A ultrassonografia é a técnica de imagem mais comumente realizada para avaliação de sangramento vaginal anormal, sendo que a utilização do Doppler pode demonstrar achados compatíveis, possibilitando o diagnóstico acurado quando associado a história clínica e exames laboratoriais. A ressonância magnética está restrita a poucos casos em que persiste a suspeita de neoplasia trofoblástica gestacional ou restos ovulares. **Descrição:** Ilustraremos, com quatro casos, os achados de imagem na ultrassonografia e ressonância magnética, permitindo um diagnóstico não invasivo dessa doença, e juntamente com a curva sérica do  $\beta$ -HCG, diferenciar outras condições que se manifestam com preenchimento da cavidade endometrial e hemorragia, incluindo neoplasia trofoblástica gestacional e restos ovulares.

Código do trabalho: 197

#### **NEOPLASIAS SÓLIDO-CÍSTICAS PANCREÁTICAS: PRINCIPAIS ASPECTOS DE IMAGEM.**

Marcella Sousa Frota de Almeida; Vanessa de Carvalho Bandeira; Gabriela Maria Ribeiro e Ribeiro; Ana Livia Prado de Meneses Lopes; George Caldas Dantas; Alberto Guerra Dias; Rodrigo Abdalla de Vasconcelos; Marcelo Ricardo Canuto Natal.

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

As neoplasias pancreáticas císticas são tumores relativamente raros, contribuindo com apenas 10% a 15% de todas as lesões císticas pancreáticas e representando 1% dos cânceres pancreáticos. Apesar de diferentes tipos histológicos de neoplasias pancreáticas císticas serem relatados na literatura, os subtipos principais são: cistoadenomas serosos, neoplasias císticas mucinosas, neoplasia mucinosa papilar intraductal e neoplasia neuroendócrina. Estes correspondem a 90% de todas as neoplasias císticas pancreáticas primárias. A diferenciação entre os subtipos é muito importante na determinação da con-

duta clínica a ser estabelecida, que pode ser desde o acompanhamento de cistoadenomas serosos até a imediata ressecção nas suspeitas das neoplasias mucinosas ou neoplasias neuroendócrinas. O aprimoramento tecnológico contínuo dos métodos de imagem, como ultrassonografia (US), tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM), tem permitido identificar precocemente lesões pancreáticas cada vez menores, em que a maioria dos pacientes é assintomática e não relata história de doença pancreática conhecida. Além disso, o uso crescente dos métodos de imagem não invasivos para fins de investigação, em geral no abdome, eleva ainda mais a taxa de detecção dessas neoplasias, que, frequentemente, correspondem a um achado incidental de exame. **Descrição do material apresentado:** Serão apresentadas imagens de casos ilustrativos de neoplasias sólido-císticas do pâncreas, ressaltando as características imagiológicas de cada grupo.

Código do trabalho: 202

#### **AValiação de Apêndice por Ressonância Magnética em Crianças.**

Eduardo Just da Costa e Silva; Sílvio Cavalcanti de Albuquerque; Cris Ferreira de Medeiros; Juliana de Oliveira Lopes Cavalcanti; Lys Santana Teixeira; Filipe Aragão Félix; Luiz Jaime Ferreira Lima Netto; Dolores Petrola de Melo Jorge Vieira.

IMIP – Recife, PE, Brasil.

A apêndice é a causa mais comum de dor abdominal aguda em crianças. As principais complicações incluem perfuração e peritonite. O diagnóstico geralmente é clínico, mas até um terço dos pacientes tem um quadro atípico, beneficiando-se de avaliação radiológica. Os principais métodos de imagem utilizados nesses casos são a ultrassonografia (US) e a tomografia computadorizada (TC). A ressonância magnética (RM) vem se tornando uma opção promissora para os casos complicados ou menos suspeitos, sobretudo em faixas etárias mais jovens. A US, mais viável, é a primeira opção em apêndices na ausência de complicações; no entanto, é menos sensível que os demais métodos e perde especificidade em casos complicados, gerando inúmeros diagnósticos diferenciais. A TC, mais sensível e específica, consegue, em grande parte das vezes, realizar essa diferenciação, mas à custa de uma grande exposição à radiação ionizante, o que não é desejável, principalmente em pacientes pediátricos. A RM, apesar de ainda ser um método oneroso e pouco acessível, surge como uma opção acurada como a TC, mas com a grande vantagem de ser livre de radiação. Evidenciamos casos selecionados neste estudo, nos quais a RM demonstrou o correto diagnóstico de apêndice complicada em crianças, quando a US indicara diagnósticos outros e se desejava evitar a radiação de uma TC. Em situações como essas, a RM torna-se uma opção muito atraente, pois, sem expor as crianças às possíveis consequências da radiação ionizante, demonstra com primor traços de doença complicada, diminuindo assim possíveis diagnósticos e consequentes condutas clínicas ou cirúrgicas equivocados.

Código do trabalho: 203

#### **Endometriose Pélvica: Aspectos de Imagem Além do Endometrioma.**

Vinícius de Araújo Gomes<sup>1</sup>; Gabriel Lacerda Fernandes<sup>1</sup>; Rafael Lemos Nascif<sup>1</sup>; Thales Roberto Teixeira Taveira<sup>1</sup>; Alan Timóteo Rodrigues Reis<sup>1</sup>; Lisa Veloso Campos<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Hospital de Base do Distrito Federal – Brasília, DF; <sup>2</sup>Hospital Regional de Taguatinga – Taguatinga, DF, Brasil.

**Introdução:** A endometriose é a presença de glândulas ou estroma endometrial fora da cavidade uterina. As três teorias mais aceitas para explicar a heterotopia dessas células endometriais dizem que a disseminação ocorre por fluxo menstrual retrógrado pelas tubas uterinas, embolização vascular ou linfática e metaplasia do peritônio. Estima-se prevalência da endometriose em até 20% das mulheres em idade fértil, sendo maior em mulheres com menos de 30 anos. Seus principais sintomas são dor pélvica crônica cíclica ou acíclica, dispareunia e infertilidade, podendo variar de acordo com os órgãos acometidos. Os locais mais comuns de envolvimento, em ordem decrescente, são: ovários, fundo de saco posterior e anterior, ligamentos largos, ligamentos uterossacros, serosa uterina, tubas uterinas, sigmoide, ureteres e intestino delgado. **Descrição:** A apresentação mais comum da endometriose nos métodos de diagnóstico por imagem é através de cisto ovariano hemorrágico contendo sangue em diversas fases de degradação da hemoglobina (endometrioma), que confere aspecto de imagem altamente específico na ressonância magnética, porém muitas vezes indistinguível de outros cistos hemorrágicos na ultrassonografia. Abordaremos neste trabalho as outras apresentações da endometriose pélvica, que não o endometrioma, também muito comuns, porém que podem passar despercebidas se o médico radiologista não estiver familiarizado com seus aspectos de imagem. A adequada caracterização desses implantes endometrióticos tem grande importância no planejamento cirúrgico das pacientes, podendo diminuir as complicações e o tempo de procedimento cirúrgico. Os casos são ilustrados por ultrassonografia transvaginal e ressonância magnética da pelve realizadas em aparelho de 1,5 tesla.

Código do trabalho: 224

#### **Lesões Císticas Pancreáticas: Um Amplo Espectro de Lesões que o Radiologista Deve Conhecer.**

Andrea Farias de Melo; Francisco Abaete das Chagas Neto; Sara Reis Teixeira; Tatiane Mendes Gonçalves de Oliveira; Rafael Kemp; José Sebastião dos Santos; Valdir Francisco Muglia; Jorge Elias Junior.

HCFMRP-USP – Ribeirão Preto, SP, Brasil.

**Introdução:** A detecção de lesões císticas pancreáticas pelo radiologista tem aumentado bastante nos últimos anos, devido, principalmente, à evolução dos diversos métodos de imagem. Existe um amplo espectro de lesões císticas pancreáticas, sendo importante sua caracterização para posterior decisão terapêutica e conduta. Este ensaio tem como objetivos: discutir os diferentes tipos de apresentação de lesões císticas pancreáticas, desde as mais frequentes às mais raras, benignas e malignas, assim como aquelas relacionadas com doenças de base, tais como a fibrose cística, Von Hippel-Lindau e doença renal autossômica dominante, além disso, ilustrar casos de lesões císticas pancreáticas em diferentes métodos de imagem (ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética). **Descrição:** Apesar de haver uma gama de diferentes tipos histológicos de lesões císticas pancreáticas, os cistoadenomas serosos, os mucinosos, o tumor pseudopapilar sólido-cístico (Frantz), as neoplasias intraductais papilares mucinosas e as neoplasias císticas papilares intraductais respondem por cerca de 90% de todas as neoplasias císticas primárias do pâncreas. No entanto, há lesões císticas benignas, como o pseudocisto pancreático e a pancreatite do sulco pancreatoduodenal, que são potencialmente desafiadoras em determinados casos. A caracterização morfológica das lesões (uni/multiloculares, comunicação com ducto pancreático principal ou secundário e localização), assim como a análise da idade, dos sintomas, dos antecedentes patológicos (doenças de base, pancreatite prévia, etc.), contribuem para a proximidade

do diagnóstico preciso. Conhecer e diferenciar as lesões císticas pancreáticas é essencial para o radiologista, não só porque está presente na nossa rotina, mas para evitar possíveis intervenções cirúrgicas desnecessárias.

Código do trabalho: 225

#### **SÍNDROME DE QUEBRA-NOZES (NUTCRACKER): RELATO DE CASO.**

Célio Lúcio Palha da Cruz<sup>1</sup>; Rafael Lemos Nascif<sup>1</sup>; Gabriel Lacerda Fernandes<sup>1</sup>; Fran Rocha Correia<sup>1</sup>; Ana Graziela Santana Anton<sup>1</sup>; Thales Roberto Teixeira Taveira<sup>1</sup>; Alan Timóteo Rodrigues Reis<sup>1</sup>; Luciano Carvalho Agrizzi<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Hospital de Base do Distrito Federal; <sup>2</sup> IMEB - Imagens Médicas de Brasília – Brasília, DF, Brasil.

**Introdução:** A síndrome de quebra-nozes é uma condição na qual há compressão da veia renal esquerda entre a aorta e a artéria mesentérica superior, apresenta prevalência aumentada no sexo feminino e é postulado que se associe a situações particulares, como a nefropose e a escassez de gordura retroperitoneal. Está associada a sintomas característicos, porém pouco específicos, que resulta na elevação da pressão na veia renal esquerda e no desenvolvimento de veias colaterais e traduz-se, clinicamente, em micro-hematúria ou hematúria macroscópica intermitente devido a hipertensão venosa. Outros sintomas frequentes, também decorrentes do estabelecimento de uma circulação colateral e dilatação das veias gonadais, incluem varicoceles à esquerda em rapazes ou, em mulheres, um complexo de sintomas denominado síndrome de congestão pélvica. **Descrição:** Mulher, 32 anos, apresentando dor pélvica e hematúria microscópica intermitente sem etiologia estabelecida até então. Durante a investigação, foi solicitada tomografia computadorizada abdominal com contraste intravenoso, a qual, associada às manifestações clínicas, foi suficiente no estabelecimento do diagnóstico, evidenciando a compressão da veia renal esquerda no seu trajeto entre a artéria mesentérica superior e a aorta abdominal. **Discussão:** A hematúria, sinal típico, teria como causa a ruptura das finas paredes dos vasos adjacentes ao sistema coletor urinário. Apesar de a venografia ser definida como o método padrão-ouro, a angiogramografia vem sendo usada como o método de imagem de escolha, sendo suficiente para determinar o diagnóstico. De diagnóstico costumeiramente tardio, esta síndrome deve ser incluída na investigação de pacientes com quadro de hematúria a esclarecer.

Código do trabalho: 226

#### **FIBROSE RETROPERITONEAL: UM RELATO DE CASO.**

Gabriel Nassif Martins; Bruno Nocrato Loiola; Clariana Mattos Lima; Paulo Martins Silva Junior; Eduardo José de Oliveira Almeida; Luiz Alberto Anderson; Savio F. R. Alonso; Pedro Alberto Vidal Anderson; Vivian Pecly de Garcia Coutinho; Thaiana Carrera Guarconi Venturini.

Hospital São José do Avai – Itaperuna, RJ, Brasil.

