



CBR 13

XLII CONGRESSO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA
XXVII CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA NUCLEAR

10 a 12 de Outubro – Curitiba – PR

Cárdio / Tórax

Painéis Eletrônicos

-7-

ATRESIA BRÔNQUICA: IMAGEM À TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E REVISÃO DA LITERATURA.

Brenda Margatho Ramos Martines¹; Pedro José dos Santos Neto¹; Renata Magalhães Pinheiro²; João Augusto dos Santos Martines¹; Débora Terribilli da Costa¹; Eduardo Henrique Sena Santos¹; Márcia Etsuko Kuroishi¹; Cláudio Campi de Castro¹.

¹ HU-FMUSP – São Paulo, SP; ² InCor-FMUSP – São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: brendamartines@bol.com.br.

A atresia brônquica é uma malformação congênita incomum que envolve quase invariavelmente um único segmento brônquico. A maioria dos pacientes é jovem e assintomática, no momento do diagnóstico. Ao exame físico, há redução localizada do murmúrio vesicular na área afetada. A fisiopatologia da atresia brônquica leva a achados radiológicos característicos. À radiografia simples de tórax, a broncocele é tipicamente identificada como uma opacidade arredondada ou fusiforme, descrita como dedos de luva, ocasionalmente formando nível líquido. A hipertransparência periférica associada representa a hiperinsuflação do parênquima envolvido e a correspondente oligoemia. A tomografia computadorizada (TC) é o método de escolha para o diagnóstico de atresia brônquica, permitindo delinear e localizar com maior precisão a broncocele, em virtude da melhor resolução espacial e da constante identificação das cissuras. A TC multidetectores com reconstrução multiplanar é útil na distinção entre a broncocele e outras lesões nodulares, incluindo malformações vasculares. Os autores descrevem o caso de uma paciente assintomática que realizou radiografia de tórax para avaliação de rotina, em que se evidenciou uma opacidade pulmonar à direita. Foi realizada TC para melhor avaliação deste achado, sendo evidenciada atresia brônquica. O presente trabalho dá ênfase aos aspectos de imagem em TC multidetectores com reformatações multiplanares e traz revisão da literatura sobre esta doença.

-11-

DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO NO ADULTO: APRESENTAÇÃO E EVOLUÇÃO ATÍPICAS.

Brenda Margatho Ramos Martines; Murilo Bacchini Dias; João Augusto dos Santos Martines; Pedro José dos Santos Neto; Eduardo Henrique Sena Santos; Débora Terribilli da Costa; Márcia Etsuko Kuroishi; Cláudio Campi de Castro.

HU-FMUSP – São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: brendamartines@bol.com.br.

A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) pode ser definida como disfunção crônica relacionada ao fluxo retrógrado de conteúdo gastroduodenal ao esôfago e/ou órgãos adjacentes, resultando em um espectro variável de sintomas, podendo gerar lesão tecidual ou não. Sua patogênese consiste na perda estrutural ou funcional dos mecanismos antirrefluxo como o esfíncter esofágico inferior, peristaltismo esofágico, hiato esofágico, esvaziamento gástrico. A apresentação clínica mais frequente é pirose e regurgitações, mas pode se manifestar com sintomas respiratórios (tosse, broncoespasmo), otorrinolaringológicos (rinite, sinusite, otite, laringite) e orais (alterações dentárias, gengivite). Estima-se que 20% da população americana experimentem sintomas da DRGE, tornando-a a primeira causa de origem gastrointestinal de busca à assistência médica primária nesta população. Neste trabalho, apresentamos o caso de um homem de 53 anos, sem comorbidades, com dispneia progressiva, tosse produtiva e perda ponderal. À radiografia simples de tórax observou-se infiltrado reticulonodular à direita e na tomografia computadorizada multidetectores (TCMD) observaram-se nódulos esparsos e micronódulos centrobolares difusos, alguns confluentes formando pequenos focos de consolidação e por vezes árvore em brotamento, predominando nos campos médios e superiores mais à direita, principalmente em lobo superior direito. Após investigação extensa para doenças infecciosas e reumatológicas que foi negativa e

falha no teste terapêutico com antibioticoterapia para foco pulmonar. Realizada nova TCMD (1 mês após a primeira), que evidenciou múltiplas bronquioloectasias, além dos achados já descritos na tomografia inicial. Optou-se por realizar biópsia a céu aberto, que demonstrou processo inflamatório crônico com reação gigantocelular do tipo corpo estranho a material vegetal e abscessos peribronquiolares, consistentes com pneumonite granulomatosa por aspiração.

–70–

MEDIASTINITE FIBROSANTE: RELATO DE CASO.

Natalia Bernardes Mello; Carolina Féo de Assis Mascarenhas; Kenia Fuly de Castro; Paula Vieira Chavarry Duarte; Paula Medina Maciel Gomes; José Inácio Tito Jorge Filho; Cláudio de Carvalho Rangel.

Hospital Central da Polícia Militar do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: nataliabmello@hotmail.com.

A mediastinite fibrosante é uma condição benigna rara, porém de morbidade significativa pelo seu caráter fibrótico obstrutivo. Tem etiologia desconhecida, podendo ser idiopática, relacionada à reação de hipersensibilidade tardia a fungos, micobactérias ou outros antígenos tais como tuberculose e histoplasmoze, alguns medicamentos (metisergida, metildopa) e processos autoimunes fibroinflamatórios sistêmicos como tireoidite de Riedel, fibrose retroperitoneal, colangite esclerosante, entre outras. Há proliferação anormal de tecido fibroso dentro do mediastino, determinando o encarceramento de estruturas importantes deste, em um denso tumor fibrótico, originado a partir de um processo inflamatório crônico invasivo que leva à erosão e à compressão de estruturas adjacentes. A veia cava superior e veias pulmonares tendem a ser comprimidas mais precocemente que as artérias e a árvore traqueobrônquica, devido às baixas pressões intraluminais. O objetivo do trabalho é apresentar o caso de uma paciente de 30 anos, com queixa de dispneia aos grandes esforços, e que ao exame físico apresentava turgência jugular em ortostase e circulação colateral no tórax. Na tomografia de tórax, havia extensa massa mediastinal que comprimia a veia cava superior e se estendia ao átrio direito, que foi abordada inicialmente por mediastinoscopia com biópsia inconclusiva. Foi então abordada por toracotomia com biópsia, que revelou, na análise histopatológica, tecido conjuntivo fibroso compatível com mediastinite fibrosante. Concluímos que apesar de se tratar de doença rara, a mediastinite fibrosante deve ser considerada no diagnóstico diferencial de pacientes que apresentam massas mediastinais. O estudo tomográfico é fundamental para investigação, porém é necessário submeter o paciente a biópsia para conclusão diagnóstica.

–89–

TERATOMA IMATURO OVARIANO COM GLIOMATOSE PERITONEAL: RELATO DE CASO.

Bruno Alves de Almeida Cunha¹; Thais Dias Gonzalez¹; Geila Ribeiro Nunez²; Cleonice Isabela Silva Muller¹.

¹Grupo Delfin – Salvador, BA; ²Hospital São Rafael – Salvador, BA, Brasil. E-mail: isabul@atarde.com.br.

Introdução: Gliomatose peritoneal (GP) é uma condição infrequente, normalmente associada ao teratoma ovariano imaturo ou, mais raramente, ao teratoma maduro, e caracterizada por implantes de tecido glial na superfície peritoneal ou no omento. Os achados de imagem da GP são similares aos achados clássicos de disseminação peritoneal de tumores malignos, sendo, portanto, de extrema importância que os radiologistas tenham conhecimento desta possível complicação de teratomas ovarianos, para que possam suspeitar desta

condição diante de achados de imagem típicos. Apesar de a GP ser encontrada quase que exclusivamente em associação com o teratoma ovariano, existem alguns poucos relatos de associação com gravidez e em pacientes em uso de derivação ventrículo-peritoneal. O diagnóstico final é através do estudo histológico, geralmente por biópsia cirúrgica, e a avaliação do grau de maturação nos implantes é relevante tanto na decisão do tratamento a ser adotado quanto no prognóstico e acompanhamento destes pacientes. **Descrição:** Apresentamos um relato de caso que descreve os achados clínicos, de imagem e histológicos de uma paciente com diagnóstico de teratoma imaturo do ovário complicado com GP.

–90–

OPACIDADE NODULAR SOLITÁRIA NA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTISLICE DO TÓRAX: ACHADOS VIRTUALMENTE DIAGNÓSTICOS DE DOENÇA BENIGNA OU ACHADO NORMAL.

Cleonice Isabela Silva Muller; Rafael Valois Vieira; Nestor Luiz Muller.

Grupo Delfin – Salvador, BA, Brasil.

E-mail: isabul@atarde.com.br.

Introdução: Opacidade nodular solitária representa um dos achados mais frequentes da tomografia computadorizada (TC) do tórax, sobretudo em equipamentos com múltiplas fileiras de detectores. Geralmente representa um dilema na prática clínica, pois pode representar neoplasia. Certas características de imagem da opacidade nodular na TC, no entanto, sobretudo com utilização das reformatações multiplanares, são virtualmente diagnósticas de uma condição benigna. Não muito infrequente, a opacidade nodular representa um achado normal ou até mesmo uma estrutura anatômica que pode simular nódulo pulmonar verdadeiro, sendo de fundamental importância que o radiologista esteja familiarizado com estas características de imagem, evitando realização de exames de controle evolutivo desnecessários e, sobretudo, investigação invasiva com eventual ressecção da opacidade nodular. **Descrição:** O objetivo deste ensaio iconográfico é ilustrar os diversos achados de imagem na TC de tórax *multislice* que sugerem benignidade, lesões de baixa agressividade ou estruturas anatômicas que não devem ser confundidas com nódulo pulmonar verdadeiro. Estes achados incluem padrões benignos de calcificação, presença de densidade de gordura ou líquido e ausência de crescimento em dois anos em nódulo sólido. Mais recentemente, algumas características de imagem foram descritas e que são altamente sugestivas de benignidade, incluindo aspecto achatado ou forma triangular ou lenticular da opacidade nodular situada adjacente a septo interlobular ou a superfície pleural, e opacidades nodulares subpleurais que desaparecem ou mudam de posição com a modificação do decúbito do paciente.

–115–

LEIOMIOMATOSE MESTATIZANTE BENIGNA: RELATO DE UM CASO E REVISÃO DA LITERATURA.

Thiago Vinicius Peixoto Souza; Manuela Cardoso de Oliveira; Tadeu Reis Almeida; Walmir Souza Junior; Ines Macedo de Salles Fonseca; Tiago Erudilho Ribeiro Coelho; Milena Rocha Peixoto.

Hospital Santo Antonio-Obras Sociais Irmã Dulce – Salvador, BA, Brasil. E-mail: tvpeixoto@gmail.com.

Introdução: A leiomiomatose metastazante benigna (LMB) é uma doença rara, com apenas 132 casos relatados na literatura até 2008. Caracteriza-se por um curso clínico geralmente assintomático e lesões leiomiomatosas extrauterinas, sem características histológicas de malignidade. O sítio de lesões mais comum é o pulmonar, se apresenta

como nódulos e representa menos de 2% dos tumores benignos pulmonares. A doença ganha importância radiológica, uma vez que deve estar entre os diagnósticos diferenciais de nódulos pulmonares múltiplos, devendo ser lembrada principalmente em paralelo ao diagnóstico de metástase pulmonar maligna. Seu diagnóstico é de extrema relevância devido ao seu caráter benigno, crescimento lento e prognóstico favorável, diferentemente dos processos malignos. **Objetivo:** Relatar o caso de uma paciente com LMB disseminada para pulmões, com história de histerectomia prévia, acompanhamento tomográfico por quatro anos e diagnóstico anatomopatológico. **Caso clínico:** Mulher, 53 anos, procurou atendimento médico com queixa de dispneia esporádica e tosse seca com início há 4 anos, sem febre ou história de tabagismo. Tinha relato de histerectomia por leiomiomatose há 20 anos e trabalhava na criação de aves há 30 anos. Realizou tomografia computadorizada de tórax em outro Serviço em 2008 e 2010, em que se notaram nódulos de tamanhos variados e distribuição randômica no parênquima pulmonar, de crescimento lento, e sem confirmação diagnóstica. A paciente foi ao nosso Serviço para realização de novo exame tomográfico de controle evolutivo em 2012, sendo posteriormente submetida a biópsia e confirmação anatomopatológica da doença em questão. **Discussão:** A LMB é uma doença rara, caracterizada por múltiplos nódulos de tamanhos variados, geralmente pulmonares, em pacientes com história remota de histerectomia por leiomiomatose. É uma entidade contraditória, com padrão citológico e histológico benignos, porém com disseminação típica de tumores malignos. A etiopatogenia não é bem estabelecida e existem diversas teorias propostas, dentre as quais a de que seja uma condição secundária a leiomiomas uterinos que colonizam o pulmão, leiomiossarcoma metastático uterino de baixo grau ou leiomiomatose pulmonar primária. Os exames radiológicos mostram lesões indistinguíveis de uma metástase, sendo essencial a confirmação por meio do estudo histopatológico. No entanto, a existência de exames anteriores para comparação, sem alterações na distribuição e no tamanho das lesões, além de relato de leiomiomatose com histerectomia pelo menos 10 anos antes e faixa etária compatível fazem suspeitar fortemente desta entidade. A nossa paciente estava dentro da faixa etária da LMB, tinha relato de histerectomia anos antes da identificação das lesões, possuía exames anteriores com padrão semelhante ao obtido em nosso Serviço, sendo suspeitada LMB com base nos achados tomográficos e história clínica. O estudo anatomopatológico foi determinante para a confirmação do caso.

-131-

AGENESIA PULMONAR: RELATO DE CASO.

Marcos Gomes da Silva.

Centro de Estudos Medimagem – Feira de Santana, BA, Brasil.
E-mail: mgomes.silva@hotmail.com.

O objetivo do presente trabalho é relatar um caso de agenesia pulmonar, que é uma malformação caracterizada pela ausência do parênquima pulmonar, podendo se apresentar de forma uni ou bilateral, sendo esta última incompatível com a vida. De causa indefinida, suspeita-se de fatores genéticos e teratogênicos, havendo predomínio em crianças do sexo feminino. A incidência é de 1:10.000 a 1:15.000 nascidos e o diagnóstico é possível graças à associação da clínica apresentada e os métodos de imagem, a exemplo da angiografia por tomografia computadorizada (TC) e da ressonância magnética (RM). Criança menor de 4 anos com quadro de tosse e dispneia e que apresentou, na radiografia torácica, hiperlucência unilateral. A agenesia pulmonar pode cursar com tosse persistente ou infecções respiratórias recorrentes às vezes associada a dispneia. Nos casos assintomáticos, o diagnóstico é casual durante avaliação rotineira através de radiografia do

tórax. Quando unilateral e à direita, o quadro clínico pode ser mais grave, devendo-se buscar associações com malformações cardíacas e do trato gastrointestinal. Investigações mais complexas são necessárias no diagnóstico definitivo de agenesia pulmonar, buscando associações com prováveis outras anomalias.

-147-

EDEMA DE REEXPANSÃO PULMONAR: RELATO DE CASO.

Andréia Rolim Soares; Nathália de Aguiar Vidigal; Tiago Pedrosa Tavares; Wanderval Moreira; Renata Lopes Furlletti Caldeira Diniz; Emília Guerra Pinto Coelho Motta; Laura Filgueiras Mourão Ramos; Marcelo Almeida Ribeiro.

Instituto de Pesquisa e Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais / Hospital Mater Dei – Belo Horizonte, MG, Brasil.

E-mail: tiago.017@gmail.com.

O edema pulmonar de reexpansão é uma complicação que ocorre devido a uma rápida expansão do pulmão colapsado após a drenagem da cavidade pleural. O colapso pulmonar com mais de 72 horas de evolução é um dos fatores de risco para o desenvolvimento desta afecção. Em linhas gerais, os sintomas como dispneia, dor torácica, tosse e hemoptóicos podem surgir já nas primeiras 2 horas após a reexpansão pulmonar, podendo perdurar por 24 a 48 horas, e desaparecer geralmente depois de 5 a 7 dias. O objetivo desse trabalho é relatar dois casos clínicos, sendo um de uma paciente de 48 anos, portadora da síndrome da imunodeficiência adquirida, internada devido a quadro de leishmaniose visceral, evoluindo com derrame pleural volumoso e recorrente à direita. Foi submetida a toracocentese com drenagem de 1.600 ml de líquido sero-hemático. O outro caso é de uma paciente de 67 anos, com diagnóstico de carcinoma de endométrio com metástase pulmonar e pleural internada devido a quadro de derrame pleural extenso à direita. Foi submetida a drenagem do tórax com retirada de 4.000 ml de líquido hemático. Ambas apresentaram melhora parcial do padrão radiológico do tórax em exame realizado logo após a drenagem. No entanto, a radiografia adquirida em menos de 12 horas após o procedimento evidenciou opacificação de todo o hemitórax direito. Foram realizadas tomografias computadorizadas de tórax que demonstraram extensa área de consolidação com broncograma aéreo comprometendo difusamente o parênquima do pulmão direito, compatível com edema pulmonar por reexpansão. Após o procedimento, uma paciente evoluiu com taquipneia e outra com falência no desmame da ventilação mecânica. No entanto, em menos de uma semana obtiveram melhora do padrão respiratório e radiológico. Tendo em vista a alta mortalidade desta enfermidade, as medidas preventivas ainda são a melhor estratégia no manuseio dos pacientes submetidos a toracocentese. O presente estudo faz-se necessário para alertar os radiologistas quanto à importância do diagnóstico precoce desta entidade, uma vez que o prognóstico do paciente depende da agilidade no seu reconhecimento e rápida instituição do tratamento.

-174-

SER OU NÃO SER – EIS A QUESTÃO: PSEUDOLESÕES NA RADIOGRAFIA DO TÓRAX PEDIÁTRICO.

Joanna Brayner Dutra; Andrea Farias de Melo; Eduardo Just Costa Silva; Mariana Vila Nova Pontual.

IMIP – Recife, PE, Brasil.

E-mail: joannabrayner@gmail.com.

A radiografia de tórax é um estudo de difícil interpretação, dentre outros motivos, por gerar imagem bidimensional de uma estrutura tridi-

mensional. Na população pediátrica, é complicada usualmente pela não cooperação do paciente. As imagens deste ensaio iconográfico demonstram pseudolesões geradas na radiografia de tórax na faixa etária pediátrica realizadas no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), que serão analisadas a fim de familiarizar o radiologista com estes fatores que dificultam um correto diagnóstico por imagem. Estruturas de baixa transparência, como o timo, por exemplo, podem mimetizar pneumonia, cardiomegalia ou massas mediastinais; a sombra mamária, frequentemente assimétrica em adolescentes, pode ser erroneamente interpretada como doença pulmonar parenquimatosa. Artefatos usuais da medicina intensiva confundem o médico assistente com diversas doenças: o teto da incubadora, por exemplo, apresenta-se hipertransparente e, na projeção do tórax, pode ser confundido com pneumotórax ou doença cística pulmonar; o cabelo forma opacidades heterogêneas lineares que simulam nódulos ou consolidações. Técnica radiográfica prejudicada devido à não colaboração do paciente, como a baixa insuflação pulmonar, é causa de diagnósticos errôneos de opacidades pulmonares difusas, cardiomegalia e alargamento mediastinal. O ensaio iconográfico possui relevância clínica porque a impressão incorreta de anormalidades da imagem torácica diante do fato do não conhecimento de pseudolesões usuais na faixa etária pediátrica pode gerar dano potencial ao paciente.

