

Medicina Interna / Geniturinário / Gastrointestinal

Painéis Eletrônicos

–5–

DIVERTICULITE DE MECKEL: ASPECTOS À TC E RELATO DE DOIS CASOS.

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

HU-USP – São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: brendamartines@bol.com.br.

O divertículo de Meckel (DM) é um divertículo verdadeiro, ou seja, é formado por todas as camadas das paredes de alças delgadas. À tomografia computadorizada (TC), o DM aparece como coleção líquida ou gasosa, sacular e arredondada, localizada na pelve ou abdome, em comunicação com o intestino delgado. Normalmente está localizado há cerca de 4–10 cm da válvula ileocecal, borda antimesentérica, e pode apresentar mucosa gástrica e tecido pancreático ectópicos. A taxa de complicações do DM durante toda a vida de um indivíduo é de aproximadamente 4%. Complicações sintomáticas incluem sangramento, obstrução e inflamação. A incidência de 2% dessa anomalia congênita associada a uma taxa de complicações de 4%, ainda que infrequentes, faz com que complicações do DM possam ser encontradas em nossa prática clínica diária. A caracterização de processo inflamatório à TC ocorre com a associação da densificação dos planos adiposos, espessamento parietal, líquido livre e presença de fecalito. Em alguns casos pode haver perfuração, caracterizada por pneumoperitônio e extravasamento do meio de contraste oral. Os autores descrevem dois casos de pacientes adultos jovens que foram submetidos a TC para avaliação de dor aguda na fossa ilíaca direita e que tiveram o diagnóstico de DM confirmado por cirurgia e estudo anatomopatológico.

–6–

ÍLEO BILIAR: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA.

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

HU-USP – São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: brendamartines@bol.com.br.

O íleo biliar é uma complicação rara e potencialmente grave da colelitíase, caracterizada por uma obstrução intestinal devido à impaction de cálculo de origem biliar em alças intestinais. Fisiopatologicamente, o mais comumente observado é a passagem de um cálculo através de uma fistula bilioentérica originada de um episódio de colecistite aguda com necrose e perfuração da vesícula biliar para uma víscera adjacente. É responsável por cerca de 1% a 4% dos casos de obstrução intestinal mecânica. Trata-se de uma emergência cirúrgica que acomete quase exclusivamente pacientes idosos, tendo um pico de incidência entre 65 e 75 anos, com predominância do sexo feminino. As manifestações clínicas são variáveis e dependem do local

da obstrução. Os sintomas mais comuns incluem náuseas, vômitos, dor e distensão abdominal, que podem ser precedidas por queixas biliares. O diagnóstico é difícil e depende frequentemente de exames de imagem. Em aproximadamente 50% dos pacientes o diagnóstico é realizado durante laparotomia exploradora. A tomografia computadorizada é o método de escolha para o diagnóstico de íleo biliar, podendo se evidenciar a tríade de Rigler, que consiste em pneumobilia, obstrução intestinal mecânica e cálculo na luz intestinal. Os autores descrevem o caso de paciente com quadro de suboclusão intestinal associada a dor abdominal. Foi realizada tomografia computadorizada multidetectores (TCMD), que evidenciou cálculo em segmento ileal com dilatação das alças a montante, pneumobilia e fistula bilioentérica. O presente trabalho traz uma revisão de literatura e dos aspectos de imagem em TCMD.

–8–

ASCITE HEMORRÁGICA SECUNDÁRIA A PANCREATITE AGUDA: RELATO DE CASO.

Débora Terribilli da Costa¹; Rosa Maria Silveira Sigrist²; Daniela Tavares Possagnolo²; Samira Ineida Morais Gomes²; Pedro José dos Santos Neto¹; Eduardo Henrique Sena Santos¹; Brenda Margatho Ramos Martines¹; Cláudio Campi de Castro¹.

¹ *HU-USP – São Paulo, SP;* ² *InCor-FMUSP – São Paulo, SP, Brasil.*

E-mail: brendamartines@bol.com.br.

Pancreatite aguda é uma inflamação pancreática que envolve tanto tecidos adjacentes ao pâncreas quanto órgãos mais distantes, caracterizando-se por ser uma das doenças abdominais mais complexas, com diagnóstico e tratamento desafiadores. De acordo com a classificação de Atlanta revisada, a pancreatite aguda pode ser classificada em pancreatite edematosa intersticial (70% a 80%) e pancreatite necrotizante (20% a 30%). A fisiopatologia desta entidade, cujos mecanismos de ativação ainda são desconhecidos, inclui a ativação prematura das enzimas pancreáticas levando a autodigestão do parênquima pancreático e tecidos peripancreáticos. As causas de pancreatite aguda são várias, e dentre as mais comuns estão a biliar (38%) e a alcoólica (36%). O seu diagnóstico baseia-se na presença de dois dos seguintes critérios: dor abdominal em faixa, amilase e/ou lipase aumentadas mais de três vezes o valor normal, e de achados tomográficos. Os achados tomográficos incluem aumento do volume pancreático, indefinição dos contornos pancreáticos, realce heterogêneo do pâncreas e densificação dos planos adiposos peripancreáticos. A importância da tomografia computadorizada foi reiterada após a revisão do consenso de Atlanta, que estabelece critérios morfológicos para o melhor planejamento do tratamento da pancreatite aguda. Os autores descrevem o caso de um paciente com quadro de pancreatite necrotizante. Foi realizada tomografia computadorizada multidetectores (TCMD), que evidenciou perda da arquitetura habitual do pâncreas com áreas de necrose/liquefação, além de múltiplas coleções com conteúdo hemático. O presente trabalho traz uma revisão de literatura e os aspectos de imagem da pancreatite aguda em TCMD.

–9–

HISTOPLASMOSE DISSEMINADA COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE AIDS: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA.

Brenda Margatho Ramos Martines¹; Rosa Maria Silveira Sigrist²; Daniela Tavares Possagnolo³; Samira Ineida Morais Gomes⁴; Paula Cristina Dias da Rocha Bicudo¹; Pedro José dos Santos Neto¹; Eduardo Henrique Sena Santos¹; Cláudio Campi de Castro¹.

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

A histoplasmose sistêmica pode comportar-se como micose oportunista, geralmente disseminada, observada em pacientes que recebem medicamentos imunossuppressores, em pacientes com malignidades hematológicas, como linfoma de Hodgkin e não-Hodgkin, e em pacientes com AIDS. Nestes últimos, o *Histoplasma capsulatum* causa doença disseminada em 95% dos casos, acometendo predominantemente indivíduos com contagem de células CD4 abaixo de 200/mm³. As dificuldades para a realização do diagnóstico precoce e o início de terapia eficaz em pacientes com histoplasmose e infecção pelo HIV incluem o fato de que suas manifestações podem mimetizar uma variedade de infecções oportunistas, como pneumonia por *Pneumocystis jirovecii*, tuberculose e infecção pelo complexo *Mycobacterium avium*. Os autores descrevem o caso de paciente com síndrome consumptiva, tosse crônica há 3 anos e pneumonia que não resolveu após 7 dias de tratamento com antibióticos, evoluindo para óbito após choque séptico, sem resposta a reposição volêmica e drogas vasoativas. Durante sua internação foi realizada tomografia computadorizada multidetectores (TCMD), que evidenciou linfonodomegalias mediastinais e abdominais, hepatoesplenomegalia e nódulos pulmonares. O presente trabalho traz uma revisão de literatura e os aspectos de imagem em TCMD.

–10–

PSEUDOANEURISMA DA ARTÉRIA HEPÁTICA PÓS-COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA: ACHADOS DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA.

Rodrigo Delfino Nascimento¹; Daniela Tavares Possagnolo²; Rosa Maria Silveira Sigrist²; Débora Terribilli da Costa¹; Pedro José dos Santos Neto¹; Brenda Margatho Ramos Martines¹; Samira Ineida Morais Gomes²; Cláudio Campi de Castro¹.

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

Pseudoaneurisma da artéria hepática é uma complicação rara e potencialmente fatal de colecistectomia videolaparoscópica. O mecanismo de lesão da artéria hepática é a lesão do vaso por electrocauterização ou por grampos, com a consequente formação do pseudoaneurisma. Vazamento biliar concomitante pode contribuir para a formação de pseudoaneurismas, pois a bile derramada atrasa o processo de cicatrização. A apresentação clínica mais frequente é o sangramento gastrointestinal com ou sem dor abdominal prévia, anemia, hemobilia e alteração da função hepática. Neste trabalho, os autores relatam um caso de pseudoaneurisma da artéria hepática diagnosticado por tomografia computadorizada (TC) em uma mulher de 39 anos que tinha sido submetida a colecistectomia laparoscópica dois meses antes, evoluindo com fistula biliar após um mês, submetida a nova cirurgia em outro serviço. Após dois meses da colecistectomia, procurou o presente serviço com queixa de hematêmese e melena, quando foi realizada a TC. Quatro dias após a tomografia, que evidenciou o pseudoaneurisma, a paciente apresentou choque hemorrágico com parada cardiorrespiratória, tendo sido reanimada e submetida a laparotomia, em que foi visto sangramento ativo da artéria hepática e perfuração do

bulbo duodenal compatível com lesão térmica prévia. O principal objetivo deste relato de caso é evidenciar a importância dos métodos de imagem no diagnóstico de complicações pós-colecistectomia videolaparoscópica, como o pseudoaneurisma da artéria hepática, para que a melhor conduta seja realizada precocemente.

–18–

SÍNDROME DE POLIESPLENIA COM SITUS INVERSUS ABDOMINAL ASSOCIADO A ADENOCARCINOMA DE ESÔFAGO DISTAL.

Guilherme Antonio Siementcoski¹; Lucas Mendes²; Murilo Carlos Gimenes¹; Edson Ricardo Junior¹; Marcos Anderson Kosteczka¹; Izidione Antonio Miozzo Junior¹.

¹Universidade Regional de Blumenau – Blumenau, SC; ²Universidade Regional de Blumenau e Clinica Imagem – Indaial, SC, Brasil.
E-mail: guilhermesie@hotmail.com.

Apresentamos um caso de paciente com síndrome de poliesplenia associada a situs inversus abdominal em conjunto com adenocarcinoma de esôfago distal. A síndrome de poliesplenia é mais comum em crianças, mas rara em pessoas de idade adulta, pois costuma estar associada a malformações cardíacas congênitas. A paciente é uma mulher de 63 anos de idade que apresentava disfagia de longa data, com piora progressiva dos sintomas. Foi submetida a tomografia computadorizada de tórax e abdome, que evidenciou adenocarcinoma de esôfago distal e síndrome de poliesplenia e situs inversus abdominal. Como achados na imagem, constataram-se poliesplenia com dextroposição desse órgão, veia cava inferior à esquerda com drenagem para a veia ázigos, artéria subclávia esquerda com trajeto posterior ao esôfago, esôfago e estômago à direita e dextroposição do pâncreas. Este caso mostra como a síndrome de poliesplenia pode ser assintomática e diagnosticada como um achado incidental em exame de imagem.

–30–

HEMANGIOMA GIGANTE.

Bruno Nocrato Loiola; José Augusto Carvalho de Rezende.

Conferência São José do Avai – Itaperuna, RJ, Brasil.
E-mail: bruno.loyola@ig.com.br.

O hemangioma ocorre com mais frequência em mulheres entre 4ª e 5ª década de vida, localizando-se principalmente nos segmentos posteriores do lobo hepático direito. Os exames de imagem, como a ultrassonografia, a tomografia computadorizada e a ressonância magnética, promovem o diagnóstico na maior parte dos pacientes. Em cerca de 20% dos casos os hemangiomas podem apresentar aspecto atípico em um ou mais métodos de imagem, sendo necessários associá-lo com os achados clínicos e controles evolutivos. Nos casos em que o tumor é volumoso, acredita-se que possa estar relacionado a discrasias sanguíneas por consumo e distúrbios inflamatórios, lembrando que o seu crescimento ao longo do tempo é extremamente raro. Estes tumores geralmente são assintomáticos e encontrados de forma incidental, sendo que em alguns pacientes podem provocar dor abdominal em andar superior, sensação de plenitude pós-prandial, disfagia por compressão do esôfago abdominal. Outros sintomas e sinais poderão ocorrer na dependência das complicações acontecidas, como: o estado de choque hipovolêmico, as púrpuras, os hematomas, as petéquias, e a dor abdominal súbita, por trombose do tumor. Os hemangiomas são definitivamente lesões comuns, sendo, portanto, o tumor benigno mais frequente, entretanto, é bastante importante sabermos suas formas de apresentação e métodos diagnósticos para evitar possíveis diagnósticos errôneos. Este artigo relata o caso de um paciente com hemangioma gigante, demonstrando suas características radiológicas.

–41–

PREVALÊNCIA DE ALTERAÇÕES ESOFÁGICAS DETECTADAS POR IMAGEM CONTRASTADA DO ESÔFAGO NA ESCLEROSE SISTÊMICA E PERFIL DE AUTOANTICORPOS ASSOCIADOS.

Adham do Amaral e Castro; Thelma Larocca Skare; Alexandre Kaue Sakuma; Wagner Haese Barros; Rafael Lírio Bortoncello; Fernando Morandini; Anderson Matsubara.

Hospital Universitário Evangélico de Curitiba – Curitiba, PR, Brasil.
E-mail: adham.castro@gmail.com.

Introdução: A esclerose sistêmica (ES) é uma doença multisistêmica idiopática que pode levar a alterações esofágicas, acarretando importante morbidade. Autoanticorpos da ES podem estar relacionados com características específicas da doença, incluindo alterações esofágicas. A seriografia esôfago-estômago-duodeno (SEED) é considerada importante exame para a avaliação esofágica de pacientes com ES. Neste contexto se insere o presente estudo. **Objetivos:** Estudar a prevalência das alterações esofágicas em pacientes com ES evidenciadas por SEED com sintomas esofágicos, comparando-as com pacientes sem sintomas esofágicos, e comparar o perfil clínico e de autoanticorpos destes mesmos dois grupos de pacientes. **Método:** Após aprovação do comitê de ética e assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido, foram recrutados 31 pacientes com diagnóstico de esclerodermia de acordo com os critérios classificatórios preliminares do Colégio Americano de Reumatologia. Foram coletados dados acerca de sinais e sintomas da ES através de revisão de prontuários, aplicado o questionário específico internacional para disfagia (traduzido e validado para o português brasileiro), e realizada a SEED, conforme o protocolo de exame da instituição. Considerou-se significativo o valor de *p* menor ou igual a 0,05. **Resultados:** Foram estudados 31 pacientes, sendo a maioria femininos (90,7%), caucasianos (80,6%), com média de idade de 50 anos e forma clínica principal caracterizada como limitada (64,5%). O achado clínico mais prevalente foi o fenômeno de Raynaud (96% dos pacientes); o FAN foi positivo em 93% dos pacientes e o autoanticorpo mais prevalente foi o anticentrômero (34,6%); 80% dos pacientes apresentaram pelo menos uma alteração à SEED, sendo a alteração do calibre do órgão a que mais se repetiu (54%). Não se encontrou diferença significativa entre os dois grupos de pacientes quanto à comparação dos sintomas, pontuação ao questionário de disfagia, resultado da SEED e perfil laboratorial. **Comentários sucintos e importância:** A caracterização do perfil clínico-laboratorial de cada paciente com ES direciona o tratamento da doença. A detecção precoce de alterações esofágicas nestes pacientes, especialmente nos assintomáticos, pode evitar sequelas importantes neste órgão. **Conclusão:** Não se encontrou diferenças significativas no perfil clínico-laboratorial, pontuação do questionário de disfagia e alterações à SEED entre pacientes com ES com sintomas esofágicos e sem estes sintomas.

–42–

CARCINOMA ESCAMOSO PRIMÁRIO DE URETRA PENIANA: CORRELAÇÃO DOS ACHADOS DE URETROCISTOGRAFIA RETRÓGRADA E MICCIONAL (UCRM), RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E ANATOMIA PATOLÓGICA (AP).

Adham do Amaral e Castro; Wagner Haese Barros; Diogo André Douat; Eduardo Andreazza Dal Lago; Fábio Sala; Lutero Marques de Oliveira; Alexandre Kaue Sakuma.

Hospital Universitário Evangélico de Curitiba – Curitiba, PR, Brasil.
E-mail: adham.castro@gmail.com.

Introdução: O carcinoma escamoso primário de uretra peniana (CEPUP) consiste em um tumor urológico raro, correspondendo a menos de 1% dos tumores urológicos. O presente caso descreve a apresentação do CEPUP e seus achados comparativos ao estudo de uretrocistografia retrógrada e miccional (UCRM) e ressonância magnética (RM), correlacionados com a anatomia patológica (AP). **Descrição sucinta:** Paciente de 57 anos de idade, sexo masculino, com quadro de abscesso em base de pênis e bolsa escrotal, disúria e importante diminuição do jato miccional. Foi submetido a desbridamento de base do pênis e bolsa escrotal e biópsia de lesões sólidas encontradas neste procedimento. Prosseguindo a investigação, tentou-se realização de cistoscopia, sem sucesso, devido à impossibilidade de progressão do aparelho, solicitando-se, então, a UCRM. À UCRM evidenciou-se lesão vegetante em uretra peniana distal, com redução de seu calibre e moderada dilatação a montante durante a fase miccional. O resultado da AP das lesões biopsiadas revelou condiloma acuminado e ausência de malignidade. Paciente apresentou, em duas semanas, novo quadro de abscesso, sendo então realizada RM, que caracterizou lesão expansiva, irregular, heterogênea em T2 e isoíntensa em T1, com realce pelo meio de contraste, medindo 75 × 59 × 48 mm, localizada na uretra peniana médio-distal, com sinais de infiltração do corpo esponjoso e dos corpos cavernosos locais. Paciente submetido a penectomia total com ureterostomia perineal, sendo o diagnóstico de carcinoma escamoso confirmado pela AP. **Discussão resumida:** O carcinoma escamoso de uretra é um tumor urológico raro, sendo cinco vezes mais comum em mulheres. Dentre os fatores de risco, destacam-se: fimose, má higiene e infecção viral pelo papiloma vírus. Sua localização mais comum nos homens é na uretra bulbomembranosa. A melhor ferramenta diagnóstica é a UCRM, evidenciando-se estreitamento irregular focal da uretra. A caracterização da lesão é limitada ao estudo com tomografia computadorizada, a qual pode evidenciar massa uretral com atenuação de partes moles. À RM, pode-se evidenciar massa com sinal hipointenso em T1 e T2 e invasão de corpos cavernosos, sendo uma modalidade muito útil para o diagnóstico e estadiamento. O tratamento inclui excisão da lesão (podendo requerer penectomia, como no presente caso), radioterapia e quimioterapia.

–53–

SÍNDROME DE MAY-THURNER.

Bruno Nocrato Loiola.

Conferência São José do Avaí – Itaperuna, RJ Brasil.
E-mail: bruno.loyola@ig.com.br.

A síndrome de May Thurner foi descrita pela primeira vez em 1956, por May e Thurner, a partir do estudo de cadáveres, como variações anatômicas. Ela caracteriza-se pela compressão extrínseca da veia íliaca esquerda pela artéria íliaca direita, proporcionando uma interrupção do fluxo venoso, gerando insuficiência venosa crônica no membro inferior esquerdo, podendo causar sintomas de edema, dor e trombose venosa profunda no membro afetado. O diagnóstico pode ser confirmado por angiotomografia, angiorressonância e por arteriografia. O tratamento desta síndrome vem sendo discutido e dividindo opiniões quanto a ser conservador ou por abordagem cirúrgica, principalmente após o advento do tratamento endovascular. A literatura atual vem demonstrando que a técnica endovascular combinada à angioplastia com balão e à colocação de *stent* traz excelentes resultados na recanalização do sistema venoso íliaco, submetendo o paciente a um trauma cirúrgico mínimo. Este artigo relata um caso de um paciente com esta

síndrome, mostrando a eficácia do diagnóstico pelos exames radiológicos e o tratamento endovascular

–54–

SÍNDROME DE QUEBRA-NOZES.

Bruno Nocrato Loiola.

Conferência São José do Avaí – Itaperuna, RJ Brasil.

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

A síndrome de quebra-nozes é uma doença rara, frequentemente não diagnosticada pelo não conhecimento da afecção. Esta se manifesta pela compressão da veia renal esquerda através de um pinçamento entre a artéria mesentérica superior e a aorta abdominal, promovendo aumento da pressão na veia renal esquerda proximal ao rim e mais tardiamente com o surgimento de vasos colaterais. O ângulo entre a artéria mesentérica superior e a aorta abdominal é de aproximadamente 90°, de modo que a artéria mesentérica superior tem um curso de 4 a 6 mm em direção ventral antes de se dirigir caudalmente. O arranjo anatómico em invertido previne normalmente a compressão da veia renal esquerda pela artéria mesentérica superior. Pelo contrário, quando a emergência desta artéria se faz em ângulo agudo, pode haver compressão da veia renal esquerda, originando a síndrome. Os pacientes geralmente se apresentam com dor lombar, hematúria micro ou macroscópica e, em alguns casos com síndrome de congestão pélvica. Os exames de imagem são de suma importância para o diagnóstico. O tratamento tem evoluído ao longo das últimas décadas, mas ainda é controverso. As opções passam por vigilância clínica ou procedimentos cirúrgicos, que visam, quase todos, ao alívio da pressão da veia renal esquerda. Relatamos um caso de uma paciente com a síndrome de quebra-nozes, enfatizando o diagnóstico radiológico e o tratamento endovascular que vem crescendo nos últimos anos para tal doença.

–55–

ADENOMIOMATOSE: CORRELAÇÃO DOS ACHADOS DE IMAGEM.

Fernando Oliveira de Menezes¹; Cristian Ariel Calvin²; Ana Carolina Castelo Branco Soares³; Tassius Borsatto Saccomani².

¹ Hospital Regional de Itapetininga – Itapetininga, SP; ² Centro Médico Sorocaba – Sorocaba, SP; ³ Hospital do Servidor Municipal – São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: barretosmed@hotmail.com.

Relato de caso: Paciente do sexo masculino, 48 anos, procurou pronto-atendimento com dor abdominal. Solicitado ultrassom de abdome total, que evidenciou espessamento parietal irregular com pontos de reverberação “em cauda de cometa” na região fúndica da vesícula biliar. Complementado com ressonância magnética de abdome superior mostrando pequenas dilatações parietais de alto sinal na sequência ponderada em T2. **Discussão:** Adenomiomatose é determinada pela proliferação excessiva do epitélio da vesícula biliar, associada a hipertrofia muscular própria e dilatação dos seios de Rokitansky-Aschoff. Geralmente assintomática, frequentemente associada a inflamações crônicas da vesícula biliar, principalmente colelitíase (25% a 75% dos casos). O ultrassom é o método inicial de eleição, apresentando espessamento mural associado a pontos hiperecogênicos e artefatos em cauda de cometa; pode ser difícil de distinguir do carcinoma da vesícula biliar, sendo a ressonância magnética de maior acurácia, apresentando pontos de hipersinal nas sequências ponderadas de T2 (sinal do colar de pérolas).

–62–

ENSAIO ICONOGRÁFICO DO ACOMETIMENTO ESOFÁGICO PELA ESCLERODERMIA.

Jonathas Eduardo do Vale Martins; Ivan Caznok Lima; Rogerio Augusto Lima Guarneri; Oscar Fernando Ghattas Orozco; Camilo Dallagnol; Marina Portioli Hoffmann; Ariston Felipe Codato Ferreira; Waldir Walmor Ferreira Filho.

Hospital de Clínicas da UFPR – Curitiba, PR, Brasil.

E-mail: jonathasdovale@hotmail.com.

Introdução: A esclerodermia é uma doença idiopática do tecido conjuntivo que afeta mais mulheres do que homens na proporção de 3 para 1, predominantemente na faixa etária entre 30 e 50 anos. É uma patologia autoimune caracterizada por vasculopatia de pequenos vasos, produção de autoanticorpos e fibrose de diversos órgãos, como pulmões, pele e trato gastrointestinal, sendo este o segundo sistema mais afetado, atrás apenas do acometimento dermatológico. **Métodos:** Analisamos, retrospectivamente, 10 casos de pacientes com diagnóstico prévio de esclerodermia submetidos a esofagografia com bário e tomografia computadorizada (TC) cervicotorácica no departamento de radiologia de hospital público de Curitiba. **Discussão:** Apesar de a esclerodermia ser uma doença de diagnóstico clínico, os exames de imagem têm fundamental importância na avaliação da extensão e grau da lesão e do comprometimento funcional, além de permitir excluir outros diagnósticos diferenciais. É uma enfermidade com apresentação fenotípica variável e acometimento sistêmico diverso. O envolvimento esofágico é visto em cerca de 90% dos pacientes, mas apenas 50% são sintomáticos, sendo a disfagia, em graus variáveis, a principal correspondência clínica. Além da fibrose, o esôfago pode sofrer atrofia de musculatura lisa e ausência de peristalse abaixo do nível do arco aórtico, local onde predomina musculatura lisa. A esofagografia com contraste baritado possibilita a avaliação dinâmica da motilidade esofágica, permitindo identificar alterações mesmo em fases precoces. Este exame pode demonstrar ausência de peristalse nos dois terços inferiores do esôfago, gerando um retardo do esvaziamento do meio de contraste e, em casos avançados, dilatação de calibre. O esfíncter esofágico inferior também pode ser acometido, com aparência de insuficiência, levando a quadros de esofagite por refluxo gastroesofágico. A TC possui um papel secundário na avaliação do esôfago, ficando reservada para estudo deste órgão em casos de acometimento severo ou complicações secundárias. **Conclusão:** A esclerodermia é uma doença com diferentes formas de apresentação. O esôfago é um alvo frequente dessa patologia e seu acometimento gera uma redução na qualidade de vida do paciente. A avaliação por meio de raios-X com contraste baritado possibilita uma análise dinâmica do esôfago e o reconhecimento de distúrbios ainda em fases iniciais, mesmo em pacientes assintomáticos. O reconhecimento das alterações permite otimizar o manejo clínico, levando mais conforto ao paciente.

–64–

TRAUMA ABDOMINAL FECHADO COM FRATURA DE FÍGADO GRAU IV: UM RELATO DE CASO.

Adolfo Pickcius Valoja Collo; Mateus Giovanoni Perondi; Ana Carolina Pickcius Valoja Collo; Aloísio dos Santos Iria Júnior; Cristina Terumi Okamoto.

Universidade Positivo – Curitiba, PR, Brasil.

E-mail: adolfo_collo@hotmail.com.