A fibrose retroperitoneal é uma doença rara, geralmente vista em pacientes com idade entre os 40 e 70 anos, e é secundária a um processo inflamatório crônico do retroperitônio que pode comprimir os ureteres. A etiologia é desconhecida na maioria dos casos, ainda que vários fatores, como medicações, doenças malignas e inflamatórias, possam estar envolvidos. O diagnóstico de fibrose retroperitoneal deve ser considerado em pacientes com dor abdominal ou lombar e lesão no retroperitônio. Os sinais e sintomas são relacionados com comprometimento de estruturas retroperitoneais como veia cava, aorta e ureteres. Quando ambos os ureteres são comprometidos, insuficiência renal do tipo obstrutivo pode se desenvolver. Várias opções medica-

mentos têm sido utilizadas nessas situações e as principais são os esteroides, o tamoxifeno e a azatioprina. No momento da exploração cirúrgica do retroperitônio, a ureterólise é realizada depois de identificar claramente o ureter não comprometido com tecido fibrótico, em geral, junto ao rim ou à bexiga. Mais recentemente, técnicas de videolaparoscopia têm sido utilizadas nessas situações. Apresenta-se um caso de fibrose retroperitoneal associado à presença de placas ateromatosas na aorta evoluindo com úlceras e aortite. O paciente foi submetido a colocação de cateter de duplo J sem sucesso e encontra-se em tratamento com corticosteroide.

Código do trabalho: 228

#### **ASPECTOS PÓS-OPERATÓRIOS DO ESTÔMAGO: DA CIRURGIA À IMAGEM.**

Fabircius Andre Lyrio Traple; Eder Prado Gomes; Carlos Silvestre; Jader Cronenberg Oliveira; Alexandre Bialowas; Gladstone Mattar; Ricardo Pires de Souza; Aldemir Humberto Soares.

Hospital Heliópolis – São Paulo, SP, Brasil.

**Introdução:** Cirurgias gástricas estão entre os procedimentos mais realizados em nosso meio e têm o objetivo de tratar as diversas afecções benignas e malignas que acometem o estômago. Tais cirurgias podem ser realizadas no tratamento de úlceras gástricas, pólipos gástricos, tumores malignos como o adenocarcinoma, no tratamento da obesidade, entre outras, e cada uma delas tem características anatômicas próprias. É importante para o radiologista estar familiarizado com a anatomia pós-cirúrgica das mais variadas cirurgias do estômago para poder avaliar corretamente a nova estrutura do órgão e poder diferenciar de algumas complicações que porventura possam ocorrer. **Descrição sucinta:** O objetivo deste ensaio iconográfico é demonstrar os aspectos de imagem nos mais variados métodos radiológicos no pós-operatório das cirurgias mais comumente realizadas no estômago, tais como: gastrectomia total e parcial, Billroth I e Billroth II, cirurgias bariátricas, entre outras. Para isto realizamos uma revisão da literatura, bem como levantamento de casos do arquivo do nosso hospital que ilustram tais alterações.

Código do trabalho: 231

#### **ASPECTOS RADIOLÓGICOS DE LESÕES UNILATERAIS E BILATERAIS DAS ADRENAIS.**

Lucypaula Andrade Pinheiro; Juliana Paiva Andrade; Thamara Perrone Maciel; Leticia da Silva Lacerda; Celso Estevão de Oliveira; Dequiter Carvalho Machado; Domenico Capone; José Fernando Cardona Zanier. UERJ – Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

**Introdução:** As adrenais são órgãos retroperitoneais frequentemente acometidos por doenças primárias e secundárias, como sítios de metástases ou parte de doenças sistêmicas. As afecções primárias da adrenal se manifestam com diferentes características ao estudo de imagem por tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM). Algumas apresentam características específicas a estes métodos, sendo desnecessário estudo histopatológico para confirmação diagnóstica, e outras necessitam de correlação com dados clínicos ou estudo dinâmico das adrenais para diferenciação entre lesões benignas e malignas. Para evitar a realização de procedimentos invasivos, é fundamental que o radiologista esteja apto a reconhecer aspectos específicos de lesões benignas da adrenal, algumas mais prevalentes, como adenomas e mielolipomas, e outras mais raras, como os hemangiomas, bem como de lesões malignas e inflamatórias. **Descrição:** Foram analisados, em um hospital escola no Rio de Janeiro, re-

trospetivamente, oito pacientes portadores de alterações tomográficas nas adrenais, configurando quatro casos de lesões focais unilaterais (hemangioma, mielolipoma, adenoma e carcinoma) e quatro de lesões difusas bilaterais (tuberculose, histoplasmose, paracoccidiodomicose e metástase).

Código do trabalho: 237

#### **O IMPACTO DA ANGIOTOMOGRAFIA E DA ANGIORRESSONÂNCIA NA AVALIAÇÃO DE ENXERTOS/FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS MAL FUNCIONANTES EM PACIENTES EM HEMODIÁLISE.**

Alexandre Cancela Moreira; Otto Wolf Maciel; Taciana Filomeno Orsini; Alexandre Peroni Borges; Thomaz Nader Bassitt; Andre Lobo Miret.

*Próton Diagnósticos – Campinas, SP, Brasil.*

Fístulas e enxertos arteriovenosos são o método de escolha para acesso vascular em pacientes com insuficiência renal que necessitam de hemodiálise. Entretanto, tais fístulas e enxertos não são isentos de complicações, como trombose precoce, falha de maturação e hiperplasia miointimal no local do acesso venoso. O uso de técnicas não invasivas, como angiotomografia e angiressonância, com seqüências de alta resolução e reconstruções em 3D, apresentam utilidade primordial na identificação das complicações e da anatomia do enxerto vascular, assim como facilitação de suas correções cirúrgicas. A angiressonância apresenta sensibilidade de 97%, especificidade de 99%, valor preditivo positivo de 96% e valor preditivo negativo de 99%. Durante o período de setembro de 2009 a dezembro de 2011, foram realizadas análises de 20 casos de pacientes com enxerto/fístulas arteriovenosas mal funcionantes para hemodiálise, exemplificando-se os casos mais impactantes em acordo com a literatura médica corrente.

Código do trabalho: 244

#### **CONTRIBUIÇÃO DAS CORRELAÇÕES ICONOGRÁFICAS NO RECONHECIMENTO DE ALTERAÇÕES RADIOLÓGICAS.**

Reginaldo Figueiredo; Thaís Coura Figueiredo; Ana Paula Coura Figueiredo; João Paulo Kawaoka Matushita.

*Hospital das Clínicas da UFMG – Belo Horizonte, MG, Brasil.*

**Introdução:** A iconografia traduz uma forma de linguagem que permite a utilização de imagens na representação de alterações orgânicas. As correlações iconográficas evidenciam a criatividade dos pesquisadores e têm contribuído sobremaneira com o ensino da radiologia, ao facilitar o reconhecimento das alterações detectadas em exames que envolvem a imagem. Este estudo mostra as principais correlações iconográficas que podem ser obtidas nos exames envolvendo o diagnóstico por imagem. **Material e método:** Trabalho realizado com base na literatura especializada e consulta ao acervo de imagens da Faculdade de Medicina e do Hospital das Clínicas da UFMG. **Resultados:** Neste ensaio podem-se detectar imagens que possuem significados diversos, tais como: *anel* – bronquiectasia, escorbuto, neurotoxoplasmose, necrose de papila renal ou necrose avascular óssea; *bico de pássaro* – vólculo intestinal ou acalásia de esôfago; *borboleta* – pneumonia aspirativa ou fratura cominutiva; *calçamento* – doença de Crohn, hiperplasia nodular linfóide ou proteinose alveolar; *cobra* – ureterocele ou cisto do ducto tireoglossal; *colar* – escorbuto, raquitismo, colangite esclerosante, metástase pulmonar linfagítica ou pneumoconiose; *cunha* – acidente vascular encefálico isquêmico ou infarto pulmonar; *espada* – sífilis congênita tardia ou síndrome venolobar pulmonar congênita; *lágrima* – fratura cervical por compressão ou morfologia vesical; *meia-lua* – derrame pleural, hematoma subdural, aneurisma de aorta ou hidronefrose; *maçã mordida* – tumores vegetantes

do trato gastrointestinal; *orelha* – pedúnculo do mesencéfalo ou herniação extraperitoneal; *roído de traça* – mieloma múltiplo, osteomielite, tumor de Ewing ou tuberculose renal; *trilho de trem* – bronquiectasias ou calcificações vasculares na mama. **Conclusão:** Como se pode observar, a iconografia trouxe à luz do ensino médico diversas oportunidades de se diagnosticar doenças que possuem imagens peculiares, às quais nos referimos como sinais clássicos.

Código do trabalho: 254

#### **FÍSTULA COLECISTOCUTÂNEA ESPONTÂNEA.**

Flavia Aparecida Jorge Urbano Rodrigues da Silva; Luana Guzzi; Danyela de Oliveira Gonçalves Prado; José Álvaro Gonçalves Neto; Marcelo Cunha de Santis; Eder dos Santos Veggli.

*Instituto de Radiologia – Ribeirão Preto, SP, Brasil.*

**Introdução:** As fístulas colecistocutâneas são complicações incomuns decorrentes de processos inflamatórios ou infecciosos que envolvem a vesícula biliar ou vias biliares. O primeiro relato data de 1640, por Thilesus, e sua incidência vem diminuindo provavelmente em função da melhora dos métodos diagnósticos de imagem e tratamentos medicamentosos, sendo que as perfurações espontâneas de colecistites crônicas calculosas para um órgão abdominal não são uma complicação incomum, incidindo com maior frequência no duodeno (77%). Nos últimos 54 anos, apenas 21 novos casos de fístula colecistocutânea foram adicionados à literatura mundial. **Relato de caso:** Relatamos aqui um caso de um paciente do sexo feminino, 65 anos, submetida a intervenção cirúrgica prévia aos sete anos de idade por colelitíase (*sic*). Há quatro anos, apresentou dores abdominais tipo cólica no hipocôndrio direito associadas a formação de lesão cutânea e saída de secreção amarelo-esverdeada por orifício localizado no local. **Discussão:** A fístula colecistocutânea espontânea é uma apresentação atípica da colecistolitíase, em que a vesícula biliar se adere à parede abdominal anterior, permitindo a formação de um trajeto fistuloso com drenagem de material biliar, que exige tratamento cirúrgico efetivo envolvendo a colecistectomia com restabelecimento do trajeto fisiológico de drenagem biliar.

Código do trabalho: 258

#### **RELATO DE CASO: HOMOCISTINÚRIA.**

Daniel Macedo Severo de Lucena; Anne Carine de Lima; Gustavo Henrique Bezerra Avelino; Elaine Fernanda Tavares de Souza; Norma Arteiro Figueira; Maria Antonieta Albanez Albuquerque de Medeiros; Tamara Cibelly Pedrosa Arraes; Thiago Lourenço Apolinário.

*UFPE – Recife, PE, Brasil.*

**Introdução:** A homocisteína é um aminoácido intermediário formado pela conversão da metionina a cisteína. A homocistinúria ou severa hiperhomocisteinemia é uma rara desordem autossômica recessiva caracterizada por elevadas concentrações plasmáticas e na urina de homocisteína. Manifestações clínicas dessa afecção incluem atraso do crescimento, osteoporose, anormalidades oculares, doença tromboembólica, além de severa e prematura doença aterosclerótica. Trata-se, portanto, de uma doença rica clinicamente e radiologicamente, e com tratamento relativamente simples, por meio de suporte vitamínico adequado. **Descrição:** Paciente de 27 anos admitido na enfermaria de clínica médica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco com quadro de diarreia, anorexia e disfagia, com acentuada perda de peso. Pele atrófica com lesões descamativas, além de episódio de pneumotórax espontâneo. Apresentava história de acidente vascular encefálico de etiologia cardioembólica há dez anos, além

de trombose venosa profunda de membros inferiores há cerca de nove meses. Radiologicamente, apresentou esofagograma e trânsito intestinal normais. Entretanto, à ultrassonografia e tomografia computadorizada, apresentava cardiomegalia, derrame pleural bilateral, com atelectasias compressivas e reticulações fibróticas em lobos pulmonares inferiores, além de aorta completamente opacificada por trombo na transição toracoabdominal com vasta rede de colaterais arteriais esplâncnicas e para os membros inferiores. Cólon de aspecto sugestivo de colite isquêmica. **Discussão:** Homocistinúria parece ser um fator de risco independente para doença cerebrovascular, arterial periférica e cardíaca isquêmica. Achados clínico-radiológicos são amplos e estão claramente associados a um padrão de doença aterosclerótica generalizada e prematura. Tais achados são fundamentais para orientação médica no seguimento do paciente, mediante suplementação vitamínica, com melhora de seu prognóstico.

Código do trabalho: 259

#### **PERSISTÊNCIA DO ÚRACO: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA.**

Fabricius Andre Lyrio Traple; Breno Gomide; Jader Cronenberg Oliveira; Sérgio Furlan; Fumiyo Alice Fujiki; Gladstone Mattar; Ricardo Pires de Souza; Aldemir Humberto Soares.