–180–

MALFORMAÇÃO PULMONAR CONGÊNITA HÍBRIDA: ASSOCIAÇÃO DE MALFORMAÇÃO ADENOMATOIDE CÍSTICA E SEQUESTRO PULMONAR.

Bernardo Corrêa de Almeida Teixeira; Samir Sari Omar; Ana Maria Welp Alfredo; Ricardo Hohmann Camiña; Fernando de Andrade Vellozo; Mathias Bohn Bornhausen; Marcelo Marcondes Stegani; Dante Luiz Escuissato.

Hospital de Clínicas da UFPR – Curitiba, PR, Brasil.
E-mail: berteixeira@gmail.com.

Introdução: As malformações pulmonares congênitas são entidades incomuns e suas associações raramente relatadas na literatura. A malformação adenomatoide cística e o sequestro pulmonar podem estar associados em uma mesma lesão, o que sugere uma origem em comum dessas doenças. Relatamos a história clínica e os aspectos de imagem no ultrassom e na tomografia, assim como os achados intraoperatórios e histopatológicos de um caso. **Descrição:** Recém-nascido a termo concebido através de parto normal com auxílio de fórceps devido a apresentação pélvica. Pré-natal sem intercorrências. Nasceu com Apgar de 1-6-8 e hipotonia generalizada com sinais de asfixia perinatal, sendo realizadas manobras de reanimação e encaminhada à unidade de terapia intensiva neonatal com melhora parcial do quadro. Transferido para centro terciário devido a suspeita de malformação pulmonar congênita evidenciada como imagens hipertransparentes agrupadas em radiografia de tórax. Submetida a ecografia, que mostrou lesão expansiva, hiperecogênica ocupando todo o lobo inferior direito com formações císticas, nível hidroaéreo e presença de vaso aberrante originado da aorta. Tomografia confirmou os mesmos achados. Submetida a ressecção cirúrgica através de lobectomia pulmonar com ligadura do vaso aberrante. A análise histopatológica revelou tecido pulmonar com formações císticas de diferentes tamanhos e revestimento epitelial pseudoestratificado ciliado consistente com o diagnóstico. **Discussão:** A malformação adenomatoide cística se apresenta como massa cística ou sólida pulmonar e pode ser classificada em cinco tipos de acordo com seu tamanho, conteúdo e número de cistos, sendo que os achados radiológicos serão dependentes dessas alterações

morfológicas. O sequestro pulmonar é uma desordem caracterizada por um parênquima pulmonar não funcionante e que não possui comunicação com a árvore traqueobrônquica. Esta alteração possui suprimento arterial de uma artéria sistêmica aberrante e pode ser classificada em dois tipos (intra e extralobar). O sequestro pulmonar usualmente se associa com outras anormalidades congênitas como hérnia diafragmática, alterações cardíacas, e mais raramente com a malformação adenomatoide cística. Esta associação é pouco relatada na literatura e geralmente associa sequestro pulmonar intralobar com malformação adenomatoide cística tipo 2. A presença de características de imagem de ambas as entidades na mesma lesão sugere o diagnóstico. Estes achados podem ser identificados na tomografia computadorizada, ultrassonografia e ressonância magnética. Uma vez que os cistos congênitos pulmonares apresentam maior risco para o desenvolvimento de neoplasias como o blastoma pleuropulmonar, o tratamento deve ser precoce com ressecção cirúrgica e o paciente deve ser rigorosamente acompanhado.

–190–

DISSECÇÃO DA AORTA ASCENDENTE COM EXTENSÃO PARA A BAINHA DAS ARTÉRIAS PULMONARES.

Amalia Izaura Nair Medeiros Klaes; Felipe Soares Torres; Maurício Farenzena; Roberta Reichert; Roberta Wolffentbuttel Argenti; Maria Gabriela Figueiró Longo; Marcio Aloisio Bezerra Cavalcanti Rockenbach; Diego Andre Eifer.

Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Porto Alegre, RS, Brasil.
E-mail: amklaes@yahoo.com.br.

Introdução: A dissecção da aorta é uma doença com alta mortalidade. A ruptura da aorta para o mediastino e para a bainha das artérias pulmonares é um evento raro dentro do espectro de complicações associadas com a dissecção da aorta ascendente. **Descrição:** Relatamos o caso de uma paciente de 56 anos de idade, hipertensa e tabagista que apresentou dor torácica de início súbito e com irradiação para o dorso, acompanhada de perda de força no membro inferior direito. A tomografia computadorizada demonstrou dissecção aórtica do tipo A de Stanford estendendo-se do plano supra-avalvar aórtico até as artérias ilíacas, com oclusão da íliaca direita. Havia extensão do sangramento para o interior da bainha da artéria pulmonar principal e para o mediastino, com dissecção dos planos teciduais junto aos feixes broncovasculares, particularmente do pulmão direito. Foi realizada intervenção cirúrgica de urgência, sendo colocadas duas próteses de Dacron na aorta ascendente com reimplante dos vasos supra-aórticos. A paciente evoluiu com hemoptise em pequena quantidade e estável do ponto de vista cardiovascular. **Discussão:** A extensão da dissecção aórtica para a bainha das artérias pulmonares é um evento incomum, porém que se associa com alta mortalidade. O mecanismo envolve a dissecção da parede posterior da raiz da aorta, na adventícia comum à origem destes dois vasos. Uma vez que o sistema arterial pulmonar possui baixa pressão, o hematoma aórtico se prolonga ao longo da bainha das artérias pulmonares alcançando os feixes broncovasculares e os espaços alveolares adjacentes, formando áreas de hemorragia intrapulmonar. O sangramento pode ficar retido nas bainhas dos vasos peribrônquicos, que se apresentam, à imagem, como feixes broncovasculares espessados, ou se difundir para os espaços alveolares, determinando áreas em vidro fosco ou aspecto consolidativo. A extensão da dissecção ao longo dos feixes broncovasculares forma um aspecto de imagem característico, demonstrado no presente relato, e que deve alertar o observador para esta complicação incomum.

–193–

ANEURISMA MICÓTICO DA AORTA ASCENDENTE: RARO E POTENCIALMENTE FATAL.

Máira Costa Nunes Andrade Leite; Bianca Maragno; Natássia Batista Genova; Norma Caroline de Mendonça Furtado Montenegro; Cícero Aurélio Sinisgalli Júnior.

Hospital São Luiz Jabaquara – São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: biancamaragno@hotmail.com.

Descrição sucinta do propósito do relato: Discutir achados do aneurisma micótico, seu diagnóstico diferencial com os demais aneurismas e importância da suspeita nas queixas de dor torácica, buscando adequado tratamento clínico-cirúrgico e seguimento pós-operatório, devido sua alta mortalidade. **História clínica:** Paciente de 64 anos, masculino, hipertenso e diabético, com dor torácica e febre há 12 horas. Radiografia torácica demonstrou alargamento mediastinal e tomografia evidenciou formação sacular na aorta ascendente, junto à raiz do tronco braquiocefálico, medindo 5,4 × 3,0 cm. O paciente foi submetido a cirurgia de emergência, com ressecção da porção aórtica acometida e colocação de prótese. A biópsia foi positiva para *Staphylococcus aureus*. Tomografias pós-operatórias demonstraram prótese bem alocada, sem sinais de extravasamento. **Diagnóstico:** Aneurisma micótico da aorta ascendente. **Discussão resumida do caso:** Trata-se da dilatação aneurismática infectada por microrganismo, sem infecção contígua ou traumatismo, por via hematogênica, sendo o estafilococo o agente mais comum. Diagnóstico rápido e tratamento adequado são necessários pelo risco de ruptura, entretanto, 50% estão rotos no momento do diagnóstico. Imunossupressão e aterosclerose são fatores predisponentes. As manifestações clínicas são inespecíficas, destacando-se febre, dor torácica e hemoptise. O diagnóstico definitivo é pós-operatório, com cultura do tecido ressecado. O tratamento consiste em antibioticoterapia e cirurgia, sempre com ressecção da porção acometida e colocação de prótese.

–207–

LESÕES DO ÂNGULO COSTOVERTEBRAL: ESTREITANDO O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

Georgina Dorignon; Thiago Krieger Bento da Silva; Rodrigo Moreira Bello; Caroline Luzzato.

Hospital Mãe de Deus – Porto Alegre, RS, Brasil.

E-mail: gdorignon@gmail.com.

Objetivando-se o conhecimento e a explanação das principais lesões do ângulo costovertebral e dos seus diagnósticos diferenciais, apresentamos uma série retrospectiva de casos coletados em nosso serviço de radiologia entre os anos de 2007 e 2013. O ângulo costovertebral é a região anatômica localizada entre a face posterior dos arcos costais posteriormente e as vértebras torácicas medialmente, constituindo uma região relativamente frequente de origem de lesões intratorácicas. Neste sítio anatômico se encontram: a reflexão pleural posterior (com as pleuras parietal e visceral), a fâscia endotorácica, o mediastino posterior (com os gânglios da cadeia simpática paravertebral), estruturas ósseas (costais e vertebrais – incluindo nervos periféricos e estruturas vasculares venosas e arteriais), vasos linfáticos e o ducto torácico. As lesões que se originam no ângulo costovertebral podem ter várias origens embriológicas e uma grande variedade de diagnósticos diferenciais. Descreveremos as seguintes lesões encontradas nesta região: hematopoiese extramedular; tumores neurogênicos (schwannoma, neurilemoma, neurofibroma); cistos de duplicação de intestino primitivo (cisto de duplicação esofágico); cisto neuroenté-

rico; hérnia diafragmática posterior; mielomeningocele anterior; osteocondroma costal; quemodectoma/paraganglioma mediastinal posterior; neuroblastoma; neurocistoma; carcinoma brônquico; tumores primitivos pleurais (mesotelioma, tumor fibroso de pleura); metástase de timoma. O conhecimento preciso e específico das relações anatômicas, da densidade e das características de cada alteração nesta região é fundamental para a excelência do diagnóstico por exames de imagem. Tendo em vista a grande quantidade de lesões possíveis no ângulo costovertebral e a dificuldade de diferenciá-las, o valor didático deste trabalho justifica-se na demonstração e no esclarecimento dos diagnósticos diferenciais para uma maior elucidação dos casos na prática radiológica diária.

–221–

PNEUMOPATIA ASPIRATIVA: UMA REVISÃO NA LITERATURA.

Fernando Morbeck Almeida Coelho; Gil Vicente Brandão Marques Porto; Rafael Marques Franco; Tulio Cesar Rego Gomes; Rafael Seiji Kubo; Luiz Felipe Sias Franco; Gabriela Maia Soares Messaggi Arrais; Marcos Duarte Guimarães.

Hospital Heliópolis – São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: dr.fernandomorbeck@gmail.com.

A aspiração é definida como a inalação de material exógeno nas vias aéreas além das cordas vocais, podendo ser dividida em microaspiração e aspiração padrão. O conteúdo da aspiração pode ser secreções, sangue, bactérias, líquidos ou partículas alimentares. Uma importante divisão, muitas vezes de difícil diferenciação, é entre o quadro de pneumonite inflamatória (química) e pneumonia aspirativa. Quando ocorre apenas a reação inflamatória ao conteúdo aspirado, independente ou não de sintomas clínicos, define pneumonite aspirativa. Já a pneumonia aspirativa é decorrente da infecção bacteriana secundária, normalmente mais grave e dramática do que a primeira. Esta diferenciação também é difícil de ser feita radiologicamente e apresenta alguns padrões diferentes na tomografia. A incidência/prevalência da aspiração é difícil de determinar considerando-se que a grande maioria dos eventos é silenciosa. Os fatores de riscos para a broncoaspiração são: alterações do nível de consciência/cognição (ex.: sequelas de AVC, doença de Alzheimer ou outras condições neurológicas), distúrbios da deglutição (ex.: cirurgias, esclerodermia, polimiosite), doença do refluxo gastroesofágico, tubos orotraqueais ou traqueostomia, também podendo ser uma somatória de vários desses. Este trabalho visa realizar uma revisão na literatura sobre broncoaspiração, suas causas e consequências, padrões radiológicos e associação com fibrose pulmonar.

–228–

SILICOSE PULMONAR PSEUDOTUMORAL: RELATO DE UM CASO E REVISÃO DA LITERATURA.

Fernando Morbeck Almeida Coelho; Gil Vicente Brandão Marques Porto; Tulio Cesar Rego Gomes; Rafael Marques Franco; Elisa Giraldez Barros; Bruna Bianca Allegro; Wagner Moraes Barros; Marcos Duarte Guimarães.

Hospital Heliópolis – São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: dr.fernandomorbeck@gmail.com.

A silicose é uma pneumoconiose causada pela inalação de sílica ou poeiras minerais contendo silicatos. A sílica é o principal constituinte da areia, dessa forma a exposição a essa substância é tão comum entre os trabalhadores da mineração. Existem dois tipos principais de silicose: a nodular ou crônica e a acelerada ou subaguda. A distinção

de ambas pode ser feita através de exames de imagem, logo, há uma importância em saber distinguir essas enfermidades. O diagnóstico da silicose é baseado, fundamentalmente, nos dados da história ocupacional, com detalhamento das condições do ambiente de trabalho que permitam caracterizar a carga de exposição. Os pacientes podem ser assintomáticos, sendo os achados do exame físico geralmente inespecífico. A avaliação funcional pulmonar é utilizada na caracterização da disfunção respiratória. As alterações dos exames de imagem são fundamentais para a caracterização da doença. O presente trabalho relata o caso clínico de uma paciente que apresentou um quadro de silicose pseudotumoral e realiza uma revisão na literatura sobre o tema.

–240–

LESÕES PSEUDOTUMORAIS INFECCIOSAS: DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS.

Fernando Morbeck Almeida Coelho; Gil Vicente Brandão Marques Porto; Rafael Marques Franco; Túlio Cesar Rego Gomes; Amanda de Vasconcelos Chambi Tames; Gladstone Mattar; Aldemir Humberto Soares; Marcos Duarte Guimarães.

Hospital Heliópolis – São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: dr.fernandomorbeck@gmail.com.

Lesões pseudotumorais são situações benignas que simulam câncer de pulmão nos exames de imagem do tórax. Entre os principais exemplos estão as doenças infecciosas e as granulomatosas não infecciosas, além de alterações circulatórias. As infecções representam a maioria dos casos, principalmente em quadros crônicos nos pacientes idosos. O ponto principal é comprovar a natureza das imagens. Na maioria das vezes, apenas com o aspecto radiológico associado à história clínica e epidemiologia pode-se concluir o diagnóstico. Quando persistem dúvidas, estão indicados procedimentos invasivos. É de fundamental importância que o radiologista e o oncologista saibam reconhecer os possíveis diagnósticos diferenciais em lesões torácicas aparentemente malignas. O objetivo deste ensaio iconográfico é fazer uma avaliação das diferentes apresentações radiológicas das lesões benignas infecciosas que, frequentemente, podem simular malignidade na rotina do serviço de radiologia oncológica do Hospital Heliópolis.

–275–

TUMORES DA PAREDE TORÁCICA: SÉRIE DE QUATRO CASOS E REVISÃO DA LITERATURA.

Carlos Renato Ticianelli Terazaki; Wagner Peitl Miller; Maria Fernanda Sales Caboclo; Cesar Rodrigo Trippia; Carlos Henrique Trippia; Francisco Gomes Castro; Flavio Rinaldi; Flavia Orizzi de Souza Sandrin.

Hospital São Vicente – Curitiba, PR, Brasil.
E-mail: reticianelli@hotmail.com.

Lesões tumorais da parede torácica são menos comuns do que em outros locais do corpo, e por esse motivo, radiologistas não estão familiarizados com suas respectivas imagens, o que dificulta seu diagnóstico. A proposta deste painel eletrônico é relatar quatro casos de massas na parede torácica e realizar breve revisão da literatura sobre cada um deles. Todos os casos são de um hospital filantrópico privado em Curitiba, no Paraná. As enfermidades relatadas serão: hérnia pulmonar através da parede torácica; condrossarcoma primário da parede torácica; dissecação de líquido de derrame pleural para o tecido subcutâneo do tórax causando efeito de massa; e um caso de metástase de melanoma para a parede torácica. Os casos foram investigados com imagens de radiografia simples, tomografia computadorizada e resso-

nância magnética. Os relatos deixam clara a importância dos exames de imagem no estabelecimento diagnóstico e definição das condutas terapêuticas em cada um deles. Tendo em vista que os casos de tumores na parede torácica não são frequentes na prática diária do radiologista, o relato e estudo dos casos são importantes para facilitar seu reconhecimento e definição diagnóstica.

–286–

PNEUMORRAQUE EPIDURAL ASSOCIADA A PNEUMOMEDIASTINO ESPONTÂNEO: RELATO DE CASO.

Debora Maria Ribeiro Raulino; Camila Juliana de Souza Mendonça Siqueira; Ana Carla Andrade de Almeida; Rosane Rodrigues Martins.

Hospital das Forças Armadas – Brasília, DF, Brasil.
E-mail: ca.mendonca@yahoo.com.br.

O pneumomediastino espontâneo, também denominado síndrome de Hamman, refere-se à presença de gás no espaço mediastinal, resultante de outras causas que não trauma, cirurgias ou outros procedimentos, sendo mais rara ainda quando em associação com o achado de ar no espaço raquiano peridural. Complicações variam na dependência do fator desencadeante. Atraso no diagnóstico e o desconhecimento de sua etiologia podem responder por complicações graves, como pneumotórax hipertensivo e mediastinite. Recidivas são raras, não sendo imprescindível seguimento em longo prazo. Relata-se caso de paciente feminina de 18 anos, portadora de asma brônquica, no 30º dia de puerpério, que evoluiu com dispneia e aumento do volume da região cervical, após quadro de tosse e sibilância. Realizadas radiografia de tórax e tomografias computadorizadas de tórax e da coluna cervical, que evidenciaram pneumomediastino associado a gás na porção epidural do canal raquiano cervical e extenso enfisema subcutâneo, provavelmente relacionados a episódio de crise asmática. Instituídas medidas terapêuticas para asma e controle evolutivo do pneumomediastino, com regressão espontânea ao longo dos dias.

–288–

AS VANTAGENS DA REALIZAÇÃO DO EXAME DE CORONÁRIAS EM EQUIPAMENTOS DE DUAS ENERGIAS.

Almir Inacio Nobrega; Julio Cesar Bezerra Lucas; Ricardo José Pacheco.
Senac – São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: ainobrega@hotmail.com.