Dados atuais demonstram que em Curitiba, PR, 12% dos traumas pediátricos relacionam-se com queda de bicicleta, sendo mais

prevalente entre crianças de 5 a 9 anos. O fígado é o segundo órgão intra-abdominal (OIA) mais lesado, devido à menor quantidade de gordura, de colágeno e da musculatura esquelética da parede abdominal nos pacientes pediátricos. O presente relato de caso visa demonstrar a necessidade da realização de exames de imagem, uma vez que os dados clínicos podem ser desproporcionais ao grau de lesão. Este caso refere-se a um paciente de 8 anos, vítima de queda de bicicleta com trauma abdominal contra o guidão, encaminhado ao pronto-socorro de hospital-escola de Curitiba, com quadro de dor abdominal e vômitos, com escala de Glasgow 15, frequência cardíaca de 126 batimentos por minuto e frequência respiratória de 26 incursões respiratórias por minuto. Exame cardiovascular e pulmonar sem alterações, abdome plano, com ruídos hidroaéreos presentes, flácido e sem visceromegalias. Para avaliar a gravidade da lesão hepática utiliza-se a classificação da American Association for the Surgery of Trauma, que varia de grau I até VI, em que os graus I e II são considerados leves e os graus III até VI são considerados graves. Esta escala baseia-se na presença, localização e tamanho da laceração e hematoma do fígado, assim como a presença de maceração mais extensiva ou desvascularização em lesões de alto grau. Esta escala tem limitações na capacidade de orientar a conduta e de prever complicações. No caso apresentado, a tomografia computadorizada (TC) evidenciou lesão hepática grau IV no segmento 4. Exames laboratoriais podem auxiliar no manejo do paciente, os valores de hemoglobina e hematócrito podem indicar hemorragia, as enzimas aspartato aminotransferase e alanino aminotransferase estão elevadas nas lesões hepáticas, com sensibilidade de 90% e especificidade de 100%. O tratamento padrão para pacientes hemodinamicamente estáveis é o conservador, pois 80% das lesões hepáticas param de sangrar antes da laparotomia, apresentando menor necessidade de transfusão sanguínea e mortalidade. No trauma abdominal fechado em criança, deve-se realizar exame clínico minucioso e seriado, além de TC para confirmação de lesões de OIA que necessitem ou não de laparotomia. Neste caso, a conduta utilizada foi a não cirúrgica devido à estabilidade hemodinâmica e ausência de lesões de outros OIAs.

–67–

LIPOSSARCOMA RETROPERITONEAL: RELATO DE CASO REVISÃO DA LITERATURA.

Alcides Hiromitsu Yamakawa Junior; Julian Catalan; Luiz Pedro Souza Junior; Rafael Santiago Oliveira Sales; Erick Janderson de Souza Alves; Mauricio Fabro; Dalton Wiggers Medeiros; Luiz Fernando Bernadini Ulysea.

Hospital Santa Catarina – Blumenau, SC, Brasil.

E-mail: junioryamakawa@hotmail.com.

Neste resumo relatamos um caso de uma paciente de 38 anos que apresentava desconforto abdominal difuso. Foi realizada ultrasonografia, que demonstrou extensa lesão heterogênea, predominantemente hiperecogênica, desde o fígado até a fossa ilíaca direita. A tomografia computadorizada evidenciou volumosa massa hipodensa ocupando o hemiabdomene direito, com atenuação de gordura e finas septações de permeio, sem evidências de realce ao meio de contraste, medindo 27 × 16 × 17 cm. A paciente foi submetida a cirurgia para ressecção da lesão e o estudo anatomopatológico revelou lipossarcoma bem diferenciado. Os lipossarcomas representam 35% dos tumores malignos retroperitoneais de tecidos moles em pacientes adultos. Eles são habitualmente tumores de baixo grau de malignidade (bem diferenciados), apesar de serem encontrados tumores com maior potencial metastático (pleomórficos). Diagnósticos diferenciais incluem lipoma, lipoblastoma, lipomatose, hibernoma, teratoma, mielolipoma

e angiomiolipoma. Em razão de a apresentação clínica ser insidiosa e com poucos sintomas, o diâmetro médios desses tumores é de 15 cm no momento do diagnóstico.

–75–

AMILOIDOSE E CORDOMA SACRAL.

Keityane Rodrigues Vieira; Ábner Donato Dorazio Souza.

Hospital Santa Marcelina – São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: keityanerv@hotmail.com.

Relato de caso demonstrando em uma paciente a incomum associação de amiloidose e cordoma de sacro. Esta associação é incomum, apesar da relação frequente de amiloidose com vários tipos de comorbidades inflamatórias e/ou infecciosas como uma causa secundária. Importante lembrar os diagnósticos diferenciais principais com metástases e tumor de células gigantes. Paciente de 43 anos, feminina, natural da Bahia, procedente de São Paulo, casada, católica, auxiliar de limpeza. Há 2 anos iniciou quadro intermitente de edema, eritema e equimose em todo o membro inferior esquerdo (MIE), que melhorava ao repouso. Após 6 meses, evoluiu com fraqueza em MIE e dificuldade progressiva para deambular. Procurou atendimento médico, sendo internada com hipótese de trombose venosa profunda (TVP). Feitos exames de imagem (Doppler e tomografia computadorizada), foi evidenciada massa em hipogástrico esquerdo, sem evidência de TVP. Foi realizada biópsia de tal massa, tendo como resultado amiloidose. Feito transplante de medula óssea. Em janeiro/2012, ao exame físico apresentava massa fixa em região abdominopélvica, endurecida, de cerca de 20 cm, indolor. Feita ressecção, tendo como resultado anatomopatológico: depósitos extracelulares de material amorfo eosinofílico em meio a macrófagos, com reação gigante-celular e raros linfócitos/plasmócitos de permeio. Após 5 meses, evoluiu com surgimento de volumosa massa complexa de densidade partes moles com componente ósseo, no retroperitônio, 9 × 8 cm, se estendendo desde o nível de L4 até o limite inferior do sacro, apresentando erosão óssea deste, além de comprometimento dos corpos vertebrais de L4 e L5 e invasão do canal medular nesses níveis. Tal massa, posteriormente, foi diagnosticada como cordoma. Amiloidose é uma doença de depósito de um tipo de proteína, a amiloide, que resulta de uma sequência de alterações no seu desdobramento, levando ao depósito de fibrilas amiloides insolúveis, principalmente nos espaços extracelulares de órgãos e tecidos. Dependendo da natureza bioquímica da proteína precursora amiloide, as fibrilas amiloides podem depositar-se localmente ou envolver praticamente todos os sistemas orgânicos do corpo (amiloidose sistêmica, que pode ser de causa primária, secundária ou hereditária). O depósito de fibrilas amiloides pode não ter nenhuma consequência clínica aparente ou pode estar associado a alterações fisiopatológicas graves. As doenças amiloides são classificadas de acordo com o padrão e a extensão do depósito. Podem ser divididas em adquiridas ou hereditárias, ou ainda sistêmicas ou localizadas de acordo com a extensão do depósito. Cordoma é uma neoplasia epitelial maligna rara que se origina de remanescentes embrionários da notocorda primitiva. Restringe-se ao esqueleto axial, tendo predileção pelo sacro (50% dos casos), coluna cervical (35%) e segmentos móveis da coluna vertebral (15%). Aproximadamente 50% se originam na região sacrococcígea, na linha média, sendo mais frequente ao nível de S4/S5. Apesar do crescimento lento e baixo potencial de disseminação, caracteriza-se pela localização crítica, comportamento localmente agressivo e elevada taxa de recidiva cirúrgica. Representa 1% a 4% dos tumores ósseos malignos. A associação de amiloidose concomitante com cordoma de sacro é uma apresentação incomum, principalmente em uma

paciente jovem e do sexo feminino, uma vez que este ocorre tipicamente na terceira e quarta décadas de vida nas lesões espino-ocipitais e na quinta e sexta décadas nos sacrococcígeos. Existe predomínio no sexo masculino (1,7:1), que é mais marcante (3:1) entre os pacientes com doença sacral. Em sua maioria, são bem diferenciados e de crescimento lento, porém 5% dos casos possuem alto grau de malignidade, com evolução agressiva, podendo metastatizar. O diagnóstico diferencial é feito com metástases, tumor de células gigantes, condrossarcoma, endimoma e plasmocitoma. As características clássicas do cordoma são: massa hipo ou isodensa (comparada com o tecido muscular), composta de tecido mole, com destruição do osso e invasão de tecidos e estruturas neurovasculares adjacentes. O sintoma mais comum produzido é a dor secundária a destruição óssea e/ou compressão nervosa ou órgãos adjacentes. No diagnóstico, apresenta-se como massa abaulando anteriormente a parede do reto, sem, no entanto, infiltrá-lo. Embora a mortalidade cirúrgica seja baixa, a morbidade é mais expressiva e geralmente consequente a disfunção urinária, sexual e intestinal. Tais complicações ocorrem com maior frequência quando são realizadas cirurgias mais radicais.

–77–

CARCINOMA DE CÉLULAS RENAI SINCÔNICO E BILATERAL: RELATO DE CASO.

Natassya Couto Otoni; Hélio César Júnior Cardoso; Raissa Nascimento Faria; Luciana Cavalcanti Valadares; Renato Villas Boas Antunes; Tais Folchito Maglioni; Augusto Castelli Von Atzingen; Elisa Bazanelli Junqueira Ferraz.

Hospital das Clínicas Samuel Libânio – Pouso Alegre, MG, Brasil.
E-mail: heliocjr@gmail.com.

Os carcinomas de células renais sincrônicos e bilaterais representam um desafio urológico e ocorrem em cerca de 4% de todos os pacientes com carcinoma de células renais, sendo que a forma esporádica apresenta acometimento bilateral em apenas 2% dos casos, com o restante incluso nas síndromes hereditárias. Descrevemos o caso de um paciente de 65 anos, do sexo masculino, que se apresentou com quadro de dor lombar à direita, sendo encaminhado para realizar tomografia computadorizada de abdome que evidenciou lesão expansiva tumoral no rim direito, heterogênea, com realce hipervascular ao contraste intravenoso e importante área de hematoma perirrenal associada a pequeno nódulo hipervascular no rim esquerdo. O paciente foi submetido, em primeiro tempo, a nefrectomia total à direita, com confirmação anatomopatológica do diagnóstico de carcinoma de células claras com ruptura. Até o presente estudo, o paciente encontra-se em controle oncológico e aguarda resultado da ressonância magnética para melhor elucidação da natureza neoplásica e concomitante da lesão no rim esquerdo, podendo assim caracterizar o quadro de carcinoma de células renais sincrônico e bilateral.

–78–

CISTO DE ÚRACO INFECTADO: RELATO DE CASO.

Renato Villas Boas Antunes; Natassya Couto Otoni; Raissa Nascimento Faria; Luciana Cavalcanti Valadares; Hélio César Júnior Cardoso; Tais Folchito Maglioni; Augusto Castelli Von Atzingen; Elisa Bazanelli Junqueira Ferraz.

Hospital das Clínicas Samuel Libânio – Pouso Alegre, MG, Brasil.
E-mail: heliocjr@gmail.com.

O úraco é um cordão fibroso, remanescente do alantoide, que une o ápice da bexiga à cicatriz umbilical. Os cistos do úraco são raros,

ocorrendo em 1 a cada 5.000 nascimentos e compreendem 30% das anomalias uracais. A maioria dos pacientes portadores de cistos de úraco é assintomática, no entanto, o cisto pode infectar-se, levando a sintomas que podem se confundir com doenças inflamatórias do abdome e da pelve. Os cistos de úraco infectados ocorrem mais frequentemente em adultos jovens, podendo acometer também crianças de menor idade. Relatamos o caso de um homem de 26 anos, com queixa de dores e herniação umbilical, além de eliminação de secreção purulenta pela cicatriz umbilical. Ao exame físico apresentou sinais flogísticos evidentes com fístula cutânea drenando secreção purulenta da região umbilical. A tomografia de abdome evidenciou persistência do trajeto do úraco associada a densificação dos planos gordurosos adjacentes e coleção hipodensa com realce periférico medindo 2,5 × 2,8 cm, compatível com abscesso.

–81–

HÉRNIA DE GRYNFELT APÓS TRAUMA AUTOMOBILÍSTICO: RELATO DE CASO.

Tais Folchito Maglioni; Hélio César Júnior Cardoso; Natassya Couto Otoni; Thulio Romanelli Ribeiro; Raissa Nascimento Faria; Renato Villas Boas Antunes; Luciana Cavalcanti Valadares; Lucas Cavalcanti Valadares.

Hospital das Clínicas Samuel Libânio – Pouso Alegre, MG, Brasil.
E-mail: heliocjr@gmail.com.

Hérnias lombares posteriores são raros defeitos da parede abdominal, com menos de 300 casos descritos na literatura. Podem ser congênitas ou adquiridas, peritoneais ou extraperitoneais, redutíveis ou complicadas. São nomeadas como hérnia de Petit quando envolvem o triângulo lombar inferior e hérnia de Grynfeltt no triângulo lombar superior. A apresentação clínica dos pacientes na maioria das vezes é assintomática, porém parte deles pode apresentar dor em região de flanco. Relatamos o caso de uma mulher de 57 anos, com queixa de dor e abaulamento na região lombar posterior há 6 meses que acentuou nos últimos dias. Apresentava, como antecedentes patológicos prévios, tabagismo, diabetes mellitus e trauma lombar há um ano por acidente automobilístico. A tomografia computadorizada de abdome evidenciou importante herniação de conteúdo peritoneal entre a face medial do músculo eretor da espinha, face medial do músculo oblíquo interno, e abaixo do 12º arco costal, configurando hérnia de Grynfeltt.

–87–

INVAGINAÇÃO INTESTINAL PÓS-GASTROPLASTIA REDUTORA: UMA COMPLICAÇÃO POUCO CONHECIDA.

Rafael Ogasawara Ferreira; Decio Prando Moura; Carlos Eduardo Endoh Ougo Tavares; Adriano de Oliveira Pinto; Guilherme Araújo Marcolin; Emanuel Góis Júnior; Adriel Figueredo da Silva; Diego Marlon Pissinati Pessoa.

Hospital Evangélico de Londrina/MP Diagnósticos – Londrina, PR, Brasil.
E-mail: rafael_ogasawara@yahoo.com.br.

Na última década houve aumento no número de procedimentos cirúrgicos para tratamento da obesidade, sendo o *bypass* gástrico com reconstrução a Y de Roux a técnica mais utilizada e difundida no mundo. Entre as complicações mais comuns estão infecção da ferida operatória, hérnias incisionais, vazamentos anastomóticos, fistulas entéricas e obstruções da via de saída gástrica. A invaginação intestinal é uma causa rara de obstrução no paciente submetido a gastroplastia redutora, com uma incidência estimada entre 0,1% e 0,3% nesta população. Singla et al. fizeram um levantamento dos casos relatados entre

1991 e 2011, sendo identificados apenas 71 casos no mundo todo. Apesar da baixa prevalência desta condição, é importante seu reconhecimento pelo médico assistente e pelo radiologista, devido à morbidade que acarreta. Relatamos o caso de uma paciente do sexo feminino, 34 anos, que deu entrada no serviço com quadro de dor e distensão abdominal, náuseas e vômitos. No exame físico demonstrava dor à palpação no flanco esquerdo, sem defesa, descompressão brusca ou sinais de peritonite. Antecedente cirúrgico prévio de *bypass* gástrico com reconstrução a Y de Roux há 4 anos e atualmente encontrava-se grávida de 33 semanas. Exames laboratoriais sem alterações. Foi submetida a ultrassonografia do abdome, que evidenciou dilatação de alças intestinais no hipocôndrio/flanco esquerdo, com ponto de transição abrupto em massa heterogênea com aspecto “em alvo”, sugestivo de invaginação intestinal. A paciente foi submetida a intervenção cirúrgica, sendo observada, no ato operatório, a presença de invaginação retrógrada da alça comum para o interior da alça biliopancreática. Foi realizada redução manual, não se evidenciando sinais de sofrimento das alças intestinais; a paciente teve evolução satisfatória, tendo recebido alta após 4 dias. Atualmente, discute-se a etiologia desta condição, que se acredita ser multifatorial. A hipótese mais aceita é que com a secção de alça jejunal para confecção da alça de Roux, separa-se o jejuno distal do marcapasso duodenal, responsável por iniciar a peristalse. Isto favoreceria o surgimento de marcapassos ectópicos, levando a uma dismotilidade e estase na alça de Roux, o que poderia predispor à invaginação. A tomografia computadorizada do abdome é considerada o método de escolha para o diagnóstico, com uma acurácia mais elevada comparativamente à radiografia e à ultrassonografia. O achado mais característico é o sinal do alvo, com dilatação e níveis hidroaéreos no interior de alças intestinais a montante da lesão. O tratamento é cirúrgico.

–88–

MUCOCELE DE APÊNDICE SIMULANDO CISTO OVARIANO: RELATO DE CASO.

Natassya Couto Otoni¹; Hélio César Júnior Cardoso¹; Thulio Romanelli Ribeiro¹; Jessyca Couto Otoni²; João Paulo Barbosa de Oliveira²; Maria Lúcia Pereira²; Tais Folchito Maglioni¹; Raissa Nascimento Faria¹.

¹Hospital das Clínicas Samuel Libânio – Pouso Alegre, MG; ²Santa Casa de Misericórdia de Passos – Passos, MG, Brasil.

E-mail: heliocjr@gmail.com.

A mucoccele do apêndice é um termo usado para descrever a distensão do apêndice por material mucinoso. É encontrada em 0,3% das apendicectomias, sendo na maioria das vezes diagnosticada após o ato cirúrgico. Apresenta predomínio no sexo feminino e a principal queixa clínica é a dor em fossa ilíaca direita, incluindo, portanto, apendicite, cistos ovarianos, hidrossalpinge e neoplasias císticas ovarianas na lista de diagnósticos diferenciais. No presente estudo, os autores relatam um caso de cistoadenoma mucinoso do apêndice encontrado em uma mulher de 56 anos de idade, que foi submetida a laparotomia, tendo como indicação cirúrgica um achado de cisto no ovário direito de provável origem neoplásica, suspeitado através dos exames de imagem (ultrassonografia transvaginal e tomografia contrastada do abdome). Durante o ato cirúrgico foi constatado que a lesão tinha origem no apêndice, sendo realizada sua exérese e confirmada sua natureza cística após o resultado do anatomopatológico. Os autores querem, na presente discussão, contribuir com a inclusão da mucoccele do apêndice na lista de diagnósticos diferenciais de lesões císticas na fossa ilíaca direita observadas através dos exames de imagem.

–92–

ESTEATOSE HEPÁTICA MULTINODULAR NAS DIVERSAS MODALIDADES DE IMAGENS: ULTRASSONOGRAFIA, TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E RESSONÂNCIA MAGNÉTICA.

Welton Alencar Carvalho¹; Kellen Inouye²; Fernando José Zorzi²; Juliana Mayumi Yamasaki³; Renata Fontana Velludo³; Valdo Luis de Almeida Barros Junior³; Alessandro Gustavo Lopes³.

¹ Conjunto Hospitalar de Sorocaba – Sorocaba, SP; ² Radi-Imagem – São Carlos, SP; ³ Conjunto Hospitalar de Sorocaba/PUCSP – Sorocaba, SP, Brasil.

E-mail: wacmed@bol.com.br.

Descrição sucinta do propósito do caso: Uma variedade pseudolesões hepáticas pode simular lesões hepáticas benignas ou malignas, podendo levar a diagnósticos equivocados. O presente relato de caso visa familiarizar o médico radiologista com um dos diagnósticos diferenciais de pseudolesões hepáticas por meio da ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética. **História clínica:** Paciente do sexo feminino, 27 anos de idade, com queixa de epigastralgia. Negou intervenções cirúrgicas ou antecedentes relevantes. Exame físico: dor à palpação profunda em região supraumbilical. Diagnóstico resumido do caso: Esteatose hepática multinodular. **Discussão:** A esteatose hepática geralmente é difusa, mas ocasionalmente focal, é uma das causas mais frequentes de pseudolesão hepática. Suas localizações mais típicas são as adjacências do ligamento falciforme, regiões subcapsulares, perivesiculares, lobo caudado e porção posterior do segmento IV. Quando a esteatose é geográfica ou multinodular, o diagnóstico diferencial inclui carcinoma hepatocelular, abscessos, metástases e hemangiomas. A diferenciação entre esteatose e lesão neoplásica é de grande importância. A esteatose não tem efeito expansivo, tem atenuação muito baixa e geralmente apresenta vasos hepáticos e portais não distorcidos no seu interior, ao contrário de lesões do parênquima. A ressonância magnética tem grande valor no diagnóstico da esteatose, utilizando-se sequências que suprimem o sinal da gordura, como a gradiente-eco em fase e oposição de fase.

–96–

ECTOPIA RENAL CRUZADA: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA DE UMA RARA ANOMALIA CONGÊNITA.

Márcio Luís Duarte; Jael Brasil Alcântara Ferreira; Gustavo Marques de Souza; Augusto Cezar Queiroz Melo; And Yara Particelli Gelmini; Felipe Nunes Figueiras; Elcio Roberto Duarte.

Immandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos – Santos, SP, Brasil.

E-mail: mld_44@hotmail.com.

Introdução: Ectopia renal cruzada é uma anomalia congênita rara, 1:1.000 nascidos vivos, na qual um dos rins está em uma posição incomum, estando os rins fundidos em cerca de 90% dos casos, geralmente associada com anomalias congênicas do intestino, sendo que o desenvolvimento de malignidade no rim fundido cruzado ectópica é rara, sendo o sarcoma o mais relatado. Quase sempre se associa com um orifício normalmente localizado dentro do triângulo ureteral contralateral. Ocorre como resultado de uma combinação de agenesia renal unilateral e ectopia renal. A raridade solitária faz seu diagnóstico desafiador. Apresenta como sintomas infecções urinárias recorrentes, hematuria, insuficiência renal, dor em flanco direito e massa abdominal. Raros casos com cálculos de estruvita são relatados. No entanto, a maioria dos casos é assintomática, pelo menos até a quarta ou quinta décadas de vida, o que explica o seu achado ser mais comum em autópsias do que na prática clínica em geral, com uma incidência de

cerca de 1:2.000 autópsias. Não necessita de tratamento, a menos que existam complicações ou outras patologias associadas. **Discussão:** A ectopia renal cruzada é um fator que predispõe a obstruções, infecções e neoplasia do sistema urinário. A posição anormal do rim e sua pelve renal anômala podem impedir a drenagem do sistema coletor, criando uma predisposição para a infecção do trato urinário e a formação de cálculo, com associação frequente ao refluxo vesicoureteral, levando a nefropatia por refluxo. Ultrassonografia renal, urografia excretora, tomografia computadorizada e cintilografia renal são os métodos de imagem utilizados para o diagnóstico. Casos individuais de situações anatômicas complexas, como a ectopia renal cruzada, requerem estratégias especiais de exame, e a tomografia computadorizada parece ser o método de imagem mais confiável. A abordagem laparoscópica é opção viável para tratar esta anomalia, com todas as vantagens da cirurgia minimamente invasiva. **Conclusão:** Observamos, nesta revisão, que mesmo em paciente assintomático é necessário o seu acompanhamento com o estudo ecográfico ou tomográfico, devido à gravidade das possíveis complicações da malformação.

–97–

SÍNDROME DE LERICHE ASSOCIADA A ARCADE DE RIOLAN POR OCLUSÃO DA AORTA INFRARRENAL: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA.

Márcio Luís Duarte; Jael Brasil Alcântara Ferreira; Gustavo Marques de Souza; Augusto Cezar Queiroz Melo; And Yara Particelli Gelmini; Felipe Nunes Figueiras; Elcio Roberto Duarte.

Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos – Santos, SP, Brasil.
E-mail: mld_44@hotmail.com.

Introdução: A síndrome de Leriche é a obstrução trombótica da bifurcação aórtica e das artérias ilíacas, tendo sido definida pelo cirurgião francês René Leriche. É uma condição rara que acomete geralmente homens mais velhos, como resultado da aterosclerose. A complexidade das lesões vasculares na aorta recomenda cuidados multidisciplinares para tratá-la por revascularização cirúrgica. No entanto, deve-se levar em conta a substancial morbidade perioperatória. Os sintomas são de isquemia das extremidades distais inferiores, como claudicação, paraparesia, hipoestesia, palidez e hipotermia. Pode, também, causar impotência nos indivíduos do sexo masculino. Os pacientes apresentam boas chances de recuperação com a terapêutica interdisciplinar, mesmo se as artérias renais forem acometidas, sendo que a avaliação do suprimento de sangue arterial tem de ser incluído no diagnóstico de insuficiência renal aguda associada a anúria. Se houver uma perfusão residual mínima, que pode ser o suficiente para a manutenção da sua integridade estrutural, há uma possibilidade real de uma restituição da função renal após a revascularização bem sucedida. Em pacientes com oclusão da aorta abdominal ou oclusão femoroilíaca, a circulação colateral para as extremidades inferiores pode ter origem em ramos da aorta abdominal ou na artéria torácica interna, dependendo do nível da oclusão. É importante identificar a origem desta circulação durante procedimentos de diagnóstico, especialmente em pacientes que podem precisar submeter-se a cirurgia de revascularização coronária, pois nos casos em que a maior parte da circulação colateral se origina na artéria torácica interna, utilizando-se a artéria coronária como enxerto, pode levar a isquemia aguda das extremidades inferiores. A reconstrução da bifurcação aortoilíaca totalmente obstruída por endoluminais mostra-se viável e segura, com excelentes resultados clínicos em médio prazo. **Discussão:** A arcada de Riolan fornece uma anastomose entre os territórios das artérias mesentéricas superior e inferior e só é claramente visível na arteriografia quando um obstáculo estiver presente em uma das suas extremidades, ou quando está

sendo utilizada para a revascularização dos membros inferiores. A descoberta de uma arcada de Riolan dilatada apresenta um problema hemodinâmico quando a continuidade de uma artéria digestiva deve ser restabelecida. A angiografia é considerada padrão ouro na imagiologia vascular, mas é invasiva. Com isso, proporciona ao cirurgião uma indicação do estado da circulação esplâncnica, e ele pode, então, tomar as precauções necessárias para evitar qualquer risco de desenvolvimento pós-operatório de necrose do cólon esquerdo. A ressonância magnética (RM) e a tomografia computadorizada (TC) são métodos que podem obter imagens de grande qualidade do sistema vascular sem serem invasivos, tanto para fornecer uma descrição completa e precisa da morfologia da aorta subjacente, a localização da estenose, a presença de doença oclusiva nas artérias viscerais, o grau de fluxo colateral, quanto a delimitação dos vasos distais e as artérias passíveis da colocação de endoprótese. A RM deve ser utilizada em pacientes com insuficiência renal com agentes de contraste paramagnéticos não nefrotóxicos, tendo em vista que permite a classificação do grau de oclusão da aorta justarrenal, infrarrenal e craniana à origem da artéria mesentérica inferior. A angio-RM é uma ferramenta poderosa para a imagem da aorta e artérias periféricas. Embora com contraste, a angio-RM está se tornando o principal método para avaliação de doenças vasculares e pode tornar-se o único método no futuro, afinal, é um método não invasivo de sucesso, mesmo em complexas doenças vasculares. Futuros desenvolvimentos técnicos que levam à aquisição de imagem mais rápida, bem como agentes de contraste melhores prometem melhorar ainda mais a qualidade da imagem. **Conclusão:** Com a evolução dos métodos de diagnóstico por imagem, apesar de a arteriografia ainda ser o padrão ouro, constitui-se em um método invasivo, e métodos não invasivos como a TC e a RM estão apresentando bons resultados, levando ao uso deles em detrimento da arteriografia para o diagnóstico e, até mesmo, o planejamento terapêutico.