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

**Introdução:** Apresentamos um caso de persistência do úraco diagnosticado em uma paciente de 20 anos de idade, demonstrando seus achados na várias modalidades de imagem (uretrocistografia, tomografia computadorizada e ultrassonografia), além de uma revisão de literatura sobre os principais pontos desta doença. **Descrição sucinta:** Paciente feminina, 20 anos de idade, apresentando queixa de perda urinária umbilical desde o nascimento. Negava outras queixas ou doenças prévias. A uretrocistografia, a ultrassonografia abdominal e a tomografia de abdome evidenciavam o trajeto do úraco entre a bexiga urinária e a região umbilical. **Discussão do caso:** As anomalias do úraco são raras, e quando ocorrem, geralmente são diagnosticadas logo ao nascimento. Normalmente, o úraco se oblitera na última metade da vida fetal, dando origem ao ligamento umbilical medial. Quando isto não ocorre, cria-se um canal patente entre a região umbilical e a bexiga urinária. Os métodos de imagem têm suma importância para seu diagnóstico e este trabalho tem por objetivo apresentar um caso desta afecção e revisar as principais alterações encontradas.

Código do trabalho: 264

#### **MASSAS PÉLVICAS: ACHADOS NA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA.**

Patricia Delage Gomes; Giordanni Hailtom Roque Nogueira Torres Silva; Bernardo Franco Amaral; Tiago Paes Gomide; André Fabiano Souza de Carvalho; Caroline Lopes Albuquerque; Juliana da Costa Almeida; Camila Leijoto Freitas.

*Santa Casa de Belo Horizonte – Belo Horizonte, MG, Brasil.*

A ressonância magnética (RM) vem sendo cada vez mais utilizada e aceita como método de imagem eficaz no diagnóstico, localização e caracterização de massas anexiais não adequadamente avaliadas pela ultrassonografia (US). A RM apresenta diversas vantagens, principalmente relacionadas à não utilização de radiação ionizante, assim como avaliação espacial e anatômica da pelve feminina. Um dos principais objetivos da avaliação das massas pélvicas por meio de RM é a diferenciação entre lesão benigna e maligna. Alguns autores acreditam que a RM evita uma conduta intervencionista desnecessária, ao se caracte-

terizar a lesão como benigna, levando à redução significativa do custo total do tratamento. Outra utilidade recai nas mulheres que querem preservar a fertilidade, no lugar da laparoscopia diagnóstica, que é um procedimento invasivo com risco de desenvolvimento de aderências pélvicas. A diferenciação entre lesões malignas e benignas melhorou com a utilização do contraste paramagnético (gadolínio), com acurácia diagnóstica de 91% a 99%. O contraste evidencia melhor a arquitetura interna de cistos e aumenta a detecção de implantes peritoneais e omentais. O objetivo deste trabalho é demonstrar as apresentações de diferentes massas anexiais por meio da RM. Foram realizados estudo iconográfico e ampla revisão da literatura para caracterizar os principais achados de massas anexiais pélvicas, sendo demonstrado no presente estudo o aspecto, por intermédio da RM, do cisto simples, cisto hemorrágico, cisto endometriótico, cisto dermoide, hidrossalpinge e de massas malignas.

Código do trabalho: 265

#### **SÍNDROME DE BUDD-CHIARI: RELATO DE CASO.**

Guilherme Cé Pagliari; Flamarion de Barros Cordeiro; Yanara Feltrin; Fernando Alves Guilherme; Bruno Rick Ogata; Vanessa Cristina Mendes; Daniel Sakuno; Tiago Machado Paraizo.

*Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa – Ponta Grossa, PR, Brasil.*

**Introdução:** A síndrome de Budd-Chiari é caracterizada pela oclusão das veias supra-hepáticas, geralmente de natureza trombótica, com ou sem associação da veia cava inferior. Neste processo ocorre uma congestão hepática centrolobular progressiva, podendo evoluir para cirrose. Suas causas envolvem algumas anormalidades da coagulação, trauma, neoplasias e malformações congênicas obstrutivas. No entanto, nenhuma causa definida é encontrada em cerca de 65% dos pacientes. O diagnóstico é realizado pela suspeita clínica e confirmado por exames complementares. A síndrome descrita é um distúrbio raro e de prognóstico reservado para os casos em que o tratamento precoce não é instituído. **Descrição:** Paciente S.S.J., feminina, 52 anos, hipertensa, diabética, com insuficiência renal crônica, admitida por hepatomegalia dolorosa, dispneia e edema de membros inferiores. **Discussão:** O aparecimento dos sintomas é frequentemente insidioso, com desconforto em hipocôndrio direito e ascite progressiva causada pela hipertensão portal. Nos casos de síndrome de Budd-Chiari crônica, frequentemente ocorre aumento do lobo caudado. Na tomografia computadorizada, o lobo caudado aumentado pode apresentar realce aumentado e há realce precoce da porção central do fígado, eliminação subsequente e realce tardio da periferia do fígado. O prognóstico torna-se reservado quando o diagnóstico e tratamento não são realizados precocemente.

Código do trabalho: 267

#### **DIVERTÍCULO DE MECKEL: RELATO DE CASO.**

Roberta de Souza Lima Barhum; Rosacelia Coelho Brito; Marcelo Akira Kobayashi Sakyama; Humberto Lobato McPhee.

*Hospital Porto Dias e Hospital Ophir Loyola – Belém, PA, Brasil.*

Divertículo de Meckel é uma doença congênita subdiagnosticada por raramente apresentar sintomas, pode ocorrer em até 2% da população, sendo que somente 4% dos portadores apresentarão manifestações durante a vida. Paciente do sexo masculino, 42 anos, há 30 dias iniciou quadro de dor abdominal difusa, com piora progressiva predominando na região hipogástrica e fossa ilíaca direita. Foi encami-

nhado para realização de tomografia computadorizada de abdome total com e sem contraste, na qual se observou presença de formação alongada de conteúdo liquefeito, adjacente ao segmento ileal, próximo à válvula ileocecal, com paredes discretamente espessadas e densificação dos tecidos gordurosos mesentéricos. Apêndice cecal sem anormalidades. Divertículo de Meckel resulta de uma obliteração incompleta do ducto onfalomesentérico ou vitelino entre a 5ª e 7ª semana de gestação. Trata-se de um divertículo verdadeiro, uma vez que apresenta as três camadas da parede intestinal, localiza-se na borda anti-mesentérica e geralmente no íleo terminal. Quando sintomático, as complicações clínicas mais frequentes são hemorragia digestiva baixa, obstrução intestinal e diverticulite.

Código do trabalho: 278

#### **PUNÇÕES E DRENAGENS DA CAVIDADE PÉLVICA: DIFERENTES ABORDAGENS.**

Alberto Paiva de Moraes Filho; Márcio Mitsugui Saito; Thiago José Moreira da Cunha; Alice Duarte de Carvalho; Luis Marcelo Ventura; Luis Antônio de Castro.

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

**Introdução:** O avanço terapêutico clínico e cirúrgico das diferentes doenças propicia ao paciente um tratamento mais conservador e, portanto, maior qualidade de vida e menor morbidade. No sentido oposto, o prolongamento da expectativa de vida aumenta a probabilidade de complicações, como sepse e coleções líquidas na cavidade abdominal. Nesse sentido, a abordagem percutânea de coleções líquidas na região pélvica é um método que pode estabelecer um diagnóstico preciso e precoce, bem como um tratamento minimamente invasivo e praticamente livre de complicações, desde que escolhida adequadamente a via de acesso e tomados os devidos cuidados durante e após o procedimento. **Objetivo:** Analisar criticamente as diferentes técnicas de punção realizadas pelos métodos de Seldinger e trocar, utilizando imagens radiológicas de ultrassonografia e tomografia computadorizada. **Casística e método:** Foram avaliadas punções e drenagens de coleções líquidas na região pélvica entre agosto de 2011 e abril de 2012, decorrentes de processos mórbidos e de procedimentos cirúrgicos, utilizando as técnicas de Seldinger e trocar, guiadas por ultrassonografia suprapúbica, transvaginal e transretal, ou por tomografia computadorizada por via anterior, posterior e transglútea. **Resultados:** As diferentes estratégias e abordagens foram eficientes para realizar punções e drenagens de coleções líquidas pélvicas, não havendo complicações maiores; o desconforto e a dor foram as principais complicações. **Conclusões:** A punção de coleções pélvicas guiada por imagem é um procedimento seguro e eficaz. A abordagem adequada e o controle pós-procedimento de cateteres são fundamentais para a obtenção de sucesso.

Código do trabalho: 281

#### **RELATO DE CASO DE SÍNDROME DE POLIESPLENIA EM ADULTO ASSINTOMÁTICO.**

Fabricia Mussi de Oliveira<sup>1</sup>; Bruno Alberto Falcão Pereira<sup>2</sup>; Natalia de Almeida Façanha<sup>1</sup>; Maria de Nazaré Martins Leão<sup>1</sup>; Marcela Menezes de Abreu<sup>1</sup>; Adriano Lopes Ferreira<sup>1</sup>; Nara Martins Leão<sup>1</sup>; José Antônio Brito dos Santos<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Hospital Beneficente Portuguesa; <sup>2</sup> Hospital Adventista de Belém – Belém, PA, Brasil.

**Descrição:** Relato de caso de um paciente do sexo masculino, 39 anos de idade, com queixa de lombalgia. A investigação por ima-

gens revelou achados incidentais caracterizando síndrome de poliesplenia associada a outras malformações abdominais. Em nossa revisão de literatura encontramos descritos 39 casos de síndrome de poliesplenia em adultos. É importante o conhecimento destes achados para investigar outras malformações e evitar diagnósticos errôneos de outras doenças. **História clínica:** Paciente com queixa de lombalgia. **Diagnóstico:** Poliesplenia, associada a veia ázigos em continuação à veia cava inferior, veia porta pré-duodenal, agenesia do segmento intra-hepático da veia porta, pâncreas curto, e anomalia de rotação intestinal. **Discussão:** A poliesplenia é uma alteração congênita associada a várias anomalias torácicas e abdominais; 75% destes pacientes morrem antes dos cinco anos de idade devido a associação com malformações cardiovasculares severas. Em pacientes adultos, o diagnóstico é geralmente incidental na investigação por imagem, uma vez que em sua maioria são assintomáticos, pois os defeitos cardíacos são mínimos, ao contrário das anomalias abdominais, que são mais expressivas. Tendo-se em vista o desconhecimento da síndrome e má interpretação dos achados em exames ecográficos, métodos como a tomografia computadorizada e a ressonância magnética ajudam no melhor reconhecimento e diferenciação das malformações que compõem a síndrome.

Código do trabalho: 282

#### **OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR HÉRNIA ATRAVÉS DO ANEL GÁSTRICO: RELATO DE CASO E CORRELAÇÃO CIRÚRGICA.**

Gustavo Gumz Correia; Bernardo Corrêa de Almeida Teixeira; Danilo André Fernandes Alvarez; Bruno Marino Schiocchet Monarim; Isabella Mascarello; Vanessa Kozak; Maurício Zapparoli; Mayra Dal Bianco Negrisoli.

HC-UFPR – Curitiba, PR, Brasil.

**Introdução:** O procedimento de *bypass* gástrico com anastomose em Y de Roux é uma intervenção cirúrgica efetiva que pode promover dramática redução de peso em pacientes com obesidade mórbida. Apesar de sua crescente popularidade, várias complicações podem resultar desse procedimento. Este trabalho tem por objetivo relatar um caso de obstrução intestinal por hérnia através do anel gástrico utilizado no procedimento. **Descrição:** Paciente do sexo feminino, 34 anos de idade, submetida a *bypass* gástrico em Y de Roux com anel gástrico de silicone há um ano, foi admitida no pronto-atendimento com dor no andar superior do abdome e vômitos alimentares com sete dias de evolução. A endoscopia mostrou gastroenterostomia de aspecto habitual e estase. O exame de tomografia computadorizada sugeriu anormalidade de posição do anel gástrico, com alça de intestino delgado herniada através dele e dilatação a montante na alça de Roux. A paciente foi levada para realização de laparoscopia, que corroborou os achados de imagem. Não havia sinais de isquemia da alça, sendo retirado o anel. A paciente apresentou boa evolução. **Discussão:** O *bypass* gástrico em Y de Roux combina propriedades restritivas e desabsortivas por meio da criação de uma bolsa gástrica e uma alça de Roux e, apesar de variações, pode ser considerado um dos procedimentos padrão na cirurgia bariátrica. Em alguns casos é colocado anel de silicone para impedir a dilatação da bolsa gástrica. Várias complicações podem decorrer do procedimento, como estenose e deiscência de anastomose cirúrgica, fístulas, perda da restrição da bolsa gástrica, complicações relacionadas à ferida operatória, e hérnias internas com isquemia e obstrução intestinal. O médico radiologista possui importante papel no diagnóstico dessas complicações, devendo conhecer o aspecto pós-operatório normal e reconhecer mesmo aquelas complicações menos frequentes.