Este trabalho aborda a evolução da tecnologia da informática e a evolução da engenharia no benefício da medicina radiológica na área da tomografia computadorizada, causando melhorias na aquisição das imagens das coronárias. Através da evolução da informática e por meio de processadores e dispositivos mais rápidos foi possível elaborar processos de reformatação específicos para cada região de interesse, com a capacidade de gerar maior número de imagens, com melhor resolução espacial e com maior capacidade de armazenamento dos exames. Já na parte da engenharia da tomografia computadorizada, surgiu a utilização de dois tubos de raios-x gerando o que se conhece por *dual energy* (duas energias – DE). Um dos tubos trabalha com 140 kVp e o outro com 80 kVp. Nesse sistema é possível realizar exames mais rápidos, pois seu campo de varredura é maior a cada revolução, ao mesmo tempo em que há redução significativa da dose no paciente. Hoje tornou-se possível realizar exames de tórax em 0,6 segundo, reduzindo em alguns casos até 83% dos níveis de radiação. O volume de contraste também pode ser reduzido. Estamos cada vez mais próximos de um exame de coronárias ideal, especialmente porque o coração está sempre em movimento, dificultando a qualidade da imagem

e a sua interpretação. Assim como em uma máquina fotográfica, o ideal é congelar aquele momento especial, obtendo a imagem com qualidade diagnóstica. O congelamento da imagem através da evolução do sistema para DE traz vantagens antes impossíveis de serem alcançadas, trazendo melhorias na realização da tomografia computadorizada de coronárias.

–303–

ATRESIA BRÔNQUICA: RELATO DE CASO.

Fernando Alves Guilherme; Cesar Inoue; Bruno Rick Ogata; Vivian Lucia Rodrigues Teles; Daniel Sakuno; Tiago Machado Paraizo; Juliana Balan Machado; Daniel Enzo Nishiura Outi.

Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa – Ponta Grossa, PR, Brasil.
E-mail: danielskn@hotmail.com.

Introdução: A atresia brônquica é uma anomalia congênita rara de grande interesse e importância devido à sua aparência, que inclui uma variedade de diagnósticos diferenciais, mas que pode ser estreitado se forem observados alguns sinais pertinentes. **Descrição do caso:** Descrivemos um caso de um adolescente do sexo masculino de 14 anos com queixas de tosse e dispnéia de longa data. Realizada radiografia de tórax, que evidenciou hipertransparência no ápice pulmonar esquerdo. Em sequência foi realizada tomografia computadorizada de tórax, que evidenciou aprisionamento aéreo e imagem tubular hiperdensa preenchendo a luz do brônquio para o segmento apicoposterior do lobo superior esquerdo. **Discussão:** A atresia brônquica consiste numa obstrução focal da via aérea de brônquio lobar, segmentar ou subsegmentar em sua origem ou próximo a ela. Tal atresia faz dilatar o brônquio, se preencher por muco e formar mucocelos. Há hiperinsuflação distal ao segmento comprometido por ventilação colateral através dos poros de Kohn e dos canais de Lambert. Tipicamente, ocorre no nível segmentar, sendo o segmento apicoposterior do lobo superior esquerdo o mais afetado, seguido, em ordem decrescente de frequência, pelo lobo superior direito, lobo médio e lobo inferior direito. Associa-se a outras anomalias como sequestro pulmonar e *pectus excavatum*. Acomete adultos jovens entre a primeira e segunda décadas de vida, predominando no sexo masculino na taxa de 2:1. As manifestações clínicas são raras, sendo a maioria assintomática. Porém, alguns pacientes podem apresentar sintomas como tosse, dispnéia, infecções de repetição ou hemoptise. A radiografia de tórax mostra áreas de acúmulo de secreções e impaction mucoide distal traduzidas radiograficamente por opacidades arredondadas, ovaladas ou ramificadas em região hilar ou peri-hilar, com hipertransparência pulmonar distal. Podem ser visualizados, ainda, compressão do pulmão normal contralateral e desvio do mediastino. A tomografia computadorizada demonstra boa visualização da impaction mucoide (descrita como “dedos de luva”), diminuição da atenuação e vascularização, com áreas de aprisionamento aéreo. A broncografia e a broncoscopia podem ser úteis no estudo do sítio da atresia, sendo observadas falhas de enchimento na primeira modalidade. A ressonância magnética tem papel limitado, podendo tão somente mostrar hipersinal das mucocelos nas sequências ponderadas em T2, entretanto, não demonstram o aprisionamento aéreo regional. O diagnóstico diferencial inclui causas de tórax hiperlucido em crianças, como pneumatocele, malformação adenomatoide cística e síndrome de Swyer-James, assim como causas de broncocele, dentre elas aspergilose broncopulmonar alérgica, corpo estranho impactado e fibrose cística. O tratamento cirúrgico é indicado em casos de infecções de repetição com prejuízo funcional por compressão do parênquima adjacente, e o procedimento de escolha é a segmentectomia.

–305–

TUBERCULOSE DE PAREDE TORÁCICA SIMULANDO NEOPLASIA METASTÁTICA RENAL: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA.

Fabio May da Silva¹; Thiago Leandro Marcos²; Rodrigo Beber de Bem¹; Joanna Cristina Zanardi¹.

¹ Universidade do Sul de Santa Catarina – Palhoça, SC; ² Hospital Governador Celso Ramos – Florianópolis, SC, Brasil.

E-mail: rodrigodebem@hotmail.com.

O envolvimento de parede torácica é uma incomum manifestação da tuberculose, constituindo cerca de 1% a 5% dos casos de tuberculose musculoesquelética. Sua apresentação clínica pode se assemelhar a um tumor ou abscesso piogênico, sendo reconhecido como uma massa geralmente resultante de disseminação hematogênica ou invasão direta de doença subjacente do parênquima pulmonar ou pleural. O tórax é um local comum de metástases. O adenocarcinoma renal, quando diagnosticado em fases avançadas, pode apresentar metástases pulmonares em até 50% dos casos. As imagens radiográficas de tumores metastáticos pulmonares geralmente apresentam nódulos pulmonares bilaterais com tamanhos um pouco diferentes nos campos pulmonares inferiores e periféricos. É necessário excluir outros diagnósticos diferenciais como tumores primários do pulmão, vasculites, doenças granulomatosas ou outras causas inflamatórias. Relata-se o caso de um paciente assintomático com volumosa lesão expansiva em parede torácica anterior à esquerda, tendo história de nefrectomia à direita há 10 anos em função de adenocarcinoma renal de células claras, desde então em acompanhamento médico, sem realização de quimioterapia ou radioterapia. Em tomografia computadorizada de tórax, visualizou-se uma lesão expansiva heterogênea com 8,5 × 3,2 cm em parede torácica anterior esquerda com extensão à pleura, nódulos no ápice pulmonar esquerdo e granulomas calcificados nos pulmões. A punção aspirativa por agulha fina demonstrou presença de *Mycobacterium tuberculosis*, e através da biópsia de parede torácica foi verificado processo inflamatório crônico granulomatoso e pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes positiva.

–306–

ARCO AÓRTICO À DIREITA COM DIVERTÍCULO DE KOMMERELL E DIVERTÍCULO AÓRTICO NA JUNÇÃO AORTODUCTAL: RELATO DE DOIS CASOS.

Bruno Rick Ogata; Cesar Inoue; Vivian Lucia Rodrigues Teles; Fernando Alves Guilherme; Daniel Sakuno; Tiago Machado Paraizo; Juliana Balan Machado; Daniel Enzo Nishiura Outi.

Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa – Ponta Grossa, PR, Brasil.
E-mail: danielskn@hotmail.com.

As saculações diverticulares do arco aórtico são alterações congênitas muitas vezes de difícil diferenciação com aneurismas e massas do mediastino. O objetivo do trabalho é descrever as características dos diferentes tipos de divertículos aórticos. Paciente feminino, 65 anos, com queixa de dispnéia e dor torácica. Realizada angiotomografia, que evidenciou arco aórtico à direita, artéria subclávia esquerda aberrante com saculação na sua emergência e discreto trombo mural, sendo denominada divertículo de Kommerell. O segundo caso, paciente feminino, 67 anos, que realizou tomografia computadorizada para estadiamento de câncer gástrico e teve como achado um divertículo aórtico na topografia do remanescente ducto arterioso. A literatura descreve basicamente três tipos de divertículos de arco aórtico: o divertículo em arco aórtico à esquerda com artéria subclávia direita aberrante (ASDA); o divertículo em arco aórtico à direita com artéria subclávia esquerda

aberrante (ASEA); e, finalmente, o divertículo aórtico na junção aortoductal. O primeiro tipo foi descrito por Kommerell em 1936 e é a anomalia da artéria subclávia mais comum. Este divertículo representa uma regressão incompleta do segmento distal do arco aórtico direito primitivo, sendo encontrado em até 60% dos casos de ASDA e presente em 0,5% a 2% das séries radiológicas. O segundo tipo é uma alteração congênita rara (0,05% a 0,1%), geralmente associado a involução da aorta dorsal esquerda e persistência da direita, resultando numa aorta torácica descendente localizada no hemitórax direito. Edward et al. descreveram três tipos de arco aórtico à direita: tipo I, com as grandes artérias formando imagem em espelho; tipo II, com uma ASEA; e tipo III, com artéria subclávia esquerda isolada que se encontra em comunicação com tronco pulmonar através do ducto arterioso. Relatamos o tipo II de Edwards, que em sua maioria apresenta-se assintomático, porém em 5% a 10% está relacionada a uma cardiopatia congênita. O terceiro tipo é o divertículo aórtico na junção aortoductal, localizado na porção interna do istmo aórtico distal à artéria subclávia esquerda. Este não possui implicação clínica, mas seu reconhecimento é de fundamental importância para evitar cirurgias desnecessárias.

–307–

BIÓPSIA MEDIASTINAL: ACESSO SEGURO.

Thiago José Moreira da Cunha; Lara Sá de Paiva; Gilson de Oliveira Brasil; Samuel Fortes Arantes da Silva; Luis Antônio de Castro; Luis Marcelo Ventura.

Hospital de Câncer de Barretos-Fundação Pio XII – Barretos, SP, Brasil.
E-mail: thiago_jmc@yahoo.com.br.

O presente ensaio iconográfico visa demonstrar as diferentes vias de acesso percutâneo a lesões mediastinais, a fim de realizar biópsias guiadas por métodos de imagem (tomografia computadorizada e ultrassonografia). As principais vias de acesso são a via paraesternal, a transesternal, a supraesternal, a subesternal e a paravertebral. Os principais fatores limitantes são os vasos mediastinais maiores, os ossos, o pulmão e a traqueia. São ilustradas e analisadas as diferentes estratégias para se atingir o alvo, como a mudança de decúbito, distensão mediastinal com soro fisiológico, violação do espaço pleuropulmonar e a utilização de pneumotórax intencional. A biópsia cirúrgica, a biópsia transbrônquica ou mesmo guiada por ecoendoscopia são métodos opcionais à biópsia percutânea, que são citadas e analisadas criticamente. **Conclusão:** Através de métodos de imagem, todo o mediastino é acessado de modo seguro e eficaz. Sempre que possível, diretamente pelo espaço extrapleural, sem violar a pleura, ou através do espaço pleural, transgredindo ou não o parênquima pulmonar.

–310–

DIVERTICULOSE BRÔNQUICA SEM TRAQUEOBRONCOMEGALIA: RELATO DE CASO.

Tiago Machado Paraizo; Fabricio Stewan Feltrin; Bruno Rick Ogata; Fernando Alves Guilherme; Vivian Lucia Rodrigues Teles; Daniel Sakuno; Juliana Balan Machado; Daniel Enzo Nishiura Outi.

Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa – Ponta Grossa, PR, Brasil.
E-mail: danielskn@hotmail.com.

Introdução: A diverticulose traqueal e brônquica, doença idiopática de provável natureza congênita, consiste em protrusão do tecido musculomembranoso e ondulações parietais com aspecto de saculações entre os anéis cartilagosos. Está presente em 30% dos casos de traqueobroncomegalia (TBM) ou síndrome de Mounier-Kuhn, uma afecção rara que já foi descrita como diverticulose traqueal e brônquica,

traqueobronquiectasia e traqueobroncopatia malacia, quando associado a dilatação traqueal e dos brônquios principais, infecções respiratórias recorrentes, bem como bronquite crônica e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). **Descrição:** Paciente de 26 anos, masculino, negro, queixando-se de bronquite de repetição e dor torácica. Tomografia computadorizada (TC) de tórax evidenciou broncopatia difusa com espessamento das paredes brônquicas e pequenos divertículos intraparietais, associado a cistos na face medial do lobo superior esquerdo. **Discussão:** A diverticulose brônquica isolada, fator predisponente de TBM, é geralmente um achado fortuito de exames de imagem (TC de alta resolução) em pacientes com clínica de DPOC e bronquite crônica. O enfraquecimento de vias aéreas e divertículos esparsos gera mecanismo de tosse ineficiente e consequente retenção de muco, causando enfisema, bronquiectasias e pneumonias de repetição. O tratamento é direcionado para as alterações clínicas exacerbadas, sendo relevante o controle tomográfico do calibre das vias aéreas e alterações da mucosa traqueobrônquica e do parênquima pulmonar para prognóstico e definição de TBM.

–318–

LINFANGIOMATOSE PULMONAR DIFUSA: CORRELAÇÃO DE ACHADOS NA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E RESSONÂNCIA MAGNÉTICA.

Sofia Cesar Durscki¹; Ana Caroline Dariva Chula¹; Bruna Maria Stofela Sarolli¹; Emanuela Kesting Vieira²; Rafael Sarmento do Amaral²; Roberta de Paula Prestes²; Juliana Thomazoni Pessoa Silva¹; Bruno Mauricio Pedrazzani³.

¹ Clínica XLeMe de Diagnóstico por Imagem – Curitiba, PR; ² Hospital Universitário Cajuru – Curitiba, PR; ³ Hospital Pediátrico Pequeno Príncipe – Curitiba, PR, Brasil.

E-mail: soficdurscki@hotmail.com.

A linfangiomatose pulmonar difusa é uma malformação congênita linfática rara, de origem controversa e com tratamento ainda limitado aos casos de diagnóstico precoce. No tórax acomete a pleura, o pericárdio e os septos interlobulares. As alterações mais observadas nos exames de imagem estão relacionadas ao comprometimento linfático, com infiltração de partes moles mediastinais, espessamento peribroncovascular, bem como dos septos interlobulares. A tomografia de tórax de alta resolução já é aceita como método adequado para identificar com clareza as alterações clássicas da doença. A literatura já existente compara achados de tomografia com ultrassonografia e radiografia simples, porém a comparação tomográfica com ressonância magnética ainda permanece um tema pouco explorado. Neste trabalho analisamos um caso de linfangiomatose pulmonar difusa em um adolescente de 17 anos, com diagnóstico há 2 anos, porém com desfecho fatal. Utilizamos achados de ressonância magnética com o objetivo de comparar com os achados tomográficos e mostrar sua superioridade diagnóstica, bem como valorizar sua utilidade em radiologia pediátrica por ser um método que não utiliza radiação ionizante.

–326–

SÍNDROME DE POLAND: RELATO DE CASO E SEUS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS.

Rodolfo Elias Diniz Silva de Carvalho; Carolina Corcino Maia; Liliana Prata Souza; Érika Martins Baima; Lucas Tadeu Oliveira Menezes Macêdo; Ana Luiza Corcino Maia; André Barcelos Nardotto; Rodrigo de Melo Baptista.

Multiscan Imagem e Diagnóstico – Vitória, ES, Brasil.
E-mail: rodolfocarvalho84@hotmail.com.

Homem, 42 anos, apresentando deformidade torácica à direita, sem queixas respiratórias ou dor torácica. Encaminhado pelo pneumologista para avaliação imagiológica. Tomografia computadorizada (TC) de tórax demonstrou ausência dos músculos peitorais maior e menor à direita, associada a hipoplasia dos 3º e 4º arcos costais ipsilaterais, não se identificando seus segmentos mais anteriores, bem como as articulações costoverbrais correspondentes, compatíveis com síndrome de Poland (SP). A SP é uma anomalia congênita da parede torácica associada a ausência unilateral parcial ou completa dos músculos peitorais. Outras anomalias associadas com a SP, que ocorrem no lado ipsilateral, incluem ausência do músculo peitoral menor, hipoplasia dos músculos lastíssimo do dorso, serrátil anterior, deltoide e intercostais, dextrocardia (se a SP for do lado esquerdo), hipoplasia ou aplasia do 2º ao 9º arcos costais, hipoplasia ou aplasia de tecido mamário e mamilo e alopecia das regiões axilar e mamária. Escoliose e anomalias da extremidade superior como sindactilia, braquidactilia e malformação dos ossos do carpo também podem estar presentes. A etiologia da SP é incerta, mas acredita-se que fluxo sanguíneo insuficiente no território de irrigação da artéria subclávia durante o desenvolvimento da parede torácica *in utero* seja a causa. A SP pode ser esporádica ou familiar. A forma mais frequente é a esporádica, como predomínio no sexo masculino e no lado direito. A maioria dos pacientes com SP é assintomática, mas podem apresentar, dificuldade respiratória, dor torácica ou limitação da amplitude de movimentos do ombro, além de deformidade torácica. Na radiografia de tórax, o achado característico de SP inclui hipertransparência do hemitórax afetado devido à falta da musculatura. Anormalidades nos arcos costais também podem ser identificadas. Os achados tomográficos confirmam o diagnóstico de SP ao demonstrar aplasia unilateral dos músculos peitorais. O parênquima pulmonar é geralmente normal. TC e ressonância magnética são ferramentas importantes para o planejamento da reconstrução da parede torácica. Os principais diagnósticos diferenciais para pulmão hipertransparente unilateral incluem anormalidades pulmonares, como atresia brônquica, enfisema lobar congênito, malformação das vias aéreas pulmonares congênita, síndrome de Swyer-James, atelectasia com colapso pulmonar e pneumotórax; anormalidades da vascularização pulmonar, como síndrome da cimitarra; anormalidades das vias aéreas centrais, como aspiração de corpo estranho e tumor endobrônquico; e outras alterações da parede torácica, como mastectomia.

–331–

A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO RADIOLÓGICA NA APLASIA PURA DE SÉRIE VERMELHA ASSOCIADA A TIMOMA: RELATO DE CASO.

Izabela Machado Flores Pereira; Bárbara Lima Souza Aquino de Freitas; Andréa de Freitas Werner; Bianca Soares Laquini; Breno Assunção Matos; Paula de Castro Menezes Candido.

Hospital Felício Rocho-Fundação Felice Rosso – Belo Horizonte, MG, Brasil.

E-mail: belamachado15@hotmail.com.