–99–

PARACOCIDIOIDOMICOSE DUODENAL COM ACOMETIMENTO LINFONODAL NO PACIENTE IMUNOSSUPRIMIDO.

Carlos Eduardo Endoh Ougo Tavares; Rafael Ogasawara Ferreira; Décio Prando Moura; Adriano de Oliveira Pinto; Guilherme Araújo Marcolin; Emanuel Góis Júnior; Adriel Figueredo da Silva; Diego Marlon Pissinatti Pessoa.

Hospital Evangélico de Londrina – Londrina, PR, Brasil.
E-mail: sertao_45@hotmail.com.

A paracoccidioidomicose é a infecção fúngica sistêmica de maior prevalência na América Latina, conhecida também como blastomicose sul-americana ou moléstia de Lutz-Splendore-Almeida. Estimou-se a incidência anual de doença entre 1 a 3 por 100.000 habitantes de áreas endêmicas da América Latina. A maioria dos casos de comprometimento intestinal da paracoccidioidomicose apresenta-se em um contexto de doença sistêmica. Infecção oportunista por *Paracoccidioidomycosis brasiliensis*, possivelmente por reativação de foco latente do fundo, vem sendo diagnosticada esporadicamente em pacientes imunodeprimidos, incluindo casos de linfoma, leucemia mieloide ou transplante renal. Relatamos, neste caso, paracoccidioidomicose duodenal com comprometimento linfonodal mesenterial e retroperitoneal, com apresentação clínica incomum, sem acometimento pulmonar, em um paciente imunossuprimido por transplante de rim, enfatizando aspectos tomográficos. Devido à sua prevalência, o diagnóstico de paracoccidioidomicose abdominal deve ser considerado em todo paciente imunossuprimido. Sobreposição de achados tomográficos entre a paracoccidioidomicose duodenal e linfonodal e outras patologias retroperitoneais torna o diagnóstico incomum, podendo simular tanto

lesões neoplásicas como infecciosas crônicas, sendo muitas vezes indistinguíveis da tuberculose. O diagnóstico precoce é essencial para a instituição da terapia antifúngica no tempo adequado no paciente imunossuprimido, fazendo da radiologia parte importante para o diagnóstico. O relato acrescenta-se ao número relativamente reduzido dos anotados na literatura médica.

–122–

DOENÇA DE CAROLI: RELATO DE CASO.

Rafael Estruzani Neves; Guilherme Araújo Marcolin; Bruno Ramos Caldeira; Adriano de Oliveira Pinto; Decio Prando Moura; Rafael Ogasawara Ferreira; Adriel Figueredo da Silva; Diego Marlon Pissinati Pessoa.

Hospital Evangélico/MP Diagnósticos – Londrina, PR, Brasil.

E-mail: rafaneves01@yahoo.com.br.

A doença de Caroli é uma malformação congênita autossômica recessiva que consiste em dilatações multifocais dos ductos biliares intra-hepáticos, sem acometimento da árvore biliar extra-hepática. A dilatação multifocal pode ser difusa, afetando toda a árvore biliar intra-hepática, ou pode estar confinada a parte do fígado. A doença de Caroli faz parte do espectro de doenças císticas da árvore biliar, classificada por Todani em cinco tipos, estando ela classificada como tipo 5 de Todani, no qual os cistos são exclusivamente intra-hepáticos, 10% dos casos. Existe uma associação com anomalias renais, como o rim esponjoso-medular e doenças renais policísticas autossômicas dominantes e recessivas. Descrevemos o caso de uma paciente do sexo feminino, 20 anos, que deu entrada no serviço com quadro febril e dor em flanco esquerdo irradiada para região inguinal esquerda. Sem alterações ao exame físico. Exames laboratoriais de entrada evidenciaram leucocitúria e hematuria. Durante a investigação foi realizada ultrassonografia abdominal, em que se observou ureterolítase à esquerda. Como achado adicional, foi evidenciada também importante dilatação da árvore biliar intra-hepática, sem dilatação do hepatocolédoco. Prosseguida investigação com tomografia computadorizada de abdome, que evidenciou fígado de dimensões aumentadas e importante dilatação cística da árvore biliar intra-hepática, observando-se ramos portais de permeio (*central dot sign*), compatível com doença de Caroli. Os rins apresentavam estrias lineares nas medulas/pirâmides renais durante a fase excretora do exame (*paintbrush sign*), compatível com rim esponjoso medular. A paciente foi submetida a ureterorenolitotripsia e antibioticoterapia, evoluindo sem demais intercorrências durante a internação. A doença de Caroli é habitualmente diagnosticada na segunda década de vida, porém em alguns casos pode permanecer assintomática por longos períodos, sendo diagnosticada acidentalmente durante investigação por outras queixas. Apesar de rara, é importante seu reconhecimento pelo fato de suas complicações acarretarem significativa morbimortalidade, tais como cálculos na via biliar intra-hepática, colangites de repetição, abscessos hepáticos e risco aumentado para colangiocarcinoma.

–132–

CARACTERIZAÇÃO RADIOLÓGICA DA MUCOCELE DO APÊNDICE.

Carlos Eduardo Endoh Ougo Tavares; Rafael Ogasawara Ferreira; Decio Prando Moura; Adriel Figueredo da Silva; Guilherme Araújo Marcolin; Adriano de Oliveira Pinto; Diego Marlon Pissinati Pessoa; Marcela Rodrigues Vazzoller.

Hospital Evangélico de Londrina – Londrina, PR, Brasil.

E-mail: sertao_45@hotmail.com.

Mucocele é uma lesão incomum do apêndice que ocorre em 0,2% a 0,4% das apendicectomias realizadas, caracterizada por acúmulo de

substância mucoide dentro do apêndice, como uma seqüela de comprometimento luminal, geralmente por tecido fibroso. Ela pode se apresentar sob a forma benigna, como a mucocele simples e o cistadenoma mucinoso, ou na forma maligna, como o cistadenocarcinoma mucinoso. Neste artigo reportamos dois casos que foram submetidos a tomografia computadorizada de abdome devido a desconforto em baixo ventre, que vinha piorando nas últimas semanas. As tomografias revelaram acentuada dilatação do apêndice cecal, apresentando conteúdo com densidade de partes moles no seu interior. Não havia espessamento da parede do apêndice, realces anômalos ou alterações inflamatórias da gordura mesenterial adjacente. Os pacientes foram submetidos a laparotomias exploradoras, sendo que os anatomopatológicos de ambos mostraram tratar-se de mucoceles do apêndice. O objetivo deste artigo é fazer uma breve revisão da literatura, bem como ressaltar como os recursos imaginológicos podem ajudar o cirurgião no pré-operatório, uma vez que a realização de biópsias é controversa, devido ao risco de disseminação peritoneal de possíveis células neoplásicas, o que poderia ocasionar o pseudomixoma peritonei, que é a pior complicação da mucocele de apêndice.

–134–

ANOMALIAS DO DESENVOLVIMENTO RENAL.

Daniel Shen Kuan Wu; Ivan Barraviera Masselli; Bruno Maurício Rodrigues de Oliveira; José Eduardo Mourão Santos; David Carlos Shigueoka; Sérgio Aron Ajzen.

Unifesp – São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: danielwu_7@hotmail.com.

Anomalias congênitas renais representam um extenso grupo de distúrbios resultantes do desenvolvimento anormal dos rins. Estas estão associadas a cerca de 30% a 50% dos casos de doença renal crônica em crianças. As modalidades de diagnóstico por imagem são essenciais para a completa avaliação de tais anomalias. Portanto, é fundamental ao médico radiologista conhecer tais distúrbios do desenvolvimento urinário, a fim de indicar o método de imagem mais adequado e identificar as características destas anomalias. Dessa forma, este trabalho tem por objetivo demonstrar de maneira didática e sistemática os diferentes tipos de anomalias renais a partir de imagens do próprio arquivo dos autores, incluindo estudos contrastados, ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética. São abordados, inicialmente, os processos de embriogênese renal direcionado à melhor compreensão dos principais distúrbios do desenvolvimento renal. A partir daí, serão classificadas tais anomalias em número (agenesia), rotação, posição (ectopias cruzadas, rim pélvico), forma (rins em ferradura e em panqueca) e diferenciação (hipoplasia), apresentando a modalidade diagnóstica mais adequada para a avaliação de cada caso, caracterizando seus benefícios, limitações e particularidades.

–148–

CISTO DE MORGAGNI SIMULANDO CISTO MESENTÉRICO.

Bruno Ramos Caldeira; Guilherme Araújo Marcolin; Rafael Estruzani Neves; Adriano de Oliveira Pinto; Decio Prando Moura; Rafael Ogasawara Ferreira; Adriel Figueredo da Silva; Antônio Celso Busnardo.

Hospital Evangélico/MP Diagnósticos – Londrina, PR, Brasil.

E-mail: rafaneves01@yahoo.com.br.

Cistos de Morgagni correspondem a 10% a 20% das massas anexiais. Surgem em torno do ligamento largo e são remanescentes paramesonéfricos, mesonéfricos ou mesoteliais, acometendo mulheres na 3ª e 4ª décadas de vida. A maior parte dos casos é assintomática, podendo ocorrer dor pélvica se a massa for volumosa. O seu ta-

manho médio ao diagnóstico é de 8 cm. São estruturas de morfologia simples que estão próximas, porém separadas dos ovários, sendo esse o elemento chave para aventar o diagnóstico. Complicações são descritas como torção e ruptura do cisto e, apesar de rara, transformação neoplásica (maligna e benigna). Relatamos o caso de uma paciente de 13 anos que deu entrada no serviço apresentando dor e distensão abdominal de intensidade progressiva há 40 dias. Ao exame físico apresentava distensão abdominal, com massa palpável em mesogástrico/hipogástrico. Realizou-se ultrassonografia abdominal total, a qual demonstrou volumosa formação cística com conteúdo líquido homogeneamente anecoico, unilocular, intra-abdominal nas regiões meso/hipogástrica, sem áreas de espessamento, nodulações parietais ou vascularização interna ao Doppler. A tomografia computadorizada de abdome evidenciou formação cística de paredes finas e lisas, medindo 18 cm × 16 cm × 6 cm, situada na linha média e se estendendo desde a região epigástrica até o hipogastro, determinando efeito de massa sobre os órgãos intra-abdominais. À laparotomia observou-se grande massa cística originando-se da tuba uterina direita e estendendo-se ao abdome superior, sendo realizada exérese do cisto. O cisto de Morgagni, achado raro, pode permanecer assintomático por longos períodos de tempo, sendo diagnosticado acidentalmente durante investigação por outras queixas. Sua aparência radiográfica é de difícil diferenciação da de importantes diagnósticos como cistoadenomas serosos, cistos de ovário simples, cistos de inclusão peritoneal e hidrossalpinge, ratificando a importância de seu reconhecimento em face de um achado incidental característico ou de degeneração neoplásica.

–152–

DOENÇA DE WHIPPLE COM COMPROMETIMENTO MULTISSISTÊMICO: UM CASO INCOMUM DE APRESENTAÇÃO.

Jaqueline Hoffmann; Nicoli Martina Testoni; Ana Paula Pscheidt Ramos; Daniel Goulart Moraes.

Hospital Santa Isabel – Ecomax – Blumenau, SC, Brasil.
E-mail: hoffmann.jaque@gmail.com.

A doença de Whipple é uma doença rara e multissistêmica causada pelo bacilo Gram positivo *Tropheryma whippelii*, da família Actinobacteria, ordem Actinomycetales. Acomete cerca de oito vezes mais homens do que mulheres e tem seu pico de incidência na quinta década de vida. A apresentação clínica clássica inclui artropatia, perda de peso, diarreia e dor abdominal, e menos frequentemente, febre, adenopatia e hepatoesplenomegalia. Por ser uma doença com diversas formas de apresentação, frequentemente é diagnosticada tardiamente. Apresentamos um caso de um homem branco, 43 anos, com história de diarreia crônica e início recente de sintomas neurológicos e sistêmicos, como diplopia, confusão mental e febre. Na investigação etiológica, o diagnóstico foi proposto em exames de imagem. A ressonância magnética do encéfalo demonstrou lesões expansivas focais, sofrendo impregnação intensa e homogênea, com padrão nodular, mais evidente na região do hipotálamo, amígdalas e ventrículos laterais na região dos forames de Monro e giro do cíngulo. As tomografias de tórax e abdome evidenciaram adenomegalias mediastinais, em cadeias celíacas e retroperitoneais. Exames de laboratório demonstraram leucocitose com desvio para a esquerda, sorologias negativas, liquor sem alterações e provas inflamatórias elevadas. O diagnóstico foi confirmado no exame anatomopatológico da biópsia excisional de linfonodo mesentérico. Os autores apresentam o caso para discussão dos achados de imagem clássicos e não clássicos no acometimento de diversos sistemas pela doença de Whipple, bem como a abordagem clinicoradiológica na diferenciação dos principais diagnósticos diferenciais, como tuberculose, sarcoidose e linfoma primário.

–156–

HEMATOMA ESPONTÂNEO DO MÚSCULO RETO ABDOMINAL SIMULANDO MASSA PÉLVICA.

Jaqueline Hoffmann; Nicoli Martina Testoni; Daniel Goulart Moraes; Marcos Sandrini De Toni.

Hospital Santa Isabel-Ecomax – Blumenau, SC, Brasil.
E-mail: hoffmann.jaque@gmail.com.

O hematoma espontâneo do músculo reto abdominal é uma entidade clínica pouco frequente e representa um acúmulo de sangue dentro da bainha do músculo por ruptura dos vasos epigástricos ou da própria musculatura. Por ser incomum, frequentemente tem seu diagnóstico dificultado por simular muitas vezes condições intra-abdominais de urgência e levando a intervenções cirúrgicas desnecessárias. Aparece normalmente em pacientes em uso de anticoagulantes, podendo também estar relacionados a esforço físico vigoroso, vômitos, tosse, pós-operatórios, doenças musculares degenerativas e do colágeno, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, gravidez e parto, distensão abdominal e ascite. A incidência é maior no sexo feminino, com predomínio na região infraumbilical, e na faixa etária entre 17 e 83 anos. O quadro clínico deve ser diferenciado de causas de abdome agudo, sendo o ultrassom abdominal e a tomografia computadorizada os exames de imagem mais efetivos no diagnóstico, embora sonograficamente esses hematomas possam ser confundidos com tumores ou coleções intra-abdominais. Na tomografia computadorizada se apresentam como uma massa espontaneamente hiperdensa, geralmente heterogênea e sem realce significativo ao meio de contraste, em contiguidade com o músculo reto abdominal afetado, poupando o músculo reto abdominal contralateral. Apresentamos um caso de paciente masculino, 66 anos, transplantado renal há 30 dias, internado em unidade de terapia intensiva por quadro séptico, que em exame de ultrassonografia de rotina para avaliação do enxerto renal foi identificada volumosa massa pélvica heterogênea, sem elucidação de sua origem pelo método. Realizada tomografia computadorizada da pelve, que mostrou volumosa massa com áreas de densidade líquida e de partes moles, sem realce significativo ao meio de contraste, medindo 170 × 80 × 60 mm, com efeito de massa deslocando lateralmente a bexiga e o reto e em íntimo contato com a bainha esquerda do músculo reto abdominal. Atenta-se para o fato que este paciente realizava exames ultrassonográficos seriados para controle pós-transplante renal, sem evidências de lesão pélvica nos estudos anteriores. Frente à história clínica de intervenção cirúrgica prévia e quadro séptico do paciente, a principal hipótese levantada foi coleção infectada intra-abdominal, porém, mediante análise cuidadosa dos planos de clivagem da massa se observou origem na musculatura reto abdominal.

–161–

ARTERITE DE TAKAYASU: RELATO DE CASO.

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

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.

A arterite de Takayasu (AT) é uma rara doença inflamatória crônica de causa desconhecida que envolve artérias de grande e médio calibre, dentre as quais se destacam a aorta e seus principais ramos. Ocorre uma inflamação granulomatosa transmural que pode causar estenose, oclusão, dilatação e até aneurismas nos vasos envolvidos. A incidên-

cia é maior em mulheres asiáticas em idade fértil. O diagnóstico clínico pode ser difícil e frequentemente aventado por achados casuais. A mensuração da atividade da AT é usualmente feita por marcadores clínicos (queixas sistêmicas e sinais de isquemia) e por marcadores laboratoriais de inflamação (VHS e PCR). Dentre os exames de imagem para diagnóstico e seguimento, destaca-se o uso da tomografia computadorizada de alta resolução (TCAR) com contraste intravenoso, além da angiorressonância, cujos estudos indicam promissora aplicabilidade para monitoramento da atividade inflamatória da AT, através da verificação do grau de edema na parede dos vasos acometidos. A arteriografia tem sua indicação apenas em situações especiais. O tratamento é realizado nas fases de atividade da doença com corticosteroides e imunossuppressores. Relata-se aqui o caso de uma jovem paciente previamente hipertensa internada em maio de 2013 para investigação de anemia e perda ponderal de causa desconhecida. Foi submetida a TCAR, que evidenciou importante espessamento parietal de toda a aorta abdominal, principalmente da artéria mesentérica superior proximal, levando à hipótese diagnóstica de arterite de Takayasu. Exames laboratoriais evidenciaram a anemia, além de aumento da VHS e PCR. O tratamento da AT foi instituído com pulso de metilprednisolona e ciclofosfamida, com melhora sintomática do quadro e alta para seguimento ambulatorial.

–162–

CISTOS DE TARLOV COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MASSA PÉLVICA CÍSTICA.

Jaqueline Hoffmann; Nicoli Martina Testoni; Marcos Sandrini De Toni; Luis Fernando Schneider Camargo; Aurelio Luis Zimmermann; Leonardo Valentim.

Hospital Santa Isabel-Ecomax – Blumenau, SC, Brasil.
E-mail: hoffmann.jaque@gmail.com.

O cisto de Tarlov ou cisto perineural sacral é uma dilatação contendo líquido cefalorraquidiano proveniente do espaço subaracnoideo, devido a uma comunicação em sistema valvular, surgindo no espaço perineural, na junção da raiz posterior com o gânglio espinhal, extradural. Tem etiopatogenia incerta, que pode envolver desde uma anomalia congênita, trauma, hemorragia subaracnoidea até mesmo um fator iatrogênico. Predomina no sexo feminino na faixa etária entre 34 e 63 anos, com prevalência estimada na população de 4,5%. Podem ser múltiplos, bilaterais e ter variações de tamanhos e extensões. Quando se estendem pelo forame neural ocupando posição anterior ao sacro, podem configurar verdadeiras massas pélvicas e têm diagnóstico diferencial com lesões císticas em órgãos pélvicos e outras massas do espaço pré-sacro, como teratomas, cordomas e cistos dermoides. São frequentemente assintomáticos, porém, dependendo do tamanho, podem comprimir estruturas nervosas e/ou ósseas adjacentes. Dentre as manifestações de comprometimento radicular, podem apresentar dor em membros inferiores, região perineal, alterações esfinterianas, déficit motor, disestesias, hipoestesias, lombalgia e sacralgia isoladas. Os métodos diagnósticos envolvem neuroimagem da coluna lombosacra, mas atentando para melhor estudo da região sacra. O exame de escolha é a ressonância magnética. O tratamento depende dos sintomas, do tamanho e efeitos do cisto perineural e pode ser clínico, que tem como finalidade analgesia, enquanto o cirúrgico traz como opções o esvaziamento do cisto ou sua retirada através de laminectomia. Apresentamos um caso de paciente do sexo feminino, 55 anos, que veio ao serviço para realização de tomografia computadorizada do abdome para estadiamento de melanoma ocular. Foram identificadas três massas pélvicas, bem delimitadas, com conteúdo líquido, sem realce

ao meio de contraste, medindo aproximadamente 45 × 43 mm, 41 × 38 mm e 27 × 20 mm, localizadas na região pré-sacra. Por tratar-se de mulher de meia idade e pela história de neoplasia, foram levantados diversos diagnósticos diferenciais de massas pélvicas, porém, com análise detalhada da imagem, notava-se clara comunicação com o canal vertebral e protrusão das lesões císticas através dos forames sacrais superiores que se apresentavam alargados, o que tornava evidente o diagnóstico incidental de cistos de Tarlov.

–173–

A RESSONÂNCIA (RM) DA PELVE E A ENDOMETRIOSE: AS LOCALIDADES E ACOMETIMENTOS TÍPICOS QUE TODO RADIOLOGISTA DEVE CONHECER.

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

IMIP – Recife, PE, Brasil.

E-mail: joannabrayner@gmail.com.

A endometriose possui como substrato patológico a presença de tecido endometrial funcionante, caracterizado pelo estroma e por glândulas, em local fora da cavidade endometrial e da musculatura uterina. Sua etiologia é multifatorial e não bem definida, sendo mais aceita a teoria que defende a endometriose como implantação metastática de fluxo menstrual retrógrado, e apresenta como quadro clínico usual a dor pélvica crônica e a infertilidade. Este ensaio iconográfico propõe a análise de estudos de ressonâncias da pelve nos planos e sequências usuais realizados no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), com imagens sugestivas de endometriose e breve discussão sobre o tema proposto. No estudo de imagem por ressonância, a endometriose apresenta três formas de acometimento: ovariano, peritoneal e profundo. O endometrioma (endometriose ovariana) é o acometimento da endometriose mais comum e seu padrão de imagem usual é caracterizado como lesão ovariana homogênea, que pode apresentar septações, com sinal hiperintenso nas sequências ponderadas em T1 e predominantemente hipointenso no T2; a adição de sequências em T1 com supressão de gordura auxilia o diagnóstico desta patologia, por destacar seu hipersinal e suprimir o alto sinal da gordura. A endometriose peritoneal decorre da reação inflamatória do organismo aos focos de sangramento nas reflexões peritoneais, fundo de saco e sobre o útero, sendo identificada como foco hiperintenso nas imagens ponderadas em T1 com supressão de gordura. Por fim, a endometriose profunda acomete o espaço retroperitoneal, causando adesões nesta topografia e podendo apresentar, ademais, nódulos isointensos em T1 e hipointensos em T2 na projeção da aderência. Diante da relevância clínica da endometriose na idade reprodutiva da mulher e de seus achados típicos na ressonância de pelve, o ensaio torna-se de valor didático e educacional para a prática radiológica.

–179–

CISTO DE ÚRACO INFECTADO: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL NO ABDOME AGUDO INFLAMATÓRIO.

Natássia Batista Genova; Bianca Maragno; Máira Costa Nunes Andrade Leite; Norma Caroline de Mendonça Furtado Montenegro; Maria Augusta Pacheco Figueiredo; André Volani Morganti; Cícero Aurélio Sinisgalli Júnior.

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

E-mail: biancamaragno@hotmail.com.

Descrição sucinta do propósito do relato: Descrever os aspectos clinicoradiológicos do cisto de úraco infectado e sua importância

nos diagnósticos diferenciais de abdome agudo, salientando sua baixa frequência e manifestações clínicas pouco específicas. **História clínica:** Paciente de 3 anos de idade, masculino, com dor abdominal hipogástrica, febre e inapetência há 2 dias. Ultrassonografia abdominal evidenciou formação cística com conteúdo heterogêneo, anteriormente à bexiga, na linha mediana, com aumento da captação de fluxo ao Doppler colorido, notando-se ainda pequena quantidade de líquido livre na cavidade pélvica. Dentre os diagnósticos, foi considerada uma possível apendicite complicada, visto que, dentre as possibilidades, ser a patologia mais comum para o caso. O paciente foi submetido a cirurgia, que diagnosticou cisto de úraco infectado. Diagnóstico: Cisto de úraco infectado. **Descrição resumida do caso:** O úraco é uma estrutura fetal, remanescente do alantoide, que se estende da cúpula vesical à cicatriz umbilical e após o nascimento se oblitera. Caso persista, pode ocasionar várias anormalidades, das quais podem se manifestar como abdome agudo cirúrgico. As anormalidades congênicas do úraco são raras e os remanescentes do úraco podem representar um dilema diagnóstico e terapêutico. A sua baixa frequência e manifestações clínicas pouco específicas fazem com que sejam confundidas com outras afecções mais comuns, simulando abdome agudo. O cisto de úraco corresponde a 30% das anomalias uracais, estando presente como massa palpável ou abscesso, na linha mediana, desde o hipogástrico até a região periumbilical. Na maioria das vezes é assintomático, diagnosticado na vigência de complicações infecciosas, que ocorre em cerca de 23% dos casos. O cisto de úraco infectado é mais comum no adulto, sendo o organismo responsável mais frequente o *Staphylococcus aureus*. A presença de sinais flogísticos na região periumbilical e/ou hipogástrico, febre, massa palpável, deve alertar o médico quanto a este diagnóstico. A confirmação é feita por exame de imagem, destacando-se a importância da ultra-sonografia, que tem acerto diagnóstico de 90% ao revelar uma cavidade preenchida por líquido ao nível do hipogástrico na linha média, geralmente com espessamento parietal, componente de tecidos moles e ecogenicidade mista. A tomografia computadorizada serve para delinear melhor a extensão e a relação com estruturas vizinhas, para o planejamento cirúrgico. As principais complicações do cisto de úraco infectado são ruptura para os tecidos pré-peritoneais, ruptura para a cavidade peritoneal, envolvimento inflamatório do intestino adjacente e formação de fístula entérica, além de complicação tardia como adenocarcinoma. O tratamento depende dos sintomas. Nas crianças com cistos pequenos e assintomáticos preconiza-se vigilância, e nos adultos defende-se uma abordagem terapêutica faseada, com drenagem percutânea e posteriormente excisão cirúrgica após resolução da inflamação.

–184–

NEUROBLASTOMA ADRENAL E CARCINOMA ADRENOCORTICAL: UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL IMPORTANTE NA REGIÃO SUL DO BRASIL.

Bruno Mauricio Pedrazzani¹; Daniel Sakuno²; Tiago Machado Paraizo²; Gabriela Caus Fernandes Luiz¹.

¹Hospital Pequeno Príncipe – Curitiba, PR; ²Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa – Ponta Grossa, PR, Brasil.

E-mail: danielskn@hotmail.com.