Código do trabalho: 291

### **BIÓPSIA PÉLVICA: ESTRATÉGIAS E FERRAMENTAS PARA UMA ABORDAGEM SEGURA.**

Alice Duarte de Carvalho; Thiago José Moreira da Cunha; Alberto Paiva de Moraes Filho; Márcio Mitsugui Saito; Luis Marcelo Ventura; Luis Antônio de Castro.

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

**Introdução:** A pelve corresponde a um complexo estrutural e funcional que pode ser alterado pelos diferentes processos patológicos, envolvendo um ou mais sistemas orgânicos. Nesse sentido, a biópsia é uma ferramenta diagnóstica imprescindível, ora para estabelecer o diagnóstico, ora para o estadiamento de neoplasias. Diferentes métodos de imagem, tipos de agulha e de abordagem são elementos para definir a melhor estratégia, a fim de se obter material adequado e suficiente para o diagnóstico, de forma segura e eficiente. **Objetivo:** Definir e demonstrar as diferentes abordagens da região pélvica, utilizando métodos de imagem, para estabelecer o diagnóstico citológico ou histológico das doenças. **Casuística e método:** Foram avaliados procedimentos da região pélvica no período de agosto de 2011 a abril de 2012, guiados por ultrassonografia suprapúbica, transvaginal e transperineal, bem como por tomografia computadorizada, por vias anterior, posterior ou transglútea. As amostras de material foram obtidas com agulha fina, 22 gauge, para análise citológica, e com agulha 18 gauge para análise histológica. **Resultados:** As diferentes abordagens foram eficientes para a realização dos procedimentos, não havendo complicações maiores. Entre as complicações menores, a dor e o desconforto foram as mais comuns. **Conclusão:** A biópsia pélvica é um método seguro para obtenção de material para estudo citológico e histopatológico, mediante diferentes métodos de imagem.

Código do trabalho: 301

### **FREQUÊNCIA DE VISUALIZAÇÃO E ESPESSURA DA PAREDE DO APÊNDICE NORMAL UTILIZANDO TOMOGRAFIA COM REFORMATÃO MULTIPLANAR.**

Nívia Abadia Maciel de Melo Matias; Filipe Ramos Barra; Fernanda Valentim de Moraes Silva; Rosimara Eva Ferreira Almeida; Tiago Nóbrega Morato; Diógenes Diego de Carvalho Bispo.

*Hospital Universitário de Brasília – Brasília, DF, Brasil.*

**Introdução:** O presente trabalho tem como objetivo determinar a frequência de identificação, espessura da parede e o diâmetro externo do apêndice usando a tomografia multidetecores de 4 canais por um residente com um ano de experiência com tomografia. **Casuística e métodos:** Estudo retrospectivo com 50 pacientes adultos sem suspeita clínica de apendicite aguda (homens: 19; mulheres: 31) que foram submetidos a exame de tomografia de abdome (com contraste: 38; sem contraste: 12; espessura de corte: 2,5 mm) por outra indicação clínica. As imagens com reformatação coronal e sagital foram avaliadas em conjunto com as imagens em corte axial. Foram analisados os 50 exames a fim de identificar o apêndice e medir a espessura de sua parede e diâmetro externo. **Resultados:** O apêndice foi visualizado em 41 (82%) dos 50 pacientes. A média do diâmetro externo foi 6 mm (variando de 3 a 9 mm). A média da espessura da parede foi 1,6 mm (variando de 1 a 3 mm). Dos nove pacientes cujo apêndice não foi identificado, quatro (44%) tinham escassez da gordura pericecal. Não foi observada diferença significativa na identificação do apêndice entre os exames com e sem contraste. **Conclusões:** Foi verificado índice de visualização de 82% dos apêndices, achado semelhante ao de estudos publicados na literatura. O conhecimento da espessura normal do

apêndice pode auxiliar na redução de falso-positivos e falso-negativos no diagnóstico de apendicite aguda pela tomografia. O uso do contraste não se mostrou importante na identificação do apêndice, porém torna-se essencial no diagnóstico de apendicite e de suas complicações.

Código do trabalho: 302

### **MIGRAÇÃO TRANSUTERINA DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO.**

Bruno Henrique Magalhães Pizoletto<sup>1</sup>; Débora Caroline Mazzo<sup>2</sup>; Samuel Brighent Bergamaschi<sup>1</sup>; Rodolfo Heitor Gomes Fernandes da Silva<sup>1</sup>; Sérgio Elias Nassar De Marchi<sup>1</sup>; Tatiane Cantarelli Rodrigues<sup>1</sup>; Gladstone Mattar<sup>1</sup>; Carolina Sasaki Vergílio<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> HSPE-IAMSPE; <sup>2</sup> Hospital Beneficência Portuguesa – São Paulo, SP, Brasil.

**Introdução:** O objetivo do relato é descrever um caso de transposição assintomática de dispositivo intrauterino (DIU) para a cavidade abdominal. O DIU é uma das formas mais eficazes de controle de natalidade. A perfuração uterina e migração é uma complicação rara de DIU, com ocorrência estimada de uma para cada 1.000 inserções. A maioria das perfurações parece ocorrer no momento da inserção, mas a grande maioria das perfurações tem diagnóstico tardio. **Descrição sucinta:** Jovem do sexo feminino, em uso de DIU há seis meses, com controle ultrassonográfico prévio mostrando bom posicionamento do dispositivo. Apresentou-se assintomática para avaliação do DIU e a ultrassonografia evidenciou o dispositivo fora do útero, na fossa ilíaca esquerda. **Discussão resumida:** Perfuração uterina pode permanecer assintomática ou causar uma variedade de complicações. Casos sintomáticos necessitam de intervenção para recuperar o dispositivo. Em pacientes assintomáticas, a decisão a respeito de se remover o dispositivo não é clara. Autores acreditam que o risco de que um DIU localizado no peritônio cause complicações adicionais é menor do que o risco do procedimento. O diagnóstico de um DIU transmigraço pode facilmente ser feito pela tomografia computadorizada. À videolaparoscopia, observou-se o DIU parcialmente bloqueado pelo omento e a retirada foi realizada sem necessidade de ressecção.

Código do trabalho: 306

### **HÉRNIAS DA PAREDE ABDOMINAL: ACHADOS RELEVANTES NOS EXAMES DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA.**

Maira Moraes Bezerra<sup>1</sup>; Francine Feldman<sup>1</sup>; Gilberto Leal de Barros Filho<sup>2</sup>; Jociana Paludo<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Conjunto Hospitalar do Mandaqui; <sup>2</sup> Hospital A. C. Camargo – São Paulo, SP, Brasil.

**Introdução:** A herniação através das paredes da cavidade abdominal ocorrem em até 2–5% da população e geralmente acomete locais específicos de fraqueza congênita ou de prévia incisão cirúrgica. O diagnóstico pode ser clínico, mas a tomografia computadorizada (TC) pode ser útil para identificar casos insuspeitos, complicações ou para diferenciar hérnia de lesão expansiva da parede ou cavidade abdominal. O presente estudo tem como objetivo demonstrar a importância da TC, pela elevada sensibilidade no diagnóstico e por ser o método mais frequentemente realizado para diagnosticar e diferenciar as hérnias abdominais, detectando sinais sutis de complicações dentro do saco herniário. **Descrição:** Para a ilustração desse estudo, foram selecionados exames de TC de abdome e pelve, do arquivo do serviço de diagnóstico por imagem da nossa instituição, que tinham diversos tipos de hérnias da parede abdominal. Os exames foram avaliados em relação ao local, trajeto, conteúdo e diâmetro do saco herniário. Os principais tipos foram assim descritos: as hérnias inguinais, responsá-

veis por 80% das hérnias abdominais e por 15% dos quadros de abdome agudo obstrutivo, podem ser diretas ou indiretas se em situação medial ou lateral à artéria epigástrica inferior. Hérnias femorais são mais raras que as inguinais e podem provocar um quadro de obstrução intestinal irreduzível. As hérnias ventrais incluem todas as hérnias na parede anterior e lateral do abdome, como umbilical, paraumbilical, epigástrica e hipogástrica. Hérnias lombares ocorrem através de defeitos na musculatura lombar ou da fáscia posterior, geralmente após intervenção cirúrgica ou trauma e são denominadas hérnia lombar do espaço superior (Grynfeltt) e do espaço inferior (Petit). Hérnias de Spiegel são raras e ocorrem na face anterolateral do abdome inferior, entre o músculo retoabdominal e o músculo transversos oblíquo, e são decorrentes de fraqueza congênita.

Código do trabalho: 308

#### **SÍNDROME DE McCUNE-ALBRIGHT: RELATO DE DOIS CASOS E REVISÃO DA LITERATURA.**

Diogo Figueiredo Guedes D'Amorim; Rafaela Henrique de Souza Lima; Jamile Alves de Souza; Thais Jungmann Ribeiro; Ricardo Tavares Daher; Mariana Antunes de Castro; Fernanda Naves Fernandes; Rodolfo Carvalho Cunha; Mariana Figueiredo Guedes D'Amorim.

CRER – Goiânia, GO, Brasil.

A síndrome de McCune-Albright (SMA) é uma doença rara, não hereditária, que ocorre pela mutação do gene GNAS1. É caracterizada pela tríade manchas café-com-leite na pele, displasia fibrosa poliostótica e endocrinopatias. Apesar de rara, essa doença apresenta achados de imagem característicos e que devem ser de conhecimento do radiologista. Este trabalho apresenta dois casos bem característicos de SMA, documentados com exames laboratoriais e de imagem, e faz uma revisão da literatura a propósito dos casos. Relatamos os casos de duas pacientes avaliadas em nossa instituição para pesquisa de SMA. O primeiro caso é o de uma mulher jovem e o segundo, de uma criança do sexo feminino. Ambas apresentavam manchas café-com-leite na face e em outras partes do corpo, expansão dos ossos do crânio e distúrbios endócrinos. Foram realizados exames de imagem e laboratoriais nos dois casos. A paciente do caso 1 apresentava lesões compatíveis com displasia fibrosa nos membros superiores e inferiores, crânio e face, essas últimas determinando proptose, além de hiperglicemia e hipertireoidismo. A paciente do caso 2 apresentava lesões ósseas na face e crânio, microadenoma de hipófise e sinais de puberdade precoce. Diante dos achados, foi feito o diagnóstico de SMA. A SMA é uma enfermidade com grandes comorbidades para seus portadores, sendo que a idade de aparecimento e os sintomas são bastante variáveis, dificultando o diagnóstico. O radiologista tem um papel fundamental no estudo desta síndrome e ambos os casos apresentados mostram a importância de se conhecer os aspectos de imagem e a sua correlação com os dados clínicos e laboratoriais.

Código do trabalho: 309

#### **AGENESIA/HIPOPLASIA DE VEIA CAVA INFERIOR.**

Otto Wolf Maciel; Thomaz Nader Bassitt; André Lobo Miret; Alexandre Peroni Borges.

Proton Diagnósticos – Campinas, SP, Brasil.

**Introdução:** A agenesia/hipoplasia da veia cava inferior é uma anomalia congênita rara, geralmente descoberta em pacientes assintomáticos, podendo estar associadas a outras anomalias congênicas, e considerada fator de risco para trombose venosa profunda de membros inferiores em pacientes jovens. Esta anomalia pode

ocorrer por erros na embriogênese, uma vez que o início de seu desenvolvimento se dá entre seis e oito semanas de gestação, ou ainda estar associado a outros fatores hematológicos e vasculares. **Relato de caso:** O objetivo deste trabalho é relatar o caso de um paciente jovem, do sexo masculino, que apresentou quadro de dor abdominal no pronto-socorro. Foi feita ultra-sonografia, que evidenciou ausência da visualização da veia cava inferior e sinais de intussuscepção. Foi realizada tomografia computadorizada de abdome total com contraste, que confirmou ambos os achados, mostrando, ainda, sinais de extensa rede venosa colateral. Após intervenção cirúrgica para correção da intussuscepção, o paciente evoluiu com fortes dores abdominais, sendo realizados novos exames (ressonância magnética, angiogramografia de abdome total e ultrassom), caracterizando-se trombose venosa das veias ilíacas. Foi feito seguimento clínico e radiológico do paciente, que apresentou extensão da trombose e desenvolvimento de novas redes venosas colaterais. **Discussão:** Considerando a raridade da doença descrita e sua rápida evolução em um paciente jovem, previamente assintomático, sem antecedentes hematológicos e de prematuridade, a agenesia parcial ou total da veia cava inferior é um tema pouco conhecido em nosso meio e desperta interesse clínico e radiológico por suas comorbidades associadas e diferentes graus de progressão.