Introdução: Aplasia pura de série vermelha (eritroblastopenia) é uma síndrome caracterizada por anemia normocítica e reticulocitopenia, sem alterações histopatológicas na medula óssea. A eritroblastopenia pode apresentar-se de forma congênita ou adquirida, sendo a última secundária a várias enfermidades, dentre as quais o timoma. Aproximadamente 5% dos pacientes portadores de timoma irão apresentar eritroblastopenia, configurando-se, assim, uma rara associação. Estudo retrospectivo recentemente publicado, realizado em um hospital norte-americano, demonstrou que ao longo de 55 anos apenas 13 pacien-

tes foram diagnosticados com aplasia eritrocitária pura associada a timoma. A raridade de tal diagnóstico e a escassez de material científico abordando esse tema na literatura médica atual, principalmente sob o ponto de vista da radiologia, foi a motivação deste trabalho. **Descrição:** Relato de uma paciente de 63 anos que buscou atendimento na urgência do hospital por queixa de dispneia e astenia, informando ocorrência de transfusão sanguínea há 30 dias devido a anemia profunda. À admissão diagnosticou-se anemia normocítica (nível de hemoglobina de 4,8 g/dL) e reticulocitopenia, com posterior confirmação de aplasia pura de série vermelha e de biópsia de medula óssea sem alterações. Realizada radiografia de tórax que mostrou massa no mediastino anterior, fazendo sinal da silhueta com a borda cardíaca esquerda. Em sequência, foi solicitada tomografia computadorizada do tórax, que demonstrou formação expansiva sólida no mediastino anterior, com calcificações esparsas de perimeio, mantendo plano gorduroso entre as estruturas mediastinais adjacentes. A paciente foi submetida a ressecção cirúrgica da massa mediastinal, cuja análise anatomopatológica demonstrou tratar-se de timoma. **Discussão:** A patogênese da associação entre eritroblastopenia e timoma envolve alterações autoimunes baseadas na supressão da série vermelha na medula óssea por linfócitos T, além de respostas mediadas por citocinas. Cinqüenta por cento dos pacientes com aplasia pura da série vermelha são portadores de timoma. Nesses pacientes que estão em propedêutica hematológica, o encontro de uma massa no mediastino anterior fortalece o diagnóstico de timoma. Embora seja mais comum o diagnóstico simultâneo de timoma e aplasia eritrocitária pura, essa alteração hematológica pode ocorrer até 10 anos após a ressecção tumoral. Exames de imagem assumem, assim, papel fundamental na investigação de um quadro de anemia profunda, entidade muito prevalente no cotidiano médico. Nesse contexto, o papel do radiologista torna-se fundamental na propedêutica diagnóstica das síndromes envolvendo eritroblastopenia, cuja rara associação com timoma define objetivamente a conduta do médico assistente.

–345–

EMBOLIA PARADOXAL DEVIDO A FÍSTULA ARTERIOVENOSA PULMONAR: RELATO DE CASO.

Nathália de Aguiar Vidigal; Andréia Rolim Soares; Izabella de Campos Carvalho Lopes; Laura Filgueiras Mourão Ramos; Emília Guerra Pinto Coelho Motta; Marcelo Almeida Ribeiro; Renata Lopes Furletti Caldeira Diniz; Wanderval Moreira.

Instituto de Pesquisa e Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais / Hospital Mater Dei – Belo Horizonte, MG, Brasil.

E-mail: bellaccarvalho@yahoo.com.br.

Introdução: A embolia paradoxal devido a fístula arteriovenosa pulmonar (FAVP) é evento raro e pouco descrito na literatura médica. As malformações congênitas são responsáveis por 80% dos casos de embolia pulmonar paradoxal, sendo o forame oval patente a causa mais comum desse evento, no qual ocorre a passagem de êmbolos vindos da circulação venosa pelo *shunt* direita-esquerda. O objetivo do presente estudo é relatar um caso de um paciente com diagnóstico de embolia pulmonar paradoxal devido a FAVP. **Descrição:** Paciente do sexo masculino, 29 anos, admitido com quadro de fratura no tornozelo esquerdo que evoluiu após um mês com dor, hiperemia e empastamento da panturrilha ipsilateral. Realizado *duplex scan* venoso de membro inferior com sinais de trombose venosa profunda em segmento poplíteo-tíbio-fibular e veias musculares da panturrilha. Durante a internação apresentou quadro de dispneia súbita aos médios esforços e

dor pleurítica associada a tosse seca sem expectoração. Foi realizada angiotomografia do tórax que evidenciou falhas de enchimento em ramos arteriais e venosos à direita, sugerindo embolia paradoxal, sendo detectada neste mesmo estudo FAVP. Ecocardiograma sem alterações significativas, além de ausência de forame oval patente ou qualquer outra anormalidade estrutural. **Discussão:** O diagnóstico de embolia paradoxal neste caso clínico conduziu a investigação de doença cardíaca congênita e afecção arteriovenosa, levando ao diagnóstico de FAVP. Essa associação é pouco habitual, porém nos alerta para a importância de pesquisar outras causas de embolia paradoxal além do forame oval patente, uma vez que tal fístula pode causar fenômenos vasculares e sintomas com repercussão hemodinâmica ao longo da vida.

–347–

MALFORMAÇÃO ADENOMATOIDE CÍSTICA CONGÊNITA.

Bruno Nocrato Loiola.

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

E-mail: bruno.loyola@ig.com.br.

A malformação adenomatoide cística congênita consiste em uma anomalia pulmonar caracterizada por crescimento excessivo dos bronquíolos terminais, resultando na formação de cistos de variados tamanhos, além de uma deficiência de alvéolos. É uma anomalia rara, correspondendo a aproximadamente 25% das malformações pulmonares. Essa lesão comunica-se com a árvore brônquica e tem seu suporte venoso derivado da circulação pulmonar. A causa dessa anormalidade é desconhecida, mas provavelmente ocorre nos primeiros 35 dias de gestação. Pode ser classificada em três subtipos: tipo 1 – consiste em um grande cisto, frequentemente multiloculado, e é o mais comum em adolescentes e adultos; tipo 2 – é composto de áreas sólidas separadas por pequenos cistos, medindo de 1 a 10 mm; tipo 3 – manifesta-se como uma massa mais ou menos sólida constituída predominantemente por bronquiolares de forma irregular que lembram os espaços aéreos terminais do período pseudoglandular do desenvolvimento fetal. A grande maioria dos pacientes apresenta-se com dificuldade respiratória progressiva no período neonatal ou na infância. Relatamos um caso de um paciente do sexo feminino com diagnóstico de malformação adenomatoide cística congênita tipo 1, demonstrando a importância dos exames de imagem.

–355–

PSEUDOANEURISMA TRAUMÁTICO DE AORTA TORÁCICA: RELATO DE CASO.

Jaqueline Hoffmann; Nicoli Martina Testoni; Jamile Leda Spessato; André Bernardo Harger da Silva; Luis Fernando Schneider Camargo.

Hospital Santa Isabel-Ecomax – Blumenau, SC, Brasil.

E-mail: hoffmann.jaque@gmail.com.

Uma das grandes preocupações no trauma torácico grave com grande força de desaceleração envolvida são as lesões de grandes vasos do mediastino, sendo as injúrias da aorta as lesões mais comuns e as que implicam em maior morbimortalidade. Um dos mecanismos mais aceitos para ruptura traumática total ou parcial de aorta envolve uma combinação das forças de tração, torção e hidrostáticas criadas pela diferente desaceleração das estruturas torácicas. Duas teorias principais são propostas: a primeira acredita que as forças de cisalhamento horizontais que são aplicadas durante a desaceleração deslocam as porções móveis da aorta ascendente e descendente em relação ao arco aórtico, que é relativamente fixo pelos vasos braquiocefálicos, e que essa diferença de mobilidade entre os segmentos provoca

a ruptura. A segunda propõe que a ruptura decorra de um “pinçamento” do vaso que está preso entre a coluna e o tórax ósseo anterior durante a compressão no peito causada pela desaceleração abrupta. O local mais comumente lesionado é o segmento aórtico situado logo após a emergência da artéria subclávia esquerda, distal a esta e ao ligamento arterioso. Em mais de 80% dos casos a ruptura é completa, através das três camadas da aorta, e resulta em morte por exsanguinação no local do trauma. Já a ruptura incompleta pode manifestar-se com um espectro de achados: dissecação, hematoma intramural, diminuição do calibre da aorta descendente (pseudocoarctação), extravasamento do meio de contraste a partir da aorta, aneurisma e pseudoaneurismas. O pseudoaneurisma ocorre quando há transecção da parede do vaso com lesão das camadas íntima e média, mas com adventícia intacta, formando uma saculação excêntrica à sua luz. Apresentamos o caso de um paciente do sexo feminino, 23 anos, vítima de acidente automobilístico que foi recebida na emergência do hospital apresentando múltiplas fraturas ósseas, hipotensão, dispnéia e hematuria. Após os cuidados iniciais e retorno ao equilíbrio hemodinâmico, foram realizadas radiografias da coluna vertebral, ossos longos, bacia e tórax, que demonstraram alargamento do mediastino. Em investigação adicional com tomografia computadorizada de tórax notou-se abaulamento sacular dos contornos no arco aórtico na sua porção inferior, com preenchimento desta estrutura por contraste intravenoso. Foi estabelecido o diagnóstico de pseudoaneurisma traumático de aorta torácica e realizado o tratamento endovascular com prótese.

–362–

NEUROBLASTOMA PARAVERTEBRAL TORÁCICO EM PACIENTE PEDIÁTRICO: ACHADOS DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA.

Thomaz Rodrigues Mostardeiro; Isadora Cristina Olesiak Cordenonsi; Carlos Jesus Pereira Haygert; Norberto Weber Werle.

Universidade Federal de Santa Maria – Santa Maria, RS, Brasil.

E-mail: thomaz.mostardeiro.1993@gmail.com.

Este relato de caso evidencia uma situação clínico-radiológica incomum em que paciente masculino de 9 meses, previamente hígido, com história gestacional sem intercorrências, é referenciado para hospital de atendimento terciário com história de convulsões tônico-clônicas generalizadas, de difícil manejo clínico, além de déficit motor 3+/4, espasticidade e hipotrofia em membros inferiores simetricamente, não apresentando quaisquer sinais toxêmicos. Tendo em vista suspeita clínica de compressão medular em nível torácico, recorreu-se à tomografia computadorizada de tórax com contraste, que evidenciou extensa lesão paravertebral esquerda, com densidade de partes moles, visualizada desde a transição cervicotorácica até 7,5 cm abaixo desta. As margens eram francamente irregulares e sem plano de clivagem mediastinal anterior, imprimindo compressão com suboclusão de brônquio fonte esquerdo. Componentes necróticos foram evidenciados em margem direita, assim como calcificações focais múltiplas. Após a administração da substância de contraste, tênue realce interno e circunscrito da massa foi visualizado. Anteriorização de aorta descendente devido ao pronunciado efeito de massa era aparente. Submetido a biópsia cirúrgica, firmou-se o diagnóstico de neuroblastoma com infiltração paravertebral. O paciente, nos últimos 6 anos, foi submetido a quimioterapia e também a duas ressecções, apresentado cifose torácica acentuada e paralisia de membros inferiores, sem perda de controles esfinterianos. Atualmente, com 6 anos, o paciente continua realizando quimioterapia, a qual tem mostrado relativa eficácia no controle neoplásico. Assim, o principal objetivo desse relato de caso é evidenciar uma apresentação radiológica atípica à tomografia compu-

tadorizada, em que o neuroblastoma mediastinal invadiu os espaços paramedulares e culminou em compressão medular.

–363–

INTOXICAÇÃO POR PARAQUAT À TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ALTA RESOLUÇÃO: UM RELATO DE CASO.

Thomaz Rodrigues Mostardeiro; Isadora Cristina Olesiak Cordenonsi; Carlos Jesus Pereira Haygert; Norberto Weber Werle.

Universidade Federal de Santa Maria – Santa Maria, RS, Brasil.

E-mail: thomaz.mostardeiro.1993@gmail.com.

O objetivo deste relato é descrever caso de paciente masculino, de 31 anos, masculino, agricultor referenciado a serviço de pronto-atendimento de hospital terciário, com história de ingestão de quantidade considerável do herbicida Paraquat (1'-dimetil-4,4'-bipiridina-dicloreto), reconhecida substância letal de alta toxicidade sistêmica, intimamente relacionada às insuficiências renal e hepática. O paciente tinha história de depressão grave, sem resposta ao tratamento antidepressivo, relatando-se duas tentativas de suicídio prévias. Submetido a lavagem gástrica de resgate, aspirou-se cerca de 300 ml da substância (reconhecida letalidade para dosagens acima 44 ml/kg). Posteriormente fora encaminhado à unidade nefrológica, onde se realizou hemoperfusão com heparina 3.000 ml salina. Após 3 dias, o paciente apresentou crepitações difusos bilaterais, realizando-se exame de tomografia computadorizada de alta resolução torácica com contraste, que mostrou presença de áreas extensas de vidro fosco bilaterais, predominantemente peri-hilares com focos de consolidação subpleurais múltiplos. Espesamento septal interlobular difuso, com predominância bibasal, e dilatação nodular de estruturas ramificadas centrolobulares (árvore em brotamento) estavam presentes nos lobos inferiores bilateralmente, além de moderada consolidação em lobo médio com broncograma aéreo associado. Após 10 dias da realização do exame de tomografia computadorizada, o paciente apresentou quadro clínico de pneumonia aspirativa sem causa claramente definida, sendo manejado com Clavulin intravenoso, apresentando melhora clínica significativa. Os exames laboratoriais após 5 dias do episódio da pneumonia revelaram boa função renal, sem alterações gasométricas ou hepatocelulares. Após tratamento emergencial e estabilização do quadro clínico, o paciente foi encaminhado para a unidade psiquiátrica para acompanhamento. Assim, o objetivo desse relato de caso é destacar a importância do conhecimento radiológico torácico relacionado a intoxicações, tendo em vista a relevante prevalência de acometimento pulmonar.

–377–

MOLA HIDATIFORME METASTÁTICA PÓS-PARTO: RELATO DE CASO.

Carolina Conceição Oliani Rossi; Alex Assini Balduino; Felipe Costa Moreira; Mirella Oliveira Silva; Ana Cristina Favaretto; Guilherme Lima Andrade Alves de Toledo; Thiago da Cunha Casagrande.

Hospital Alvorada – São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: favarettoac@gmail.com.

Introdução: Mola hidatiforme faz parte do grupo de doenças trofoblásticas gestacionais, correspondendo à maioria destas. É dividida histologicamente em completa e parcial, esta última mais rara, porém a que mais frequentemente gera metástases a distância, sendo sua disseminação por via hematogênica. Na maioria das vezes a gestação cursa sem tecido embrionário; quando do contrário, são frequentemente caracterizadas malformações, muitas vezes incompatíveis com a vida, sendo extremamente raros os casos com recém-natos hígidos.

O sítio metastático mais comum é o pulmão, sendo citados também vagina, vulva, rins, bexiga, cérebro e fígado. **Descrição:** Paciente do sexo feminino, 30 anos, com queixa de dois episódios de sangramento vaginal importante após o parto de recém-nascido hígido a termo, sendo realizadas duas curetagens uterinas e anatomopatológico do material colhido, a última 11 semanas após o parto, que diagnosticou mola hidatiforme, permanecendo em acompanhamento até o momento do estudo. Compareceu ao serviço de radiologia do hospital para estadiamento oncológico, assintomática no momento do exame. A tomografia computadorizada (TC) com reconstruções multiplanares de tórax evidenciou vários nódulos heterogêneos lobulados, alguns confluentes, em ambos os hemitórax e de variáveis dimensões, por vezes circundados por opacidades em “vidro fosco”. **Discussão:** A mola hidatiforme corresponde a 80% dos casos relacionados às doenças trofoblásticas gestacionais e é dividida em completa e parcial, sendo esta sua forma mais rara. Outras doenças que fazem parte deste grupo são, em ordem decrescente: mola completa, mola invasora e coriocarcinoma. Dentre estas, a que mais frequentemente lança metástases a distância é a mola parcial, sendo a mola invasora a que mais raramente condiciona metástase, porém a que mais frequentemente invade estruturas pélvicas adjacentes ao útero. A importância deste trabalho é elucidar os achados radiológicos relacionados às metástases decorrentes do grupo de doenças trofoblásticas gestacionais, com enfoque aos nódulos pulmonares, já que foi o achado apresentado pela paciente em estudo. O método inicial de eleição para avaliar metástases é o raio-x simples de tórax, sendo utilizadas complementações com TC e ressonância magnética. Diante disto, encontramos na literatura disponível que os nódulos pulmonares metastáticos oriundos de mola hidatiforme parcial são considerados benignos e uma das metástases mais frequentemente associadas a sangramento pulmonar perilesional, como visualizado nos achados tomográficos da paciente acima. Seu tratamento de escolha é quimioterapia, obtendo-se excelentes resultados, com até 100% de cura ou remissão.

–404–

TOMOGRAFIA DE TÓRAX NO PACIENTE NA UTI: O QUE PROCURAR E COMO DESCREVER.

Demise Lucena Rodrigues; Cecília Peçanha Bogado Fassbender; Renato Norberto Zangiacomo; Danilo Monteiro de Melo Henklain; Ana Carolina Castelo Branco Soares; Carlos Felipe do Rego Barros Milioto; Gladstone Mattar; Fernanda Sasaki Vergílio.

Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo – São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: felipemilioto@yahoo.com.br.

O grande avanço observado em todas as áreas médicas é notavelmente significativo na medicina intensiva. O desenvolvimento de novos e melhores equipamentos associado ao avanço nas drogas tem possibilitado resultados cada vez melhores na condução dos pacientes críticos. Os exames de imagem estão inseridos neste contexto, já que permitem maior precisão no estabelecimento do diagnóstico e evolução destes pacientes. O principal meio de imagem utilizado para avaliação torácica nos pacientes na UTI permanece a radiografia (RX). A presença de inspiração inadequada, a posição em decúbito, a presença de monitores, etc., fazem com que o RX apresente inúmeras limitações no estabelecimento do diagnóstico (atelectasias, aparente aumento da área cardíaca, etc.). Assim, a tomografia computadorizada de tórax trará informações imprescindíveis na conduta a ser tomada. Neste trabalho serão apresentados, inicialmente, os aspectos que devem ser avaliados dos tubos e cateteres, como topografia e compli-

cações decorrentes de sua instalação (pneumotórax, pneumomediastino, intubação seletiva, cateter venoso central em posições anômalas). Em seguida serão apresentados os achados das principais complicações dos tratamentos dos pacientes críticos, como congestão pulmonar. Por fim, os aspectos das principais doenças torácicas que levam o paciente à UTI ou que se desenvolvem neles, como processos inflamatórios infecciosos, SARA, granulomatose de Wegener, pericardites, embolia pulmonar. Assim, uma ampla revisão será feita auxiliando radiologistas e clínicos a descrever laudos e interpretar os exames de imagem.

–438–

ACHADOS DA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TÓRAX EM PORTADORES DE ACROMEGALIA: UM ESTUDO PRELIMINAR.

Gustavo Bittencourt Camilo¹; Gabriela Cumani Toledo²; Roberto Mogami¹; Dequítier Carvalho Machado¹; Celso Estevão de Oliveira¹; Úrsula David Alves¹; Letícia da Silva Lacerda¹; Agnaldo José Lopes¹.

¹ Hospital Universitário Pedro Ernesto-HUPE/UERJ – Rio de Janeiro, RJ; ² SUPREMA/Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – Juiz de Fora, MG, Brasil.

E-mail: gustavoscamil@hotmail.com.