Introdução: As massas que acometem as glândulas adrenais possuem um diagnóstico diferencial extenso, podendo ser classificadas em primárias ou secundárias, benignas ou malignas, corticais ou medulares e funcionantes ou não-funcionantes. O neuroblastoma é um tumor maligno com origem de células embrionárias precursoras do sistema nervoso simpático, tendo como principal órgão afetado a glândula

adrenal. Corresponde à terceira neoplasia mais comum na pediatria, ficando atrás apenas da leucemia e dos tumores do sistema nervoso central. Representa 10% das neoplasias na infância, e pela sua natureza agressiva, conta com 15% das neoplasias letais na infância. O carcinoma adrenocortical é um tumor maligno raro, agressivo e de prognóstico reservado. Possui uma incidência estimada em um a dois casos por um milhão de habitantes por ano, sendo endêmico na Região Sul do Brasil, com incidência estimada para as crianças, nesta região, de 10 a 15 vezes maior que a incidência mundial. Dentre as neoplasias da glândula adrenal em pediatria, o neuroblastoma certamente é uma hipótese diagnóstica importante devido a sua prevalência e gravidade. Porém, na Região Sul do Brasil, também se deve incluir no diagnóstico diferencial o carcinoma adrenocortical, por ser endêmico e pelo seu prognóstico reservado. Por estes motivos, a diferenciação entre essas duas patologias são de suma importância para o diagnóstico correto. O objetivo deste estudo e apresentar as diferenças radiológicas, em associação com os dados clínicos e laboratoriais, dos dois tumores acima citados, sendo o neuroblastoma uma entidade comum dentre as neoplasias adrenais e o carcinoma adrenocortical, uma patologia rara, porém endêmica em nossa região de estudo. **Descrição:** Foi realizado um estudo retrospectivo de imagens radiológicas em associação com os dados clínicos e laboratoriais de casos de neuroblastoma e carcinoma adrenocortical em pacientes do Hospital Pequeno Príncipe de Curitiba, PR, apresentando suas diferenças essenciais para o diagnóstico correto.

–185–

MALFORMAÇÃO UTERINA RELACIONADA À SÍNDROME DE HERLYN-WERNER-WUNDERLICH.

Bernardo Corrêa de Almeida Teixeira; Charles Alfred Grander Pedrozo; Evelyn Krueztzmann Iurk; Camilo Dallagnol; Waldir Walmor Ferreira Filho; Arildo Corrêa Teixeira; Jaime Kulak Junior; Mauricio Zapparoli.

Hospital de Clínicas da UFPR – Curitiba, PR, Brasil.

E-mail: berteixeira@gmail.com.

Introdução: Anomalias dos ductos müllerianos são malformações anatômicas congênicas presentes em 5% a 6% das mulheres. Elas resultam de uma falha no desenvolvimento ou na fusão dos ductos müllerianos ou falha na reabsorção do septo uterino. A síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich (SHWW) é uma rara malformação que envolve útero didelfo, hemivagina obstruída e agenesia renal ipsilateral. Costuma se manifestar após a menarca com dor pélvica remittente e massa pélvica palpável devido ao hematocolpo. Relatamos os aspectos de imagem na ultrassonografia e ressonância magnética, assim como os achados intraoperatórios da doença. **Descrição:** Paciente do sexo feminino, 16 anos, desde os quatro anos apresentando infecção do trato urinário de repetição, realizou tomografia computadorizada aos 14 anos, na qual foram identificados rim único à esquerda e estrutura tubular com líquido no interior em situação paramediana sugestiva de útero didelfo. Queixa de dor suprapúbica e em região lombar de forte intensidade, sem fator desencadeante, associada a náuseas e vômitos, que iniciou aos seis anos de idade e que se tornou mais intensa a partir dos 13 anos. Ao exame bimanual, útero aumentado de volume à direita e doloroso e útero à esquerda não palpável. Havia sido submetida a tentativa de ressecção de septo vaginal previamente, sem sucesso. A ecografia e a ressonância magnética evidenciaram útero apresentando duas cavidades aparentemente separadas, com volumoso hematométrio direito de 200 ml em corno aparentemente não comunicante com a vagina, colo uterino único de aspecto habitual ligado a corno esquerdo com pequenas dimensões, cavidade vaginal sem

alterações. Existia ainda moderada quantidade de líquido livre na cavidade pélvica, provavelmente relacionada a fluxo menstrual retrógrado. Submetida a cirurgia exploradora, confirmando os achados dos exames de imagem, foi feita ressecção do corno direito não comunicante, procedimento realizado sem intercorrências. **Discussão:** A tríade de achados constituída por septo hemivaginal, útero didelfo e agenesia renal ipsilateral compõe classicamente a SHWW, porém existe um espectro de apresentação das malformações. A dor pélvica relatada pela paciente costuma ser o sintoma inicial e a queixa principal na maioria dos casos, além de a massa pélvica dolorosa, originada pelo hematométrio, ser um achado frequente. O diagnóstico precoce é um desafio que pode evitar complicações como endometriose e infertilidade. A avaliação por imagem normalmente se inicia pelo ultrassom, que revela ausência renal associada a malformação uterina. Entretanto, a visualização do septo vaginal, assim como uma avaliação mais fácil do colo uterino, podem ser feitas pela ressonância magnética com gel vaginal, pois muitas vezes o exame endovaginal não pode ser empregado devido à idade da paciente.

–188–

HEMATOMA DE PAREDE DE DELGADO: RELATO DE CASO.

Dalton Wiggers Medeiros; Alcides Hiromitsu Yamakawa Junior; Renata Bussolo Heinzen; Luiz Fernando Bernadini Ulyseu; Erick Janderson de Souza Alves; Mauricio Fabro; Barbara Blaese Klitzke Boettger; Luiz Pedro Souza Junior.

Hospital Santa Catarina – Blumenau, SC, Brasil.

E-mail: daltonwiggers@gmail.com.

Trata-se de um assunto pouco abordado na literatura, porém muito relevante devido ao desafio diagnóstico e terapêutico. A terapia anti-coagulante oral é a principal causa de hematoma espontâneo de intestino delgado e a tomografia computadorizada é o principal método de imagem para o diagnóstico precoce e correto dos hematomas intramurais, guiando o tratamento e evitando a abordagem cirúrgica desnecessária. O relato se baseia em paciente do sexo feminino, 42 anos, portadora de síndrome do anticorpo antifosfolípido, com história de eventos tromboembólicos e em uso de terapia anticoagulante oral. Procurou a emergência com quadro de dor abdominal de forte intensidade, principalmente em flanco esquerdo. A ultra-sonografia demonstrou espessamento de alça de delgado, e a tomografia, além deste achado, evidenciou dilatação dos segmentos a montante e edema no mesentério adjacente a alça espessada. Optou-se pela internação e tratamento conservador, com suspensão temporária da anticoagulação oral. A paciente apresentou melhora clínica e a tomografia de seguimento demonstrou resolução completa dos achados.

–191–

CISTO DE DUPLICAÇÃO ESOFÁGICA: RELATO DE CASO.

Liseane Vieira Lisboa; Joana Egger Dembogurski; Larissa Martins Schmitz; Lívia Maria M.V. Martins; Luciana Lacerda Burigo Trindade; Rodrigo Bordin Trindade; Guilherme Nogueira Schincariol Vicente; Ana Paula Hilariano Maximiano.

Lamina Medicina Diagnóstica – Florianópolis, SC, Brasil.

E-mail: liseanelisboa@hotmail.com.

Duplicações do trato gastrointestinal são malformações congênicas incomuns. Por definição, são lesões com parede muscular lisa, revestidas por mucosa gastrointestinal. O local mais comum de apresentação é o íleo, seguido do esôfago, que corresponde a cerca de 25% dos casos. O cisto de duplicação esofágica frequentemente localiza-se ao nível do esôfago distal, à direita. Devido ao caráter assintomático

desta malformação no topo distal do esôfago, o diagnóstico pode ser tardio e costuma ocorrer como achado incidental em radiografia de tórax de rotina. O presente relato de caso é de uma paciente de 54 anos, que foi encaminhada ao serviço de radiologia devido a disfagia prolongada. Foi realizada seriografia contrastada de esôfago, que evidenciou defeito de enchimento regular da porção terminal anterior do esôfago, com margens côncavas, sugerindo formação expansiva benigna. Entre os principais diagnósticos diferenciais de lesão expansiva benigna da parede esofágica incluem-se o cisto de duplicação esofágica e o leiomioma. A paciente prosseguiu investigação com endoscopia digestiva alta, que apresentou área abaulada no esôfago distal sugestiva de compressão extrínseca ou lesão submucosa. A tomografia computadorizada do tórax evidenciou formação cística no mediastino posterior, causando compressão sobre a parede anterior do esôfago distal e junção gastroesofágica. Foi realizada cirurgia com anatomopatológico, que levou ao diagnóstico de cisto de duplicação esofágica.

–192–

PAPILOMA UROTELIAL DE BEXIGA: ASPECTOS TOMOGRÁFICOS E DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA.

Bernardo Corrêa de Almeida Teixeira; Pedro Vinícius Staziaki; Jonathas Eduardo do Vale Martins; Bruno Marino Schiocchet Monarim; Mathias Bohn Bornhausen; Diego Adrian Pucci de Araujo; Ana Flávia Cardoso Buarque Costa; Mauricio Zapparoli.

Hospital de Clínicas da UFPR – Curitiba, PR, Brasil.

E-mail: berteixeira@gmail.com.

Introdução: O papiloma urotelial é uma neoplasia urotelial não invasiva benigna caracterizada por lesões exofíticas. A neoplasia perfaz de 1% a 4% dos tumores de bexiga e tende a ocorrer em pacientes mais novos, com uma proporção de quase dois casos em pacientes masculinos para cada caso feminino. O sintoma principal é hematúria. Relatamos aqui um caso de um papiloma urotelial em um paciente masculino de 11 anos, junto com os achados de imagem em tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM). Os aspectos histopatológicos da lesão também são demonstrados. **Descrição:** Paciente masculino de 11 anos, previamente hígido, apresentou-se no serviço de urologia com abaulamento em região de hipogástrio e história de hematúria indolor em moderada quantidade há 2 semanas. Realizada TC, que revelou nódulo ovalado e homogêneo com realce pelo meio de contraste, medindo cerca de 2,5 cm no maior eixo, localizado próximo ao óstio ureteral direito, sem sinais de obstrução do mesmo. A RM mostrou que a lesão apresentava formato mais irregular, porém aparentemente restrito à camada submucosa da bexiga, sinais intermediários em T1 e T2, assim como realce pelo meio de contraste paramagnético. Os aspectos de imagem eram compatíveis com neoplasia primária, porém inespecíficos, e a possibilidade de neoplasia maligna não podia ser afastada. Foi então submetido a cistoscopia com biópsia de lesão vesical, que revelou lesão vegetante em parede lateral direita da bexiga de aspecto franjado. Exame histopatológico mostrou tecido de aspecto exofítico em franja com núcleos fibrovasculares, compatível com papiloma urotelial. **Discussão:** A maioria dos papilomas uroteliais está localizada nas paredes posteriores ou laterais da bexiga, próximo aos orifícios ureterais ou na uretra. As lesões são geralmente diminutas em tamanho e únicas em quantidade, embora lesões multifocais possam estar presentes. Setenta por cento dos pacientes têm tumores superficiais, com um curso clínico prolongado por múltiplas recorrências que respondem a ressecção local, porém sem evolução para lesão maligna. Vinte por cento dos tumores são agressivos e 12% vão a óbito por câncer de bexiga. A aparência do papiloma urotelial em exames de imagem foi pouco descrita até hoje.

No caso acima, a imagem do papiloma se assemelha com carcinoma urotelial. O carcinoma urotelial na TC apresenta-se como uma massa intraluminal nodular ou papilar ou como um espessamento focal de parede. Já a RM consegue distinguir as camadas da bexiga. Em T1 e T2 o tumor tem sinal intermediário e apresenta realce pelo meio de contraste. Uma aquisição tardia após a injeção de contraste com a bexiga repleta pelo mesmo pode ser útil na melhor delimitação da lesão. Especificamente, é muito importante relatar os aspectos de imagem dessa lesão, dada a raridade da descrição radiológica na literatura médica, a qual se assemelha a outras lesões neoplásicas da bexiga.

–194–

OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR BOLUS ALIMENTAR MIMETIZANDO COLELITÍASE NA RADIOGRAFIA SIMPLES DO ABDOME.

Liseane Vieira Lisboa; Rodrigo Bordin Trindade; Larissa Martins Schmitz; Joana Eggler Dembogurski; Luciana Lacerda Burigo Trindade; Lívia Maria M.V. Martins; Mariana de Oliveira Silvestre; Ana Paula Hilariano Maximiano.

Lamina Medicina Diagnóstica – Florianópolis, SC, Brasil.

E-mail: liseanelisboa@hotmail.com.

O bolus alimentar é por alguns autores considerado como um dos tipos de bezoar, já que a sua diferenciação está apenas no tempo de formação da massa. É considerado causa rara de obstrução intestinal por corpo estranho. A obstrução por bolus alimentar ocorre devido a erros de mastigação, ingestão copiosa do alimento, cirurgias gástricas prévias e alterações na anatomia e motilidade intestinal. O diagnóstico pré-operatório é difícil se não houver história clínica típica ou suspeita clínica, e na maioria das vezes é definido durante ato operatório ou procedimento invasivo (endoscopia digestiva). O tratamento inclui a diluição por endoscopia, digestão enzimática, ordenha do intestino delgado, enterectomia ou enterotomia. No caso em questão, a paciente, portadora de doença de Alzheimer, procurou pronto-atendimento apresentando quadro de dor abdominal inespecífica, associada a náuseas, vômitos e distensão abdominal de início há 12 horas, aproximadamente. A radiografia de abdome revelou distensão de alças intestinais, com formação de níveis hidroaéreos em diversos planos, associada a várias imagens ovais densas com centro radiolucido localizadas no hipocôndrio direito, muito sugestivas de colelitíase. O exame foi complementado com tomografia computadorizada, que mostrou vesícula biliar hidrópica, sem evidência de cálculos radiopacos no interior. As imagens ovais preenchiam o bulbo duodenal (simulando colelitíase na radiografia simples), e também estavam dispersas no interior de alças intestinais delgadas. A paciente apresentava história de ingestão de melão diariamente no café da manhã, e no dia anterior havia preparado sozinha sua alimentação. Foi submetida a endoscopia digestiva alta, que confirmou a presença de bolus alimentar formado por segmentos de melão. Foram realizados drenagem com soro fisiológico e tratamento clínico com sonda nasogástrica de alívio, sem intercorrências, durante três dias, com melhora dos sintomas e alta hospitalar.

–206–

SARCOMA EMBRIONÁRIO INDIFERENCIADO DO FÍGADO: RELATO DE CASO.

Jaqueline Hoffmann; Nicoli Martina Testoni; Marcos Sandrini De Toni; Heloisa Ramos.

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

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

O sarcoma embrionário indiferenciado do fígado é uma entidade rara, de etiopatogenia ainda desconhecida, que acomete principal-

mente crianças acima dos cinco anos de idade, sem apresentar predileção por sexo, ocupando o terceiro lugar em frequência entre os tumores hepáticos primários. Seu aspecto macroscópico consiste, caracteristicamente, de grande massa hepática com maior componente sólido e áreas císticas de permeio. Microscopicamente, é composto de células fusiformes indiferenciadas entremeadas por matriz mixoide. Os aspectos radiológicos na ultra-sonografia (US) e na tomografia computadorizada (TC) variam entre imagens sólidas e císticas. O achado de imagem mais característico é o de massa única, grande, bem delimitada, localizada no lobo direito do fígado. A US demonstra massa predominantemente sólida e ecogênica, com componente menor de aparência cística. Na TC a massa assume característica predominantemente cística, com algumas áreas sólidas na sua periferia ou adjacente a septos internos, que realçam com o meio de contraste. Curiosamente, a TC superestima o componente cístico da lesão, sendo a US um método mais fidedigno na demonstração da consistência do tumor. Clinicamente, a maioria dos casos apresenta-se como massa abdominal palpável, por vezes dolorosa, na região epigástrica ou no hipocôndrio direito, de rápido crescimento, sendo que febre e perda de peso podem estar presentes. As provas de função hepática geralmente apresentam níveis dentro dos padrões de normalidade e não há elevação sérica dos níveis de alfa-fetoproteína. O diagnóstico pode ser presumido baseando-se na idade do paciente, no nível de alfa-fetoproteína e nas características de imagem. Deve ser realizado diagnóstico diferencial com massas hepáticas solitárias que podem apresentar componentes císticos na TC e na ressonância magnética. O tratamento inclui ressecção cirúrgica, quimioterapia e radioterapia, porém, o tumor apresenta mau prognóstico. Apresentamos um caso de paciente masculino de 4 anos, com aumento do volume abdominal notado pela mãe, em curto período de tempo, sem outras queixas. Realizou TC do abdome como exame inicial, em que foi identificada massa medindo 148 × 130 × 98 mm, heterogênea, de contornos lobulados e bem definidos, com áreas císticas no seu interior e realce do componente sólido pelo meio de contraste, situada no lobo direito do fígado e desviando posteroinferiormente o rim direito. Prosseguiu-se a investigação através de biópsia incisional da massa, que demonstrou ao estudo anatomopatológico tratar-se de sarcoma fusocelular indiferenciado com extensas áreas mixoides, e na sequência foi realizado estudo por imuno-histoquímica, que especificou o diagnóstico para sarcoma embrionário indiferenciado do fígado.

–223–

COLANGIOMATÓSE EM CISTO DE COLÉDOCO: UTILIDADE DA PET CT.

Thiago Krieger Bento da Silva¹; Rodrigo Moreira Bello¹; Clarice Sprinz¹; Felipe Alba Scortegagna²; Marjana Reis Lima².

¹HMD – Porto Alegre, RS; ²PUCRS – Porto Alegre, RS, Brasil.

E-mail: thiagokbs@gmail.com.

Introdução: Cisto de colédoco é uma dilatação congênita rara dos ductos biliares. A incidência estimada em países ocidentais varia entre 1:100.000 e 1:150.000, ocorrendo mais em mulheres com proporção estimada em 4:1. Se não houver excisão do cisto, uma alta incidência de colangiocarcinoma é reportada (20% a 30%). Apresentamos um caso de colangiocarcinoma em cisto de colédoco em paciente adulto que apresentava metástase hepática cujo sítio primário foi detectado apenas por PET CT. **Relato de caso:** Paciente masculino, 49 anos, hígido, apresentando nódulo no lobo direito hepático. A biópsia guiada por ultrassonografia demonstrou tratar-se de adenocarcinoma metastático. Foi realizada PET CT, que demonstrou captação isolada em pequena lesão no interior de cisto de colédoco. Posterior-

mente, a análise histológica confirmou tratar-se de colangiocarcinoma. **Discussão:** Embora a maioria dos cistos seja diagnosticada na infância, até 20% a 30% são descobertos no adulto, como achado incidental ou por se tornarem sintomáticos. A clássica tríade de icterícia, dor e massa abdominal é vista na minoria dos pacientes. Na maioria dos casos a ultrassonografia é suficiente para o diagnóstico do cisto, sendo visualizada massa com densidade líquida e graus variados de dilatação intra-hepática. Estudos por tomografia computadorizada e ressonância magnética são indicados no pré-operatório para avaliar a relação com estruturas adjacentes e na suspeita de malignidade. As complicações do cisto de colédoco são resultado da estase biliar e incluem colangite, litíase biliar, cirrose e hipertensão portal. Colangiocarcinoma é uma complicação temível, atribuída à irritação crônica da mucosa, com incidência entre 10% e 30%. Espessamento da mucosa ou presença de massa vascularizada no cisto são altamente sugestivos de malignidade. Nestes pacientes, a PET CT com fluorodeoxiglicose pode detectar tumores precoces e revelar metástases não suspeitadas, implicando mudanças na conduta. Em razão do alto e persistente risco de colangiocarcinoma, a excisão dos cistos extra-hepáticos com anastomose bilioentérica é o tratamento de escolha mesmo na ausência de sintomas. **Conclusão:** Cisto de colédoco é causa rara de doença biliar. O aumento do risco de malignidade indica intervenção precoce. O estudo por imagem tem papel fundamental na caracterização, localização e estadiamento do colangiocarcinoma. A PET CT tem o potencial de identificar metástases extra-hepáticas e localizar o sítio primário nos casos em que este é indefinido por exames convencionais, podendo aumentar a sensibilidade e a especificidade de achados pouco expressivos nestes estudos. No caso relatado foi identificada, primeiramente, lesão metastática, e o estudo da doença por PET CT localizou o sítio primário no interior do cisto de colédoco. Assim, a importância didática deste trabalho é melhorar a sensibilidade diagnóstica de estudos anatômicos por imagem, utilizando-os em conjunto com um estudo funcional como a PET CT.

–229–

PARAGANGLIOMAS ABDOMINAIS: AVALIAÇÃO POR IMAGEM.

Nívia Abadia Maciel de Melo Matias; Paula Myllane Fernandes dos Santos Silva; Fernanda Marinho de Moura; Mayra Veloso Soares; Adriana Lofrano Alves Porto.

Hospital Universitário de Brasília – Brasília, DF, Brasil.
E-mail: nandammoura@gmail.com.

Feocromocitomas e paragangliomas são tumores derivados do sistema nervoso simpático e parassimpático. Os paragangliomas associados ao sistema simpático são usualmente funcionantes e mais frequentemente têm origem abdominal, nos corpos de Zuckerkandl, de localização para-aórtica, junto à origem da artéria mesentérica inferior. Os paragangliomas extra-adrenais correspondem a 15% dos feocromocitomas em adultos e 30% dos feocromocitomas em crianças. Preferencialmente, ocorrem em adultos, entre a quarta e quinta década de vida, sem predileção por gênero. Podem ser funcionais em metade dos casos, quando os pacientes apresentam sintomas tais como sudorese, palpitações, cefaleia e hipertensão, relacionados ao excesso de secreção de catecolaminas. Podem estar presentes em até 0,05% a 0,1% dos pacientes com hipertensão arterial refratária a tratamento clínico. As suas peculiaridades de hipersecreção de catecolaminas, além da origem familiar em até 30% dos casos e a possibilidade de multiplicidade de lesões, fazem da sua suspeição diagnóstica e da avaliação por imagem passos muito importantes e indispensáveis na caracterização pré-operatória. Estes tumores são, em sua maioria, benignos, tendo a cirurgia como conduta curativa. No entanto, o momento ope-

ratório pode determinar modificações hemodinâmicas decorrentes da hipersecreção de catecolaminas, que, no contexto de etiologia não suspeitada de paraganglioma, podem ter efeitos catastróficos, o que reforça ainda mais a importância de se reconhecer as características relacionadas a esta doença na propedêutica de investigação tumoral. O objetivo deste trabalho é avaliar os principais aspectos morfológicos e metabólicos que conduzem ao diagnóstico de paragangliomas para-aórticos abdominais nos estudos de tomografia computadorizada, ressonância magnética e ¹⁸F-FDG PET/CT, baseados em três casos confirmados, um dos quais bilateral e com recidiva confirmada e documentada, um ano após a intervenção cirúrgica.

–237–

LESÕES ESTENOSANTES ESOFÁGICAS: DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS E SEUS PADRÕES RADIOLÓGICOS.

Fernando Morbeck Almeida Coelho; Luiz Felipe Sias Franco; Gil Vicente Brandão Marques Porto; Tulio Cesar Rego Gomes; Rafael Seiji Kubo; Danilo Travassos Martins; Wagner Moraes Barros; Gladstone Mattar.

Hospital Heliópolis – São Paulo, SP, Brasil.

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

Estenoses esofágicas são bastante frequentes no nosso meio. Podem denotar desde causas simples, como a mais comum delas, refluxo esofagogástrico, até causas mais complexas, como neoplasias malignas. Outras etiologias comuns de estenoses esofágicas são esôfago de Barrett, ingestão de drogas, tentativas de suicídio, radioterapia, entre outros. Essas constrições esofágicas podem ser avaliadas por exame contrastado com bário. Dessa forma, o radiologista exerce importante papel na avaliação e diagnóstico dessas patologias, pois o padrão de imagem radiológico associado à história clínica ajudam a chegar ao diagnóstico correto e precoce. Portanto, o radiologista deve estar familiarizado com os diversos padrões de estenoses esofágicas. O objetivo deste ensaio iconográfico é demonstrar as várias patologias que causam estenoses esofágicas por meio do exame contrastado com bário. Para isto, realizamos uma revisão da literatura e levantamento de casos do arquivo do Hospital Heliópolis para ilustrar essas alterações.

–238–

DOENÇA DE ROSAI-DORFMAN COM ACOMETIMENTO RENAL: RELATO DE CASO.

Mario de Melo Galvão Filho; Diogo Figueiredo Guedes D'Amorim; Luiz de Abreu Junior; Lucas Rios Torres.

Hospital São Luiz/Grupo Fleury – São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: mgalvaof@uol.com.br.

A doença de Rosai-Dorfman, também denominada histiocitose sinusal com linfadenopatia maciça, é uma desordem rara e benigna, de etiologia desconhecida, caracterizando-se pela superprodução de histiócitos que se acumulam nos nódulos linfáticos. Acomete principalmente indivíduos jovens, podendo haver comprometimento extrarenal, porém o envolvimento dos rins é raro. No presente trabalho relatamos o caso de uma paciente de 38 anos, sexo feminino, com diagnóstico histológico de doença de Rosai-Dorfman com acometimento renal, em que foram revistos achados clínicos, laboratoriais e radiológicos. Apresentamos também uma revisão bibliográfica sobre o tema, abordando os aspectos mais relevantes de apresentação incomum. A paciente apresentou dor no hipocôndrio direito, associada a dispneia e astenia, evoluindo com piora progressiva. Foram realizadas tomografia computadorizada e ressonância magnética, que revelaram aumento volumétrico dos polos inferiores de ambos os rins, à custa de massas

homogêneas, sem acometimento de estruturas adjacentes, associado a linfonodomegalias retroperitoneais. Os achados laboratoriais revelaram anemia com padrão de doença crônica, linfopenia e aumento de provas de atividade inflamatória. Foi realizada biópsia por videolaparoscopia, com exame anatomopatológico compatível com doença de Rosai-Dorfman.

–255–

ANATOMIA E PATOLOGIA DO DIAFRAGMA EM CRIANÇAS: UMA AVALIAÇÃO MULTIMODAL.

Eduardo Portela de Oliveira; Ulysses dos Santos Torres; Ellen Marques Freitas; Fernanda Del Campo Braojos Braga; Marianna Angelo Palmejani; Mariana Ribeiro Rodero Cardoso; Antonio Soares Souza.

Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – São José do Rio Preto, SP, Brasil.

E-mail: ellenmarquesfreitas@hotmail.com.