Código do trabalho: 311

#### **DUPLICIDADE DA VEIA CAVA INFERIOR: UM RELATO DE CASO.**

Eduardo José de Oliveira Almeida; Clárisa Mattos Lima; Bruno Nocrato Loiola; Paulo Martins Silva Junior; Gabriel Nassif Martins; Vivian Pecly de Garcia Coutinho; Thaiana Carrera Guarconi Venturini; Angelica A. Heymann; Savio F. R. Alonso; Pedro Alberto Vidal Anderson.

Hospital São José do Avaí – Itaperuna, RJ, Brasil.

A veia cava inferior dupla é uma variação anatômica rara que ocorre em razão de uma má formação congênita que na maioria das vezes é silenciosa, uma vez que são raros os sinais e sintomas da duplicidade, sendo diagnosticada incidentalmente em exames de imagem (como tomografia computadorizada e ressonância magnética) por outros motivos. No entanto, essa anormalidade venosa pode ter importantes implicações clínicas, especialmente em procedimentos cirúrgicos retroperitoneais e no tratamento de doenças tromboembólicas. Com incidência de 0,2–3% nas autópsias, sua apresentação no exame de imagem é vista como continuidade de duas estruturas redondas de cada lado da aorta (*double cava sign*), devendo ser confirmada em cortes consecutivos da veia renal esquerda até a quarta vértebra lombar. A duplicação da veia cava pode se apresentar de várias formas: veia cava inferior retroureteral, veia cava inferior esquerda, veia cava inferior retrocaval, veia cava inferior com drenagem pela veia ázigos e interrupção da veia cava inferior com continuação pela veia ázigos. A duplicidade ocorre quando há falha de fusão das veias cardinais durante a embriogênese ou não regressão da veia supracardinal esquerda. Os autores relatam um caso de paciente com duplicidade da veia cava inferior diagnosticada incidentalmente e seus achados na tomografia computadorizada.

Código do trabalho: 320

#### **RABDOMIOSARCOMA EMBRIONÁRIO EM HOSPITAL PEDIÁTRICO DE REFERÊNCIA: RELATO DE CASO.**

Fernando Alves Guilherme<sup>1</sup>; Ana Amélia Bartolamei Ramos<sup>2</sup>; Bruno Maurício Pedrazzani<sup>2</sup>; Jorge Ledesma<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa – Ponta Grossa, PR;

<sup>2</sup> Hospital Infantil Pequeno Príncipe – Curitiba, PR, Brasil.

**Introdução:** O rhabdomyosarcoma embrionário é o subtipo mais comum dos rhabdomyosarcomas. O quadro clínico varia com o local primário de origem, possui tendência metastática e se apresenta como massas volumosas. Podem ser detectados e avaliados por ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética. **Descrição do caso:** Paciente feminina, de cinco anos, procedente do interior do Paraná, veio ao nosso serviço para investigação por imagem (ultrassonografia e tomografia computadorizada) de aumento volumétrico abdominal em hipogástrico há vários dias. Estes exames evidenciaram massa pélvica associada à presença de metástases pulmonares. Os exames histopatológico e imuno-histoquímico revelaram tratar-se de um rhabdomyosarcoma embrionário. **Discussão:** Rhabdomyosarcomas são sarcomas de tecidos moles mais comuns em crianças. Há ligeira predileção pelo sexo masculino. O subtipo embrionário é a variedade mais comum de rhabdomyosarcoma. A maioria é esporádica, entretanto, podem ocorrer juntamente com a neurofibromatose e a síndrome fetal alcoólica. Surgem na cabeça e pescoço, pelve e outros sítios como retroperitônio e extremidades. As manifestações clínicas variam com a localização primária. Em 10% a 20% dos pacientes já há metástases no momento do diagnóstico, principalmente nos pulmões, osso cortical e linfonodos. As características radiográficas são inespecíficas e o papel dos métodos de imagem é a visualização direta da massa, invasão local e disseminação metastática, além de avaliação de doença residual após terapia. O ultrassom demonstra massa irregular hipo ou isocogênica. Na tomografia computadorizada observa-se massa homogênea com densidade de partes moles, com algum realce pós-contraste. A ressonância magnética também é útil na caracterização, apresentando-se com hipossinal nas imagens ponderadas em T1 e hipersinal nas imagens ponderadas em T2.

Código do trabalho: 322

#### RELATO DE UM CASO DE MESOTELIOMA CÍSTICO DO PERITÔNIO: REVISÃO DA LITERATURA E ASPECTOS DE IMAGEM.

Diogo Figueiredo Guedes D'Amorim; Rafaela Henrique de Souza Lima; Jamile Alves de Souza; Thais Jungmann Ribeiro; Ricardo Tavares Daher; Mariana Antunes de Castro; Fernanda Naves Fernandes; Stéfano Teixeira Queiroz; Rodolfo Carvalho Cunha.

CRER – Goiânia, GO, Brasil.

O mesotelioma cístico é uma neoplasia benigna oriunda do epitélio que reveste o peritônio e pleura, sendo composto de células fusiformes e/ou de tecido fibroso. O mesotelioma do peritônio foi descrito pela primeira vez em 1979 e é uma neoplasia rara que envolve peritônio, espaço extraperitoneal, omento ou vísceras abdominais e pélvicas. Os autores descrevem um caso de uma criança, sexo masculino, com dor abdominal difusa incomum de longa data e obstrução intestinal. A criança foi avaliada por pediatras e realizou várias ecografias sem que se chegasse a um resultado conclusivo, sendo então encaminhada ao nosso serviço para prosseguir a investigação clínica, laboratorial e por métodos de imagem. A ultrassonografia realizada em nossa instituição evidenciou múltiplas imagens císticas, confluentes, com septos de permeio e reforço acústico posterior, localizadas na pelve. No estudo por ressonância magnética as referidas imagens possuíam marcado hipossinal T1 e hipersinal T2, apresentando realce periférico pelo gadolínio, devido ao seu conteúdo líquido. O paciente foi submetido a videolaparoscopia com exérese das lesões intraperitoneais, que se descolaram facilmente durante o procedimento. Foram enviados espécimes para análise anatomopatológica, evidenciando-se mesotelioma cístico do peritônio, que possui bom prognóstico, porém altas taxas de recidiva.

Código do trabalho: 331

#### LITÍASE INTRA-HEPÁTICA MIMETIZANDO COLANGIOCARCINOMA HILAR: UM RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA.

Igor Moreira Hazboun<sup>1</sup>; Rafael Franco Duarte Brito<sup>1</sup>; Priscila Luana Franco Costa Guimarães<sup>1</sup>; Jocelio Ramalho da Silva<sup>1</sup>; Ana Carolina Araújo Pinheiro<sup>1</sup>; Matheus Oliveira da Silva<sup>1</sup>; Elio José Silveira da Silva Barreto<sup>2</sup>; Enio Campos Amico<sup>1</sup>.

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

**Introdução:** A litíase intra-hepática é uma doença rara, embora nos últimos 20 anos tenha havido número crescente de publicações. Embora em alguns casos o diagnóstico de hepatolitíase seja evidente, em outros seu diagnóstico pré-operatório pode ser um desafio, já que a avaliação laboratorial geralmente é inespecífica. Em relação aos exames de imagem, a tomografia computadorizada (TC) e a colangiopancreatografia por ressonância magnética (CPRM) são os pilares da avaliação diagnóstica, fornecendo grande quantidade de informações importantes sobre o grau de envolvimento biliar e vascular e a presença de atrofia lobar. Todavia, mesmo a TC e a CPRM sendo úteis para a detecção do tumor e avaliação de ressecabilidade, a precisão na diferenciação do colangiocarcinoma hilar de condições benignas é apenas 60% a 80%, dando brechas ao falso diagnóstico. **Objetivo:** Relatar um caso de hepatolitíase que mimetizou, aos exames de imagem, um colangiocarcinoma hilar cujo diagnóstico de certeza foi obtido na biópsia pós-operatória. **Descrição do material:** Revisaram-se os exames de imagem do paciente no arquivo digital de imagens (PACS) e obteve-se sua autorização para utilização. Paciente A.C.L., 57 anos, hipertenso e diabético, colecistectomizado há 21 anos, história negativa de tabagismo e etilismo, teve episódios recorrentes de epigastria por quatro meses. Apresentava sorologias negativas para hepatites B e C, dosagens de CEA e CA 19-9 normais e elevação de enzimas canaliculares e bilirrubinas. Realizou colangiressonância magnética (colangiorm), que revelou espessamento parietal do ducto hepático dos segmentos II e III, com realce ao contraste intravenoso, determinando dilatação biliar periférica e atrofia desse lobo hepático. TC de abdome total mostrou achados similares aos da colangiorm, com captação anômala pelo meio de contraste em ducto biliar dos segmentos II e III do fígado. Foi levantada como principal hipótese diagnóstica a de colangiocarcinoma do tipo infiltrativo periductal. No intraoperatório foi identificada importante atrofia do lobo hepático esquerdo, sendo realizada hepatectomia esquerda. O exame de congelação intraoperatório revelou litíase intra-hepática em ducto biliar esquerdo. O pós-operatório transcorreu sem intercorrências. A comparação do resultado do exame anatomopatológico com a impressão diagnóstica obtida a partir dos exames complementares e do quadro clínico mostrou a ocorrência do mimetismo que confundiu o diagnóstico. **Discussão:** A ocorrência de litíase intra-hepática mimetizando o colangiocarcinoma há muito é relatada na literatura. As estatísticas indicam associação entre hepatolitíase e colangiocarcinoma, com incidência que varia de 2,3% a 10,0%. Contudo, o diagnóstico falso-positivo pré-operatório de malignidade foi relatado em 9% a 15% dos tumores ressecados. Consequentemente, em um número significativo de pacientes o diagnóstico definitivo só é estabelecido após exame histológico do espécime ressecado.

Código do trabalho: 334

#### SCHWANNOMA DO ASSOALHO VESICAL: RELATO DE CASO.

Rodrigo Batista Ferraz; Gleison Teixeira de Abreu; Matheus Gonçalves Gomes; Lucas Pinheiro dos Santos; Rafael Torres Saito; Fernanda

Dadalto Tatagiba; Clarisse Rodrigues Pereira; Fernanda Marcia Leis Ribeiro.

Hospital Márcio Cunha – Ipatinga, MG, Brasil.

**Introdução:** Os schwannomas primários da bexiga são neoplasias extremamente raras com origem nas células de Schwann das bainhas dos nervos periféricos. Surgem frequentemente associados à doença de von Recklinghausen ou neurofibromatose tipo I. **Relato de caso:** Paciente J.R.A.P., 49 anos, masculino, branco, brasileiro, sem queixas álgicas e urinárias, veio até o serviço para realização de *checkup*, incluindo ultrassonografia do abdome total. Na avaliação ultrassonográfica da bexiga foi visualizada formação nodular fixa, localizada em assoalho vesical à direita, próximo ao orifício ureteral ipsilateral, sem fluxo significativo ao Doppler colorido. O paciente foi encaminhado para avaliação do urologista, que solicitou urotomografia sem contraste, na qual foi evidenciada formação hipodensa arredondada vegetante no assoalho vesical, junto à junção ureterovesical à direita. O paciente foi submetido a ressecção transureteral de lesão sólida, com mucosa íntegra, próxima ao meato ureteral direito, cujo anatomopatológico e imuno-histoquímica correspondiam a schwannoma de assoalho vesical. **Discussão:** Sendo a bexiga um local extremamente raro para o aparecimento de schwannomas, chamamos a atenção para a avaliação criteriosa das paredes vesicais em busca de pequenas lesões nodulares/vegetantes.

Código do trabalho: 340

#### **PIELONEFRITE ENFISEMATOSA: UM RELATO DE CASO.**

Bruno Nocrato Loiola; Vivian Pecly de Garcia Coutinho; Eduardo José de Oliveira Almeida; Paulo Martins Silva Junior; Gabriel Nassif Martins; Clariana Mattos Lima; Savio F. R. Alonso; Thaiana Carrera Guarconi Venturini.

Hospital São José do Avaí – Itaperuna, RJ, Brasil.

A pielonefrite enfisematosa é uma forma rara e grave de infecção necrotizante do parênquima renal, ocorrendo mais frequentemente em pacientes do sexo feminino, numa proporção de 6/17 pacientes, sendo estes na grande maioria das vezes portadores de diabetes mellitus (90%). A faixa etária média é aos 55 anos. Em 75% dos pacientes, com ou sem diabetes mellitus, a pielonefrite enfisematosa ocorre associada a obstrução urinária. Os agentes etiológicos mais frequentemente envolvidos são *Echerichia coli* (66%) e *Klebsiella sp.* (26%), que, por sua vez, levam a hipóxia e produção de gás no parênquima renal. Os sintomas caracterizam-se de forma semelhante aos da pielonefrite aguda, manifestando-se pela tríade de febre, vômitos e dor no flanco, lembrando que a sua evolução, entretanto, é muito mais grave se comparada à da pielonefrite aguda não complicada. Os exames radiológicos são de extrema importância para o diagnóstico nestes pacientes, sendo a tomografia computadorizada o padrão-ouro, que permite sua classificação de acordo com sua gravidade e permite uma melhor conduta terapêutica. Relatamos o caso de um paciente que evoluiu com pielonefrite enfisematosa, mostrando a importância da tomografia para o seu diagnóstico.