A acromegalia está associada com considerável aumento da morbidade e mortalidade e as principais causas de morte são as complicações cerebrovasculares, sendo as doenças respiratórias consideradas como segunda principal causa. A mortalidade por doença respiratória é cerca de três vezes maior em pacientes com acromegalia, quando comparada com a taxa observada em indivíduos saudáveis. Com o desenvolvimento tecnológico, os métodos de imagem propostos em alguns estudos foram substituídos por instrumentos mais sensíveis como a tomografia computadorizada de alta resolução (TCAR), que garante adequada mensuração volumétrica pulmonar, proporciona diferentes tipos de comparação e análise e, ainda, permite a avaliação dos achados de imagem e o estudo anatômico do tórax e das vias pulmonares. Na acromegalia, as diferenças metodológicas entre os estudos levaram ao surgimento de dados inconsistentes sobre as alterações pulmonares, o que reforça a importância de novos estudos e nova abordagem sobre o tema. Busca-se com este estudo identificar os principais achados da TCAR em pacientes com acromegalia. Trata-se de um estudo prospectivo, do tipo transversal, modelo série de casos, com avaliação quantitativa dos dados amostrais em um grupo de 20 pacientes acromegálicos que realizaram a TCAR. Foi utilizado um tomógrafo *multislice* de 64 canais, com técnica inspiratória e expiratória. Foram incluídos pacientes maiores de 18 anos e excluídos aqueles que tinham história de asma ou tabagismo. Todos os pacientes assinaram o termo de consentimento. Foram avaliados 13 mulheres e 7 homens, com média de idade de $52,5 \pm 13$ anos. A principal alteração observada na TCAR foi o aprisionamento aéreo (visualizado em 60% dos exames), sendo este difuso em 20% dos pacientes. Quando esparsa, o aprisionamento aéreo foi visto principalmente nos lobos inferiores. Outras anormalidades comuns foram as calcificações de vias aéreas (40% dos casos, ocorrendo tanto no nível traqueal quanto dos brônquios principais) e as opacidades em vidro fosco (35% dos casos). O padrão em vidro fosco predominou nos lobos inferiores e não apresentou predileção por nenhum dos pulmões. Bronquiectasias foram visualizadas em 35% dos exames de TCAR, sendo estas observadas tanto nos lobos superiores quanto nos lobos inferiores. A acromegalia é uma doença multissistêmica que determina alterações sobre o sistema respiratório, sendo estas evidenciadas na TCAR. Assim como em idosos, as aéreas de aprisionamento aéreo (o principal achado tomo-

gráfico neste estudo) sugerem alterações de pequenas vias aéreas. Esta anormalidade levanta a hipótese de um envelhecimento pulmonar acelerado em portadores de acromegalia.

–446–

ALTERAÇÕES DE IMAGEM EM PACIENTES COM ACOMETIMENTO PULMONAR POR DEFICIÊNCIA DE ALFA 1-ANTITRIPSINA: AVALIAÇÃO DE 14 PACIENTES.

Dequítier Carvalho Machado; Gustavo Bittencourt Camilo; Celso Estevão de Oliveira; Joana Acar Silva; Arnaldo José Noronha Filho; Agnaldo José Lopes; Cláudia Henrique da Costa; Domênico Capone.

Hospital Universitário Pedro Ernesto-HUPE/UERJ – Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: gustavoscamil@hotmail.com.

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é uma condição heterogênea definida pela presença de obstrução irreversível ao fluxo aéreo. Estima-se que 1,9% dos casos de DPOC sejam causados por deficiência de alfa 1-antitripsina (AAT), o que determinaria aproximadamente 60.000 casos de doença pulmonar nos Estados Unidos. Estudos apontam a existência de 1.100.000 indivíduos com deficiência severa de AAT, o que torna esta a doença hereditária severa mais comum no mundo. Porém, esta condição é amplamente subdiagnosticada. Para facilitar o reconhecimento precoce desta doença é fundamental que os médicos assistentes estejam aptos a reconhecer os principais padrões tomográficos de acometimento. Pretendemos avaliar os padrões tomográficos mais comuns na tomografia computadorizada de alta resolução dos pacientes com deficiência de AAT. Foram analisados 14 casos do ambulatório de doença pulmonar obstrutiva crônica de um hospital universitário que apresentavam deficiência comprovada da enzima AAT. Os pacientes foram submetidos a tomografia computadorizada do tórax, em tomógrafo *multislice* de 64 canais, com técnica de alta resolução em inspiração e expiração. Observou-se aumento do diâmetro anteroposterior do tórax, bronquiectasias, impacção de muco, enfisema pan-acinar com predomínio em bases e enfisema centrolobular difuso predominando em lobos superiores em cerca de 85% dos pacientes avaliados. Não foram evidenciados achados tomográficos relevantes em cerca de 15% dos pacientes avaliados, os quais encontravam-se assintomáticos. Os achados tomográficos observados não são específicos quando avaliados isoladamente, porém quando evidenciados em conjunto devem ressaltar a possibilidade de deficiência de AAT.

–465–

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM NÃO INVASIVO DO SEQUESTRO BRONCOPULMONAR INTRALOBAR: RELATO DE CASO.

Thiana Pozzatto Rodrigues; Graciane Bertolo; Dair Jocely Junior Enge; Thalys Zandona Laydner; Ronaldo Cavalheiro; Lísia Cunha Cé; Fernanda Scortegagna Annes; Leticia Sartori Simonaggio.

Hospital São Vicente de Paulo – Passo Fundo, RS, Brasil.

E-mail: thianapozzatto@hotmail.com.

Paciente feminina, 41 anos, assintomática. Procurou o serviço de imagens para realização de exames admissionais, em que foi detectada, na radiografia de tórax obtida nas incidências posterolateral e perfil, opacidade homogênea sugestiva de massa localizada no segmento basal posterior do lobo inferior do pulmão direito. A paciente foi posteriormente submetida a tomografia computadorizada de alta resolução (TCAR) do tórax em aparelho de múltiplos detectores (128 canais), que identificou lesão cística com suprimento sanguíneo anô-

malo proveniente da aorta descendente e drenagem venosa anômala para veias pulmonares. A lesão não apresentava ligação com a árvore traqueobrônquica nem envoltório pleural próprio. As imagens de reformações multiplanares, bem como imagens adquiridas com técnicas de máxima intensidade de projeção (MIP) e em 3D confirmam os achados dos cortes axiais, não sendo obrigatória a realização de procedimento diagnóstico invasivo (arteriografia) pela clareza dos achados. A paciente não foi submetida a procedimento terapêutico invasivo, permanecendo sob controle clínico. O sequestro broncopulmonar é uma malformação congênita, representando 0,15% a 6,25% de todas malformações pulmonares. É formado por tecido pulmonar isolado da comunicação brônquica normal, e que recebe suprimento sanguíneo de um ramo arterial da circulação sistêmica. Dois tipos de sequestro são reconhecidos, dependendo da presença ou não de envoltório próprio, e são chamados, respectivamente, de extralobar e intralobar. O sequestro intralobar é o mais comum, localizado com maior frequência no lobo inferior esquerdo, apresentando suprimento arterial por ramo anômalo da aorta e drenagem venosa por ramo da veia pulmonar. Por não possuir envoltório próprio e não ter comunicação com a árvore traqueobrônquica, o risco de infecções pulmonares de repetição é maior nesses casos. O diagnóstico pode ser realizado através de exames de imagem como TCAR com reformações multiplanares e a angiotomografia computadorizada de tórax. Dessa forma, a vantagem do diagnóstico através desses exames de imagem é de evitar procedimentos invasivos em pacientes assintomáticos, não expondo os mesmos aos riscos cirúrgicos. Nos pacientes sintomáticos é necessário realizar tratamento cirúrgico com ressecção do parênquima anômalo, já nos casos de achado incidental, como o do relato, pode-se acompanhar o paciente clinicamente. A importância do estudo é demonstrar o papel do diagnóstico não-invasivo no sequestro pulmonar.

–466–

RELATO DE CASO: O PAPEL DO ESTUDO ANGIOTOMOGRÁFICO NA DETECÇÃO DA ORIGEM ANÔMALA DAS CORONÁRIAS.

Thiana Pozzatto Rodrigues; João Jorge Moojen da Silveira; Luciano Marcelo Backes; José Basileu Caon Reolão; Dair Jocely Junior Enge; Thalys Zandona Laydner; Milena Pozzatto Rodrigues; Darlan Barboza.

Hospital São Vicente de Paulo – Passo Fundo, RS, Brasil.

E-mail: thianapozzatto@hotmail.com.

A origem anômala das artérias coronárias é uma doença rara, potencialmente fatal se não diagnosticada e tratada precocemente, por isso a importância deste estudo. Crianças e atletas jovens constituem o grupo de maior risco para sequelas, sendo considerada atualmente a segunda causa de morte súbita de origem cardiovascular em esportistas. Cerca de 10% dos pacientes com origem anômala de artéria coronária permanecem vivos até a idade adulta, e estes pacientes sobrevivem devido ao desenvolvimento de importante rede colateral intercoronariana. A anomalia é classificada em dois grupos: origem anômala da artéria coronária esquerda da artéria pulmonar (OACEP) e origem anômala da artéria coronária da aorta (OACEA). As crianças com OACEP vão a óbito no primeiro ano de vida em 90% dos casos, já nos que sobrevivem ocorre intensa circulação colateral intercoronariana e a coronária anômala não é dominante. Na OACEA os principais sintomas são síncope, dor torácica e palpitações, mas a maioria dos pacientes é assintomática. O diagnóstico desta anomalia é difícil, os exames complementares de imagem como angiotomografia das artérias coronárias por tomografia computadorizada de múltiplos detectores (128 canais) (TCAC) são ferramentas importantes para o diagnóstico. A TCAC é um método seguro, eficaz e com excelente resolução espacial, e

sugere-se que o exame é ideal para o diagnóstico de anomalias coronarianas. Uma vez diagnosticados, os casos de OACEP e OACEA sintomática devem ser cirurgicamente corrigidos, para prevenção de complicações e sequelas próprias atribuídas à doença. **Relato de caso 1:** Paciente masculino, 24 anos com história de morte súbita abortada durante prática de exercício físico, apresentando déficit cognitivo após evento. Foi submetido a *holter* sem alteração e ecocardiograma trans-torácico apresentando fluxo vascular anômalo. Realizada TCAC, que evidenciou artéria circunflexa ectasiada com origem na artéria pulmonar direita, associada a circulação colateral intercoronariana. Realizado estudo de cineangiocoronariografia, que mostrou intensa rede de colaterais para artéria circunflexa, não sendo realizado estudo seletivo desta coronária. Paciente submetido a cirurgia de revascularização miocárdica com enxerto e ligadura do óstio da artéria circunflexa, evoluindo após procedimento sem intercorrências apreciáveis. **Relato de caso 2:** Paciente masculino, 54 anos, obeso, sedentário, com dor torácica atípica e dispneia aos esforços. Realizou estudo de TCAC que evidenciou comunicação interarterial, artéria coronária direita com origem anômala no seio de Valsalva esquerdo com trajeto interarterial, associado a aumento das câmaras cardíacas direitas e do tronco da artéria pulmonar. Esse conjunto de alterações eleva o risco de compressão da coronária anômala, aumentando o risco de repercussões isquêmicas. A cinecoronariografia confirmou as alterações da TCAC e demonstrou que a coronária direita não é dominante, provavelmente por esta razão o paciente tenha sobrevivido.

–471–

SÍNDROME DA CIMITARRA: UMA RARA ANOMALIA DA DRENAGEM VENOSA PULMONAR.

Úrsula David Alves; Letícia da Silva Lacerda; André Arantes Pereira de Azevedo; Arine Santos Peçanha; Mauricio Rodrigues Freitas; Rafael Barcelos Capone; Ronaldo Carvalho Araújo Filho; Domênico Capone.

Hospital Universitário Pedro Ernesto-HUPE/UERJ – Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: gustavoscamillo@hotmail.com.

Este relato de caso tem como propósito atentar aos médicos radiologistas sobre a inclusão de condições raras no diagnóstico diferencial na imagem torácica. Mulher negra, 44 anos, doméstica, previamente hígida, queixando-se há meses de dor na região subescapular direita relacionada aos movimentos de tronco e membro superior direito. Negava tosse, febre ou outros sintomas. Procurou um serviço de urgência, onde foi realizada radiografia de tórax (RX), sendo iniciada antibioticoterapia por opacidade descrita como suposta pneumonia. Sem melhora do quadro, procurou hospital universitário, onde foi realizado novo RX de tórax que demonstrou opacidade tubuliforme, tortuosa, quase paralela e adjacente ao átrio direito. A tomografia computadorizada (TC) demonstrou aumento do volume dos vasos pulmonares segmentares, notadamente nas bases, além de veia pulmonar direita anômala de calibre aumentado, com drenagem para veia cava inferior, compatível com síndrome da cimitarra. Este caso foi diagnosticado em nosso serviço por meio de um achado radiográfico. Foi trazido pelo médico assistente para discussão e esclarecimento da imagem com os radiologistas, que sugeriram complementação com TC *multi-slice* para confirmação diagnóstica do achado do sinal da cimitarra ao RX e exclusão de outras doenças subjacentes. A síndrome da cimitarra é uma condição rara que consiste de drenagem venosa pulmonar anômala do pulmão direito para a veia cava inferior (VCI). Esta drenagem pode ser parcial ou completa. Por observar-se associação deste achado com outras alterações como hipoplasia do pulmão direito, suprimento

arterial pulmonar anômalo com ou sem sequestro pulmonar, hipertensão pulmonar, dextrocardia e defeitos do septo atrial, com *ostium secundum* (o mais comum), estas devem ser investigadas de acordo com o quadro clínico de cada paciente. Apesar de ser considerada uma rara anomalia, não se pode precisar sobre sua incidência, uma vez que pode se apresentar de forma assintomática. Em jovens e adultos, geralmente é diagnosticado por queixas respiratórias leves ou como achado incidental em um RX de rotina. Normalmente, estes não apresentam outras condições pulmonares associadas e têm bom prognóstico. O termo cimitarra deriva da opacidade criada no RX, sendo que esta se estende a partir da posição laterossuperior do pulmão direito para um local mais medial, com aumento de calibre à medida que desce em direção ao ângulo cardiofrênico. Curiosamente, esta anomalia é observada quase que exclusivamente no pulmão direito. Nesse sentido, mostra-se importante o reconhecimento desse raro, porém clássico sinal radiológico, evitando condutas errôneas.

–473–

ASPECTOS RADIOLÓGICOS DA ASPERGILOSE PULMONAR ANGIO-INVASIVA EM PACIENTES IMUNOCOMPROMETIDOS POR DOENÇA HEMATOLÓGICA MALIGNA.

Gustavo Bittencourt Camilo; Arine Santos Peçanha; Celso Estevão de Oliveira; Lucia Antunes Chagas; Luciane dos Santos Oliveira; Dequitier Carvalho Machado; Mauricio Rodrigues Freitas; Domênico Capone.

Hospital Universitário Pedro Ernesto-HUPE/UERJ – Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: gustavoscamil@hotmail.com

A aspergilose pulmonar é uma infecção micótica causada por espécies de *Aspergillus*, usualmente o *A. fumigatus*, e as alterações pulmonares causadas pelo agente são variadas e dependentes do estado imunológico e das condições pulmonares do paciente. A aspergilose pulmonar invasiva é uma complicação relativamente comum de estados de grave imunodepressão, tais como pacientes com doenças hematológicas malignas, especialmente agudos e leucemia mieloide crônica, pacientes que são submetidos a transplante de células hematopoiéticas e doentes tratados com agentes imunossupressores como doses elevadas de corticosteroides. A tomografia computadorizada de alta resolução tem sido utilizada sistematicamente no auxílio ao diagnóstico precoce da aspergilose invasiva, permitindo assim um tratamento antifúngico efetivo, podendo ter utilidade no diagnóstico precoce da doença, numa fase em que as culturas fúngicas são negativas, os achados na radiologia convencional são inespecíficos e os procedimentos por biópsia estão contraindicados, por causa da frequente trombocitopenia. Foram analisados, retrospectivamente, os casos de aspergilose pulmonar angioinvasiva em pacientes imunocomprometidos por doença hematológica maligna, no ano de 2013 em nossa instituição. No momento do diagnóstico foram evidenciados, nesta amostra, consolidações associadas a broncogramas aéreos ou não (75%), nódulos (75%), áreas de atenuação em vidro fosco não associadas a nódulos ou consolidações (100%), padrão de opacidades em vidro fosco com septos interlobulares espessados de permeio (50%), opacidades centrolobulares (50%), derrame pleural (25%), e o mais específico, sinal do halo (100%). Evolutivamente, observou-se a regressão das consolidações associadas a broncogramas aéreos ou não (50%), nódulos (50%), padrão de opacidades em vidro fosco com septos interlobulares espessados de permeio (25%) com ausência de derrame pleural. Mantiveram-se presentes os achados de áreas de atenuação em vidro fosco não associadas a nódulos ou consolidações (100%), opacidades centrolobulares (50%) e o sinal do halo (100%).

–486–

SÍNDROME DE KARTAGENER.

Luiz Otavio Freitas Maia Junior; Adriana Paula Maltez Hassan; Douglas Neves Gonçalves Dias; Cassio Neves Gonçalves Dias; Fernanda Leite Barros.

CLIMAG-Clinica de Diagnóstico por Imagem – Timóteo, MG, Brasil.

E-mail: dr.luiotavio@gmail.com.

A síndrome de Kartagener é causada por uma doença autossômica recessiva rara, que apresenta uma tríade composta por pansinusite crônica, bronquiectasia e *situs inversus* com dextrocardia. A incidência desta desordem genética é estimada em 1/25.000. Nosso objetivo é, neste trabalho, aduzir dados novos àqueles que pesquisam o assunto, para que estejam atentos, acompanhando os pacientes e esperando o aparecimento eventual desta malformação. Foram realizadas tomografias computadorizadas do tórax e crânio, além de tomografia computadorizada de alta resolução do tórax, audiometria, imitancimetria e vídeo-naso-fibroscopia. As manifestações clínicas comumente apresentadas pelos pacientes são infecções no trato respiratório (em decorrência das alterações no transporte mucociliar), além de pneumonia crônica, otite média crônica, pólipos nasais, tosse produtiva, hemoptises e eventual falência respiratória e cardíaca. Além disso, no ano de 1975 foi observada imotilidade dos espermatozoides e ausência dos braços de dideína nos axonemas dos espermatozoides de pacientes com esta síndrome, levando à infertilidade masculina. O diagnóstico fica na dependência da evidência de dilatações brônquicas saculares ou cilíndricas comumente irregulares, por meio de tomografia computadorizada de alta resolução. A análise microscópica dos cílios também pode ser útil no diagnóstico; contudo, pode não ser muito confiável, uma vez que as amostras para a biópsia normalmente apresentam-se alteradas pelas copiosas infecções sofridas pelos portadores desta síndrome. **Relato de caso:** Paciente de 24 anos de idade, masculino, faiodermo, natural de Ouro Preto, MG, com história de processos pneumônicos recorrentes desde a infância, associados a rinite, otite média serosa seguidas de surtos de otite média aguda e sinusite crônica. Na radiografia de seios da face foram evidenciados sinais radiológicos característicos de pansinusite e dextrocardia (*ictus inverso*) à radiografia de tórax.

–495–

SEQUESTRO PULMONAR INTRALOBAR.

Heloisa Ramos; Daniel Goulart Morais; Heloisa Vicentini Sandrini; Jessica Raquel Holz.

Hospital Santa Isabel-Ecomax – Blumenau, SC, Brasil.

E-mail: danielm042@hotmail.com.