Introdução: O diafragma é um septo musculofibroso com forma de domo que separa a cavidade torácica da abdominal, sendo considerado um marco anatômico no estudo radiológico. Em crianças, pode apresentar-se patologicamente com variáveis graus de anormalidade e amplo grau de envolvimento dos órgãos adjacentes, de forma congênita ou adquirida. Entre as anormalidades que afetam o diafragma, as congênitas não são infrequentes e incluem: aplasia, hipoplasia, diafragma acessório, eventração e hérnias, algumas das quais podem apresentar considerável taxa de mortalidade. A paralisia diafragmática pode ser uma patologia adquirida e é muito bem avaliada pela ultrassonografia. Os traumas e tumores primários do diafragma em crianças são incomuns e podem demandar avaliação imagiológica com múltiplos métodos. Dessa forma, o conhecimento adequado da anatomia do diafragma e de sua relação com as estruturas adjacentes é fundamental para a sua avaliação apropriada e, conseqüentemente, para a produção de um relatório radiológico ideal. **Descrição sucinta do material apresentado:** Serão apresentados estudos radiológicos de ressonância magnética, tomografia computadorizada, ultrassonografia, radiografia e exames contrastados abordando o aspecto normal do diafragma por esses diferentes métodos, apresentando variações anatómicas e discutindo os achados de imagem relacionados ao espectro de patologias que acometem o diafragma em crianças.

–258–

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DAS GLÂNDULAS ADRENAIS: ASPECTOS TÉCNICOS E INTERPRETATIVOS.

Karenn Barros Bezerra; Fernanda Marinho de Moura; Mayra Veloso Soares; Adriana Lofrano Alves Porto; Diogo Mariz Vasconcelos; Danilo Aguiar Feitosa Lima; Juliana Salviano Mendonca Lopes; Juliana Sena Gonçalves.

Hospital Universitário de Brasília – Brasília, DF, Brasil.

E-mail: nandammoura@gmail.com.

A tomografia computadorizada é a principal ferramenta por imagem dentre o arsenal disponível para avaliação por imagem das glândulas adrenais. Através da caracterização tomográfica dos achados morfológicos, hemodinâmicos e da atenuação dos tumores adrenais é possível diferenciar adenomas de não adenomas, embora de maneira não patognomônica, com um desempenho ótimo diagnóstico. Considerando-se ainda a elevada incidência de incidentalomas adrenais, muitos dos quais sem relevância clínica e de natureza benigna, a importância da caracterização adequada da natureza das lesões adrenais torna-se ainda maior. O objetivo deste trabalho é revisar os aspectos técnicos relacionados à realização dos exames tomográficos dedicados para a

avaliação adrenal, e ilustrar, através de casos dos arquivos do Hospital Universitário de Brasília e pessoal dos autores, o raciocínio diagnóstico que permite diferenciar as lesões adrenais entre adenomas e não adenomas. Exemplos de outros tumores adrenais, dentre eles carcinoma, linfoma, metástase, feocromocitoma e ganglioneuroma, são também trazidos para ilustrar a multiplicidade de lesões que podem comprometer esta estrutura, e a importância do apuro técnico na realização do exame direcionado para a avaliação adrenal.

–259–

LESÕES CÍSTICAS E A CLASSIFICAÇÃO DE BOSNIAK: TUTORIAL PARA OS RESIDENTES.

Fernanda Marinho de Moura; Douglas Ramos Fonseca; Janio Agostinho de Deus; Mayra Veloso Soares; Juliana Salviano Mendonca Lopes; Karenn Barros Bezerra; Danilo Aguiar Feitosa Lima.

Hospital Universitário de Brasília – Brasília, DF, Brasil.

E-mail: nandammoura@gmail.com.

As lesões císticas renais são achados prevalentes nos exames tomográficos abdominais, muitas vezes, inclusive, representando incidentalomas. Em algumas ocasiões, no entanto, estas lesões não correspondem apenas a cistos simples, que dispensam seguimento, e tratam-se de lesões complexas, com maior ou menor suspeição para malignidade. Entender as características tomográficas que diferenciam os cistos simples e complexos, e os complexos entre si, é de fundamental importância para o adequado seguimento e tratamento destas lesões. O objetivo deste trabalho é mostrar as características tomográficas que separam os cistos simples e complexos, e demonstrar, por meio de imagens tomográficas, os diversos tipos de lesões císticas, segundo a classificação de Bosniak. Foram avaliados casos do arquivo de imagens do Hospital Universitário de Brasília e pessoal dos autores, e selecionados exames tomográficos de cistos característicos dos tipos I, II, IIIF, III e IV da classificação de Bosniak, analisada aqui de forma didática e sistemática. Em algumas das lesões tomográficas dos tipos III e IV, abordadas cirurgicamente, são demonstrados também o aspecto pós-operatório da nefrectomia parcial ou nodulectomia (cirurgia poupadora de néfrons) e algumas das potenciais complicações destes procedimentos. A correta classificação dos tipos de lesões císticas renais é grande relevância na prática clínica, por determinar a conduta a ser tomada caso a caso, e o papel do radiologista é fundamental neste contexto. Entender as diferenças entre cada um dos tipos de cistos renais, portanto, minimiza a chance de condutas equivocadamente apoiadas em interpretações imprecisas, e que podem determinar subestimação ou superestimação, em última análise, dos riscos de malignidade destas lesões.

–260–

HÉRNIAS DE PAREDE ABDOMINAL: ENSAIO ICONOGRÁFICO.

Fernanda Marinho de Moura; Andreia Alves Ferreira; Janio Agostinho de Deus; Mayra Veloso Soares; Diogo Mariz Vasconcelos; Juliana Salviano Mendonca Lopes.

Hospital Universitário de Brasília – Brasília, DF, Brasil.

E-mail: nandammoura@gmail.com.

Hérnia é a protrusão de uma estrutura através de um defeito da parede abdominal e pode ter origem espontânea ou secundária. Hérnias de parede abdominal são muito comuns, com uma prevalência estimada, nos EUA, de 1,5%, e são realizadas, no mundo, aproximadamente 700 mil correções cirúrgicas ao ano. A alta frequência das hérnias na população mais idosa e suas possíveis complicações tornam esta doença importante do ponto de vista médico e socioeconômico.

mico. O diagnóstico das hérnias de parede abdominal usualmente é clínico, porém, em casos de dificuldade diagnóstica, principalmente em pacientes obesos, com dor ou cicatrizes abdominais, um exame de imagem torna-se essencial para um correto diagnóstico. No passado eram utilizadas radiografias convencionais e contrastadas, hoje, estes métodos foram substituídos por ultrassonografia e, sobretudo, tomografia computadorizada (TC). O método de escolha para a avaliação da hérnia é a TC *multislice*, por permitir avaliação precisa do conteúdo herniário e a detecção precoce de possíveis complicações. As hérnias podem ser classificadas de acordo com sua origem anatômica e conteúdo em: defeitos da parede anterolateral – ventrais, umbilicais e Spiegel; defeitos da parede posterior – Grynflett-Lesshaft e Petit; interparietal – Richter e Littré; pélvicas – inguinal, femoral, ciática e obturatória; e incisionais. Neste ensaio iconográfico foram selecionados pacientes avaliados no Hospital Universitário de Brasília, cujos achados tomográficos representam os diversos tipos de hérnia e algumas de suas complicações mais frequentes. É fundamental que o radiologista saiba reconhecer a anatomia e as características tomográficas das hérnias de parede abdominal, a fim de estabelecer um correto diagnóstico.

–262–

SCHWANNOMA GÁSTRICO: UM RARO TUMOR DE CÉLULAS DE SCHWANN NO TRATO GASTRINTESTINAL.

Gilson de Oliveira Brasil; Thiago José Moreira da Cunha; Lara Sá de Paiva; Samuel Fortes Arantes da Silva.

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

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

Schwannomas, também conhecidos como neurinomas ou neurilemomas, são neoplasias geralmente benignas, de crescimento lento, originários em qualquer estrutura nervosa que possua uma bainha de células de Schwann. Em geral, essas neoplasias são mais comumente encontradas na calota craniana, nas células formadoras de mielina que envolve o oitavo nervo craniano, em uma condição chamada neurinoma vestibular. Em raros casos, podem acometer o trato gastrintestinal, geralmente no estômago. Dados literários sugerem que os schwannomas gástricos representam 0,2% de todos os tumores gástricos benignos. Neste relato, nos propomos a apresentar o caso de um paciente do sexo masculino de 54 anos de idade, com um tumor gástrico comprometendo as camadas submucosa e muscular, topograficamente relacionado à parede posteroinferior do corpo/antro gástrico. Com base em exames de imagens e sob a suspeita diagnóstica de um tumor estromal gastrintestinal, o paciente foi submetido a ressecção videolaparoscópica em cunha do antro gástrico. No pós-operatório, para a surpresa da equipe, os resultados do histopatológico e imuno-histoquímica combinados confirmaram o diagnóstico de schwannoma gástrico. Embora schwannomas sejam universalmente benignos, no pré-operatório são de difícil distinção com tumores malignos, e a título de exemplo citamos os tumores estromais gastrintestinais. Em consequência disso, em geral o recomendado para esses casos é a ressecção tumoral, mesmo que em pacientes assintomáticos.

–263–

SARCOMA MIELOIDE PRIMÁRIO DE COLÉDOCO.

Lara Sá de Paiva; Thiago José Moreira da Cunha; Gilson de Oliveira Brasil; Samuel Fortes Arantes da Silva.

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

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

O sarcoma mieloide é um tumor extramedular, sólido, composto de células imaturas precursoras da série granulocítica. Usualmente

ocorre como complicação de leucemia mieloide aguda e mais raramente da leucemia mieloide crônica e outros distúrbios mieloproliferativos. Pode preceder, suceder ou ocorrer na ausência de leucemia mieloide aguda sistêmica. Apresentamos um caso raro de sarcoma mieloide primário em vias biliares extra-hepáticas em um paciente masculino de 45 anos, manifestando-se com icterícia obstrutiva (bilirrubina total: 9,6 mg/dl; bilirrubina direta: 7,2 mg/dl; transaminase glutâmico-oxalacética: 161 UK; transaminase glutâmico-pirúvica: 80 UK; fosfatase alcalina: 183 U/l; gama-GT: 292 U/l). Ao exame de ressonância magnética (RM) observava-se espessamento concêntrico da parede do hepatocolédoco em seu terço médio, determinando estenose da via biliar com moderada a acentuada dilatação a montante. A lesão apresentava hipossinal na sequência ponderada em T1, leve hipersinal em T2 e discreto realce homogêneo pós-contraste. Não havia linfonodomegalia associada. O paciente foi submetido a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica, que confirmou os achados da RM, sendo introduzida endoprótese biliar no mesmo procedimento. Realizada gastroduodenopancreatectomia cefálica, que confirmou o diagnóstico de sarcoma mieloide infiltrando o colédoco, em paciente sem diagnóstico de leucemia (hemograma e biópsia de medula óssea normais). No sexto mês pós-operatório foi diagnosticada recidiva neoplásica local, tratada com quimioterapia, estando o paciente assintomático mais de dois anos após. O principal diagnóstico diferencial baseado nos exames de imagem seria o colangiocarcinoma. Eventual diagnóstico pré-operatório do sarcoma mieloide do colédoco levaria a tratamento com endoprótese biliar e quimioterapia, entretanto, a localização em geral inacessível para biópsia resultou em diagnóstico pós-operatório na maioria dos casos relatados.

–268–

CALCINOSE TUMORAL SECUNDÁRIA AVANÇADA RELACIONADA A OSTEODISTROFIA RENAL E DIÁLISE PROLONGADA: RELATO DE CASO.

Rafael Dahmer Rocha; André Ricardo Girardi; Cristiane Rockenbach.

Hospital Federal dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: rafaeldrocha@gmail.com.

Introdução: A calcinose tumoral caracteriza-se por depósitos de cristais de cálcio e fosfato, com envolvimento preferencial do tecido celular subcutâneo, regiões periarticulares e bursas. A forma secundária, geralmente relacionada ao metabolismo do cálcio, fosfato e paratormônio (PTH), tem como principais causas a insuficiência renal crônica, a terapia prolongada de diálise e o hiperparatireoidismo secundário. O objetivo deste estudo é demonstrar esta forma incomum e avançada de apresentação, visto que muitas vezes o radiologista é o primeiro a suspeitar desse diagnóstico. Desse modo, podem-se evitar procedimentos diagnósticos invasivos desnecessários, bem como instituir a terapia específica o mais precoce possível. **Relato de caso:** Paciente feminina, 53 anos, parda, portadora de insuficiência renal crônica, em realização de diálise peritoneal há cinco anos. Internada devido a dor abdominal intensa. História patológica pregressa de hipotireoidismo e trauma sobre o quadril direito em 2009, sem sinais de fratura. Sem outras comorbidades. Em uso de eritropoietina, calcitriol, entre outros medicamentos. Exames laboratoriais demonstraram aumento dos níveis séricos de PTH, creatinina, ureia, fósforo, fosfatase alcalina, leucócitos e plaquetas, e redução dos níveis de hemoglobina, cálcio e magnésio. Ao exame físico foi evidenciada massa palpável pétreia na região inguinal direita. Tomografia computadorizada de abdome evidenciou: a) achados sugestivos de peritonite; b) rins de as-

pecto atrófico; c) múltiplas formações ovaladas, com densidade heterogênea, predominantemente cálcica, algumas com formação de nível líquido, não captantes de contraste, a grande maioria agrupada, medindo conjuntamente cerca de 12 cm no maior diâmetro axial, localizadas na região pubiana, predominando à direita. As referidas formações determinavam osteodestruição dos ramos isquiopúbicos e ilio-púbicos e do acetábulo deste lado, bem como do púbis bilateralmente. Havia, também, alterações similares nas articulações sacroilíacas; d) redução e alteração difusa da densidade óssea dos corpos vertebrais visualizados, caracterizando o padrão de *rugger Jersey*. Realizaram-se paracentese diagnóstica, antibioticoterapia e hemodiálise. A paciente recebeu alta três semanas após, apresentando-se hemodinamicamente estável e com regressão da leucocitose. **Discussão:** A prevalência de calcinose tumoral secundária em pacientes submetidos a longos períodos de hemodiálise varia de 0,5% a 3,0%. A elevação do produto cálcio versus fosfato parece ser um dos principais mecanismos etiológicos. As articulações mais envolvidas são ombro, quadril e cotovelo. Os achados radiológicos característicos são: calcificações amorfas, multiloculadas, císticas, em localização periarticular, podendo haver níveis líquido-líquido e erosão óssea. Entre as alternativas terapêuticas, destacam-se restrição dietética e quelantes de fósforo, diálise com baixa dosagem de cálcio, exérese das massas, paratireoidectomia e transplante renal.

–277–

ENDOMETRIOSE: ENSAIO ICONOGRÁFICO.

Emanuela Kesting Vieira¹; Fabio Lucio Stalhschmidt¹; Bruna Maria Stofela Sarolli²; Roberta de Paula Prestes¹; Rafael Sarmento do Amaral¹; Ana Caroline Dariva Chula²; Sofia Cesar Durscki²; Juliana Thomazoni Pessoa Silva².

¹ Hospital Universitário Cajuru – Curitiba, PR; ² X-Leme Diagnóstico por Imagem – Curitiba, PR, Brasil.

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

Introdução: Endometriose é uma importante alteração ginecológica que afeta primariamente mulheres em idade fértil. É definida como a presença de glândulas e estroma endometrial fora da cavidade uterina, sendo designada como profunda quando há invasão subperitoneal maior que 5 mm. Pode ser assintomática ou apresentar-se como dismenorreia, dispareunia, dor pélvica, sintomas urinários e infertilidade. Tem prevalência estimada entre 5% e 20%. Assim, faz-se necessário que os radiologistas estejam familiarizados com suas diversas formas de apresentação, a fim de realizar seu diagnóstico preciso.

Métodos: Neste artigo descreveremos achados de imagem de arquivo próprio em pacientes com endometriose nos exames de histerossalpingografia, ultrassom (US) e ressonância magnética (RM) realizados na clínica X-Leme, localizada em Curitiba, PR. **1. Endometrioma (endometriose intraovariana)** – Tem aparência variável ao US. A maioria apresenta-se como lesão focal homogênea e hipocóica no ovário. Pode ser uni ou multilocular com septações finas ou espessas. Raramente é anecóica assemelhando-se a cisto ovariano funcional. Na RM apresenta-se como massa anexial com alta intensidade de sinal em T1 e hipossinal em T2. Uma característica típica é o sombreamento (*shading* – queda de sinal dentro da lesão) nas sequências ponderadas em T2, que representa a natureza crônica da lesão, com sangramentos cíclicos. O sombreamento pode variar de níveis pendentes até ausência de sinal. **2. Endometriose tubária** – Na histerossalpingografia é caracterizada por imagens diverticulares localizadas mais comumente na porção inicial das tubas uterinas e de maneira bilateral, com aspecto

moruliforme. Também pode causar dilatação das tubas uterinas que apresentam hipersinal nas sequências ponderadas em T1 na RM e este pode ser o único achado em algumas mulheres com endometriose. **3. Endometriose profunda:** **3a. Endometriose vesical** – No US apresenta-se como nódulo sólido hipocóico com contornos regulares ou irregulares aderido ao aspecto posterior do domo vesical, frequentemente na linha média. Na RM, as lesões aparecem isointensas ao miométrio nas imagens ponderadas em T1, hipointensas em T2 e realçam após a injeção de gadolínio. Focos hiperintensos representando conteúdo hemorrágico podem ser vistos nas sequências ponderadas em T1. **3b. Endometriose intestinal** – O segmento intestinal mais acometido é o reto-sigmoide. Os implantes geralmente ocorrem na serosa, porém podem erodir através das camadas subserosas, com espessamento e fibrose da muscular própria. Adesão, estenose e obstrução podem ocorrer devido a resposta inflamatória às hemorragias cíclicas. **3c. Outros sítios** – Ligamentos uterinos, como o largo e o uterossacro, podem ser afetados pela endometriose, apresentando espessamento e nodularidade com hipointensidade de sinal nas sequências ponderadas em T2. Realce pelo contraste pode ocorrer devido a reação inflamatória ou fibrose. Pode haver envolvimento isolado da vagina ou até de sítios extraperitoneais, como a fossa isquirretal e o nervo ciático. **4. Endometriose de parede abdominal** – Comumente está associada a cicatriz de cesariana prévia. Ao US, tipicamente apresenta-se como massa hipocóica, que pode ter aparência sólida e frequentemente com fluxo ao Doppler. Esporadicamente, pode ser cístico. À RM, costuma ser iso a hiperintenso em relação à musculatura em T1 com supressão de gordura e iso a hipertintenso em T2. Quando cístico, apresenta hipersinal uniforme em T1 e baixo sinal em T2.

–278–

ABORDAGEM DA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA NO DIAGNÓSTICO DE CORPOS ESTRANHOS INGERIDOS.

Carla Andries Cres Lyrio¹; Thiago Jose Penachim¹; Daniel Lahan Martins¹; Patrícia Cardia Prando¹; Marco Alexandre Rodstein¹; Luiz Carlos Donoso Scopetta²; Adilson Prando¹.

¹ Centro Radiológico Campinas – Campinas, SP; ² Clínica de Diagnósticos – São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: carla_cres@hotmail.com.

Objetivo: Demonstrar, por meio de análise de imagens de tomografia computadorizada *multislice* abdominal e pélvica, a presença de corpos estranhos ingeridos e suas complicações, com base nas diferenças de aspectos radiográficos. **Método:** Análise retrospectiva dos casos de ingestão de corpos estranhos, como palito de dente, espinha de peixe, matéria vegetal (fitobezoares) e até mesmo escova de dentes, no período de janeiro de 2012 a junho de 2013, e a comparação com dados da literatura específica. Relatar complicações, como abscessos, perfurações e obstruções do trato gastrointestinal. **Resultados:** Na amostra utilizada, o diagnóstico de todos os casos levantados foi realizado após tomografia computadorizada *multislice* para investigação de dor abdominal inespecífica sem história prévia de ingestão de corpo estranho pelo paciente. **Conclusões:** O radiologista deve ser treinado especificamente para reconhecer as características da imagem de corpos estranhos, pois os sintomas da ingestão são inespecíficos e raramente o paciente a relata. **Aplicações:** Usar os conhecimentos adquiridos na hora de analisar tomografia computadorizada abdominal e pélvica em quadro de dores inespecíficas, para reconhecer prontamente imagem de corpos estranhos ingeridos e evitar atrasos no diagnóstico e suas possíveis complicações.

–281–

PLASMOCITOMA EXTRAMEDULAR RENAL E INTESTINAL SINCRÔNICOS.

Samuel Fortes Arantes da Silva; Thiago José Moreira da Cunha; Lara Sá de Paiva; Gilson de Oliveira Brasil.

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

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

O plasmocitoma extramedular é uma das apresentações das neoplasias de células plasmáticas localizadas, que tem o mieloma múltiplo como principal representante. Das localizações extramedulares, a maior incidência encontra-se na região da cabeça e pescoço, sendo indistinguível de outras lesões infiltrativas. Relatamos um caso raro de plasmocitoma extramedular com acometimento renal e intestinal concomitantes, em um paciente do sexo masculino, 33 anos, com queixa de dor abdominal e lombar em cólica há três meses, além de hematoquezia e perda ponderal de 10 kg em um mês. Ao exame físico, notava-se dor à palpação do flanco esquerdo. Realizados enema opaco e colonoscopia, que evidenciaram lesão circunferencial e estenosante no cólon sigmoide, com estudo histológico inconclusivo. Optou-se então pela complementação diagnóstica com tomografia computadorizada do abdome total para estadiamento, em que se notaram espessamento parietal e intussuscepção intestinal do cólon sigmoide, associados a volumosa massa renal de aspecto neoplásico no rim esquerdo. Foi proposto tratamento cirúrgico, tendo sido realizadas colectomia e nefrectomia esquerda. O diagnóstico anatomopatológico foi compatível com neoplasia maligna indiferenciada, sendo indicada imuno-histoquímica para elucidação diagnóstica. O quadro morfológico e imuno-histoquímico (CD43+, CD138+, Ki-67+++/++++ e cadeia lambda positivo) favoreceram o diagnóstico de plasmocitoma anaplásico, produtor de cadeia leve lambda de imunoglobulina.

–292–

IMAGEM EM SÍNDROME COLESTÁTICA: ENSAIO PICTORIAL.

Juliana Thomazoni Pessoa Silva¹; Fabio Lucio Stalhschmidt¹; Roberta de Paula Prestes²; Rafael Sarmiento do Amaral²; Sofia Cesar Durski¹; Emanuela Kesting Vieira²; Ana Caroline Dariva Chula¹; Bruna Maria Stofela Sarolli¹.

¹X Leme – Curitiba, PR; ²Hospital Universitário Cajuru – Curitiba, PR, Brasil.

E-mail: ju.thomazoni@gmail.com.

A síndrome coleostática é caracterizada pela dificuldade de drenagem do fluxo biliar, que pode estar presente desde os canalículos biliares, entre os hepatócitos, até o duodeno. A principal manifestação clínica é a icterícia, podendo ser acompanhada de colúria, hipocolia fecal e prurido. Laboratorialmente, são típicas a hiperbilirrubinemia direta e a elevação importante de fosfatase alcalina (FA) e gama-glutamilttransferase (gama-GT). Geralmente, o primeiro exame solicitado é a ultrasonografia. A tomografia computadorizada é menos sensível na detecção de cálculos e lama biliar, sendo mais acurada na avaliação de massas tumorais (bilíares, hepáticas ou pancreáticas). Uma das principais ferramentas utilizadas na avaliação das vias biliares é a colangiopancreatografia por ressonância magnética, que recentemente, no Brasil, utiliza sequências pesadas em T2 para demonstrar as estruturas com conteúdo fluido estático, como também contrastes hepatoespecíficos com excreção biliar, adicionando informação funcional ao exame. Outros métodos de imagem invasivos incluem a colangiografia endoscópica retrógrada e a colangiografia transparieto-hepática, que podem, além de diagnosticar, oferecer terapêutica. As características

da transição da porção dilatada e da estenosada são um importante critério a ser avaliado; um estreitamento abrupto é geralmente devido a tumor, cálculo ou lesão iatrogênica, enquanto o estreitamento cônico é mais sugestivo de inflamação, como colangite ou pancreatite. Tumores malignos também causam estenose excêntrica e massa dentro ou ao redor do ducto. As etiologias da síndrome coleostática podem ser divididas em causas intra-hepáticas (por exemplo, colangite esclerosante primária, hepatites virais evoluindo com a forma coleostática, cirrose biliar primária) e extra-hepáticas (por exemplo, coledocolitíase, síndrome de Mirizzi, estenose biliar pós-operatória, pancreatite crônica, colangite esclerosante primária, neoplasias de vias biliares, pâncreas e duodeno). O objetivo deste ensaio iconográfico é de apresentar os principais diagnósticos diferenciais desta prevalente síndrome através de casos do arquivo próprio dos autores.

–297–

VEIA RENAL ESQUERDA RETROAÓRTICA: IMPORTÂNCIA DOS MÉTODOS DE IMAGEM EM SEU DIAGNÓSTICO E IMPLICAÇÕES MÉDICO-LEGAIS.

Gleison Teixeira de Abreu; Ovidio Carlos Carneiro Villela; Fernanda Marcia Lelis Ribeiro; Fabio Pessoa Araujo; Lucas Pinheiro dos Santos; Eugenio Braz Correa; Clarisse Rodrigues Pereira; Vinicius Moreira Lagoas.

Hospital Márcio Cunha-FSFX-Feluma – Ipatinga, MG, Brasil.

E-mail: gleison@gmail.com.

Nas últimas décadas, as descobertas de variantes anatômicas da veia cava inferior (VCI) tornaram-se frequentes na pesquisa diagnóstica do radiologista, e isto se aplica em decorrência do advento de exames de imagem não invasivos como a tomografia computadorizada (TC) e a ressonância magnética. Estas variações anatômicas são frequentemente assintomáticas e no passado eram diagnosticadas em estudos de necrópsias. Os modernos métodos de imagem que os radiologistas dispõem em sua rotina permitiram um crescente reconhecimento delas na realização dos exames. Hoje, estima-se que entre 0,07% e 8,7% da população mundial tenha algum tipo de anomalia do desenvolvimento da VCI. Relatamos o caso de paciente do sexo masculino, 34 anos, vítima de trauma por projétil de arma de fogo, que atingiu a coluna vertebral, o qual foi submetido a exame de TC de abdome total com contraste intravenoso. Além dos achados decorrentes do trauma, após reconstruções multiplanares, observou-se presença de veia renal retroaórtica que drena para a veia cava inferior. A veia renal esquerda retroaórtica é a anomalia congênita da VCI mais frequente. O seu conhecimento é essencial para se fazer o diagnóstico diferencial com massas retroperitoneais ou adenopatias, além de alertar o cirurgião e o angiografista de causas potenciais de complicações operatórias, devendo ser levada em consideração nos procedimentos cirúrgicos realizados no retroperitônio. Das anomalias venosas de VCI, são descritas na literatura: a veia cava dupla, a disgenesia da veia cava, a transposição da veia cava, a veia cava única à esquerda, a veia renal esquerda em forma de anel ao redor da aorta e a veia renal esquerda retroaórtica. O desenvolvimento normal implica em uma veia renal esquerda única na vida extrauterina, em situação pré-aórtica. A TC abdominal com contraste intravenoso, após reformatação no plano axial e reconstrução volumétrica, demonstra a presença de componente retroaórtico da veia renal esquerda, desembocando na VCI. Assim como as demais variações acima descritas, o diagnóstico pré-operatório (principalmente em doadores renais) e pré-cateterização é essencial, visando evitar surpresas desagradáveis nos procedimentos. Dessa forma, é fundamental que o radiologista e o cirurgião vascular reconheçam nos exames pré-operatórios as imagens destas alterações,

pela grande influência no planejamento cirúrgico e prevenção de acidentes graves relacionados às lesões destes troncos venosos, dada a sua complexidade anatômica e importância médico-legal inerente ao seu diagnóstico.