Código do trabalho: 344

#### **SÍNDROME DE HETEROTAXIA: UM RELATO DE CASO.**

Bruno Nocrato Loiola; Vivian Pecly de Garcia Coutinho; Clariana Mattos Lima; Paulo Martins Silva Junior; Gabriel Nassif Martins; Savio F. R. Alonso; Eduardo José de Oliveira Almeida.

Hospital São José do Avaí – Itaperuna, RJ, Brasil.

A síndrome de heterotaxia é uma anomalia congênita rara e um desafio diagnóstico para os radiologistas. Caracteriza-se por malformações cardiovasculares e abdominais, apresentando-se associada a asplenia ou a poliesplenia. É definida literalmente como um padrão de organização anatômico do tórax e de órgãos abdominais, em que não se observa o arranjo de distribuição esperado, usual ou normal. No indivíduo sem anormalidade, os órgãos estão dispostos em padrões diferentes em ambos os lados e, portanto, não são imagens em espelho um do outro. Nesta síndrome observa-se o contrário, os pacientes apresentam isomerismo, podendo haver um isomerismo direito (asplenia) ou esquerdo (poliesplenia). Uma característica comum é a interrupção da veia cava inferior com continuação da veia ázigos ou hemiázigos que se encontra na maioria das vezes dilatada, sendo que em alguns pacientes pode-se observá-la esvaziando-se diretamente na veia cava superior esquerda. Os lobos direito e esquerdo do fígado são geralmente iguais em tamanho, gerando uma apresentação medializada no abdome, com isto a vesícula biliar também é desviada mais centralmente. As anomalias das vias biliares são causa frequente de morte na vida neonatal precoce, em que se observa colestase gerada por compressão extrínseca do ducto biliar pela veia porta, que se apresenta pré-duodenal, e em alguns pacientes ocorre atresia biliar. Recentes avanços nas técnicas cirúrgicas resultaram em melhora na sobrevida para estes pacientes. Relatamos o caso de um paciente com síndrome de heterotaxia, ressaltando a importância dos exames de imagem, e além disso, a importância do diagnóstico no laudo final, por representar uma gama de variações da distribuição dos órgãos na cavidade torácica e abdominal, em vez de se usar de forma clássica e imprecisa os termos como isomerismo, asplenia ou poliesplenia.

Código do trabalho: 357

#### **CRIOAÇÃO: INDICAÇÕES, TÉCNICAS, CUIDADOS E RESULTADOS.**

Daniel Gonçalves Leal Araujo; Rodrigo Gobbo Garcia; Carolina Negrão Baldoni; Camilla Barcellos Sanchez Fleury; Miguel José Francisco Neto; Juliano Ribeiro Andrade; Fabio Augusto Cardillo Vieira.

Hospital Israelita Albert Einstein – São Paulo, SP, Brasil.

A radiologia intervencionista é uma especialidade nova dentro da radiologia e que traz novas perspectivas ao tratamento de diversos tumores. O tratamento de tumores hepáticos primários e secundários, renais, e nódulos pulmonares está bem estabelecido na literatura, e diferentes técnicas como ablação por radiofrequência, crioação, ablação com uso de microondas, e eletroporação definitiva estão sendo usadas, algumas com experiência de muitos anos, como as duas primeiras, e outras ainda em fases de testes, como as demais descritas. O objetivo deste trabalho é apresentar o caso de um nódulo renal suspeito de malignidade pelos exames de imagem (ressonância magnética e tomografia computadorizada) em um paciente idoso, localizado no terço médio do rim direito, próximo ao hilo renal, tratado com crioação, com destruição completa do nódulo em questão. Serão descritas as técnicas necessárias, como hidrodissecção, o uso combinado da tomografia computadorizada e do ultrassom em tempo real, as justificativas do uso de crioação e não das outras técnicas, o resultado da biópsia realizada momentos antes do procedimento, os controles por imagem imediatamente e alguns meses após a ablação, tempo de internação do paciente, e morbidade geral associada ao procedimento. Também será abordada a problemática dos custos envolvidos, dado que uma grande limitação à disseminação destes métodos seguros e eficazes no nosso país deve-se ao alto preço cobrado pelas empresas fornecedoras dos insumos necessários.

Código do trabalho: 359

### **CARCINOMA HEPATOCELULAR MULTICÊNTRICO EM PACIENTE NÃO HEPATOPATA.**

Leonardo Luiz Avanza; Tami Mori Vieira; Tainah Mori Caetano; Gabriel Tonani Bollis; Bruna Emmanuelle Linhares Fonseca; Dimitri Mori Vieira. *Centro de Diagnóstico por Imagem – Vitória, ES, Brasil.*

**Introdução:** Carcinoma hepatocelular (CHC) é uma neoplasia epitelial e representa o tumor primário mais frequente do fígado. Habitualmente caracteriza-se como lesão focal hipervascularizada em fígado cirrótico. Pode se apresentar como nódulos multifocais esparsos, agrupados ou massa difusamente infiltrada. Fatores de risco são infecções crônicas por vírus das hepatites B e C, além de toxinas como o álcool e a aflatoxina. Entretanto, alguns se desenvolvem em órgãos com alterações histológicas mínimas, dando ênfase aos fatores ambientais. O quadro clínico é bastante parecido com o da doença hepática crônica, e o diagnóstico é feito por meio de testes de função hepática e exames de imagem. **Descrição:** Paciente feminino, 65 anos, sem hepatopatia prévia conhecida, com quadro clínico de dor abdominal alta, nos hipocôndrios. Realizado exame de ultra-sonografia, que evidenciou lesões nodulares hepáticas. Solicitado exame de ressonância magnética (RM) do abdome superior, que demonstrou múltiplas lesões nodulares sólidas esparsas pelo parênquima hepático, a maioria com aspecto “em alvo” e realce importante pelo contraste intravenoso, tendo como principal hipótese diagnóstica metástases. Paciente sem neoplasia primária conhecida e sem histórico de hepatopatia, foi submetida a biópsia que demonstrou, no estudo imuno-histoquímico, CHC. Iniciado tratamento quimioterápico, a paciente apresentou boa resposta. RM de controle evidenciou degeneração hemorrágica e necrose das lesões, que modificou o padrão de sinal e realce pelo contraste venoso. **Discussão:** O CHC geralmente se desenvolve a partir de uma hepatopatia crônica e sua incidência depende do tipo de doença hepática presente. É raro o aparecimento em fígado normal, representando menos de 10% dos casos, assim como apresentação multifocal simulando metástases. Atualmente, além da ressecção cirúrgica e ablação percutânea, o melhor tratamento é o transplante hepático, porém não resulta em opção terapêutica de fácil acesso.

Código do trabalho: 368

### **URETEROCELE COM MANIFESTAÇÃO INICIAL NA FASE ADULTA: RELATO DE CASOS.**

Roberto Rômulo de Medeiros Souza; Mariana Loureiro Lemos; Alberto Antonio Muniz Tuma; Julio Antonio Tuma Filho; Anna Christiany Brandão Nascimento; Walter de Assis Mello; Ana Paula de Carvalho Miranda Rosati Rocha; Carlos Alberto Martins de Souza.

*PUC-Rio/Life Imagem – Rio de Janeiro, RJ, Brasil.*

**Introdução:** Ureterocele corresponde à dilatação cística do segmento intravesical do ureter, que pode estar associada a ureter único ou duplo. Sua etiologia não está bem definida. Presume-se que a sua origem, em pacientes jovens, seja congênita. A ureterocele pode ser classificada como intravesical, quando localizada inteiramente dentro da bexiga, e ectópica, quando situada no colo vesical ou na uretra. **Descrição:** Apresentação e análise de dois casos de ureterocele em adultos, previamente assintomáticos, com queixa de dor abdominal e suspeita clínica de cólica nefrética. Foram realizadas tomografias computadorizadas sem contraste, complementadas posteriormente com tomografia computadorizada com contraste iodado. Ambos os casos foram descritos como massa cística intravesical, contígua com um ureter dilatado próximo da margem lateral do triângulo vesical, com coleção

de material de contraste em seu interior, produzindo o clássico sinal da “cabeça de cobra”. **Discussão:** Atualmente o diagnóstico da ureterocele tem sido realizado no período antenatal, que é decisivo na escolha do tratamento, que deve ser precoce, pois pode acarretar infecção urinária de repetição, evoluindo com septicemia. A infecção do trato urinário continua sendo a forma de apresentação clínica mais frequente, sendo pouco comuns manifestações clínicas iniciadas na idade adulta. Foi realizada apresentação dos principais achados radiológicos, frequentemente encontrados na tomografia computadorizada, e discussão dos mesmos com base na revisão da literatura atual.

Código do trabalho: 370

### **RELATO DE DOIS CASOS DE TROMBOSE DE SEIO SAGITAL RELACIONADA AO USO DE ASPARAGINASE: ACHADOS RADIOLÓGICOS.**

Cibele Madsen Buba; Carine Kolling; Monalisa Cocco Mariani; Mauber Eduardo Schultz Moreira.

*UFSM – Santa Maria, RS, Brasil.*

A enzima asparaginase é um agente antineoplásico utilizado no tratamento da leucemia aguda. Entre seus efeitos adversos, há a possibilidade de trombose do seio sagital em menos de 1% dos pacientes submetidos ao tratamento. Relatam-se dois casos, cujos achados clínicos e radiológicos foram compatíveis com este advento. A leucemia linfóide aguda (LLA) é uma neoplasia maligna do sistema hematopoiético caracterizada pela alteração do crescimento e da proliferação das células linfóides na medula óssea, com consequente acúmulo de células jovens indiferenciadas. A asparaginase atua pela diminuição catabólica de asparagina sérica, assim como dos níveis sanguíneos de glutamina. Nas células neoplásicas, isto provoca a inibição da síntese de proteínas, resultando no bloqueio da proliferação celular. Paciente do sexo masculino, com diagnóstico de LLA aos 19 anos, recebeu asparaginase na fase de indução. Durante o tratamento, à sexta dose da medicação, apresentou crises convulsivas. Submetido a avaliação neurológica e a ressonância magnética, demonstrou-se ausência de fluxo em seio sagital superior, seios reto e sigmoide à direita, compatível com trombose. O segundo caso trata-se de uma paciente, com diagnóstico aos 18 anos de LLA, submetida à fase de indução com asparaginase sem intercorrências. Durante a fase de intensificação da quimioterapia, iniciou quadro de cefaleia frontal e episódios de convulsões. À angiressonância magnética encefálica visualizou-se ausência total de fluxo no seio sagital, compatível com trombose. A administração de asparaginase pode ser acompanhada, entre outros, de efeitos tromboembólicos. Estudos têm documentado uma diminuição do fibrinogênio e das proteínas anticoagulantes C, S e antitrombina III em pacientes que são submetidos ao tratamento. O aparecimento de sintomas neurológicos deve ser investigado clinicamente e por métodos de imagem, em razão da possível associação ao medicamento.

Código do trabalho: 377

### **SÍNDROME DE MAYER-ROKITANSKY-KUSTER-HAUSER: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA.**

Thais Jungmann Ribeiro; Diogo Figueiredo Guedes D'Amorim; Jamile Alves de Souza; Ricardo Tavares Daher; Rodolfo Carvalho Cunha; Rafaela Henrique de Souza Lima; Mariana Antunes de Castro; Stéfano Teixeira Queiroz; Antonio Cordeiro da Silva Filho.

*CRER – Goiânia, GO, Brasil.*

**Descrição:** Apresentar um caso de síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser, os aspectos clínicos e de imagem. Enfatizar os achados da ressonância magnética (RM) para auxiliar na proposição

diagnóstica. **História clínica:** Paciente L.S.O., 15 anos, com queixa de atraso menstrual. **Diagnóstico:** síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser. **Discussão:** A verdadeira incidência de anomalias do ducto de Müller não está bem estabelecida, mas estima-se ser de 1% na população em geral e de 25% nas mulheres com infertilidade. As anomalias dos ductos de Müller abrangem um espectro de distúrbios que resultam no desenvolvimento anormal ou fusão dos ductos paramesonéfricos. Entre elas, a mais comum na prática clínica é a ausência de vagina associada a útero rudimentar, com ovários, trompas e genitais externos normais, denominada de síndrome de Rokitansky. A agenesia parcial ou completa é caracterizada pela ausência ou hipoplasia do útero, colo do útero ou vagina. Dada a sua raridade, mesmo radiologistas especializados podem achar que é um desafio para caracterizar esta anomalia. A determinação exata da presença ou da ausência do colo uterino e canal endocervical é importante para o planejamento cirúrgico, pois a ausência de um colo exige histerectomia nesta população jovem, e um colo do útero artificial não pode ser criado. A RM tem mostrado uma maior precisão para o diagnóstico de anomalias do ducto de Müller em comparação com a histerossalpingografia e sonografia 2D. Além de claramente delinear a anatomia uterina interna e externa, a RM permite a importante avaliação das anomalias associadas, como o mal-posicionamento ovariano, anomalias renais e anomalias vaginais.