Relatamos o caso de um paciente masculino de 34 anos em investigação pneumológica por tosse persistente. À radiografia de tórax observou-se opacidade de aspecto triangular comprometendo parte do lobo inferior esquerdo, em íntimo contato com a pleura adjacente, sem mais particularidades. O estudo subsequente por tomografia computadorizada do tórax demonstrou alterações pulmonares no lobo inferior esquerdo caracterizadas por opacificação irregular, porém homogênea, de parte do parênquima pulmonar, o qual possuía nutrição arterial proveniente da aorta torácica e drenagem venosa através da veia pulmonar inferior esquerda. Não eram observados broncogramas aéreos no interior da lesão. O parênquima pulmonar adjacente à área acometida apresentava aprisionamento aéreo, além de brônquios tortuosos e dilatados, que não possuíam comunicação com o restante da árvore traqueobrônquica, sendo que alguns apresentavam material

com densidade de partes moles no seu interior compatível com muco. O sequestro pulmonar é classificado em duas categorias: intralobar e extralobar. No tipo intralobar, o parênquima afetado divide a pleura com o restante do pulmão, possui nutrição arterial sistêmica e na grande maioria dos casos se apresenta nos lobos inferiores. O tipo extralobar possui pleura própria, sendo tanto o suprimento arterial quanto a drenagem venosa provenientes da circulação sistêmica e também não se comunica com a árvore traqueobrônquica. Ao contrário do tipo extralobar, considerado uma anormalidade congênita, acredita-se que o tipo intralobar seja uma condição adquirida secundária a infecções de repetição e obstrução brônquica. O parênquima acometido pode se apresentar aerado e/ou opacificado. Geralmente opta-se pela ressecção da lesão, uma vez que ela predispõe à ocorrência de infecções.

–497–

SÍNDROME DO PULMÃO HIPOGENÉTICO.

Helôisa Ramos; Daniel Goulart Morais; Helôisa Vicentini Sandrini; Jessica Raquel Holz.

Hospital Santa Isabel-Ecomax – Blumenau, SC, Brasil.

E-mail: danielm042@hotmail.com.

Descrevemos um caso de síndrome do pulmão hipogenético, também conhecida como síndrome da cimitarra, documentado em exames de radiografia e tomografia computadorizada (TC) do tórax. Paciente feminina, de 54 anos, em investigação clínica por fadiga progressiva, sem antecedentes patológicos relevantes. Na radiografia de tórax observaram-se sinais de cardiomegalia, redução volumétrica do pulmão direito em relação ao esquerdo, com consequente desvio do mediastino para a direita, e ténue opacidade tubular, adjacente à silhueta cardíaca e verticalizada no terço inferior do hemitórax direito, melhor visualizada na incidência posteroanterior. A TC confirmou a suspeita diagnóstica, demonstrando discreta redução volumétrica do pulmão direito com desvio do mediastino ipsilateralmente, cardiomegalia com predomínio de câmaras direitas, tronco pulmonar e artérias pulmonares principais de calibres minimamente aumentados, inferindo certo grau de hipertensão pulmonar, ausência de veias pulmonares à direita e drenagem venosa do pulmão direito feita através de calibrosa veia verticalizada formada a partir de suas confluentes na metade inferior do tórax, a qual, por sua vez, desembocava na veia cava inferior, imediatamente antes da sua entrada no átrio direito. A síndrome da cimitarra é uma anomalia congênita que afeta a drenagem venosa do pulmão direito, podendo ser apenas parcial. O pulmão afetado encontra-se menor que o contralateral, e anomalias cardíacas podem estar associadas em até 25% dos casos. Cerca de 50% dos portadores desta anomalia são assintomáticos, sendo que quando os sintomas estão presentes, eles estão relacionados a infecções de repetição ou a consequências do *shunt* esquerda-direita e hipertensão pulmonar. A cirurgia é reservada para os casos associados a anomalias cardíacas, sendo os demais casos sintomáticos tratados conservadoramente.

–513–

ENSAIO PICTÓRICO: AVALIAÇÃO DE MASSAS CARDÍACAS POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA.

Diego André Eifer; Felipe Soares Torres; Marcio Aloisio Bezerra Cavalcanti Rockenbach; Nazly Marcela Serrano; Fabíola Doff Sotta Souza; Roberta Wolffenbuttel Argenti; Maria Gabriela Figueiró Longo; Roberta Reichert.

Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Porto Alegre, RS, Brasil.

E-mail: marcioabcr@gmail.com.

Objetivo: Discutir o papel da ressonância magnética cardíaca na avaliação de massas cardíacas. **Material e métodos:** Revisão da literatura e demonstração da contribuição das principais sequências de pulso utilizadas e os achados característicos de diferentes tipos de tumores e pseudotumores cardíacos baseada em casos clínicos. **Resultados:** As massas cardíacas são uma patologia rara, mas que têm alta morbimortalidade devido a seus potenciais efeitos hemodinâmicos, embólicos ou arritmogênicos. Para avaliação do diagnóstico diferencial, a ressonância magnética cardíaca é considerada como a modalidade de escolha devido à sua incomparável capacidade em avaliar a morfologia, composição tecidual e perfusão, diferenciando trombos de massas sólidas e sugerindo a etiologia, em particular, se lesões benignas ou malignas. Diversas sequências de pulso são utilizadas com este propósito e são, particularmente, cine *steady-state free precession*, *spin-echo* ponderadas em T1 ou T2 após dupla recuperação da inversão, com e sem saturação de gordura e antes e após injeção de contraste (gadolínio), e avaliação da perfusão de primeira passagem após injeção de contraste e do realce tardio. Além disso, a localização da massa e dados epidemiológicos dos pacientes são dados fundamentais para o diagnóstico diferencial. O papel de cada uma dessas sequências na avaliação de diferentes massas cardíacas será demonstrado através de casos clínicos. **Conclusões:** As massas cardíacas são uma patologia infrequente, mas com grande significado clínico. A ressonância magnética cardíaca aparece como uma modalidade de imagem não invasiva importante que adiciona informações não fornecidas pelos outros métodos e que desponta como a primeira opção na rotina de avaliação diagnóstica.

–522–

LINHAS MEDIASTINAIS: ASPECTOS MORFOLÓGICOS EM RADIOGRAFIA DE TÓRAX E EM IMAGENS DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA.

Deisy Brigid De Zorzi Dalke¹; Maria Fernanda Sales Caboclo²; Neysa Aparecida Tinoco Regattieri³; Wagner Peitl Miller²; Cesar Rodrigo Trippia².

¹ Pontifícia Universidade Católica do Paraná – Curitiba, PR; ² Hospital São Vicente – Curitiba, PR; ³ Universidade Tecnológica Federal do Paraná – Curitiba, PR, Brasil.

E-mail: deisydezorzi@hotmail.com.

As linhas mediastinais representam pontos de reflexão das pleuras e de outras estruturas mediastinais no interior da caixa torácica. A frequência de visualização destas linhas em radiografias de tórax é bastante variável, sendo assim, a ausência de uma dessas linhas pode ser insignificante, podendo ser ocasionada tanto por variações anatómicas como por inadequações técnicas. No entanto, a obliteração, espessamento ou distorção de uma destas linhas pode revelar doença mediastinal. Essas linhas também podem ser utilizadas na localização de massas no mediastino anterior, médio ou posterior, estreitando, assim, a faixa de diagnóstico diferencial. Devido à importância do reconhecimento das linhas mediastinais, o escopo deste trabalho é identificá-las em radiografias de tórax demonstrando as respectivas correspondências em imagens de tomografia computadorizada e a importância de cada uma delas no reconhecimento de patologias. Para tanto, foram utilizadas radiografias torácicas e imagens tomográficas pertencentes ao arquivo hospitalar. O reconhecimento morfológico das linhas mediastinais em situações normais e anormais em radiografias possibilita que um diagnóstico diferencial adequado seja desenvolvido antes de se obter informações adicionais por meio da tomografia compu-

tadorizada, evitando, assim, que o paciente receba uma dose extra de radiação ionizante.

–550–

PAPILOMATOSE RESPIRATÓRIA LARINGOTRAQUEOBRÔNQUICA RECORRENTE JUVENIL COMPLICADA POR DISSEMINAÇÃO PULMONAR E CARCINOMA EPIDERMÓIDE METASTÁTICO: RELATO DE CASO.

José Pedro Rodrigues Ravani; Clécia Santos Ferreira; Cristiano Dias; Priscilla Morgado e Souza; Karuline Catein; Laila Zacca Dario Ribeiro; Flavio Renato Chiad Lugo; Rafael Santos Correia.

Hospital Federal de Bonsucesso – Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: josepedrorr@yahoo.com.br.

Introdução: A papilomatose respiratória recorrente (PRR) é uma doença rara, causada pelo papiloma vírus humano (HPV). O crescimento verrucoso envolvendo a laringe pode obstruir significativamente as vias aéreas, propiciando disfonía e dispnéia. Durante a evolução da doença, o acometimento pulmonar pode ocorrer em menos de 1% dos casos, e a malignização destas lesões em pacientes sem história prévia de irradiação ou tabagismo é ainda mais infrequente, com relato menor que 20 casos na literatura inglesa até o ano 2000.

Objetivo: Relatar o caso de uma paciente portadora de PRR juvenil com disseminação traqueobrônquica e pulmonar, complicada com malignização após 37 anos de evolução, sem antecedentes de tabagismo ou tratamento radioterápico. **Relato do caso:** Paciente do sexo feminino, 40 anos de idade, com diagnóstico prévio e acompanhamento de papilomatose laríngea diagnosticada desde os três anos de idade, tendo iniciado o quadro clínico com dispnéia e disfonía. Durante a evolução clínica, procurou o serviço de Otorrinolaringologia do nosso Hospital, apresentando quadro intermitente de obstrução das vias aéreas, submetida a múltiplas cirurgias endoscópicas e evoluindo por fim para a traqueostomia definitiva. O material ressecado nos procedimentos endoscópicos sucessivamente realizados consistia, ao estudo anatomopatológico, de papilomatose viral, demonstrando nos estudos subsequentes atipias celulares e displasias leves a moderadas. Em maio de 2013, a paciente apresentou quadro de dor torácica, tendo realizado radiografia do tórax, que demonstrou alteração do padrão radiológico, justificando a realização de tomografia computadorizada do tórax, que evidenciou formação expansiva com densidade de partes moles e impregnação heterogênea do meio de contraste localizada nos segmentos basais posterior e lateral do lobo inferior do pulmão esquerdo, bem como espessamento irregular do interstício peribroncovascular, opacidades cavitadas bilaterais predominando nos lobos superiores, nódulos pulmonares e múltiplas linfonodomegalias mediastino-hilares. Foi realizada a biópsia do gânglio cervical, com o diagnóstico anatomopatológico de carcinoma epidermoide bem diferenciado metastático. Em junho deste mesmo ano a paciente foi encaminhada para o tratamento oncológico. **Conclusão:** A PRR é uma doença frequentemente benigna relacionada ao HPV, com tendência a recorrência e progressão, com evolução variável, sendo raros os casos de disseminação pulmonar e os casos de malignização infrequentes, principalmente na ausência de antecedentes de irradiação ou tabagismo, sendo descritos em menos de 1% dos casos na literatura, podendo ocorrer mesmo após décadas do diagnóstico inicial de papilomatose laríngea. O potencial de malignização da PRR é extremamente baixo, entretanto, deve ser considerado para o reconhecimento e tratamento precoces, aumentando assim a sobrevida dos paciente acometidos.

–554–

HÉRNIA HIATAL E LESÕES PULMONARES ASSOCIADAS: ASPECTOS TOMOGRÁFICOS.

Luiza Maes Manara; Michael Silva dos Santos; Mark Wanderley; Luiz Felipe de Souza Nobre; Luiz Carlos Mattos Santos; Mariana Demétrio Ribeiro; João Gabriel Nakka Strauch; Rafael da Silva Nesi.

UFSC – Florianópolis, SC, Brasil.

E-mail: lu_maes@yahoo.com.br.

Hérnia hiatal é uma alteração comum nas tomografias do tórax e do abdome, frequentemente relacionada a doença de refluxo gastroesofágico (DRGE). O presente trabalho visa abordar as diferentes manifestações pulmonares relacionadas à DRGE, tendo como principais alterações bronquiólite inflamatória e pneumonite aspirativa. Os principais achados tomográficos na bronquiólite inflamatória são nódulos centrolobulares, podendo ter configuração de árvore em brotamento e espessamento das paredes brônquicas. Ocorre tipicamente nos lobos inferiores em pacientes em ortostatismo e em segmentos posteriores nos pacientes acamados. Alterações pulmonares nos mesmos locais são vistas na pneumonite aspirativa, tendo como principais achados de imagem pela tomografia opacidades em vidro fosco e consolidações esparsas, nódulos centrolobulares ou acinares, podendo também ser observado líquido intrabrônquico e atelectasia por obstrução completa do brônquio. A hérnia hiatal pode servir também como fator de confusão para outras lesões pulmonares, cuja causa pode ser erroneamente atribuída à DRGE.

–555–

HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR COMO MANIFESTAÇÃO CLÍNICA DE SÍNDROME DE SWYER-JAMES-MACLEOD: RELATO DE CASO.

Caetano Sehbe de Carli; Ana Tereza de Medeiros Regalado Regis; Halley Makino Yamaguchi; Rodrigo Fernandes Schmitz; Ana Cândida Gonçalves Macedo; Rafael Balen Tatto; Cassio Goncalves Macedo; Ciro Menna Barreto Duarte.

Hospital Pompéia – Caxias do Sul, RS, Brasil.

E-mail: csdecarli@yahoo.com.br.

A síndrome de Swyer-James-MacLeod (SSJM) é uma rara condição pós-infecciosa associada a bronquiólite obliterante (BO) ocorrida na infância, caracterizada por hiperlucência de parte ou todo pulmão por aprisionamento aéreo e oligoemia. Relatamos um caso de SSJM diagnosticada a partir de manifestações clínicas de hipertensão arterial pulmonar (HAP), fato esse descrito apenas duas vezes na literatura.

Caso clínico: Paciente do sexo masculino, 24 anos, descobriu sopro cardíaco há 1 ano ao realizar exames de admissão em uma empresa. Encaminhado ao cardiologista, foi diagnosticado portador de insuficiência de válvula tricúspide severa secundária a HAP. Radiografia de tórax evidenciou discreta hipertransparência do pulmão esquerdo e proeminência da vasculatura pulmonar à direita. Realizada tomografia computadorizada (TC) do tórax, que demonstrou diferença da atenuação do parênquima pulmonar, de forma esparsa bilateralmente, caracterizando padrão em perfusão em mosaico, ectasia de artérias segmentares em ambos os pulmões, mais notável no lobo superior direito, e importante redução volumétrica do lobo inferior do pulmão esquerdo, com vascularização reduzida neste lobo. Cintilografia mostrou extensas áreas de hipoperfusão envolvendo os lobos inferiores e o ápice esquerdo, com inalação de distribuição preservada em ambos os campos pulmonares. Questionado sobre antecedentes patológicos, negou infecções respiratórias de repetição ou internações prévias. **Discus-**

são: A SSJM é uma complicação pós-infecciosa da BO, caracterizada radiograficamente por hipertransparência de todo ou parte do pulmão em decorrência de oligoemia dos segmentos envolvidos e de aprisionamento aéreo. Postula-se que a BO, maior componente patogênico definido, resulte em inflamação e fibrose dos septos interalveolares, promovendo obliteração do leito capilar pulmonar e, secundariamente, redução do fluxo sanguíneo para segmentos arteriais maiores, que resulta em desenvolvimento hipoplásico arterial. Os sintomas mais frequentes são tosse produtiva e dispneia ao exercício. Nosso estudo relata um caso infrequente, uma vez que o diagnóstico da SSJM foi realizado a partir de manifestações clínicas de HAP. O diagnóstico no passado era baseado nos achados clássicos à radiografia de tórax. No entanto, diversos estudos têm demonstrado a inferioridade da radiografia em determinar extensão da doença, ressaltando a importância da cintilografia e da TC para essa finalidade. A TC tem ainda a vantagem, em relação à cintilografia, de afastar outros diagnósticos.

–556–

INTERRUPÇÃO DA VEIA CAVA INFERIOR ASSOCIADA A ESTENOSE DE ARTÉRIAS PULMONARES E ANEURISMA PÓS-ESTENÓTICO: RELATO DE CASO.

Luiza Maes Manara; Michael Silva dos Santos; Mark Wanderley; Luiz Felipe de Souza Nobre; Luiz Carlos Mattos Santos; Mariana Demétrio Ribeiro; João Gabriel Nakka Strauch; Rafael da Silva Nesi.

UFSC – Florianópolis, SC, Brasil.

E-mail: lu_maes@yahoo.com.br.

Interrupção da veia cava inferior (VCI) é uma anomalia congênita incomum, que resulta de atresia do segmento retro-hepático da VCI durante a embriogênese. O mais comum é as veias ázigo ou hemiáximo fazerem a drenagem venosa da metade inferior do corpo. Essa anomalia pode estar associada a diversas malformações, tais quais dextrocardia, defeitos septais cardíacos, estenose de artérias pulmonares, entre outras. Neste caso descrito, a paciente previamente hígida iniciou com dispneia aos moderados esforços aos 55 anos de idade, fez ecocardiograma que evidenciou hipertensão pulmonar, radiografias com aumento da expressão hilar esquerda e tomografia de tórax que mostrou dilatação aneurismática da artéria pulmonar esquerda. O diagnóstico de interrupção da VCI associada a estenose das artérias pulmonares foi obtido na segunda tomografia de tórax, esta realizada no nosso serviço, cujos cortes foram ampliados para o abdome. Além das estenoses, a paciente apresentava dilatação aneurismática pós-estenótica da artéria pulmonar esquerda. O trabalho visa alertar os radiologistas para a presença desta anomalia congênita, bem como de suas malformações associadas.

–644–

RELATO DE CASO: HAMARTOMA LEIOMIOMATOSO PULMONAR MÚLTIPLO.

André Coelho Barros; Gustavo Mattos Teixeira Soares; Paulo Marcus Vianna Franca; Bruna Flávia Campos Cesário; Fabiana Paiva Martins; Reginaldo Figueiredo; João Paulo Kawaoka Matushita.

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

E-mail: acoelhobarros@gmail.com.

Paciente do sexo feminino, de 61 anos, branca, dona de casa, natural e residente em Belo Horizonte, MG, com queixa de dor dorsal leve a esforços moderados. Entre os exames propedêuticos, foi solicitado raio-x de tórax em posteroanterior e perfil, que identificou massa e nódulos pulmonares, de contornos regulares e definidos,

esparso pelos pulmões. Realizou-se tomografia de tórax, com os seguintes achados: vários nódulos e massas pulmonares, com densidade de partes moles, de até –26 UH, de margens lisas e limites definidos, medindo o maior 66 × 58 mm, no segmento anterior do lobo superior esquerdo. Foi elaborada a hipótese de hamartoma pulmonar, cabendo diagnóstico diferencial com metástases pulmonares, doenças granulomatosas, entre outras. Prosseguiu-se para biópsia pulmonar, cujo resultado histológico foi hamartoma leiomiomatoso pulmonar múltiplo (HLPM). A paciente foi orientada a realizar acompanhamento das lesões, feito com raio-x de tórax e tomografia computadorizada anual. O HLPM predomina em mulheres adultas, normalmente assintomático. É uma patologia pulmonar extremamente rara, sendo descritos apenas 20 casos até a década de 90, cuja apresentação radiológica – múltiplos nódulos e massas pulmonares, de limites definidos e contornos regulares – apresenta inúmeros diagnósticos diferenciais, notadamente metástase pulmonar. Como o HLPM trata-se de doença benigna, com apresentação radiológica semelhante a lesões malignas, o conhecimento dessa entidade será de grande valia para realizar diagnóstico preciso, sem acarretar grande stress ao paciente.