–302–

LESÃO RENAL NO TRAUMA ABDOMINAL FECHADO: REVISÃO DA LITERATURA COM CASOS ILUSTRATIVOS.

Márcio Luís Duarte¹; Jael Brasil Alcântara Ferreira¹; Daniella Brasil Solórzano¹; Douglas Domingues de Matos²; Fabrícia Tanaka Delcaro³; Elicio Roberto Duarte¹.

¹ Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos – Santos, SP; ² Webimagem – São Paulo, SP; ³ Tomovale – São José dos Campos, SP, Brasil.

E-mail: mld_44@hotmail.com.

Introdução: Lesões renais são vistas em aproximadamente 8% a 10% dos pacientes com ferimentos abdominais abertos ou fechados. Em cerca de 80% a 90% dos casos, são traumas fechados. Lesões renais graves estão comumente associadas a lesões de outros órgãos, ocorrendo em 80% dos traumas penetrantes e 75% dos traumas fechados. A hematúria está presente em mais de 95% dos casos de trauma renal. Porém, a ausência de hematúria não é traduzida pela ausência de lesão renal significativa. Sua ausência é relatada em cerca de 24% dos pacientes com trombose da artéria renal e em um terço das lesões da junção ureteropélvica (JUP). Crianças com trauma contuso e hematúria devem ser submetidas a exames radiológicos, independentemente da pressão arterial ou do grau de hematúria. **Discussão:** A tomografia computadorizada (TC) tem substituído a urografia excretora como a principal modalidade de avaliação das lesões renais, sendo mais sensível e específica. A TC demonstra precisamente a laceração renal, ajudando a determinar a presença e localização do hematoma renal com ou sem extravasamento arterial e indicar a presença de extravasamento urinário ou de segmentos desvascularizados de parênquima renal. Com a classificação, a TC determina a necessidade de intervenção cirúrgica ou não. É necessária a avaliação contínua dos rins através da TC, sendo que a técnica requer a injeção de contraste intravenoso, sendo a fase pós-contraste mais bem realizada quando feita três minutos após a injeção. A ultrassonografia é um bom método para detectar líquido na cavidade abdominal em pacientes vítimas de trauma abdominal fechado, mas é limitada quando comparada à TC na avaliação do parênquima renal. Para a conduta, existe a necessidade de classificação dos traumas através dos exames de imagem, que podem ser assim definidos, segundo Kawashima: I – Contusão microscópica ou hematúria grosseira. Presença de hematoma subcapsular não expansivo sem laceração parenquimatosa. Constituem 75% a 85% de todas as lesões renais. Tratamento conservador. II – Hematoma não expansivo para a região perirrenal, estando confinado ao retroperitônio. Presença de laceração importante através do córtex que se estende para a medula ou para o sistema coletor, com ou sem extravasamento de urina. Pode haver, na TC, extravasamento do contraste nas fases tardias. Compreendem cerca de 10% de todas as lesões renais. Tratamento conservador. III – Presença de múltiplas lacerações renais, incluindo a pelve renal e o sistema coletor, além de lesões vasculares que envolvem o pedículo renal, conduzindo a hemorragia extensiva e sangramento arterial ativo. Excreção do contraste da TC severamente prejudicada. A nefrectomia pode ser evitada se o tratamento for realizado nas primeiras 12 horas. Representam 5% de todas as lesões renais. IV – Lesão da junção ureteropélvica (raro), sendo classi-

ficada em transecção completa (avulsão) e ruptura (laceração incompleta) – diferenciadas pela presença de contraste no ureter distal à junção ureteropélvica na TC ou urografia excretora. Avulsão: tratamento cirúrgico. Laceração: tratamento conservador ou colocação de *stent*. Hematúria ausente em um terço dos pacientes. **Conclusão:** A TC desempenha papel importante na avaliação dos pacientes com lesões renais, facilitando a classificação radiológica das lesões traumáticas renais, direcionando e facilitando o tratamento de forma precoce do paciente. O ultrassom é um bom método para detectar líquido na cavidade abdominal em pacientes vítimas de trauma abdominal fechado, porém limitado em relação à TC na avaliação do parênquima renal.

–315–

COLOCAÇÃO DE SHUNT PORTOSSISTÊMICO INTRA-HEPÁTICO DIRETO (DIPS) NA SÍNDROME DE BUDD-CHIARI ATRAVÉS DE PUNÇÃO PERCUTÂNEA DIRETA SIMULTÂNEA DAS VEIAS PORTA E CAVA INFERIOR: RELATO DE TRÊS CASOS.

Luciano Folador; Leandro Armani Scaffaro.

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

E-mail: lucianofolador@gmail.com.

Introdução: A síndrome de Budd-Chiari (SBC) caracteriza-se por obstrução do fluxo das veias hepáticas em algum nível, desde vênulas hepáticas até a junção da veia cava inferior (VCI) com o átrio direito. As estratégias de tratamento para SBC consistem na anticoagulação, na angioplastia de veias hepáticas e na descompressão da hipertensão portal pela criação de um *shunt* portossistêmico transjugular (TIPS). Trata-se de uma anastomose não cirúrgica que cria uma comunicação entre um ramo portal intra-hepático e uma veia hepática, através do parênquima do órgão, mantida pela colocação de uma prótese metálica. Durante o procedimento, o acesso ao ramo portal é realizado por punção trans-hepática a partir do posicionamento da agulha em uma das veias hepáticas. Entretanto, na SBC há oclusão dessas veias, tornando o procedimento mais complexo. Recentemente, Boyvat e colaboradores descreveram uma técnica alternativa para minimizar as dificuldades do procedimento na SBC, denominada *shunt* portossistêmico intra-hepático direto (DIPS – *direct intrahepatic portosystemic shunt*), que consiste na punção direta percutânea simultânea da veia porta e da VCI, seguida de captura do fio-guia pelo acesso transjugular. **Objetivo:** Relatar a criação de DIPS em três pacientes com SBC. **Métodos:** Os três pacientes (31 anos, feminino; 27 anos, masculino; 16 anos, masculino) apresentavam SBC com trombose das veias hepáticas causada por trombofilia por deficiência de fator V, e foram indicados ao tratamento devido a ascite refratária ao tratamento clínico. **Descrição da técnica:** Punção da veia jugular interna direita, com colocação de introdutor 10-F, mantido na porção intra-hepática da VCI. Após, percutânea trans-hepática do ramo direito da veia porta sob orientação ecográfica com agulha Chiba 18-G, seguida de progressão da agulha até a VCI, mantendo-se a mesma angulação. Após, é passado fio-guia teflonado, que é resgatado pelo acesso jugular através de cateter-laço. Com a saída do fio-guia pelo acesso jugular, segue-se o procedimento do TIPS conforme a sequência convencional. **Resultados:** Todos os procedimentos foram realizados com sucesso. Durante o período do seguimento (20, 10 e 1 meses, respectivamente) todos os pacientes continuaram com seus *shunts* pérvios e apresentaram resolução ou importante redução da ascite, sem complicações adicionais. **Conclusão:** A técnica alternativa DIPS em pacientes com SBC promove adequada implantação do *shunt*, sem complicações adicionais e com resultados satisfatórios.

–316–

EMBOLIÇÃO INTRA-ARTERIAL NO TRATAMENTO DO CARCINOMA HEPATOCELULAR IRRESSECÁVEL: COMPARAÇÃO ENTRE PVA E ME COMO AGENTE EMBOUZANTE.

Luciano Folador; Leandro Armani Scaffaro; Luís César Fonseca; Geraldo Machado Filho.

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

E-mail: lucianofolador@gmail.com.

Introdução: O tratamento intra-arterial (TIA) tem sido opção amplamente utilizada no tratamento paliativo do carcinoma hepatocelular (CHC) em pacientes com doença intermediária. As opções de TIA são baseadas na interrupção do fluxo sanguíneo tumoral por agentes embolizantes (embolização intra-arterial – TAE), ou mesmo com associação de quimioterápicos com emulsão de lipiodol (quimioembolização convencional – cTACE) ou com uso de microesferas (MEs) carregadas (*drug-eluting beads* DEB-TACE). Até o momento, persistem dúvidas na literatura em relação ao melhor esquema de TIA, de modo que não há consenso ou definição do benefício dos métodos referidos. **Objetivos:** Comparar os índices de sobrevida em 12, 18, 24, 36 e 48 meses dos pacientes submetidos a TAE no nosso Serviço com dados da literatura em relação a cTACE ou DEB-TACE. **Material e métodos:** Estudo retrospectivo de 80 pacientes com diagnóstico de CHC baseado nos critérios da Diretriz da AASLD entre junho de 2008 e dezembro de 2012 em nossa instituição. TAE foi realizada através de cateterismo super-seletivo seguida de embolização com PVA com tamanho de 100–300 micra ou ME de 100–300 micra, dependendo da disponibilidade desses produtos. Taxas de sobrevida foram baseadas na curva de Kaplan-Meier. **Resultados:** 48 pacientes foram tratados com PVA e 32 com embolização arterial com MEs. Não havia diferenças entre os grupos no *baseline* no que concerne a idade, sexo, estágio de BCLC, escore de Child-Pugh e características tumorais. As taxas de sobrevida em 12, 18, 24 e 48 meses foram 97,9, 88,8, 78,9, 53,4 e 21,4% no grupo PVA-TAE, e 100, 92,9, 76,6, 58,8 e 58% no grupo ME-TAE, não havendo diferenças significativas entre os dois grupos ($p = 0,734$). Os índices de sobrevida obtidos são semelhantes aos relatados na literatura, tanto com cTACE quanto com DEB-TACE. **Conclusão:** TIA através de TAE com PVA ou ME na nossa instituição resultou em índices de sobrevida semelhantes.

–322–

FÍSTULAS PERIANAIS: ENSAIO PICTÓRICO.

Rodolfo Elias Diniz Silva de Carvalho; Carolina Corcino Maia; Érika Martins Baima; Liliana Prata Souza; Lucas Tadeu Oliveira Menezes Macêdo; Danielle Albani Coelho; Francisco Homero Coelho; Maria Angela Santos Nothaft.

Multiscan Imagem e Diagnóstico – Vitória, ES, Brasil.

E-mail: lucianofolador@gmail.com.

Fístula perianal (FP) é a conexão entre o canal anal e a pele do períneo. É uma afecção incomum, com prevalência de 0,01%, entretanto, causa grande morbidade ao paciente. Acomete, principalmente, adultos jovens (homens 2:1 mulher). A forma de apresentação mais comum é a saída de secreção na região perineal (65%), mas dor local também é frequente. Acredita-se que até 90% das FPs sejam secundárias a infecção, obstrução e drenagem ineficaz das glândulas anais (hipótese criptoglandular). Os outros 10% dos casos resultam de outras causas, como doença de Crohn, tuberculose, diverticulite, infecção pélvica, trauma, câncer anorretal ou radioterapia. A ressonância magnética (RM) da pelve é o método de escolha para avaliação pré-operatória de FP, devido à sua habilidade de demonstrar pequenos

abscessos e trajetos fistulosos secundários, ambos fatores que contribuem para alta taxa de recorrência pós-operatória. Além disso, a RM pode ser usada para determinar as relações anatômicas da fístula e prever a probabilidade de incontinência fecal pós-operatória. A RM tem alta acurácia para detecção de FP (100% de sensibilidade e 86% de especificidade) e abscessos (96% de sensibilidade e 97% de especificidade). A atual classificação das FPs, descrita por Parks et al. e modificada por Morris et al., conhecida como Classificação do Hospital Universitário de St. James, é baseada na anatomia radiológica da pelve na RM. Tal classificação baseia-se na relação do trajeto fistuloso com o complexo esfíncteriano, integridade do esfíncter anal externo, presença de trajetos secundários ou abscessos e extensão cranial para a pelve. Grau 1 é uma fístula interesfíncteriana simples, que surge do canal anal, penetra o esfíncter interno, se estende do espaço interesfíncteriano até a pele sem envolver o esfíncter externo, sem trajeto secundário ou abscesso. Grau 2 é interesfíncteriana complicada por abscesso ou trajeto secundário. Grau 3 é uma fístula transesfíncteriana que surge do canal anal, penetra ambos os esfíncteres, se estende pelas fossas isquiorretais/anais até a pele, sem abscesso ou trajeto secundário. Grau 4 é transesfíncteriana complicada por abscesso ou trajeto secundário. Grau 5 é uma fístula acima do músculo elevador do ânus, que surge do canal anal, penetra ambos os esfíncteres, ascende para o espaço supraelevador, onde forma abscesso, descende de novo e se exterioriza na pele. O propósito do ensaio pictórico é demonstrar, através exames de RM da pelve realizados neste serviço nos últimos anos, os principais tipos de fístula perianal e suas complicações, como formação de abscesso e trajetos fistulosos secundários. Tal ensaio justifica-se pelo fato de que radiologistas devem estar familiarizados com os achados imagiológicos das fístulas perianais, visto a grande morbidade que tal afecção acarreta, tornando-se capazes de fornecer informações que permitam tratamento cirúrgico preciso, a fim de recorrência e complicações pós-cirúrgicas, notadamente incontinência fecal.

–323–

ENDOMETRIOSE PROFUNDA.

Carolina Corcino Maia; Rodolfo Elias Diniz Silva de Carvalho; Liliana Prata Souza; Érika Martins Baima; Lucas Tadeu Oliveira Menezes Macêdo; Ana Luiza Corcino Maia; Danielle Albani Coelho; Maria Angela Santos Nothaft.

Multiscan Imagem e Diagnóstico – Vitória, ES, Brasil.

E-mail: lucianofolador@gmail.com.

Endometriose é uma afecção ginecológica de grande morbidade, definida como presença de glândulas endometriais ectópicas e estroma fora do útero, afetando até 10% das mulheres na idade reprodutiva. Endometriose profunda é definida como invasão subperitoneal por lesões endometrióticas que excedem 5 mm de profundidade. Acomete principalmente a região retrocervical, ligamentos uterossacros, reto, septo retovaginal, vagina e trato urinário. É comumente associada a dismenorreia, dispareunia, dor pélvica e infertilidade. A teoria metastática é a mais aceita para explicar a etiologia da endometriose. Postula que a endometriose resulta de fluxo menstrual retrógrado com glândulas endometriais viáveis que se depositam sobre o peritônio e órgãos pélvicos. A teoria da metaplasia celômica sugere que células peritoneais diferenciam-se em células endometriais, uma vez que ambas derivam do epitélio celômico. Já a teoria de indução combina as primeiras duas para explicar a etiologia da endometriose. Ressonância magnética (RM) da pelve é um método com alta acurácia diagnóstica para endometriose, fornecendo informações para o tratamento dos focos endometrióticos profundos. Implantes endometrióticos podem apresentar diferentes características imagiológicas, dependendo da es-

trutura acometida, do tempo de evolução da doença e do grau de fibrose associado. Implantes nos ligamentos uterossacos, por exemplo, aparecerão como lesões hipointensas nas imagens ponderadas em T2, com margens irregulares ou espiculadas, devido à presença de fibrose. Lesões no reto manifestam-se como espessamento parietal hipointenso nas sequências em T2, acometendo primeiramente a muscular própria. Pequenos focos hiperintensos em T2, que representam glândulas endometriais ectópicas dilatadas, podem ser observados em associação com as lesões já descritas. Nas imagens ponderadas em T1 com saturação de gordura, pequenos focos hiperintensos que denotam conteúdo hemático podem ser encontrados, auxiliando no diagnóstico. Mesmo não sendo caracterizada como endometriose profunda, vale ressaltar que a presença de massa anexial com alto sinal em T1 e intensidade de sinal abaixo da de líquido nas imagens em T2, sugerem a presença de endometrioma com especificidade maior que 90%. Tubas uterinas dilatadas e com hipersinal em T1 com saturação de gordura (hematossalpinge) são sugestivas de endometriose. O propósito do ensaio pictórico é demonstrar, através exames de RM da pelve realizados neste serviço nos dois últimos anos, os principais achados imaginológicos da endometriose profunda acometendo os compartimentos pélvicos anterior, médio e posterior. Justifica-se pelo fato de que radiologistas devem estar familiarizados com os achados da endometriose profunda em suas diversas localizações, para fornecerem informações que permitam adequado tratamento, visando principalmente o controle da dor pélvica e a preservação da fertilidade.

–361–

ANGIOSSARCOMA DE GLÂNDULA ADRENAL: UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL A SER INCLUÍDO NAS MASSAS DA ADRENAL.

Mariane Rodrigues Wanderley¹; Alair Augusto Sarmet Moreira Damas dos Santos²; George Pereira Sampaio³; Leonardo Zibetti Sganzerla³; José Roberto Barquette³.

¹ Universidade Federal do Acre – Rio Branco, AC; ² Universidade Federal Fluminense – Niterói, RJ; ³ Hospital de Clínicas de Niterói – Niterói, RJ, Brasil.

E-mail: mariane_nobrega@hotmail.com.

O angiossarcoma de glândula adrenal é um tumor extremamente raro, sendo relatado na literatura nacional apenas um caso desta neoplasia, ocorrido em 1999, na cidade de Londrina, Paraná. É uma neoplasia de rápido desenvolvimento, alta malignidade e péssimo prognóstico. Paciente do sexo masculino, com 62 anos de idade, procurou o serviço de urgência e emergência do Hospital de Clínicas de Niterói, Estado do Rio de Janeiro, com queixas de dor abdominal e diarreia. Foi realizada tomografia computadorizada (TC) de tórax e abdome em aparelho multidetector de 64 canais, com infusão de contraste intravenoso. Foi evidenciada, na TC de abdome, volumosa formação expansiva na glândula adrenal direita, com densidade heterogênea e realce complexo ao meio de contraste. Na TC de tórax foram visualizados nódulos pulmonares hipervascularizados, bem como infiltrado em vidro fosco em ambos os ápices, língua e lobo inferior direito do pulmão. O paciente foi submetido a ressecção da massa na adrenal e os achados anatomopatológicos foram de neoplasia maligna pouco diferenciada com presença de extensas áreas de hemorragia e necrose. A imuno-histoquímica demonstrou imunorreatividade para anticorpos anticitoqueratinas pan, antígeno epitelial de membrana, sinaptofisina, citoqueratina 7, Ki67, CD31 e vimentina, confirmando o diagnóstico de angiossarcoma epiteloide de glândula adrenal. Os tumores malignos primários da suprarrenal são uma patologia pouco frequente, representando entre 0,05% e 0,2% de todos os tumores. Dentre estas neoplasias, o angiossarcoma de adrenal é extremamente raro, não

sendo mencionado na maioria dos trabalhos referentes à glândula suprarrenal. Os angiossarcomas são neoplasias endoteliais malignas que ocorrem em ambos os sexos, mais frequentes em adultos entre a sexta e sétima década de vida. Os sítios neoplásicos mais comuns são pele, tecidos moles, mama e fígado, sendo extremamente raro na adrenal. Os casos descritos na literatura, primários da adrenal, relatam uma prevalência maior em indivíduos do sexo masculino, descrevendo massas entre 6 e 10 cm em sua maior dimensão, visualizadas na TC de abdome. Essas lesões de glândula adrenal são agressivas e têm um maior risco de metástases precoces, assim como recorrência local. Na TC, os tumores geralmente têm grandes dimensões, apresentam-se como massas de tecidos moles de margens imprecisas ou bem definidas. Podem também ser evidenciadas, à TC, lesões heterogêneas, hipodensas, contendo áreas de necrose, com transição sólido-cística comumente presente. O sintoma predominante é a dor abdominal, podendo haver quadros completamente assintomáticos. Os tumores não funcionantes são de maior frequência, apresentando achados histopatológicos típicos, como lesão cística, de conteúdo hemorrágico, imuno-histoquímica revelando positividade para os marcadores CD34, vimentina, antígeno relacionado ao fator VIII, citoqueratinas, antígeno epitelial de membrana. O angiossarcoma de adrenal deve ser considerado no diagnóstico diferencial das lesões nesta topografia, como lesão hipervascularizada e que cursa com metástases também hipervascularizadas. O tratamento cirúrgico representa a única possibilidade curativa desta entidade. Mesmo que o tumor esteja restrito à glândula adrenal, é recomendável a remoção conjunta da glândula, tecido mole adjacente, linfonodos próximos à veia cava, para erradicar qualquer sítio de potencial microinfiltração do tumor. A quimioterapia deve ser considerada em casos de metástases a distância. Recentemente, experimentos com inibidores angiogênicos têm se mostrado promissores.

–366–

HISTEROSSALPINGOGRAFIA: ENSAIO ICONOGRÁFICO DE 140 CASOS.

Camila Grasielle Lopes Silva; Paulo Biaso Villar do Valle; Claudia Cristina Camisão; Ester Moraes Labrunie; Fernanda Calixto Abdalla; Luciana Emery Siqueira Pinto.

Casa de Saúde São José – Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: camilagrasiele@gmail.com.

Introdução: A histerossalpingografia, além de sua indicação primária, a pesquisa da infertilidade, permite a avaliação das patologias da cavidade uterina, desde as malformações congênicas até patologias como pólipos endometriais e adenomiose. É o método de eleição para a verificação da permeabilidade tubária. Ademais, é utilizada como ferramenta na desobstrução de trompas, podendo exercer um papel terapêutico. **Objetivo:** Descrever as diversas patologias ginecológicas encontradas, causadoras ou não da infertilidade, correlacionando-as com o percentual de trompas pérvias ou não pérvias, enfatizando os múltiplos aspectos das imagens em cada uma delas. **Materiais e métodos:** Estudo retrospectivo do tipo coorte, de 140 casos, com análise de 1.418 imagens, no período de janeiro a junho de 2013, em instituição privada com maternidade, utilizando equipamento telecomandado digitalizado e administração de contraste específico através de sonda de Foley na maioria das pacientes. **Resultados e conclusão:** Foram relacionadas anormalidades da cavidade uterina e patologias ginecológicas detectadas pelo método, tais como útero lobulado, globoso, arqueado, unicornio, leiomioma, hidrossalpinge e adenomiose. Correlacionadas com o resultado de prova de Cotte, em que, das 140 pacientes estudadas, 91 (65%) apresentaram Cotte

positivo bilateral (grupo I), 31 pacientes (22%) apresentaram Cotte positivo em uma única trompa (grupo II) e 18 pacientes (13%) tiveram Cotte negativo bilateral (grupo III). As anormalidades ginecológicas foram encontradas em 7% do grupo I, 32% do grupo II e 55% do grupo III. Demonstramos, neste ensaio, diversas patologias, cujo conhecimento de seus aspectos é de grande valor para o diagnóstico adequado.

–367–

PARACOCCIDIOIDOMICOSE VISCERAL: O PAPEL DO DIAGNÓSTICO POR IMAGEM.

Michelle Meloni; Waldinei Mercês Rodrigues; Carlos Camilo Neto; Mariana Gomes Giraldo; Rafael Scalón Carminatti; Marília Leme Fercondini; Cristiane Scalón Carminatti; Paulo Dantas Rolim.

Faculdade de Medicina de Jundiaí – Jundiaí, SP, Brasil.

E-mail: michelle_mel@hotmail.com.

A paracoccidiodomicose é uma doença fúngica sistêmica causada pelo *Paracoccidioides brasiliensis*, fungo dimórfico encontrado nas Américas do Sul e Central. A porta de entrada mais frequente é o trato respiratório superior, e sua disseminação para outros locais ocorre por vias hematogênica e linfática. Qualquer órgão do corpo pode ser acometido, sendo as manifestações radiológicas mais importantes observadas nos pulmões, linfonodos, suprarrenais, ossos, tubo digestivo e sistema nervoso. Dessa forma, é importante levá-la em consideração como diagnóstico diferencial de doenças infecciosas e outras doenças linfoproliferativas. Os métodos de imagem são de grande auxílio para a caracterização das lesões, sendo os achados radiográficos, ultrassonográficos e tomográficos essenciais. Este relato de caso é sobre uma paciente do sexo feminino, 20 anos de idade, branca, sem comorbidades conhecidas, que se apresentou com linfonodomegalia cervical e febre vespertina (38°C) há dois meses. Ao exame físico de entrada apresentou icterícia leve, linfonodomegalia cervical e lesões na face tipo pápulas eritematocrostosas. Foi realizado ultrassom (US) cervical, que demonstrou linfonodos aumentados nos sítios II e III direitos e esquerdos, os maiores medindo 1,4 cm e 1,0 cm, nos menores eixos. O US abdominal mostrou linfonodomegalia retroperitoneal e no hilo hepático medindo até 3,3 cm, esplenomegalia, vesícula biliar contraída e ascite. A tomografia computadorizada (TC) do abdome mostrou importante hepatomegalia, esplenomegalia, linfonodomegalia retroperitoneal e líquido livre intraperitoneal, e a do tórax mostrou linfonodos aumentados na região paratraqueal direita, paraórtica e regiões hilares. A biópsia da linfonodomegalia cervical demonstrou achados morfológicos sugestivos de paracoccidiodomicose. A paracoccidiodomicose é doença sistêmica endêmica no Brasil. O pulmão é o órgão mais acometido e outras apresentações são incomuns. As lesões ganglionares ocorrem principalmente na periferia e no abdome, e a forma intestinal no jejuno, íleo e cólon. A forma visceral predomina no fígado e baço, as lesões do sistema nervoso central são raras e aparecem nos indivíduos já com lesões em outros órgãos. Nos ossos, se caracteriza por lesões líticas sem reação esclerótica, predominando nos ossos longos e clavículas. Quando na suprarrenal, pode haver insuficiência adrenal primária, sendo o US e a TC importantes para sua caracterização. Numa fase mais aguda há aumento difuso da glândula, uni ou bilateral, pela necrose caseosa, com realce mais periférico do contraste na TC. Numa fase crônica, há atrofia e calcificação da glândula. O diagnóstico do acometimento extrapulmonar da paracoccidiodomicose se torna cada vez mais acurado com a maior utilização e incremento dos métodos de imagem. Os achados podem ser incomuns ou não patognômicos, porém, história clínica e local endêmico devem ser considerados no diagnóstico diferencial.

–374–

TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL (GIST) DO ESTÔMAGO: ASPECTOS À TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E RESSONÂNCIA MAGNÉTICA.