Código do trabalho: 382

#### LITÍASE RENAL: COMO PREVER O SUCESSO DA LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA ATRAVÉS DA TOMOGRAFIA.

Sergio Elias Nassar De Marchi; Mariana Attie Aki; Leonardo Furtado Freitas; Carlos Felipe do Rego Barros Milito; Tatiane Cantarelli Rodrigues; Bruno Henrique Magalhães Pizolotto; Gladstone Mattar; Leonardo Stellati Garcia.

HSPE-IAMSPE – São Paulo, SP, Brasil.

**Introdução:** Dada a prevalência da nefrolitíase nos dias atuais, sua importante repercussão na qualidade de vida do paciente acometido e as diferentes opções terapêuticas disponíveis na urologia moderna, torna-se fundamental identificarmos fatores que possam prever o sucesso terapêutico. A tomografia computadorizada (TC) é método relativamente disponível nos grandes centros e apresenta alta sensibilidade na detecção de litíase urinária. A litotripsia extracorpórea (LECO) é um método eficaz e não invasivo e por isso é de extrema importância no manejo de pacientes com urolitíase. Por esses motivos, conhecer os achados tomográficos que possam prever sucesso terapêutico por meio da LECO poderá poupar o paciente de tratamentos mais invasivos, como intervenção cirúrgica, ou evitar que ele passe por sessões ineficientes de LECO, que apesar de não invasiva, pode ter efeitos colaterais. **Descrição sucinta do método:** Foi realizada revisão bibliográfica no sistema *online* de base de dados PubMed utilizando-se os descritores: CT, Hounsfield, nephrolithiasis, extracorporeal e success. **Conclusão:** Os principais achados de TC relacionados ao sucesso da LECO foram: localização do cálculo, tamanho, densidade em unidades Hounsfield e distância da pele. No decorrer do trabalho, os detalhes de cada critério foram especificados. A literatura abordando este tema ainda é escassa e abre espaço para que novas pesquisas sejam feitas a fim de possibilitar maior validação científica desses critérios.

Código do trabalho: 387

#### CÂNCER DE RIM E PET/CT: 14 CASOS AVALIADOS EM 2011.

Georges Ferreira do Vale; Bárbara Alvim Vieira; Isabela Camargo Silvério; Alaor Barra Sobrinho; Renato Marques do Amaral; Kássia Helen

Silva; Fabrício Valtuille Montijo; Bruna Larissa Navarrete; Luciano Monteiro Prado.

IMEB - Imagens Médicas de Brasília – Brasília, DF, Brasil.

**Introdução:** O carcinoma de células renais (CCR) apresenta uma incidência de aproximadamente 3% dos cânceres, com predominância do sexo masculino. O câncer renal avançado carrega um prognóstico sombrio, sendo de fundamental importância estratégias com a finalidade de retardar sua progressão. Dentre os métodos diagnósticos de imagem não invasivos, a PET/CT é singular, pois representa a atividade metabólica do processo tecidual subjacente, permitindo sua localização anatômica e estadiamento nos casos de neoplasia maligna estabelecida. **Métodos:** Foram analisados os prontuários dos 14 pacientes de um serviço particular submetidos a PET/CT no ano de 2011, com indicação de neoplasia renal. **Discussão:** A fluorodeoxiglicose-<sup>18</sup>F (FDG) tem uma afinidade modesta para o CCR, devido à sua menor expressão de GLUT-1 do que outros tipos de neoplasias. Os dados para o estadiamento e reestadiamento da CCR são semelhantes aos observados na literatura: relativa baixa sensibilidade e alta especificidade. **Conclusão:** A imagem metabólica utilizando FDG PET/CT possui precisão para identificação das lesões primárias e recorrência local. Eventuais problemas de interpretação relacionados com a FDG excretada podem ser superados pela fusão de imagens anatômicas e metabólicas (PET/CT) e pelo uso opcional de diuréticos.

Código do trabalho: 397

#### DETECÇÃO DE GORDURA MARROM PELO SESTAMIBI E REVERSIBILIDADE APÓS USO DE BETA-BLOQUEADOR: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA.

Bárbara Alvim Vieira; Isabela Camargo Silvério; Bruna Larissa Navarrete; Renato Marques do Amaral; Fabrício Valtuille Montijo; Renato Ramos Barra; Luciano Monteiro Prado; Karina Mosci.

IMEB - Imagens Médicas de Brasília – Brasília, DF, Brasil.

**Introdução:** Na literatura vigente existem poucos casos demonstrando captação do sestamibi pela gordura marrom (BAT – *brown adipose tissue*), apesar da sua ampla utilização em estudos cardiológicos ou na pesquisa de adenoma das paratireóides. O BAT é um órgão termorregulatório caracterizado por ampla vascularização e alta densidade mitocondrial, que induz termogênese sob estímulos como frio, estresse ou mudanças dietéticas. Sua inervação simpática densa e seu metabolismo são mantidos sob controle da norepinefrina por meio dos receptores beta-adrenérgicos. **Objetivo:** Demonstrar, com imagens de reconstrução tomográfica (SPECT) e de fusão (SPECT/CT), a captação do sestamibi na gordura marrom em um indivíduo adulto e que é possível reverter essa captação após o uso de baixa dose de beta-bloqueador, semelhante ao que se observa nos estudos com FDG. **Materiais e métodos:** Paciente feminina, 38 anos, PTH elevado, encaminhada para pesquisa de adenoma paratireoideiano. O estudo foi realizado mediante injeção de 740 MBq de Tc-99m-sestamibi, com imagens precoces e tardias utilizando *pinhole* e imagens tomográficas (SPECT) e de fusão (SPECT/CT). O estudo foi repetido em outro dia, 60 minutos após administração oral de 20 mg de propranolol. **Resultados:** As imagens iniciais demonstraram intensa captação bilateral do radiofármaco nas regiões supraclaviculares e paravertebrais, áreas de distribuição do BAT, dificultando a interpretação. Após utilização do beta-bloqueador, houve completa regressão da captação no BAT. **Conclusão:** A gordura marrom pode apresentar concentração do sestamibi e oferecer dificuldades na interpretação dos exames, assim como nos estudos com FDG. O mecanismo de captação parece estar relacionado

à atividade mitocondrial. Este estudo demonstra que é possível impedir essa captação com o uso de beta-bloqueador.

Código do trabalho: 418

#### **CALCIFILAXIA: RELATO DE CASO.**

Laécio Leitão Batista; Tacio Salamé Herszenhorn; Clezio de Sá Leitão; Daniel Kitner; Marcela Melo Oliveira; Emmanuel Magalhães Nogueira; Lorena Duarte Lima; Walter Von Söhsten.

Hospital das Clínicas da UFPE – Recife, PE, Brasil.

**Introdução:** Calcifíxia é uma desordem grave caracterizada por calcificação da camada média das arteríolas, determinando isquemia e necrose subcutâneas. Predomina em mulheres com doença renal crônica (DRC) que estão em hemodiálise ou que recentemente receberam transplante renal. **Relato de caso:** Homem de 54 anos, apresentou lesões necróticas em quirodactilos da mão direita, bastante dolorosas. Apresenta DRC em estágio terminal, em hemodiálise há cinco anos. Radiografia simples das mãos evidenciaram calcificações vasculares difusas. A arteriografia de membro superior direito evidenciou oclusão de terço médio da artéria radial e oclusão distal das artérias ulnar e interóssea, notando-se débil circulação colateral. Realizou biópsia de pele doente. Com base nos achados clínicos, imaginológicos e histopatológico, firmou-se o diagnóstico de calcifíxia. **Discussão:** A calcifíxia é uma doença potencialmente letal, sendo a infecção responsável por 80% da mortalidade dos casos. Clinicamente, caracteriza-se por áreas de necrose isquêmica extremamente dolorosas que se desenvolvem em áreas de maior deposição adiposa, como abdome, coxas e bacia; placas purpúricas e nódulos que posteriormente progredem para úlceras necróticas, que muitas vezes se tornam superinfetadas; livedo reticular; miopatia isquêmica com ou sem necrose da pele; calcificação muscular e isquemia digital. Sua patogênese é complexa e relacionada a uma deficiência em inibidores de calcificação vascular, tais como a fetuina-A e a proteína Gla de matriz (MGP). O tratamento é empírico e visa ao controle da dor com o tiossulfato de sódio, a prevenção de trauma do tecido local, incluindo evitar injeções subcutâneas e a correção dos níveis de cálcio e fósforo plasmáticos. Seu prognóstico é pobre, apesar de qualquer tipo de tratamento, com uma taxa de sobrevida no primeiro ano após seu diagnóstico de cerca de 45%.

Código do trabalho: 419

#### **OBSTRUÇÃO INTESTINAL: ENSAIO PICTÓRICO TOMOGRÁFICO EM HOSPITAL TERCIÁRIO.**

Aline Dias Silva; Milena Casagrande Koch; Mariana Demetrio Ribeiro; Michael Silva Santos; João Gabriel Nakka Strauch; Luiz Carlos Mattos Santos; Guilherme Henrique Lopes Nunes; Roberta de Oliveira Magalhães Carvalho.

UFSC – Florianópolis, SC, Brasil.

**Introdução:** O objetivo deste trabalho é apresentar as principais alterações tomográficas em pacientes com obstrução intestinal contemplada pela tomografia e confirmada por procedimento cirúrgico. Sabe-se que em torno de 20% dos atos cirúrgicos por quadros de abdome agudo são de pacientes com obstrução intestinal. As causas de obstrução podem ser as mais variadas. Atualmente, as aderências são a principal causa em todos os grupos etários. Hérnia inguinal estrangulada figura em segundo lugar, seguida de neoplasia intestinal. Juntas, tais etiologias são responsáveis por mais de 80% de todas as obstruções. **Descrição do material:** Foram avaliados por tomografia computadorizada (TC) de abdome total pacientes admitidos em hospital terciário, com achados tomográficos de obstrução intestinal de

variadas etiologias, confirmadas posteriormente por procedimento cirúrgico. O período de estudo teve duração de seis meses. Os principais achados tomográficos estão bem representados nos casos selecionados, em que são demonstrados casos de obstrução de delgado e de cólon, confirmados cirurgicamente. **Discussão:** A obstrução intestinal apresenta particularidades diagnósticas e terapêuticas e ainda hoje cursa com elevada morbidade e mortalidade, apesar dos avanços nos conhecimentos de sua fisiopatologia, das opções terapêuticas, da anestesia e antibioticoterapia. Tal realidade está relacionada com a demora do paciente em procurar atendimento, com um retardo no diagnóstico, tratamento incorreto e pré-operatório inadequado. O radiologista tem importante papel na melhora desta situação. O pronto reconhecimento dos principais achados presentes nestas entidades é de fundamental importância e certamente trará um impacto positivo no tratamento destes pacientes, na medida em que permite um melhor planejamento cirúrgico, reduzindo o tempo operatório e as complicações relacionadas a uma intervenção cirúrgica mal planejada ou realizada tardiamente. Dentre as ferramentas diagnósticas, a tomografia tem-se mostrado o método de escolha, por permitir a avaliação multiplanar das alças intestinais e dos demais órgãos abdominais.

Código do trabalho: 423

#### **SINAL DE RIGLER: SUA IMPORTÂNCIA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.**

Sergio Elias Nassar De Marchi; Mariana Attie Akl; Leonardo Furtado Freitas; Carlos Felipe do Rego Barros Milito; Tatiane Cantarelli Rodrigues; Bruno Henrique Magalhães Pizolotto; Gladstone Mattar.

HSPE-IAMSPE – São Paulo, SP, Brasil.