–692–

LINFANGIOMATOSE PULMONAR DIFUSA EM PRÉ ESCOLAR: RELATO DE CASO.

Renato Santos Soares; Luiz Gonzaga Silveira; Genesio Borges Andrade Neto; Valesca Bizinoto Monteiro; Ariadne Mayumi Yamada; Raquel Alves Martins; Isabela Mina.

UFTM – Uberaba, MG, Brasil.

E-mail: renatosscp@yahoo.com.br.

A linfangiomatose é uma afecção rara do sistema linfático de etiologia ainda controversa, sem predileção por sexo, e afeta principalmente indivíduos na primeira e segunda décadas de vida. Acomete com maior frequência o tórax, podendo ser também encontrada em outros órgãos como ossos, baço e fígado. Por definição, quando acomete vários tecidos é denominada linfangiomatose difusa; quando acomete somente o tórax é chamada linfangiomatose pulmonar difusa. Sintomas respiratórios inespecíficos são, geralmente, as manifestações iniciais da doença. O quadro radiológico é sugestivo do diagnóstico, mostrando alterações desde o raio-x com derrame pleural, lesões osteolíticas, até a tomografia computadorizada, que pode mostrar espessamentos septais, broncovasculares e infiltrados em vidro fosco. A confirmação se faz com estudo anatomopatológico. A doença é progressiva com evolução lenta e de mau prognóstico, geralmente, tendo como principal causa de morte as infecções secundárias. O tratamento se faz com suporte geral, e baseado em relatos da literatura, norteados pelas etiologias proliferativas da doença, com o uso de imunomoduladores. O caso relatado trata-se de paciente do sexo masculino, 5 anos, que deu entrada no PS Infantil do HC-UFTM com quadro de pneumonia e associada a varicela. Mãe relatou início de quadro de lesões vesículo-bolhosas que se espalharam por tronco e membros, sendo feito o diagnóstico clínico de varicela, há 4 dias. Há 3 dias iniciou com febre baixa mais dor torácica ventilatório-dependente. Dois dias antes da internação evoluiu com piora do quadro respiratório, sendo necessário uso de oxigênio inalatório e início de antibioticoterapia. Antecedentes pessoais de bronquite e pneumonias de repetição. Na admissão foram realizados raios-x de tórax que evidenciaram opacidades heterogêneas difusas e obliteração do seio costofrênico esquerdo, e lesões osteolíticas em gradeio costal e escápulas. O paciente foi submetido a drenagem torácica bilateral, com saída de grande quantidade de secreção purulenta, cuja análise bioquímica definiu quilotórax. Evoluiu com melhora

gradual do quadro clínico. Feita tomografia computadorizada de tórax e abdome, que confirmou opacidades nodulares mal-definidas no lobo superior direito e lesões osteolíticas em arcos costais e coluna vertebral. Evidenciaram-se, além disso, múltiplos linfonodos infracentimétricos multirregionais, lesões osteolíticas também nos ossos da pelve e hepatomegalia. Exames laboratoriais (bioquímicos, culturas e sorologias) negativos. Encaminhado a biópsia fragmento de arco costal esquerdo e linfonodo subcutâneo torácico esquerdo acometido, em que se observou padrão de angiomatose. No 27º dia de internação houve piora do caso, com novo quilotórax bilateralmente, sendo necessária nova drenagem torácica. O paciente foi encaminhado para tratamento especializado, com piora do quadro, sendo acompanhado em unidade de terapia intensiva e iniciado tratamento imunomodulador.

-717-

ACHADOS DE IMAGEM DA NEOPLASIA MALIGNA DE TRAQUEIA: RELATO DE CASO.

Cristiane Scalon Carminatti¹; Waldinei Mercês Rodrigues¹; Paulo Dantas Rolim¹; Rafael Scalon Carminatti¹; Clarissa Lima Loureiro¹; Vanessa Neves Monteiro²; Décio Farias Novaes Junior¹; Marília Leme Fercondini¹.

¹ Faculdade de Medicina de Jundiaí – Jundiaí, SP; ² Diagmed – Campinas, SP, Brasil.

E-mail: criscarminatti@hotmail.com.

Os tumores primários de traqueia são infreqüentes, tendo uma incidência de cerca de 2,7 novos casos por 1 milhão/ano. As neoplasias malignas respondem pela maior parte dos tumores observados em adultos, sendo o tumor de células escamosas o tipo histológico mais comum, seguido pelo carcinoma adenoide cístico. Outras diversas neoplasias malignas menos frequentes podem ser encontradas, como tumor carcinóide, carcinoma mucoepidermoide, adenocarcinoma, condrossarcoma, linfoma e plasmocitoma. O diagnóstico definitivo dos tumores traqueobrônquicos em geral é tardio, já que os sinais e sintomas causados por esses tumores são inespecíficos e os raios-x (Rx) de tórax raramente são diagnósticos. Entretanto, se há uma suspeita clínica ou radiológica de tumores traqueobrônquicos, é recomendado prosseguir investigação diagnóstica através da tomografia computadorizada (TC), que é o método de imagem de escolha para diagnóstico e extensão tumoral. **Relato do caso:** Paciente de 83 anos, sexo feminino, tabagista há 59 anos, cerca de 1 maço/dia. Há 3 meses apresenta tosse com expectoração esbranquiçada, com predomínio noturno, acompanhado de dispnéia aos grandes esforços, sem febre. Há 15 dias realizou Rx de tórax, que evidenciou desvio de traqueia. A TC de tórax com contraste demonstrou conteúdo com atenuação de partes moles, caracterizado na traqueia distal, estendendo-se para a carina e para o brônquio fonte direito, causando redução luminal, com aspecto de processo expansivo. Diante de tal hipótese foi realizada broncoscopia, que mostrou carina centrada e afilada, com presença de irregularidade estendendo-se para brônquio fonte direito e esquerdo, cuja biópsia e resultado anatomopatológico revelaram carcinoma *in situ*. **Discussão:** Os tumores traqueobrônquicos podem ser categorizados como malignos primários, malignos secundários ou benignos. Os malignos primários podem crescer da superfície epitelial, glandulares ou mesenquimal. Os tumores malignos secundários podem resultar da invasão direta por tumores que crescem das estruturas adjacentes (tireoide, pulmão, laringe e esôfago) e de metástases hematogênicas (melanoma, câncer de mama, carcinoma de células renais e câncer de cólon). E os tumores benignos, que crescem da superfície epitelial (papiloma, adenoma pleomórfico, oncocitoma, adenoma mucoso) ou

mesenquimal (hamartoma, leiomioma, lipoma, fibroma). O tumor de células escamosas desenvolve-se principalmente nas 6ª e 7ª décadas de vida e tem grande associação com o tabagismo, afetando homens duas a quatro vezes mais que as mulheres. Pode ser exofítico ou infiltrativo e tende a envolver a parede posterior da traqueia nos dois terços inferiores. Aproximadamente um terço dos pacientes apresenta metástase mediastinal ou pulmonar quando diagnosticado. O carcinoma adenoide cístico é o segundo tumor maligno mais comum da traqueia, aparentemente não há relação com tabagismo e não há predileção por sexo. A idade média de apresentação é cerca de uma década mais cedo que o tumor de células escamosas. Esse tumor se manifesta mais tipicamente como uma massa endoluminal focal, polipoide, envolvendo a parede posterolateral dos terços médios e inferiores da traqueia. As manifestações radiológicas mais comuns são nódulo ou massa traqueal intraluminal, embora algumas vezes seja possível a identificação de uma lesão intraluminal no Rx de tórax. A TC é a modalidade de escolha para o diagnóstico por imagem e apresenta alta sensibilidade (> 97%), podendo aparecer como lesões intraluminais polipoides ou sésseis, comumente com atenuação de partes moles. Neoplasias malignas comumente medem entre 2 e 4 cm, têm contornos irregulares ou lobulados, frequentemente estão associadas a espessamento parietal traqueal e sinais de invasão mediastinal. O espessamento parietal traqueal é a manifestação menos frequente, sendo apenas observada nas neoplasias traqueais malignas, podendo ser circunferencial ou excêntrico. A TC é o método de imagem de escolha para avaliação, e as reconstruções multiplanares e tridimensionais permitem avaliar com precisão o grau de estreitamento, bem como a extensão longitudinal do comprometimento traqueal. Devido à raridade, não existem estudos randomizados comparando a cirurgia à radioterapia. A cirurgia não está ainda provada que traga melhores resultados do que a radioterapia radical; no entanto, continua a ser o tratamento primário para os doentes com tumores da traqueia.

-726-

SÍNDROME DO DESFILADEIRO TORÁCICO SECUNDÁRIA A COMPRESSÃO DA ARTÉRIA SUBCLÁVIA POR COSTELA CERVICAL.

Sergio Elias Nassar De Marchi; Richard Andreas Braun; Danilo Monteiro de Melo Henklain; Carlos Felipe do Rego Barros Milioto; Tatiane Cantarelli Rodrigues; Marcelo Francisco Cintra Zagatti; Rodolfo Heitor Gomes Fernandes da Silva; Denis Szejnfeld.

IAMSPE – São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: braunrich@gmail.com.

Introdução: A síndrome do desfiladeiro torácico (SDT) ocorre da compressão sintomática do plexo braquial ou dos vasos subclávios, que pode ser de origem congênita ou adquirida. Os sintomas são decorrentes da compressão e variam com o grau de acometimento. Em 90% dos casos ocorre por compressão do plexo braquial e os sintomas referidos são dor, parestesia e formigamento do membro acometido. No restante dos casos a origem dos sintomas é a compressão vascular e as queixas dos pacientes são de palidez, claudicação, parestesia, redução do pulso, dor e edema, podendo ainda evoluir para trombose venosa profunda. Os locais mais comuns de compressão são o triângulo escaleno (entre os músculos escaleno anterior e médio), o espaço costoclavicular e o espaço subpeitoral (entre o músculo peitoral menor e o processo coracoide). Existem várias etiologias descritas na SDT, anomalias ósseas, musculares, congênitas ou adquiridas. A costela cervical está presente em 0,5% da população e é responsável por 5% a 9% das SDTs, é mais comum em mulheres, geralmente é assintomá-

tica e é considerada a mais importante variação anatômica das costelas. **Relato do caso:** Paciente de 34 anos, sexo feminino, branca, com história de dor e parestesia no membro superior direito, foi encaminhada ao nosso serviço para a realização de angiotomografia de vasos subclávios, que demonstrou importante compressão da artéria subclávia direita na transição entre o tórax e o membro superior por uma costela cervical, que acentuava-se durante a manobra de elevação do membro, e ainda a presença de vascularização colateral para o braço direito. **Discussão:** A função dos exames de imagem consiste em comprovar a compressão anatômica, demonstrar alterações congênitas ou tumorais e avaliar possíveis complicações, permitindo assim uma correta abordagem terapêutica. A radiografia simples tem seu papel em demonstrar alterações ósseas. Para a avaliação de compressão do plexo braquial, o método de escolha é a ressonância magnética. A ultrassonografia, a angiotomografia, a angiorressonância magnética e a angiografia são ótimos métodos na pesquisa de compressões vasculares, promovendo avaliação de forma dinâmica e precisa. A ultrassonografia tem as vantagens de não submeter o paciente a doses de radiação ionizante, bem como a administração intravenosa de qualquer tipo de meio contraste. A angiotomografia e a angiorressonância magnética, por sua vez, têm a vantagem de não apenas detectar a compressão vascular, mas também do fator causal e suas complicações, como trombose, embolia distal e formação de pseudoaneurisma. Existem duas propostas terapêuticas, ambas cirúrgicas: escalenectomia supraclavicular e ressecção da primeira costela.

–735–

MIOCÁRDIO NÃO COMPACTADO ACOMETENDO OS DOIS VENTRÍCULOS: RELATO DE CASO.

Sergio Elias Nassar De Marchi; Richard Andreas Braun; Julia Paula Oliveira Luz; Marcelo Francisco Cintra Zagatti; Danilo Monteiro de Melo Henklain; Bruno Cesar Torres Melo Cavalcanti; Samuel Brighenti Bergamaschi; Denis Szejnfeld.

IAMSPE – São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: braunrich@gmail.com.

Introdução: Também conhecida como miocardiopatia espongi-forme, ventrículo esquerdo não compactado, ou miocárdio esponjoso, esta rara doença congênita ocorre a partir de uma falha da compactação do miocárdio do ventrículo esquerdo e mais raramente também do ventrículo direito durante a embriogênese. Há então hipertrofia das trabeculações ventriculares, produzindo recessos ventriculares profundos. Existem apresentações brandas e casos mais graves que evoluem inevitavelmente para insuficiência cardíaca congestiva (ICC), e o único tratamento curativo é o transplante cardíaco. **Relato do caso:** Paciente feminina, de 11 anos, branca, assintomática, encaminhada para realizar ressonância magnética cardíaca (RMC) por alteração em ecografia de rotina que revelava espessamento miocárdico. O estudo por RMC demonstrou acentuada hipertrofia das trabeculações ventriculares, tanto a esquerda quanto a direita, notando-se também recessos ventriculares profundos, boa contratilidade miocárdica e função cardíaca preservada. Não foram identificadas outras anomalias congênitas. **Discussão:** O diagnóstico por imagem tem papel fundamental na detecção desta entidade rara, que por vezes só é diagnosticada em estágios avançados, quando os pacientes evoluem com ICC, arritmia e eventos tromboembólicos. A radiografia de tórax tem por objetivo avaliar complicações como cardiomegalia, edema pulmonar e derrame pleural. A ecocardiografia, até o surgimento da RMC, era tida como o melhor método de imagem para seu diagnóstico, porém não apresenta

critérios aceitos universalmente e hoje tem seu papel na triagem e não mais no diagnóstico definitivo. Já a RMC é o método de escolha atual, pois apresenta melhor resolução espacial, com altas sensibilidade e especificidade, sendo ainda capaz de avaliar a viabilidade miocárdica e eventuais outras malformações cardíacas que acompanham estes casos em cerca de 12% dos pacientes. Nos casos mais graves a única terapia curativa é o transplante cardíaco e o objetivo do diagnóstico precoce é permitir um rigoroso acompanhamento clínico para prevenir a evolução para ICC e evitar eventos tromboembólicos.

–743–

RELATO DE CASO: APRESENTAÇÃO ATÍPICA DA SARCOIDOSE.

Rafael de Castro Juliano; Adilson Giroto Narciso de Oliveira; Bruna Maria Stofela Sarolli; Danny Warszawiak; Fabio Lucio Stalhschmidt; João Guilherme Boaretto Guimarães; Lourenço Lopes Netto; Simon Alexander Weiers Bardoe.

Hospital da Cruz Vermelha – Curitiba, PR, Brasil.
E-mail: rafaelcjuliano@gmail.com.

A sarcoidose é uma doença granulomatosa multissistêmica de causa desconhecida, caracterizada pela presença de granulomas não caseosos. Esses granulomas podem apresentar resolução espontânea ou evoluir para fibrose. A sarcoidose pode comprometer quase todos os órgãos, mas a maior morbimortalidade é resultado de doença pulmonar. As manifestações pulmonares ocorrem em 90% dos pacientes. Embora 30% a 60% dos pacientes com sarcoidose pulmonar sejam assintomáticos, com identificação acidental da doença nas radiografias de tórax de rotina, 20% a 25% dos pacientes desenvolverão comprometimento funcional permanente. Cerca de 60% a 70% dos pacientes apresentam achados anormais na radiografia de tórax. Estes achados são classificados em quatro estágios: 1 – adenopatia intratorácica isolada; 2 – adenopatia intratorácica associada a doença parenquimatosa pulmonar; 3 – doença parenquimatosa predominante ou isolada; 4 – fibrose pulmonar. Os achados parenquimatosos típicos na tomografia computadorizada de alta resolução incluem nódulos com distribuição perilinfática, com predomínio nos lobos superiores. Os aspectos típicos das linfonodomegalias são peri-hilares e paratraqueais bilaterais e simétricas. O presente caso trata-se de paciente do sexo masculino, 26 anos, que procurou a emergência com queixa de dor contínua no hemitórax direito não ventilatório-dependente, de início há um dia, sem quaisquer outros sintomas associados. Realizou radiografia do tórax, que constatou proeminência hilar à direita. Para maior esclarecimento foi solicitado exame de tomografia de tórax, que mostrou linfonodomegalias peri-hilares unilaterais à direita e opacidade triangular periférica heterogênea no lobo superior direito com áreas de vidro fosco adjacentes. Pela biópsia linfonodal através de mediastinoscopia foi diagnosticada linfadenite granulomatosa não necrotizante padrão sarcoide sem evidência de malignidade, compatível com sarcoidose. Na literatura, observa-se que apenas 5% dos pacientes com sarcoidose manifestam-se com linfonodomegalias unilaterais e assimétricas.

–748–

TOXICIDADE PULMONAR POR AMIODARONA: RELATO DE CASO.

Tiago Marinho Almeida Noletto; Veluma Teixeira Lopes; Kim Ir Sen Santos Teixeira; Pedro Paulo Teixeira e Silva Torres; Isabella Vieira Leite; Elisa Silva Lima; Lucas Massao Miamae; Roberta Rodrigues Monteiro Gama.

Universidade Federal de Goiás – Goiânia, GO, Brasil.
E-mail: tiagonoletto7@hotmail.com.

A amiodarona é um antiarrítmico da classe III amplamente utilizado nas arritmias cardíacas ventriculares e supraventriculares. Apesar de suas importantes ações farmacológicas, no entanto, é observada em grande parte dos pacientes a ocorrência de efeitos colaterais envolvendo praticamente todos os sistemas, sendo os mais frequentes os cutâneos, oculares, cardíacos, gastrintestinais, tireoidianos, neurológicos, hepáticos e pulmonares. Tais adversidades geralmente se relacionam a doses diárias maiores que 400 mg, na maioria das vezes bem toleradas com permanência do uso ou redução na dosagem apenas. A toxicidade pulmonar é, dentre os demais, o efeito colateral que mais limita o uso de tal droga, sendo necessária sua suspensão. Acredita-se ser devido à ação direta ou reação imunológica indireta, com manifestações incluindo pneumonite intersticial crônica (a forma mais comum), pneumonia organizada, síndrome do desconforto respiratório agudo e nódulo pulmonar solitário. Os sinais e sintomas clínicos podem variar desde tosse seca, dispneia leve e febre, até insuficiência respiratória, este último encontrado na evolução desfavorável da doença. Tal forma de apresentação pode resultar em demora no diagnóstico, já que se confunde com os sinais e sintomas da cardiopatia do paciente. Portanto, o reconhecimento precoce da toxicidade pulmonar pela amiodarona é importante, já que a sua suspensão, na maioria das vezes, contribui na resolução completa dos sintomas. No presente relato, descrevemos o caso de uma paciente de 53 anos, procedente de Presidente Kennedy, TO, que fazia uso crônico diário de 200 mg de amiodarona por arritmia ventricular, a qual apresentou sintomas progressivos de tosse seca e dispneia. À radiografia de tórax foi evidenciada opacidade intersticial difusa e à tomografia computadorizada, consolidações e opacidades em vidro fosco difusas e bilaterais, predominando na periferia e nos campos pulmonares inferiores, associadas a discreto espessamento septal. Após biópsia pulmonar, foi confirmada a hipótese de toxicidade por amiodarona. Com a suspensão da droga, observou-se remissão total dos sintomas e normalização do quadro radiológico.