Milena Moraes Rego¹; Livia Oliveira Antunes¹; Gustavo Frederico Jauregui¹; Edgard Viana Neto¹; João Pícolo².

¹CMNG – Rio de Janeiro, RJ; ²Oncotrat – Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: milenamoraes87@gmail.com.

Descrição sucinta do propósito do relato: Apresentamos um caso de tumor estromal gastrointestinal (GIST) do estômago c-Kit positivo, documentado por tomografia computadorizada e ressonância magnética, extraído cirurgicamente e confirmado por imuno-histoquímica. Trata-se de um tumor gastrointestinal raro, representando 2,2% dos tumores gástricos malignos. Neste caso apresentou-se como uma volumosa formação exofítica na parede anterolateral do corpo gástrico. Não foram encontrados registros de imagens semelhantes na literatura pesquisada. **História clínica:** Paciente do sexo masculino, 59 anos, referiu que há quatro anos iniciou episódios esporádicos de hematêmese, sendo submetido a endoscopia digestiva alta durante as crises, com resultado normal. Relatou que tratou apenas com sulfato ferroso o quadro de anemia que se instalava. **Diagnóstico:** Tumor estromal gastrointestinal do estômago. **Discussão resumida do caso:** Acreditava-se que a maioria dos tumores mesenquimais gastrintestinais era proveniente da musculatura lisa, e recentemente foi esclarecido que esta neoplasia constitui uma entidade bem definida (origem nas células intersticiais de Cajal e expressão da proteína Kit). A identificação da proteína Kit é um elemento chave na confirmação do diagnóstico e melhora a expectativa clínica de sobrevida com o emprego do imatinibe (um bloqueador do receptor tirosinaquinase). GISTs geralmente são tumores grandes, circunscritos, heterogêneos, com áreas centrais de necrose e localizados principalmente na parede do estômago. Apesar do seu tamanho, raramente obstruem vísceras e apresentam grande propensão a metástases para fígado e peritônio.

–375–

RELATO DE CASO: TUBERCULOSE CONGÊNITA.

Paola Isabel Silva Barros; Júlio César Durães Dornas; Ismael Henrique Soares Melo; Aline Pimentel Amaro; Marcela Ferreira Nicolliello; Renata de Oliveira Moreira; Reginaldo Figueiredo; João Paulo Kawaoka Matsushita.

HC-UFMG – Belo Horizonte, MG, Brasil.

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

Introdução: A tuberculose é uma doença frequente no mundo todo, tendo como agente etiológico o *Mycobacterium tuberculosis*. Entretanto, a tuberculose congênita é uma forma rara da doença, com incidência muitas vezes subestimada. A transmissão ocorre por via hematogênica, aspiração ou deglutição do material infectado. O acometimento é sistêmico, sendo comum encontrar lesões hepáticas, pulmonares e linfonodais. Destaca-se a alta letalidade desta patologia (50% dos casos), principalmente quando diagnosticada tardiamente. Manifesta-se clinicamente com febre, dispneia, hepatoesplenomegalia e adenopatia. O diagnóstico é confirmado pelo estudo histopatológico. **Relato de caso:** Lactente do sexo masculino, com 3 meses e 20 dias de vida, história de febre há 1 mês. Evoluiu com linfonodos cervicais aumentados, distensão abdominal dolorosa, irritabilidade e vômitos. Ao exame físico, detectaram-se linfadenomegalia cervical e hepatoesplenomegalia. Paciente nascido pré-termo, com peso adequado para idade gestacional e Apgar 8/9. A mãe foi a óbito após o parto,

com quadro não esclarecido de febre, vômitos, rebaixamento do nível de consciência e cefaleia. A avaliação ultrassonográfica abdominal do lactente revelou hepatoesplenomegalia, com fígado e baço apresentando múltiplos focos milimétricos hipocogênicos e hiperecogênicos (sugestivos de calcificações), além de linfonodos de dimensões aumentadas, com calcificações periféricas, localizados em cadeias periportal, pancreatoduodenal e no retroperitônio. O estudo tomográfico computadorizado do crânio, tórax e abdome mostrou, respectivamente, linfadenomegalia cervical, mediastinal e abdominal difusa, com calcificações periféricas; áreas de consolidação, atenuação em vidro fosco e nódulos esparsos hiperatenuantes nos pulmões; e hepatoesplenomegalia com calcificações parenquimatosas. A biópsia de linfonodo cervical revelou granulomas com células gigantes e necrose caseosa central. Ocorreu resposta satisfatória à terapêutica específica instituída. **Conclusão:** A importância do tema deve-se à alta letalidade da patologia, o que torna imperioso o diagnóstico precoce da tuberculose congênita.

–381–

INJÚRIA NÃO ACIDENTAL EM CRIANÇAS: ENSAIO ICONOGRÁFICO.

Paulo Marcio Borges Daniel; Fernanda de França Scovino; Bruno Mauricio Pedrazzani; Ana Paula Minguetti; Rafael Sarmento do Amaral; Adilson Giroto Narciso de Oliveira.

X-LEME – Curitiba, PR, Brasil.

E-mail: fer.franca@hotmail.com.

Introdução: Segundo dados do Ministério da Saúde do Brasil, as causas externas, como violência e acidentes, são as principais responsáveis pela morte de crianças a partir do segundo ano de vida, respondendo aos índices mais altos de mortalidade na infância, adolescência e no adulto jovem. Diante dessa importante epidemiologia, tornam-se essenciais a familiarização com as situações de violência e o preparo dos profissionais de saúde para a identificação precisa do risco para os maus tratos. **Material:** Apresentam-se imagens de pacientes atendidos no pronto-atendimento de um hospital infantil de referência e submetidos a rotina radiológica para maus tratos neste mesmo serviço. **Discussão:** Embora a ocorrência de maus tratos a crianças seja crescente e transcenda fronteiras raciais, culturais, religiosas e socioeconômicas, suas estatísticas de incidência mantêm-se subestimadas pela falta de treinamento de alguns profissionais em reconhecer as supostas vítimas e porque grande parte delas não é levada para atendimento médico, além da dificuldade em se obter uma história consistente advinda de uma criança pequena. Após lesões cutâneas e contusões, as fraturas ocupam o segundo lugar em achados em maus tratos a crianças. Assim, o diagnóstico por imagens adquire um importante papel na identificação precoce dos maus tratos, sendo seus principais achados descritos e ilustrados neste ensaio. O radiologista deve identificar estes achados sugestivos de abuso, distingui-los de outras patologias e de variantes do normal e estimar a “idade” da lesão.

–382–

TUMOR SÓLIDO PSEUDOPAPILAR DO PÂNCREAS: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA.

Izabella de Campos Carvalho Lopes; James de Brito Corrêa; Bruna Vilaça de Carvalho; Emília Guerra Pinto Coelho Motta; Laura Filgueiras Mourão Ramos; Marcelo Almeida Ribeiro; Renata Lopes Furletti Caldeira Diniz; Wanderval Moreira.

Instituto de Pesquisa e Pós-Graduação da FCM-UFMG/Hospital Mater Dei – Belo Horizonte, MG, Brasil.

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

Introdução: O tumor sólido pseudopapilar do pâncreas (TSPP), também conhecido como tumor sólido-cístico, sólido-papilar, cístico-papilar ou tumor de Frantz, é uma neoplasia rara do pâncreas, ocorrendo em 0,17% a 2,7% dos tumores não endócrinos do pâncreas. É uma entidade que tem sido cada vez mais descrita na literatura em função do maior conhecimento da doença e da maior uniformidade de conceituação nos últimos anos. É encontrado na maioria dos casos em adolescentes do sexo feminino, sendo considerado uma neoplasia com pequeno grau de malignidade, com bom prognóstico, desde que passível de ressecção cirúrgica completa, o que é possível na maioria dos casos. O objetivo do presente estudo é relatar um caso de TSPP submetido a ressecção cirúrgica e apresentar revisão da literatura dos principais achados clínicos e imagiológicos. **Descrição:** Paciente de 19 anos, sexo feminino, previamente hígida, admitida com quadro de dor à ingestão alimentar há cerca de um mês, sem perda de peso ou vômitos. A ultrassonografia do abdome evidenciou a presença de massa em quadrante superior direito, com cerca de 8 cm. Realizou tomografia computadorizada que confirmou o achado, com massa retroperitoneal bem delimitada com cerca de 8 cm, anterior à veia cava e vasos renais, sem definir plano com processo uncinado, comprimindo duodeno e gerando dilatação gástrica a montante. Marcadores tumorais normais. Propedêutica não mostrou evidências de disseminação. Foi submetida a ressecção de tumor retroperitoneal, linfadenectomia retroperitoneal e pancreatectomia parcial. Procedimento sem intercorrências. Os achados histológicos e imuno-histoquímicos suportavam o diagnóstico de um tumor pseudopapilar sólido-cístico do pâncreas.

Discussão: A origem do TSPP é, sem dúvida, grande motivo de controvérsia. A maioria dos casos diagnosticados tem sido encontrada em mulheres jovens, na segunda e terceira décadas de vida. As células neoplásicas apresentam receptores de progesterona e a forma beta dos receptores de estrogênio, sugerindo um papel desses hormônios no desenvolvimento deste tumor. Os achados clínicos são vagos e podem incluir dor abdominal leve e saciedade precoce. Devido ao seu crescimento lento e à carência ou inespecificidade de manifestações clínicas, no momento do diagnóstico, os tumores, comumente, apresentam grandes dimensões, geralmente maiores do que 10 cm. A despeito disso, é rara a invasão de estruturas vasculares ou biliares, o que torna a ressecção possível na maioria dos pacientes. A ressecção cirúrgica é o melhor tratamento para o TSPP, sendo na maioria das vezes o único tratamento suficiente, com margens negativas e na ausência de metástases. Enfatiza-se a raridade do caso e a necessidade de se considerar o TSPP no diagnóstico diferencial de massa abdominal em pacientes jovens.

–395–

PARACOCIDIOIDOMICOSE DISSEMINADA COM MASSA RETROPERITONEAL EM CRIANÇA: RELATO DE CASO.

Leonardo Galeazzi Stoppa; Marcela Ferreira Nicolliello; Fabio Rodrigues de Roma; Ana Luiza Diniz Durães Pereira; Vinícius Alves de Lara dos Santos; Samuel de Almeida Silva; João Paulo Kawaoka Matushita; Reginaldo Figueiredo.

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

E-mail: leo_stoppa@hotmail.com.

A paracoccidiodomicose é uma doença infecciosa sistêmica causada pelo fungo *Paracoccidioides brasiliensis*. A via primária de infecção é a inalatória, mas pode haver disseminação hematogênica. A forma crônica do adulto é a mais comum, sobretudo entre 30 e 50 anos, acometendo preferencialmente o pulmão. Mais rara é a forma aguda/subaguda ou juvenil, a qual se apresenta, em ordem de frequência,

pela presença de linfadenomegalia, manifestações digestivas, hepaatoesplenomegalia, envolvimento osteoarticular e lesões cutâneas. Relata-se o caso de um menino de 11 anos, residente em zona urbana de Minas Gerais, com história de dor abdominal em cólica periumbilical, acompanhada de vômitos e febre, com duração aproximada de três meses, além de perda ponderal antecedendo estes sintomas. História pregressa sem particularidades. Ao exame físico apresentava linfonodomegalia generalizada, distensão abdominal e massa palpável no quadrante inferior esquerdo do abdome. O estudo tomográfico do abdome mostrou linfonodos mesentéricos e retroperitoneais aumentados de tamanho, alguns confluentes e formando aglomerados, sobretudo na raiz mesentérica. Alguns linfonodos apresentavam necrose central. No estudo tomográfico do tórax foram observadas linfonodomegalias axilares, mediastinais e hilares. Realizou-se biópsia de linfonodo cervical, cujo resultado diagnosticou paracoccidiodomicose. O estudo anatomopatológico demonstrou intensa proliferação de estruturas anulares com microesporos periféricos (“roda de leme”), além de tecido linfóide remanescente com padrão reativo com formação de granulomas e células gigantes. O paciente foi submetido a tratamento com anfotericina B por 10 dias e sulfametoxazol-trimetoprim, evoluindo com melhora da dor abdominal, redução dos linfonodos à palpação e diminuição da distensão abdominal. A raridade da doença na infância, bem como o padrão radiológico incomum de apresentação da paracoccidiodomicose, chamam a atenção neste caso. O conhecimento desta variante da doença é útil para se estabelecer diagnóstico diferencial e tratamento adequado.

–412–

CORRELAÇÃO ANATOMO-RADIOLÓGICA DE FIBROSE HEPÁTICA CONGÊNITA: RELATO DE CASO.

Daniel Macedo Severo de Lucena; Laecio Leitao Batista; Eolo Santana Albuquerque; Marina Feitosa Soares; Anne Carine de Lima; Gustavo Henrique Bezerra Avelino; Elaine Fernanda Tavares de Souza; Bruno Perez Guedes Pereira.

Universidade Federal de Pernambuco – Recife, PE, Brasil.

E-mail: marinafsoares@hotmail.com.

Introdução: A fibrose hepática congênita é uma doença autosômica recessiva rara, incidindo em adolescentes e adultos jovens, caracterizada por alteração na formação da placa ductal, ramificação intra-hepática das veias portais e fibrose progressiva dos tratos portais. Pode estar associada a doença policística renal, doença de Caroli e síndrome de Joubert. O tratamento não modifica a doença, mas sim as manifestações clínicas, e informações sobre o prognóstico ainda não são precisas na literatura. Radiologicamente, observam-se sinais de hipertensão portal, caracterizados por esplenomegalia e circulação colateral, podendo também se manifestar com padrões de doença colestática, de forma mista ou tardia. Diante da instalação de cirrose avançada, o transplante hepático é o tratamento definitivo. **Relato de caso:** Homem de 17 anos, com história de icterícia, colúria, diarreia sanguinolenta e febre, associadas a perda de 5 kg em três meses. Exames sorológicos para hepatites virais e esquistossomose negativos. Realizada ultrassonografia, que evidenciou sinais de hepatopatia crônica fibrosante, com hipertensão portal, circulação colateral e esplenomegalia, achados ratificados por tomografia computadorizada. Realizou-se também colangiorrisonância, que demonstrou, além dos achados já descritos, afilamento do hepatocolédoco em cerca de 2,0 cm de sua extensão. Prosseguiu-se com biópsia hepática, cujo resultado definiu fibrose hepática congênita. **Discussão:** A fibrose hepática congênita é uma patologia rara. No entanto, seu diagnóstico precoce é

essencial no manejo de futuras complicações. Nas regiões endêmicas da esquistossomose, deve ser lembrada como importante diagnóstico diferencial, em pacientes jovens.

–413–

DOR ABDOMINAL A ESCLARECER: ESPECTRO DE DOENÇAS ALÉM DA APENDICITE E DA DIVERTICULITE.

Daniel Zambuzzi Naufel; Lucas Delgado Oliveira; Ariane Bazanelli Buck; Thiago José Penachim; Daniel Lahan Martins; Marco Alexandre Rodstein; Patricia Cardia Prando; Adilson Prando.

Centro Radiológico Campinas/Hospital Vera Cruz – Campinas, SP, Brasil.
E-mail: dznaufel00@hotmail.com.

As dores abdominais, embora representem sintomas relacionados a um amplo espectro de doenças, são justificativas genéricas constantes para requisição em regime de urgência de exames de tomografia computadorizada abdominal (TCA). Muito embora os achados de apendicite e diverticulite agudas sejam os mais frequentemente encontrados, várias outras doenças abdominais agudas podem ser encontradas, tendo o radiologista, em alguma delas, papel importante na determinação do tratamento cirúrgico ou conservador. Serão demonstrados, de forma prática e por intermédio de um ensaio pictórico, os achados tomográficos da apendicite aguda, diverticulite, apendicite epiploica, infarto omental, pancreatite e isquemia mesentéricas, e algumas complicações abdominais relacionadas a doenças neoplásicas. Os demais diagnósticos diferenciais destas entidades serão também discutidos. Todos os pacientes foram examinados em caráter de urgência no Departamento de Radiologia de nossa Instituição, nos anos de 2012 e 2013.

–414–

SÍNDROME DA “ROLHA” BILIAR ASSOCIADA A HEMORRAGIA DA ADRENAL: RELATO DE CASO.

Anne Carine de Lima; Gustavo Henrique Bezerra Avelino; Eduardo Just Costa Silva; Marina Feitosa Soares; Daniel Macedo Severo de Lucena; Elaine Fernanda Tavares de Souza; Eolo Santana Albuquerque; Laecio Leitao Batista.

Universidade Federal de Pernambuco – Recife, PE, Brasil.

E-mail: annecarine_lima@hotmail.com.

Introdução: O objetivo deste trabalho é relatar o diagnóstico e a evolução ultrassonográfica de um recém-nascido (RN) com quadro de infecção neonatal inespecífica, que evoluiu com hemorragia adrenal, plaquetopenia, hemorragia digestiva (caracterizada por resíduo gástrico sanguinolento), associada a dilatação de vias biliares intra-hepáticas determinada pela presença de material sólido, amorfo, no cóleddo distal, configurando-se o quadro de síndrome da “rolha” biliar. **Relato de caso:** Recém-nascido do sexo masculino, nascido a termo, com quadro de infecção neonatal inespecífica, apresentou no terceiro dia de vida plaquetopenia, hemorragia digestiva (caracterizada por resíduo gástrico sanguinolento). O exame ultrassonográfico mostrou uma massa hiperecogênica na loja adrenal direita. Ao longo do tempo, houve modificação do seu padrão ultrassonográfico, passando a iso-hipoecoico durante observação de três semanas, com redução de sua dimensão. Paralelamente, e durante o seguimento do paciente, foi flagrada dilatação de vias biliares intra-hepáticas, determinada pela presença de material sólido, amorfo, medindo 0,4 cm, no cóleddo. Uma semana depois, o material ecogênico desapareceu, bem como a dilatação da árvore biliar. Não houve nenhum achado clínico ou ultrassonográfico indicativo de neuroblastoma neonatal. A evolução clínica foi

benigna. **Discussão:** A síndrome da rolha biliar é uma causa incomum de icterícia em neonatos e é definida como a obstrução de ductos biliares extra-hepáticos por “lama” biliar em crianças sem anomalias anatômicas, defeitos congênitos ou enzimáticos da bile, ou lesões hepatocelulares. Pode estar associada a hemólise maciça (incompatibilidade Rh), a absorção de hematomas (hemorragias intra-abdominais, intracraniana ou retroperitoneal), a aumento da circulação entero-hepática, ou após uso prolongado de antibióticos. Por sua vez, a hemorragia não traumática da adrenal também é um evento incomum em RN nascido a termo. Suas causas são divididas em cinco categorias: estresse neonatal, diátese hemorrágica ou coagulopatia, tumores adrenais e doenças idiopáticas. A ultrassonografia é o método de escolha em RN para a avaliação inicial e seguimento da icterícia obstrutiva (neste caso, por “rolha” biliar) e massas abdominais (como hematoma adrenal e seu principal diagnóstico diferencial – neuroblastoma neonatal), devido ao tamanho do paciente, à dimensão relativamente grande da glândula adrenal nessa faixa etária e à ausência de radiação ionizante do método.

–440–

PSEUDOANEURISMA DE ARTÉRIA UTERINA DIREITA.

Thaianne da Cunha Alves; Jezreel Corrêa da Costa; Gabriel de Deus Vieira; Natália Nogueira Vieira; Alessandra Yukari Yamagishi; Adryane Mendes do Nascimento; Bruna Eduarda Alencar da Silva.

Faculdade São Lucas – Porto Velho, RO, Brasil.

E-mail: gabrielvieira.mg@hotmail.com.

Introdução: O pseudoaneurisma ou falso aneurisma consiste de uma dilatação segmentar do vaso, caracterizada pela perda de continuidade das três camadas da parede arterial na formação do saco aneurismático. As principais causas são traumatismos, infecções, processos cirúrgicos e neoplasias. O pseudoaneurisma da artéria uterina (PAU) é uma causa rara de hemorragia pós-parto, geralmente associado à lesão de um vaso uterino após cirurgias ginecológicas. **Descrição:** Paciente feminina, 58 anos, relatou dor pélvica persistente, localizada em fossa ilíaca direita, história prévia de parto cesariano há 20 anos. Referiu que realizou exame de ultrassonografia, apresentando uma massa parauterina direita. Na ressonância magnética com contraste, foi visualizada uma massa com sinal heterogêneo em todas as sequências, morfologia ovalada, parauterina direita, de 6,5 × 7,0 × 8,0 cm, com arquitetura interna de aspecto lamelado, apresentando realce intenso oval na porção central, semelhante a vaso, comprimindo a bexiga. Já a tomografia computadorizada com contraste e reconstrução tridimensional demonstrou uma imagem compatível com pseudoaneurisma da artéria uterina direita. **Discussão:** O PAU é uma complicação rara que ocorre tardiamente em cirurgias pélvicas. Sua etiologia está ligada a lesão vascular causada por traumas locais. Ao se realizar procedimentos como cesariana e cirurgias abortivas, pode ocorrer laceração da íntima de vasos, que extravasam sangue para os tecidos circunjacentes formando uma bolsa perivascular que se comunica com o vaso lesado. Dependendo da pressão intramural e do tamanho desta coleção sanguínea, pode haver ruptura deste pseudoaneurisma. Os principais sintomas apresentados pelas pacientes são dor pélvica, metrorragia ou hemorragias intensas tardiamente no pós-parto. O exame de imagem padrão ouro para o diagnóstico é a arteriografia. Outro método eficaz é a ultrassonografia com Doppler, com sensibilidade e especificidade de 95%. O tratamento de escolha é a embolização da artéria, procedimento com baixos riscos, altos índices de controle das hemorragias e conservação da fertilidade.

–442–

ASPECTOS RADIOLÓGICOS DA DOENÇA DE CROHN NA ENTEROTOMOGRAFIA.

Gustavo Bittencourt Camilo; Celso Estevão de Oliveira; Dequitier Carvalho Machado; Letícia da Silva Lacerda; Úrsula David Alves; Mauricio Rodrigues Freitas; Rodrigo Lucas Passos de Souza; Romulo Varella de Oliveira.

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

E-mail: gustavoscamil@hotmail.com.

A doença de Crohn é uma doença inflamatória sistêmica crônica que faz parte do grupo das doenças inflamatórias intestinais. São característicos o padrão segmentar e a possibilidade do envolvimento de todo o trato gastrointestinal, com predileção pelo intestino delgado, particularmente o íleo terminal, e o cólon ascendente. Um problema comumente enfrentado no seguimento dos pacientes acometidos pela doença é a grande dificuldade para detecção do envolvimento do intestino delgado, sobretudo de jejuno e íleo, a partir de métodos endoscópicos, como a colonoscopia, grande parte pelo grande comprimento deste segmento intestinal, e radiológicos clássicos, como o enema opaco e a enterografia, pela interposição de alças. Além disso, esses métodos fornecem apenas dados relacionados com alterações superficiais na mucosa do segmento envolvido, não permitindo a avaliação adequada de achados intramurais e extraluminais. Diante destas limitações, a enterografia por tomografia computadorizada ou enterotomografia (entero-TC) vem se tornando a principal alternativa na avaliação do envolvimento do intestino delgado. Os aparelhos de tomografia multidetectores trouxeram grandes avanços quanto à resolução espacial das imagens e, juntamente com boas técnicas de distensão luminal através do uso de agentes de contraste negativo, permitem a identificação de achados de comprometimento pela atividade da doença, bem como de alterações relacionadas a alterações fibróticas ou de complicações. Além do conhecimento dos protocolos utilizados para aquisição de imagens utilizando a técnica de entero-TC, é fundamental que os radiologistas estejam aptos a identificar os principais achados encontrados no envolvimento gastrointestinal pela doença de Crohn. Foram analisados, retrospectivamente, dez pacientes portadores de doença de Crohn submetidos a estudos de entero-TC em aparelho multidetector de 64 canais com uso de solução de polietilenoglicol como contraste oral negativo, realizados em hospital-escola no Rio de Janeiro, oito deles apresentando dados típicos de envolvimento do intestino delgado pela doença. Serão descritos os principais achados decorrentes do processo inflamatório agudo, como espessamento parietal, estratificação das camadas, densificação e proliferação da gordura do mesentério e ingurgitamento vascular, bem como de alterações fibróticas, com perda da estratificação das camadas e estenoses, além da ocorrência de complicações, incluindo obstrução intestinal e formação de fístulas e abscessos.

–443–

DIAGNÓSTICO TOMOGRÁFICO COMPUTADORIZADO DE CORPO ESTRANHO LOCALIZADO NO CÓLON E DE APARÊNCIA NÃO USUAL: RELATO DE CASO.

Paula Terra Martins Almeida Amaral¹; Ana Maria Magalhães Valle Cundari¹; Carlos Eduardo Franco Loiola²; Mario Marcos Lukschal Barbosa³; Wilson Campos Tavares Junior⁴; Breno Rabelo Carvalho Silva¹; Mauro Castro Carvalho¹.

¹ Universidade de Itaúna – Itaúna, MG; ² Hospital Manoel Gonçalves –

Itaúna, MG; ³ Hospital São José – Conselheiro Lafaiete, MG; ⁴ Hospital das Clínicas da UFMG – Belo Horizonte, MG, Brasil.
E-mail: paulaterramartins@hotmail.com.

Introdução: Apresenta-se caso clínico de corpo estranho (CE) de características não usuais à tomografia computadorizada multidetectores (TC), originando perfuração intestinal da transição dos cólons descendente e sigmoide e hipótese clínica de diverticulite. O estudo tomográfico computadorizado foi decisivo para determinar tanto o diagnóstico quanto o tipo de CE ingerido. Cerca de 80% dos CEs ingeridos não causam intercorrências, sendo eliminados em torno de uma semana e raramente originam perfuração (1%). A impactação é mais frequente nos dois terços inferiores do esôfago, seguido do estômago e da faringe. Duodeno e válvula ileocecal são acometidos em 2% dos casos. A real incidência de CE no intestino grosso é difícil de ser avaliada devido às características anatômicas. Os CEs mais encontrados são espinhas de peixe (27%), ossos bovinos (23%), moedas (12%), ossos de galinha (4%) e outros (8%). **Descrição:** Paciente masculino, 36 anos, apendicectomizado e queixando dor abdominal difusa com 11 dias de evolução. Relatou piora recente da dor e localização na fossa ilíaca esquerda (FIE), associada a febre e hiporexia. Apresentou hemograma com leucocitose discreta sem desvio à esquerda e exame de urina rotina normal. Ao exame físico, apresentou-se estável, abdome doloroso em FIE e piora à descompressão. Aventura suspeita de diverticulite, foi iniciada antibioticoterapia (ciprofloxacina) e submetido a TC de abdome e pelve, que mostrou sinais compatíveis com CE. Questionado pelo radiologista, o paciente relatou ingestão de peixe próximo ao início dos sintomas. Foi realizada TC de peixe *Hoplias malabaricus* para comparação de suas características radiológicas com as do CE identificado. O paciente se manteve estável e optou-se por tratamento clínico sem intervenção cirúrgica. **Discussão:** Ao contrário das alterações esperadas à TC no quadro de diverticulite, o exame mostrou aumento heterogêneo e irregular da densidade do tecido adiposo pericólico na borda mesentérica da transição dos cólons descendente e sigmoide, onde foi observada estrutura linear de coeficientes de atenuação intermediários entre tecido adiposo e água, associado a mínima quantidade de ar no tecido pericólico espessado, e interpretado como CE. As características analisadas do CE (hipodensidade; forma retilínea; 4,3 cm de comprimento e 0,3 cm de espessura) não foram compatíveis à TC do peixe. Portanto, dentre outras possibilidades, foi sugerida ingestão de CE de madeira (palito de dente), principalmente devido às dimensões e configuração apresentadas. A densidade se mostrou compatível apenas quando uma nova série de imagens tomográficas computadorizadas foi realizada, incluindo palitos em seu estado natural (secos) e hidratados em graus variáveis. **Conclusão:** O diagnóstico de perfuração intestinal por CE está relacionado à experiência do radiologista, tornando-se desafiante devido às densidades e dimensões variáveis e ainda podendo ser ocultado por conteúdo intestinal, ar ou fluidos superpostos.