**Introdução:** O sinal de Rigler, também conhecido como sinal da parede dupla ou sinal do baixo relevo, é o segundo sinal mais comum de pneumoperitônio encontrado em radiografias simples de abdome. Este sinal é caracterizado pela visualização de uma parede intestinal dupla, ou seja, como existe gás dentro e fora da alça, é possível delimitar ambas as paredes da alça. O sinal mais comum de pneumoperitônio é a presença de ar no quadrante superior direito, abaixo da cúpula diafragmática. Entretanto, para a caracterização deste sinal é necessário que o paciente esteja em ortostática. A relevância do sinal de Rigler reside no fato de que este sinal pode ser visualizado em pacientes deitados, como pacientes acamados, internados em unidade de terapia intensiva (UTI) que não estão estáveis para a realização de tomografia e ainda pacientes pediátricos. **Descrição sucinta do método:** A partir do caso clínico de um paciente internado na UTI do serviço dos autores, com imagens de radiografias simples de abdome e de tomografia computadorizada, são descritos os achados radiológicos, falso-positivos, confirmação radiográfica e diagnósticos diferenciais, por meio de uma revisão bibliográfica realizada à luz dos conhecimentos científicos atuais, nos principais jornais, revistas e sites eletrônicos de importância no meio médico. **Conclusão:** Apesar da necessidade da presença de moderada quantidade de ar livre na cavidade abdominal, é o sinal mais importante na radiografia simples do paciente acamado. Portanto, conhecer o sinal de Rigler é fundamental, pois ele poderá alertar a possibilidade do diagnóstico de pneumoperitônio e indicar a necessidade de pesquisar sua causa.

Código do trabalho: 425

#### **SÍNDROMES DISABSORATIVAS: QUE INFORMAÇÕES A RADIOLOGIA CONTRASTADA PODE FORNECER.**

Carlos Felipe do Rego Barros Milito; Mariana Attie Akl; Leonardo Furtado

Freitas; Tatiane Cantarelli Rodrigues; Sérgio Elias Nassar De Marchi; Marcelo Francisco Cintra Zagatti; Gladstone Mattar.

HSPE-IAMSPE – São Paulo, SP, Brasil.

**Introdução:** Síndromes disabsortivas são queixas comuns nos consultórios médicos, podendo ser geradas por diversas doenças. O diagnóstico de qual doença está implicada neste quadro constitui um desafio diagnóstico para os clínicos que se utilizam de achados físicos laboratoriais e de imagem para o diagnóstico preciso. Neste contexto, apesar de exames com maior tecnologia, como tomografia e ressonância magnética, serem cada vez mais utilizados, a radiologia contrastada (EED e trânsito intestinal) ainda apresenta seu espaço. **Descrição:** Serão apresentados casos de pacientes que foram encaminhados ao departamento de radiologia e diagnóstico por imagem e submetidos a EED e trânsito intestinal para avaliação de disabsorção, incluindo alterações gástricas (gastrectomias), de delgado (divertículos), pancreáticas (pancreatite crônica) e do íleo distal (doença de Crohn e ascariíase). Em cada caso serão apresentadas as características radiológicas e citados os principais diagnósticos diferenciais. **Conclusão:** Desta forma, os autores mostram a importância de um exame de baixo custo, com baixa dose de radiação e com maior disponibilidade, auxiliando radiologistas na elaboração dos diagnósticos.

Código do trabalho: 426

#### **ENSAIO ICONOGRÁFICO: ASPECTOS TOMOGRÁFICOS DA PIELONEFRITE AGUDA.**

Hebert Ferro Monteiro; Ana Caroline Vieira Aurione; Pedro José de Santana Júnior; Roberto Paulo Rabelo Barcelos; Rômulo Fernandes Bomfim Rebouças; Aldrey Charles Ferreira; Pedro Paulo Teixeira e Silva Torres; Kim Ir Sen Santos Teixeira.

HC/UFMG – Goiânia, GO, Brasil.

**Introdução:** A pielonefrite aguda é o termo usado para denominar um processo inflamatório e infeccioso que acomete o parênquima, interstício e pelve renais. A maior incidência é no sexo feminino e o diagnóstico é clínico/laboratorial. O estudo de imagem é reservado aos casos de suspeita de complicações, aos pacientes com evolução desfavorável ou na pesquisa de alterações estruturais do aparelho urinário. O objetivo deste estudo é mostrar achados de imagem renais e extrarrenais relacionados ao quadro de pielonefrite aguda. **Descrição:** Foram selecionadas imagens de tomografia computadorizada (TC) de um hospital universitário de referência em Goiânia e do arquivo pessoal dos autores. Os achados mostrados são: nefromegalia, nefrograma heterogêneo, heterogeneidade da gordura perirrenal, retardo na eliminação do meio de contraste, dilatação do sistema coletor, nefrolitíase, ureterolitíase, abscesso renal e pielonefrite enfisematosa. Os achados de imagem extrarrenais incluem espessamento da parede da vesícula ou líquido perivesicular, edema periportal e derrame pleural. O nefrograma heterogêneo é o sinal mais comum e confiável. Alterações perirrenais e extrarrenais são observadas em até dois terços dos casos.

Código do trabalho: 434

#### **OS SINAIS RADIOGRÁFICOS DE PNEUMOPERITÔNIO QUE TODO MÉDICO DEVE CONHECER.**

Sérgio Elias Nassar De Marchi; Fernanda Sasaki Vergílio; Samuel Brighent Bergamaschi; Carlos Felipe do Rego Barros Milito; Rodolfo Heitor Gomes Fernandes da Silva; Marcelo Francisco Cintra Zagatti; Gladstone Mattar.

HSPE-IAMSPE – São Paulo, SP, Brasil.

**Introdução:** Levando-se em consideração que o Brasil é um país continental, com grande variação na distribuição de atendimento médico e acesso a exames de maior complexidade, apesar de todos os avanços tecnológicos, a radiografia simples continua sendo o método mais barato, acessível e rápido a ser realizado em serviços de urgência. Existem inúmeros sinais que podem evidenciar a presença de ar livre na cavidade abdominal pela radiografia simples de abdome, e são detalhados individualmente nesta apresentação: a presença de ar no quadrante superior à direita, acima do fígado e abaixo do diafragma; o sinal de Rigler (sinal da dupla parede intestinal); coleções triangulares ou romboides de gás no espaço de Morison; presença de ar delineando o ligamento falciforme; ar delineando o peritônio (sinal da bola de futebol americano); e ar delineando o ligamento umbilical (sinal do “V” invertido). **Descrição sucinta do método:** A partir de casos clínicos do serviço dos autores, com imagens de pneumoperitônios diagnosticados por radiografia simples de abdome, foi realizada revisão bibliográfica à luz dos conhecimentos científicos atuais, mediante pesquisa nos principais jornais, revistas e sítios eletrônicos de relevância no meio médico. **Conclusão:** Apesar de os métodos de imagem seccionais serem cada vez mais acessíveis, são muitos os locais do Brasil, país caracterizado pela desigualdade social e pela má distribuição de atendimento médico e hospitalar, onde o médico do pronto-socorro só tem à sua disposição os exames de radiologia convencional. Por isso é fundamental que o radiologista e o médico assistente saibam prontamente identificar os sinais clássicos de pneumoperitônio, indicando assim a necessidade de uma rápida intervenção diagnóstica e terapêutica.

Código do trabalho: 442

#### **TORÇÃO DE VESÍCULA BILIAR: RELATO DE CASO E ACHADOS DE IMAGEM.**

Caroline Lopes Albuquerque; Bernardo Franco Amaral; Tiago Paes Gomide; André Fabiano Souza de Carvalho; Patricia Delage Gomes; Claudia Sousa Freitas Faleiro; Juliana da Costa Almeida.

Santa Casa de Belo Horizonte – Belo Horizonte, MG, Brasil.

**Introdução:** Vólculo ou torção da vesícula biliar é uma condição muito rara. Caracteriza-se por torção da vesícula biliar em volta do ducto cístico e da artéria cística, com subsequente obstrução tanto biliar quanto do fluxo arterial da vesícula. O nosso objetivo é descrever um caso de torção da vesícula biliar, com suspeita diagnóstica por exames de imagem. **Relato do caso:** Paciente do sexo feminino, 94 anos, foi admitida com história de dor abdominal difusa e instabilidade hemodinâmica. Exames laboratoriais evidenciaram leucocitose e elevação do PCR. Realizada tomografia computadorizada, que demonstrou vesícula biliar distendida em posição horizontalizada. Ultrassonografia (US) confirmou a atipia topográfica do órgão, com perda da definição em região infundibular, além de importante espessamento parietal em múltiplas camadas, sem entretanto detectar imagens sugestivas de litíase em seu interior, corroborando a possibilidade de torção de vesícula biliar entre as hipóteses diagnósticas. Durante o ato operatório, foi feito o diagnóstico definitivo de vólculo de vesícula. **Discussão:** A incidência de vólculo de vesícula biliar é rara. Atinge com maior frequência o sexo feminino, numa relação de 3:1. Sua etiologia é desconhecida, porém muitos fatores predisponentes foram sugeridos, como em anomalias do órgão, quando a vesícula biliar e o ducto cístico são suspensos por um mesentério curto ou quando um mesentério está sustentando somente o ducto cístico, permitindo que a vesícula biliar fique pendurada. Esta alteração anatômica pode ser encontrada em 5% da população. Clinicamente, o diagnóstico diferencial deve ser feito com quadros patológicos de sintomas semelhantes, como a colecistite aguda,

o empiema de vesícula biliar, a úlcera gástrica perfurada, a apendicite aguda e a torção de cisto ovariano. A US pode evidenciar a localização anterior de uma vesícula biliar flutuante, o aumento de seu volume descrito como hidrocolecisto e uma parede muito espessada de múltiplas camadas. Comparada com a US, a tomografia computadorizada pode demonstrar imagens objetivas, como coleção de fluido entre a vesícula biliar e o fígado, uma localização que originalmente é horizontal ao seu maior eixo e que se apresenta na vertical, indicando uma vesícula biliar livre pendurada; a presença de um ducto cístico bem reforçado, localizado no lado direito da vesícula biliar; e sinais de inflamação, isquemia ou necrose na vesícula biliar, incluindo marcante edema com espessamento parietal. Os dados clínicos e imaginológicos podem, às vezes, sugerir a presença de tal complicação, mas o diagnóstico definitivo vem quase sempre durante o ato operatório.

Código do trabalho: 446

#### **REAÇÕES ADVERSAS APÓS A ADMINISTRAÇÃO INTRAVENOSA DE MEIOS DE CONTRASTE IODADOS IÔNICO E NÃO IÔNICO PARA EXAMES DE TOMOGRAFIA.**

Adonis Manzella dos Santos; Valeria Bezerra da Silva; Fernando Viana Gurgel; Mirela Avila Gurgel; Lucilo Avila Pessoa Junior; Paulo de Queiroz Borba Filho.

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

**Objetivo:** O objetivo deste estudo foi avaliar, retrospectivamente, a frequência de reações adversas relacionadas à administração intravenosa de meios de contraste iodados iônico e não iônico para exames de tomografia computadorizada. **Materiais e métodos:** Os autores analisaram os dados de todos os pacientes admitidos para exa-

mes de tomografia no Centro Diagnóstico Lucilo Ávila Júnior em Recife, Brasil, no período de 1º de março de 2006 a 31 de dezembro de 2011. Os pacientes que apresentavam fatores de risco para reações alérgicas, bem como os que se encontravam debilitados ou instáveis, receberam contraste não iônico (iobitridol) e fizeram pré-medicação antialérgica, enquanto todos os outros receberam apenas o contraste iônico (iotalamato), de acordo com o protocolo da instituição. Os dados coletados incluíram o tipo e volume de contraste utilizado, forma de administração (manual ou por meio de injetora), tipo de exame tomográfico, sinais e sintomas apresentados, bem como o tratamento aplicado e a evolução. Os resultados foram analisados estatisticamente pelo teste do qui-quadrado de Pearson. Um valor de *p* menor ou igual a 0,05 foi considerado estatisticamente significativo. **Resultados:** Foram realizadas 3.134 injeções de contraste para exames de tomografia no Centro Diagnóstico Lucilo Ávila Júnior. As distribuições dos contrastes iônico e não iônico foram 769 (24,5%) e 2.365 (75,5%), respectivamente. Apenas 32 pacientes apresentaram efeitos adversos. A prevalência geral foi 1,02%. A prevalência não foi estatisticamente mais baixa no grupo que recebeu contraste não iônico. Os sintomas mais frequentes foram: náusea, urticária e dor local (20%). A maioria dos pacientes que apresentaram reações adversas recebeu alta no período de duas horas. **Conclusões:** Este estudo mostrou baixa prevalência de efeitos adversos após a injeção intravenosa de contraste iodado para exames de tomografia. Não foram encontradas diferenças significantes entre os grupos que receberam contraste iônico e não iônico, provavelmente porque a triagem para o risco foi bem sucedida. Portanto, recomendamos que os pacientes de risco sejam identificados adequadamente, a fim de serem corretamente conduzidos, reduzindo-se desta forma a ocorrência de efeitos adversos.