–753–

SÍNDROME DA CIMITARRA EM ADULTO: RELATO DE CASO.

Carlos Heitor Alencar Santana; Gilberto Ferreira de Carvalho; Hovanes Boyadjian; Ylana Mayra de Almeida Silveira; Luciana Vieira Farias; Francisco Abaeté Chagas Neto; Norma Selma Santos Costa; José Carlos Godeiro Costa Junior.

Hospital Antônio Prudente – Fortaleza, CE, Brasil.
E-mail: carlosheitor123@hotmail.com.

Paciente do sexo feminino, 20 anos, sem comorbidades, relatando episódios de dispneia aos grandes esforços e fadiga desde os 14 anos. Há 6 meses começou a apresentar dispneia aos médios esforços, sem incapacitá-la às atividades diárias. Negou tabagismo, tosse, hemoptise, cianose ou pneumonias de repetição. Procurou o serviço hospitalar, sendo submetida a avaliação inicial com radiografia de tórax, a qual evidenciou imagem tubuliforme, paralela ao átrio direito e com sentido inferior, sugerindo anomalia vascular pulmonar. Prosseguiu-se a investigação, sendo realizada angiotomografia computadorizada do tórax com reconstrução 3D, que mostrou drenagem venosa pulmonar através de vaso anômalo em direção à veia cava inferior, próxima à drenagem das veias supra-hepáticas. Observou-se também suprimento arterial aberrante oriundo da aorta para o lobo inferior direito pulmonar. Também conhecida como síndrome de hipogenesia pulmonar, a síndrome da cimitarra pode exibir um considerável número de anomalias, além da drenagem venosa pulmonar anômala. Esta mesma

pode ocorrer de maneira variável para veias hepáticas, veia porta, veia ázigos, seio coronariano ou átrio direito. Outros achados que podem ser encontrados incluem hipoplasia do pulmão direito, dextrocardia sem *situs inversus*, pulmão em ferradura, anomalias da árvore traqueobrônquica, hérnia de Bochdalek, suprimento arterial pulmonar a partir da aorta e defeito do septo ventricular. Crianças e lactentes usualmente apresentam sintomas precoces e severos. A depender do *shunt* cardíaco, podem se associar sinais e sintomas relacionados a sobrecarga das cavidades direitas com insuficiência cardíaca congestiva e hipertensão pulmonar, tendo um pior prognóstico. Crianças maiores e adultos podem ser pouco sintomáticos ou assintomáticos, com queixas vagas como fadiga, dispneia leve, além de baixo desenvolvimento pâncreo-estatural, infecções respiratórias de repetição e hemoptise. A TC *multislice* com contraste e a ressonância magnética (RM) são úteis no estabelecimento do diagnóstico. O cateterismo cardíaco é importante para a avaliação anatômica e dos parâmetros hemodinâmicos. Todos os esforços devem ser feitos no sentido de evitar a ressecção pulmonar, mas o tratamento cirúrgico nas crianças depende da severidade das anomalias. Existindo pulmão direito hipoplásico, bronquiectasias, infecções de repetição e anomalias do suprimento arterial, contribuintes do comprometimento da função cardíaca, deve-se evitar a conduta conservadora. Alguns procedimentos feitos consistem na anastomose da veia anômala no átrio direito com lobectomia ou pneumectomia. Pode ser feito também cateterismo cardíaco com embolização do suprimento arterial aberrante. É de suma importância que o especialista em diagnóstico por imagem esteja apto a diagnosticar tal anomalia, permitindo aos médicos assistentes constituírem uma visão geral no sentido de proporcionar um seguimento para o paciente, com uma abordagem conservadora ou cirúrgica.

–755–

O PAPEL DA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NO DIAGNÓSTICO DO RABDOMIOMA CARDÍACO ESPORÁDICO NA INFÂNCIA: RELATO DE CASO.

Danilo Monteiro de Melo Henklain¹; Denis Szejnfeld¹; Sergio Elias Nassar De Marchi¹; Nicole Monteiro de Melo²; Ana Carolina Castelo Branco Soares¹; Demise Lucena Rodrigues¹; Fernando Rebechi¹; Cecilia Peçanha Bogado Fassbender¹.

¹ Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo – São Paulo, SP;
² Diagnósticos da América – São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: melodanilo@yahoo.com.br.

Introdução: As neoplasias cardíacas primárias ou secundárias são raras na prática clínica, sendo 75% benignas, dentre elas mixomas, rabiomioma cardíaco e fibromas. Podem apresentar-se com arritmias, sinais de insuficiência cardíaca ou oligossintomáticas. Quando suspeitadas na infância, associam-se a grande impacto emocional e a necessidade de caracterização de aspectos benignos ou malignos da lesão, geralmente, lançando-se mão de métodos de imagem, como o ecocardiograma (ECO) e a ressonância magnética (RM). **Descrição sucinta:** Lactente de 1 ano, com episódios recorrentes de dispneia, sendo descrito abaulamento de silhueta cardíaca em topografia do ventrículo esquerdo (VE) ao estudo raio-x simples. O eletrocardiograma apresentava alteração difusa da repolarização de VE e o ECO evidenciou massa sólida em VE sem obstrução ao fluxo de saída. Na RM foi descrita massa na parede lateral do VE, com sinal semelhante ao músculo miocárdico, sem plano de clivagem, com realce hipovascular ao meio de contraste, sendo considerada a suspeita de rabiomioma cardíaco. Novas RMs foram solicitadas para controle

evolutivo há 3 anos, sem mudança das características ou crescimento da lesão. **Discussão resumida:** O conhecimento aprofundado das características de imagem na RM dos tumores primários cardíacos na infância destaca-se como importante ferramenta diagnóstica. Caracterizar aspectos benignos ou malignos da lesão através da RM auxilia na conduta e seguimento para a criança. Os rabdomiomas, embora incomuns, representam 50% a 75% das massas cardíacas pediátricas e podem estar associados a esclerose tuberosa, não evidenciada neste caso. As lesões intramurais únicas ou múltiplas geralmente apresentam sinal semelhante ao miocárdio adjacente, com realce hipovascular. Podem ser reconhecidos também em áreas focais com alteração da contração. O controle evolutivo com a RM, sem alterações das características ou crescimento da lesão, auxilia no seguimento clínico para a criança, destacando a importância dos métodos de imagem nestes casos.

–765–

RELATO DE CASO: HÉRNIA DE BOCHDALEK.

Bruna Maria Stofela Sarolli¹; João Guilherme Boaretto Guimarães²; Rafael de Castro Juliano²; Lourenço Lopes Netto²; Emanuela Kesting Vieira³; Roberta de Paula Prestes³; Fernanda de França Scovino¹; Tatiana Rosa Kopeinig¹.

¹X-Leme – Curitiba, PR; ²Hospital Cruz Vermelha – Curitiba, PR; ³Hospital Cajuru – Curitiba, PR, Brasil.

E-mail: brunasarolli@gmail.com.

A hérnia de Bochdalek é uma hérnia diafragmática congênita responsável por cerca de 90% de todas as anormalidades que afetam o diafragma do recém-nato. Descrita pela primeira vez em 1848, trata-se de um não encerramento do canal pleuroperitoneal durante a vida embrionária (Forame de Bochdalek). Ocorre com certa prevalência no sexo masculino e com frequência de 1:2.200 recém-nascidos, sendo no entanto mais rara em adultos (0,17% a 6%). A herniação ocorre mais comumente nos segmentos posterolaterais do diafragma e do lado esquerdo. O conteúdo abdominal desliza para a cavidade torácica, podendo levar desde quadros de desconforto respiratório leve, e por isso tardiamente detectados, até os de intensa gravidade. O aspecto radiológico clássico é o de um hemitórax preenchido por alças intestinais, podendo haver desvio do mediastino. A ultrassonografia pode demonstrar o defeito no diafragma e eventualmente identificar o conteúdo herniado na cavidade torácica. A tomografia computadorizada pode mostrar uma massa gordurosa acima do diafragma, rim homolateral em situação alta, assim como deiscência localizada na porção posteromedial das cúpulas diafragmáticas. A administração via oral de pequena quantidade de contraste baritado para opacificação do trato digestivo sela o diagnóstico. O presente caso traz a história de um paciente do sexo masculino, 32 anos, em bom estado geral, ex-tabagista, com história de dispneia há 8 meses, apresentando no momento da admissão hospitalar murmúrio vesicular diminuído em base esquerda e saturação de O₂ de 94%. Na investigação diagnóstica foram solicitados HIV, fibrobroncoscopia com lavado, toracocentese com biópsia pleural, ADA do lavado pleural, VHS, radiografia de tórax e tomografia computadorizada. A radiografia apresentou obliteração do seio costofrênico esquerdo, sendo conduzido no início como uma síndrome pa-

rapneumônica. A tomografia selou o diagnóstico, orientou o tratamento e cancelou propostas mais invasivas de investigação do quadro. Agendou-se, por fim, uma videotoroscopia para avaliar a necessidade de intervenção cirúrgica, e eletivamente foi feita uma hernioplastia diafragmática com omentectomia por videotoroscopia e drenagem torácica sob selo d'água. O paciente evoluiu com melhora clínica e realizou raio-x de tórax de controle, que mostrou resultado satisfatório. Portanto, o derrame pulmonar de origem a princípio obscura era, na verdade, uma hérnia diafragmática. Esse relato demonstra a dificuldade em se fechar um diagnóstico improvável.

–784–

ANGIOSSARCOMA PRIMÁRIO DE PLEURA: RELATO DE CASO.

Nathalia Guarienti Missima¹; Guilherme Galante Heuser¹; Ana Paula Chies Grando²; Carolina Sander Reiser²; Vivian Cardinal da Silva²; Henrique Galante Heuser²; Daniel Cusin³; Carlos Jader Feldman¹.

¹Hospital Ernesto Dornelles – Porto Alegre, RS; ²Instituto de Cardiologia – Porto Alegre, RS; ³SIDI Medicina por Imagem – Porto Alegre, RS, Brasil. E-mail: nathimissima@gmail.com.

Objetivo: Relatar um raro caso de angiossarcoma epiteloide primário de pleura e realizar revisão de literatura, contribuindo para um maior conhecimento desta patologia, em face do pequeno número de casos descritos e a sua importância no diagnóstico diferencial das massas pleurais, principalmente com o mesotelioma e o carcinoma metastático. **Descrição do material:** Paciente masculino, 77 anos, apresentando dor torácica de início recente, realizou avaliação tomográfica em nosso serviço para investigação de massa pleural identificada em radiografia de tórax. À tomografia computadorizada, observou-se uma grande massa com atenuação de partes moles em terço médio do hemitórax direito, com extensão para a pleura, apresentando intenso realce após o uso de contraste intravenoso. O diagnóstico sugerido através da análise tomográfica foi mesotelioma pleural. O paciente foi submetido a pneumonectomia direita, com ressecção linfonodal, de costelas e tecidos moles adjacentes. Ao exame histopatológico, as hipóteses diagnósticas foram mesotelioma sarcomatoide e de sarcoma de partes moles, sendo indicado o prosseguimento da investigação. Através da análise imuno-histoquímica, o diagnóstico definitivo foi angiossarcoma primário de pleura. **Discussão:** O angiossarcoma epiteloide pleural é uma neoplasia extremamente rara, de origem endotelial, com alta malignidade e péssimo prognóstico. Possui predominância no sexo masculino e ocorre normalmente na idade adulta, com pico na sexta década de vida. A etiologia desta patologia é ainda desconhecida, porém, há relatos na literatura que sugerem a associação com piotórax crônico por tuberculose pleural, exposição ao asbesto e radioterapia prévia de longo curso. A apresentação clínica é variável, podendo ocorrer dor torácica, hemoptise, dispneia, hemotórax e anemia. Os achados radiográficos podem ser de espessamento pleural em casos iniciais e, em casos mais avançados, opacificação completa de um hemitórax. À tomografia computadorizada, o achado mais comum é de uma massa lobulada com realce heterogêneo pelo meio de contraste. O diagnóstico diferencial entre o angiossarcoma epiteloide e outras neoplasias pleurais, como o mesotelioma e o carcinoma metastático, é possível somente através da análise imuno-histoquímica.

Temas Livres

-276-

INTERRUPÇÃO AÓRTICA TIPO C: RELATO DE CASO.

Marcela Miguel Grando; Marcos Vicentini Camargo; Flavio Pereira das Posses; Sérgio Marrone Ribeiro; Ana Karina Cristiuma de Luca.

Unesp – Botucatu, SP, Brasil.

E-mail: mavcamargo@hotmail.com.

Paciente do sexo masculino, com dois dias de vida, deu entrada no serviço em choque e convulsionando. Após estabilização clínica, apresentava ao exame físico sopro sistólico, íctus hiperdinâmico e frêmito, membros inferiores frios e sem pulso e membros superiores com pulso arterial. A angiotomografia de tórax não evidenciou arco aórtico entre o tronco braquiocefálico e a artéria carótida comum esquerda. Apresentava também comunicação interatrial e interventricular, persistência do canal arterial, aumento das câmaras cardíacas direitas e do tronco pulmonar, com importante hiperfluxo pulmonar. O ecocardiograma confirmou os achados, não sendo possível definir com segurança, por este método, o local da interrupção. O tratamento cirúrgico foi contraindicado devido ao comprometimento neurológico e o paciente evoluiu para o óbito com cerca de um mês de vida. A interrupção aórtica é a descontinuidade entre a aorta ascendente e a descendente. Trata-se de uma patologia rara, correspondendo a cerca de 1% das cardiopatias congênitas. Algumas etiologias propostas seriam alterações hemodinâmicas do quarto arco aórtico e exposição a agentes teratogênicos. O diagnóstico geralmente é feito durante o período neonatal e infância e raramente é identificada tardiamente em adultos, quando ocorre o desenvolvimento de importante circulação colateral. A sobrevida geral em 16 anos varia de 59% a 70%. O ecocardiograma pode não permitir a diferenciação correta com coarctação severa e hipoplasia do arco aórtico, estando indicada a tomografia computadorizada ou ressonância magnética para elucidação diagnóstica. A interrupção aórtica pode ser simples, quando associada a defeito do septo ventricular e ducto arterioso patente, ou complexa, quando associada a *truncus arteriosus*, transposição de grandes vasos, dupla via de saída do ventrículo direito, janela aortopulmonar, ventrículo único e obstrução da via de saída do ventrículo esquerdo. Associação com síndrome de DiGeorge está presente em 25% dos casos. A classificação, segundo Celoria-Patton, é dividida em três tipos. No tipo A, a interrupção é distal à artéria subclávia esquerda (correspondendo a 42% dos casos); no tipo B, localiza-se entre a artéria carótida comum esquerda e a artéria subclávia esquerda (53%); no tipo C, entre o tronco braquiocefálico e a carótida comum esquerda (4%), sendo este último o tipo correspondente ao do paciente. O tratamento definitivo é cirúrgico, visando reestabelecer a continuidade da aorta, sendo descrito o uso de prostaglandina E1 no período neonatal para manter a patência do ducto arterioso e aumentar a sobrevida. A interrupção aórtica é uma cardiopatia congênita rara cujo prognóstico depende do diagnóstico precoce para correção cirúrgica satisfatória que permita aumentar a sobrevida.

-378-

IMPORTÂNCIA DA UTILIZAÇÃO DE PROTOCOLO CLÍNICO SISTEMÁTICO NA INDICAÇÃO DA ANGIOTOMOGRAFIA DE TÓRAX PARA TROMBOEMBOLISMO PULMONAR.

Felipe Costa Moreira; Alex Assini Balbuena; Ana Cristina Favaretto; Mirella Oliveira Silva; Carolina Conceição Oliani Rossi; Guilherme Lima Andrade Alves de Toledo; Thiago da Cunha Casagrande.

Hospital Alvorada – São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: favarettoac@gmail.com.

Introdução: Tromboembolismo pulmonar (TEP) é uma importante causa de morbimortalidade, levando a manifestações clínicas inespecíficas, o que dificulta o diagnóstico precoce. Angiotomografia computadorizada (angio-TC) é o método de escolha para definir o diagnóstico, com 66% a 93% de sensibilidade e 89% a 98% de especificidade. A partir do momento da suspeita clínica de TEP agudo, recomenda-se determinar o grau de probabilidade de confirmação diagnóstica. Alguns escores foram criados para isso. O escore simplificado de Wells et al. engloba diversos fatores. Escores inferiores a 2,0 pontos indicam uma probabilidade baixa; de 2,0 a 6,0 pontos indicam uma probabilidade moderada; e superiores a 6,0 pontos indicam uma probabilidade alta. Como derivação, uma pontuação menor ou igual a 4,0 pode ser considerada improvável. No estudo original de Wells, a frequência de TEP em pacientes com baixa, moderada ou alta probabilidade clínica foi 3%, 28% e 78%, respectivamente. **Objetivo:** Avaliar, retrospectivamente, os achados positivos e negativos nos exames de angio-TC para TEP, na ausência de um protocolo clínico específico, comparado ao estudo original de Wells. **Materiais e métodos:** Foram analisados, retrospectivamente, os exames de angio-TC de tórax de 46 pacientes com suspeita inicial de TEP no pronto-socorro de hospital privado da cidade de São Paulo, independente de idade ou sexo, no período de 1º de janeiro de 2013 a 31 de maio de 2013. Além disso, foi realizada uma análise retrospectiva dos prontuários de todos os pacientes incluídos no estudo, para confirmar que não foi utilizado nenhum protocolo clínico específico. Nesta pesquisa foram considerados os resultados positivos e negativos para TEP, bem como os outros achados adicionais que podem ter motivado o clínico na solicitação do exame. **Resultados:** Dentre os 46 pacientes, somente 7 obtiveram resultado positivo para TEP, o que equivale a apenas 17% de eficácia, bem abaixo dos 78% encontrados no estudo original de Wells et al. com índice de alta probabilidade. Além disso, dentre os resultados negativos para TEP, 8 evidenciaram pneumonia e o principal achado adicional foi derrame pleural, em 11 casos. Houve um caso com dissecação aguda de aorta torácica e um caso com aneurisma de subclávia e aorta torácica. Vale a pena enfatizar que 20 exames (43% dos casos) não demonstraram qualquer alteração tomográfica. **Conclusão:** Ressalta-se a importância do uso de um protocolo específico que permita estabelecer graus de probabilidade, passando o diagnóstico de TEP possível para TEP provável, evitando a utilização indiscriminada da angio-TC de tórax.