–447–

ABDOME AGUDO: COMO O USO DO CONTRASTE VENOSO NOS EXAMES DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PODE AJUDAR NO DIAGNÓSTICO E NO PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO?

Marcelo Pereira Chaves; Marcio Naylor D'Avila Garcez; Beatriz da Cunha Raymundo.

Hospital Estadual Carlos Chagas – Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
E-mail: beatrizray@gmail.com.

A dor abdominal é uma das principais causas de atendimento em serviços de emergência. A sua avaliação pode ser um desafio, já que

muitas vezes os sintomas dos pacientes são inespecíficos e o exame físico pode não identificar a etiologia da dor com precisão. Nesta avaliação, o uso tomografia computadorizada com contraste venoso pode ser fundamental tanto no diagnóstico quanto nas informações adicionais que podemos oferecer ao médico assistente para que seja tomada uma conduta, seja clínica ou cirúrgica. O nosso objetivo é realizar uma revisão sobre a avaliação da dor abdominal na emergência, incluindo uma análise sobre como o uso do contraste venoso pode ser útil na decisão da conduta clínica ou cirúrgica, como, por exemplo, a escolha do melhor método de acesso à cavidade, definições anatômicas para evitar iatrogenias, entre outros, mostrando casos em que a utilização do contraste venoso foi importante não somente no diagnóstico, como também no planejamento terapêutico, na identificação de complicações relacionadas à doença de base e na condução da abordagem nos casos cirúrgicos.

–454–

ABDOME AGUDO NA GESTAÇÃO POR PERFURAÇÃO DO DIVERTÍCULO DE MECKEL: UM RELATO DE CASO.

Lucia Antunes Chagas¹; Dequitier Carvalho Machado¹; Gustavo Bittencourt Camilo¹; Celso Estevão de Oliveira¹; Carlos Alberto Basílio de Oliveira²; Mauro Freire³; Luciana Nogueira de Araújo¹; Heloísa Maria Pereira Freitas³.

¹ Hospital Universitário Pedro Ernesto-HUPE/UERJ – Rio de Janeiro, RJ; ² Laboratório Bioneo – Duque de Caxias – RJ; ³ Hospital de Clínicas Mário Lioni – Duque de Caxias, RJ, Brasil.
E-mail: gustavoscamillo@hotmail.com.

O divertículo de Meckel é a anomalia congênita mais comum do trato gastrointestinal, ocorrendo em 2% a 3% da população. É um divertículo verdadeiro, que pode conter mucosas intestinal, gástrica, entre outras. Localiza-se no bordo antimesentérico do íleo e em 75% dos casos está a 100 cm da válvula ileocecal. O divertículo é geralmente assintomático, sendo na maioria das vezes diagnosticado devido às suas complicações, as quais são mais comuns no sexo masculino e na infância e incluem, mais frequentemente, hemorragia (32%), diverticulite (22%), obstrução intestinal (35%), perfuração (1%), além de outras como úlcera péptica, inversão diverticular, intussuscepção, volvo, torção, enterite, neoplasia de divertículo. A perfuração é complicação rara que se manifesta através de quadro clínico de abdome agudo, e destaca-se, entre suas causas: diverticulite, trauma, ulceração, tumor ou lesão por corpo estranho. O abdome agudo durante a gestação tem, como suas principais causas, complicações obstétricas. As causas não obstétricas, além de raras, são de difícil diagnóstico clínico, principalmente pelo aumento do volume uterino e distorção da anatomia local. Entre as suas causas mais comuns encontram-se apendicite aguda, doença biliar, obstrução intestinal, pancreatite e trauma. Apresentamos o caso de uma gestante de 34 semanas, com dor abdominal de início agudo, primariamente diagnosticada e tratada como infecção do trato urinário, que evoluiu com piora da dor e distensão abdominal importante. Tomografia computadorizada de abdome e pelve revelou acentuada distensão do estômago e alças de intestino delgado, com níveis hidroaéreos, pneumatose intestinal além de pneumoperitônio. A paciente foi submetida a laparotomia exploradora com identificação de peritonite fecal e estrutura tubular em fundo cego com área de perfuração, sugestiva de divertículo de Meckel, cujo diagnóstico foi confirmado por exame histopatológico. Foi procedida cesariana de urgência, com retirada do feto em boas condições clínicas. A paciente foi encaminhada ao centro de terapia intensiva, desenvolveu quadro de choque séptico de origem abdominal, e recebeu alta uma semana depois.

–458–

URETERITE CÍSTICA, COMPLICAÇÃO INCOMUM DE LITÍASE URINÁRIA, PORÉM COM ASPECTOS IMAGINOLÓGICOS CARACTERÍSTICOS: RELATO DE CASO.

Lucas Tadeu Oliveira Menezes Macêdo; Rodolfo Elias Diniz Silva de Carvalho; Carolina Corcino Maia; Liliana Prata Souza; Érika Martins Baima; Ana Luiza Corcino Maia; Richard Volpato; Francisco Homero Coelho.

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

Mulher, 30 anos, com história nefrolitíase há três anos, procedimento cirúrgico prévio nas vias urinárias, encaminhada pelo urologista para investigação tomográfica de cólica renal. Tomografia computadorizada (TC) de abdome evidenciou cálculos coraliformes preenchendo a pelve e os grupamentos calicinais do rim direito, com dilatação calicinal, sobretudo no terço renal superior. Observaram-se ainda pequena dilatação e discreto espessamento da pelve renal e dos terços superior e médio do ureter direito, com múltiplos diminutos focos de falha de enchimento no ureter. Os achados tomográficos caracterizaram presença de ureterite cística. Ureterite cística é uma rara entidade benigna de origem inflamatória, caracterizada por múltiplos e pequenos defeitos císticos na superfície do ureter. Histologicamente se manifesta como áreas de metaplasia e invaginação do urotélio, formando os ninhos de Von Brunn, que com o contínuo estímulo inflamatório apresenta uma degeneração líquida e evolui para sua forma visível, o cisto maduro. Está associada a irritação crônica, tendo como principais causas nefrolitíase e infecções do trato urinário. Tuberculose e esquistossomose também foram descritas como causas. Há relatos de caso que associam a hemorragia induzida por medicamento ou por choque séptico como outras possíveis causas. Acomete a maioria das vezes a população adulta e é geralmente assintomática, sendo um achado em exames radiológicos ou endoscópicos, porém infreqüentemente associada a complicações como cólica renal, hematúria, hidronefrose e calcificação. Radiologicamente se apresentam como áreas numerosas e pequenas (2–3 mm) de falhas de enchimento, císticas, bem definidas, com aparência hemisférica, que podem ocorrer em qualquer parte do urotélio, mas predominando no terço superior do ureter, geralmente unilaterais, mas com casos bilaterais freqüentemente descritos. Entre os diagnósticos diferenciais estão incluídos cálculos radiolúcidos, bolhas de ar, carcinoma de células transicionais, metástases, fibrose e pólipos. Quando a imagem não é conclusiva, deve ser usada a ureteroscopia com biópsia para estudo anatomopatológico. Seu tratamento consiste na eliminação do processo inflamatório causador.

–462–

DIVERTICULITE AGUDA COMPLICADA: QUANDO INDICAR A DRENAGEM PERCUTÂNEA GUIADA POR IMAGEM? – ENSAIO PICTÓRICO.

Janaina Johnsson¹; Alexandre Fligelman Kanas²; Bruno Barcelos da Nóbrega¹; Luiz Carlos Donoso Scoppetta¹; Hugo Alexandre Sócrates de Castro¹; Raphael Sandes Solha¹; Frederico Rocha Henriques Ramos¹; Ricardo Miguel Costa de Freitas¹.

¹ Hospital São Camilo – São Paulo, SP; ² Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: janainajohnsson@hotmail.com.

Introdução: A drenagem percutânea de abscessos abdominais e pélvicos é uma opção terapêutica na abordagem de pacientes com diverticulite aguda complicada. Os métodos de imagem mais utilizados para orientação da drenagem percutânea são a ultrassonografia e a

tomografia computadorizada. As vias mais comuns de acesso percutâneo são: a transabdominal anterior e lateral, a transglútea ou a transvaginal. **Objetivos:** Descrever os achados tomográficos da diverticulite aguda complicada e dos seus diagnósticos diferenciais em nove pacientes submetidos a drenagem percutânea de coleções abdominais e pélvicas, entre fevereiro e julho de 2013 pela equipe de radiologia intervencionista da instituição. **Discussão:** A drenagem percutânea guiada por imagem promove redução parcial ou total do tamanho do abscesso peridiverticular com diâmetro maior do que 4 cm em pacientes com diverticulite aguda complicada (estágio II da classificação de Hinchey). Este procedimento minimamente invasivo é parte integrante da terapêutica da diverticulite aguda e permite ao cirurgião a programação de um procedimento eletivo, em tempo único, com menor morbidade em relação aos procedimentos cirúrgicos de emergência. **Conclusão da apresentação:** Ao radiologista é importante identificar os critérios imaginológicos da diverticulite aguda complicada e de seus diagnósticos diferenciais. Tais critérios auxiliam no reconhecimento do melhor momento para indicar a drenagem percutânea guiada por imagem.

–479–

DIVERTÍCULO VESICOURACAL DIAGNOSTICADO POR URETROCISTOGRAFIA RETRÓGRADA/MICCIONAL: RELATO DE CASO.

Geraldo Souza Pinho Alves; Renato Norberto Zangiacomo; Rodrigo Valadão Negri; Danilo Monteiro de Melo Henklain; Matheus Lobo Camilo; Cecília Peçanha Bogado Fassbender; Renato de Nova Friburgo Caggiano; Gladstone Mattar.

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

E-mail: pinho_alves@hotmail.com.

Introdução: O objetivo deste relato é descrever um caso de divertículo vesicouracal diagnosticado por ureterocistografia retrógrada e miccional. As imagens foram revisadas a partir do arquivo digital de imagens. Obteve-se a autorização do paciente para utilizá-las no relato. **Descrição sucinta:** Paciente de 82 anos, sexo masculino, apresentou queixa de disúria e hematúria. Portador de aumento do volume prostático. Foi submetido a ureterocistografia retrógrada e miccional, que evidenciaram presença de saculação/divertículo em parede anterossuperior da bexiga, sugestiva de remanescente do úraco. **Discussão resumida:** O úraco é uma estrutura da linha média do abdome, extra-peritoneal, que se estende da cúpula anterior da bexiga até o umbigo. É um remanescente do alantóide, que se não envolver adequadamente poderá causar transtornos congênitos ou adquiridos que não são freqüentes. Pode manifestar-se com sinais e sintomas inespecíficos abdominais e urinários, levando a um diagnóstico clínico e de imagem difícil. As anomalias do úraco se dividem em: patência do úraco (50%), cisto uracal (30%), seio do úraco (15%) e divertículo vésico-uracal (5%). No caso específico de divertículo vesicouracal, o úraco se comunica com a cúpula da bexiga. As complicações mais freqüentes são as infecções. Na quase totalidade dos casos, é necessária a correlação com a anatomopatologia e deve-se proceder a sua ressecção, devido ao risco de desenvolvimento de neoplasia. As neoplasias são raras e em 90% são adenocarcinomas que se originam da extremidade da bexiga e crescem para o espaço perivesical, levando muitas vezes à dúvida diagnóstica com neoplasia primária de bexiga.

–484–

CORRELAÇÃO RADIOLÓGICO-ENDOSCÓPICA DE FÍSTULA BILIO-ENTÉRICA MÚLTIPLA: RELATO DE CASO.

Daniel Macedo Severo de Lucena; Eduardo Just Costa Silva; Elaine Fernanda Tavares de Souza; Marina Feitosa Soares; Laécio Leitao

Batista; Eolo Santana Albuquerque; Bruno Perez Guedes Pereira; Luana Barros de Lima.

Universidade Federal de Pernambuco – Recife, PE, Brasil.

E-mail: marinafsoares@hotmail.com.

Introdução: A utilização de métodos de imagem para colelitíase e suas complicações tem melhorado dramaticamente a resolução de casos complexos. A ultrassonografia é o método de escolha para detecção de cálculos de vesícula biliar. Apesar de a colelitíase habitualmente não desenvolver sintomas ou complicações, a cólica biliar, quando ocorre, é devida à obstrução transitória do ducto cístico pelo cálculo. No entanto, complicações podem ocorrer, como colecistite, pancreatite, duodenite, síndrome de Mirizzi, além perfuração vesicular com consequente fístula entérica por necessidade. **Relato de caso:** Mulher, 79 anos, com história de náuseas, constipação e dor em baixo ventre há 15 dias, que se localizou na fossa ilíaca esquerda há 7 dias. Estudo tomográfico mostrou vesícula biliar de paredes espessadas e líquido pericolecístico, contendo gás em seu interior, notando-se dois trajetos fistulosos comunicando-a com flexura hepática do cólon e segunda porção do duodeno. Também havia aerobilia e material com atenuação de partes moles de morfologia arredondada ocupando e distendendo a luz do segmento proximal do cólon sigmoide. Seguiu-se a investigação com ultrassonografia, que evidenciou nódulo ecogênico com sombra acústica posterior na topografia do cólon sigmoide, sugestivo de cálculo. A partir deste resultado, sugeriu-se a complementação diagnóstica com endoscopia digestiva alta e colonoscopia. A primeira evidenciou orifício fistuloso com saída de secreção esverdeada e fecaloide, e na segunda não houve progressão do aparelho, sendo o fator obstrutivo um cálculo biliar que ocluía mais de 90% do lúmen colônico na topografia do sigmoide. **Discussão:** Colelitíase pode complicar com fístula bilioentérica. Esta perfuração pode ser classificada em três tipos: perfuração aguda para dentro da cavidade peritoneal, subaguda com abscesso pericolecístico (forma mais comum), e crônica com fístula colecistoentérica. Mais comumente, as fístulas ocorrem do fundo vesicular para o duodeno, porém vários trajetos são possíveis. Este relato descreve, pois, dois trajetos fistulosos – duodeno e flexura hepática – em um mesmo paciente. A ultrassonografia é um método pouco explorado pelos clínicos para estudo do tubo digestório, apesar da ampla literatura dando suporte a essa aplicação. Espessamentos parietais, alterações do peristaltismo e compressibilidade, bem como avaliação dos parâmetros dopplervelocimétricos, são ferramentas poderosas para o diagnóstico de doenças do tubo digestório. Na ultrassonografia e tomografia computadorizada, um defeito focal na parede é o achado mais específico para perfuração, mas não é sempre visualizado. Este caso ilustra uma situação incomum na qual a ultrassonografia foi utilizada para caracterizar uma lesão intraluminal que se mostrava inespecífica na tomografia.

–485–

DOENÇA DE VON HIPPEL-LINDAU COM VOLUMOSO CISTO PANCREÁTICO E HEMANGIOBLASTOMAS CEREBELAR E ESPINHAL.

Bruno Perez Guedes Pereira; Eduardo Just Costa Silva; Eolo Santana Albuquerque; Laecio Leitao Batista; Marina Feitosa Soares; Luana Barros de Lima; Daniel Macedo Severo de Lucena; Anne Elise Nogueira Gadelha.

Universidade Federal de Pernambuco – Recife, PE, Brasil.

E-mail: marinafsoares@hotmail.com.

Introdução: A doença de Von Hippel-Lindau (dVHL) é um transtorno hereditário raro de transmissão autossômica dominante provo-

cado por mutações no gene VHL e caracterizado pela presença de lesões císticas e tumorais acometendo múltiplos órgãos, como fígado, pâncreas, rins, retina, cerebelo e medula. **Relato de caso:** Mulher de 62 anos de idade, apresentou quadro de dor e distensão abdominais progressivas num período de seis anos, agravando-se há dois meses. Foi submetida a tomografia computadorizada com contrastes intravenoso e oral, que evidenciou cistose pancreática difusa, incluindo um volumoso cisto na cabeça do pâncreas. Além disso, identificou-se um nódulo hipervascular intradural no nível de L2, sugestivo de hemangioblastoma medular. Posteriormente, uma ressonância magnética do neuroeixo e do abdome confirmou tais achados e também flagrou uma segunda lesão sugestiva de hemangioblastoma, situada no hemisfério cerebelar esquerdo. Foi realizada punção do maior cisto pancreático, com alívio dos sintomas. A análise do material demonstrou baixos níveis de amilase e CEA. **Discussão:** As lesões típicas da síndrome incluem hemangioblastomas de retina e do sistema nervoso central, além de carcinoma de células renais, feocromocitomas e cistos pancreáticos. Os exames de imagem têm um papel fundamental no acompanhamento das lesões e na determinação do seu risco de malignização. Os critérios diagnósticos da dVHL são: mais de um hemangioblastoma do sistema nervoso central, a presença simultânea de um hemangioblastoma de sistema nervoso central e uma manifestação visceral da doença, ou a presença de qualquer manifestação da doença em pacientes com história familiar positiva.

–489–

SINDROME DE RENDU-OSLER-WEBER.

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.luizotavio@gmail.com.

A telangiectasia hemorrágica hereditária, ou síndrome de Rendu-Osler-Weber, é uma rara displasia fibrovascular, sistêmica, que tem como defeito básico uma alteração da lâmina elástica e camada muscular da parede dos vasos sanguíneos, o que torna a parede vascular vulnerável a traumatismos e rupturas, provocando sangramentos em pele e mucosas. Apresenta herança autossômica dominante. A doença apresenta transmissão autossômica dominante, embora, em cerca de 20% dos casos, não exista histórico familiar. A sua incidência na população é de 1-2/100.000 e possui distribuição homogênea entre raça e sexo. É caracterizada por epistaxes de repetição, telangiectasias mucocutâneas, malformações arteriovenosas viscerais e história familiar positiva. A epistaxe costuma ser a primeira e a principal manifestação. Está associada a malformações arteriovenosas em vários órgãos. São possíveis complicações hematológicas, neurológicas, pulmonares, dermatológicas e de trato gastrointestinal. A terapia é de suporte e de prevenção de complicações. O diagnóstico é feito seguindo os critérios de Curação: telangiectasias em face, mãos e cavidade oral; epistaxes recorrentes; malformações arteriovenosas com comprometimento visceral; histórico familiar. O diagnóstico é confirmado na presença de pelo menos três destas manifestações. **Relato de caso:** Paciente de 23 anos de idade, sexo masculino, faiodermo. Após realizar radiografia de tórax, evidenciando nódulos pulmonares bilateralmente, procurou serviço de imagiologia para complementar e investigar achados posteriores. Atualmente está em acompanhamento multidisciplinar (clínica médica e otorrinolaringologia). Ainda foi evidenciada, ao exame físico, a presença de hemangiomas faciais e em membros superiores (telangiectasias).

–490–

PNEUMATOSE INTESTINAL.

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.luizotavio@gmail.com.

Pneumatose intestinal é uma condição mórbida rara, que se constitui pela presença de gás no interior da parede intestinal. Sua incidência é desconhecida, pois a maioria dos pacientes apresenta-se sem sintomas clínicos, mas em outros, pode significar condição clínica grave, como isquemia intestinal, e exigir tratamento agressivo de emergência. Pode ser encontrada tanto em crianças quanto em adultos, porém a maioria dos casos em crianças é secundária a enterocolite necrotizante, doença que se apresenta com alta mortalidade. A patogênese não é claramente conhecida, no entanto, o caráter multifatorial é sugerido, incluindo causas mecânicas, infecciosas e autoimunes. O diagnóstico pode ser estabelecido por exames de imagem, como radiografia simples, estudo contrastado, ultrassonografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética e colonoscopia. Em relação às complicações, essas ocorrem em aproximadamente 3% dos pacientes, incluindo obstrução intestinal, vôlvulo, intussuscepção, perfuração e hemorragia. A experiência com a pneumatose intestinal permite a identificação de grupos clínicos de pacientes em que a lesão surge de forma espontânea e para a qual o tratamento é conservador; em outros grupos a etiologia da doença pode ser determinada e, nesses, o prognóstico é mais reservado. Por fim, em pacientes assintomáticos o tratamento conservador deve ser instituído, por outro lado, nos casos de perfuração intestinal, isquemia do segmento cólico comprometido e obstrução intestinal o tratamento cirúrgico deve ser ponderado. **Relato de caso:** Paciente de 48 anos, sexo feminino, faioderma, natural de Contagem, MG, queixando-se dor abdominal difusa inespecífica de moderada intensidade, com aumento de proteína C reativa, submetida a investigação propedêutica do aparelho digestivo com endoscopia digestiva alta e baixa, antes de realizar exames de imagens complementares.

–498–

TROMBOSE PORTAL APÓS ESPLENECTOMIA.

Camila Bohrer Bolsson; André Frizon; Paulo Rogério Novack; Marcelo Demamann Andres.

Hospital de Caridade de Ijuí – Ijuí, RS, Brasil.
E-mail: camilabolsson@hotmail.com.

Introdução: A veia porta é responsável por 60% a 70% do fluxo sanguíneo hepático e sua obstrução por trombo é a principal causa de hipertensão portal pré-hepática. As principais causas de trombose da veia porta (TrVP) são: cirrose (25%), síndrome de Banti, sepse intra-abdominal, doenças trombogênicas, incluindo tromboses pós-cirúrgicas, trauma e pancreatite. A TrVP após esplenectomia é um evento raro, com uma incidência de 0,2% a 6%, sendo mais comum nas doenças hematológicas preexistentes. O objetivo deste estudo é relatar o caso de TrVP após esplenectomia em paciente com anemia hemolítica. **Descrição do relato de caso:** Paciente de 20 anos, portador de anemia hemolítica autoimune, foi submetido a esplenectomia por refratariedade ao tratamento clínico. No 11º dia pós-operatório evoluiu com dor abdominal em hipocôndrio direito irradiada para dorso e testículos. Foi realizado ultrassom (US) de abdome, que demonstrou veia porta levemente ectásica com material ecogênico no seu interior, sem vascularização ao estudo Doppler e mínima ascite. Para melhor avaliação por imagem, optou-se pela realização de angiotomografia (TC), que

evidenciou veia porta no limite superior da normalidade apresentando trombo mural fixo ao longo de toda sua extensão, desde o coto cirúrgico até a porção intra-hepática, compatível com trombose aguda maciça. Observou-se também leve edema nas regiões centrais do parênquima hepático, principalmente para-hilar. Após o diagnóstico, o paciente foi anticoagulado e permanece sintomático até o 21º dia de pós-operatório. **Discussão:** A fisiologia da TrVP após esplenectomia não é totalmente esclarecida, mas acredita-se que tenha relação com a hipercoagulabilidade e estase do sistema esplenoportal. Pode surgir a partir de seis dias até três anos após a cirurgia, manifestando-se por dor abdominal com ou sem febre. Estudos da literatura sugerem considerar como rotina o uso do US Doppler no pós-operatório desses pacientes, sendo considerado o método de escolha na avaliação (90% de sensibilidade e especificidade). A TC e a ressonância magnética são úteis no estudo das colaterais portossistêmicas. Ao US, identifica-se material ecogênico na luz da veia porta, podendo ser, de acordo com seu estágio evolutivo, anecoico ou hipocicoico quando recentes ou hiperecoico quando antigo. Ao Doppler colorido, a trombose se apresenta como falha parcial ou total de enchimento da cor, e ausência de fluxo ao Doppler espectral. Desta forma, a suspeita clínica de TrVP deve ser considerada para os pacientes com doenças hematológicas submetidos a esplenectomia, sendo que alguns autores propõem US de rotina para esses pacientes no pós-operatório, pois uma vez que o diagnóstico é identificado, a trombólise ou terapia anticoagulante são obrigatórias.

–499–

TORÇÃO DE DIVÉTICULO DE MECKEL NO ABDOME AGUDO.

Camila Bohrer Bolsson; André Frizon; Paulo Rogério Novack; Marcelo Demamann Andres.

Hospital de Caridade de Ijuí – Ijuí, RS, Brasil.
E-mail: camilabolsson@hotmail.com.

Introdução: O divertículo de Meckel é a anomalia congênita mais comum do trato gastrointestinal, resultante da falha na regressão ou absorção incompleta do ducto onfalomesentérico. Está presente em 2% a 3% da população, com a mesma frequência em ambos os sexos, porém as complicações são mais comuns em pacientes do sexo masculino e com menos de 10 anos de idade. O objetivo deste estudo é descrever os achados clínicos e de imagem em um paciente com quadro de obstrução intestinal por torção do divertículo de Meckel. **Descrição do relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 9 anos, chegou à emergência do Hospital de Caridade de Ijuí por dor abdominal difusa, náuseas e vômitos há três dias, sem febre. Exames laboratoriais sem alterações significativas. Realizada ultrassonografia (US) abdominal, que evidenciou: acentuada distensão líquida de alças de delgado; edema da gordura mesentérica e linfonodomegalias na fossa ilíaca direita; e líquido livre em moderada quantidade no abdome; o apêndice cecal não identificado. Optou-se pela realização de tomografia computadorizada (TC) com contraste, que demonstrou: dilatação de alças de delgado com níveis hidroaéreos e alguns focos de gás intraparietal; pequeno segmento de íleo distal com calibre preservado; na fossa ilíaca direita, local de obstrução do intestino delgado, observaram-se densificação da gordura mesentérica e linfonodomegalias; e líquido livre na cavidade abdominal. Diante do diagnóstico de abdome agudo obstrutivo, foi realizada laparotomia, que identificou obstrução intestinal por torção do divertículo de Meckel. Procedeu-se a retirada do divertículo e apendicectomia. **Discussão:** O divertículo de Meckel é sintomático em apenas 25% dos casos, mais frequentemente relacionado a hemorragia secundária a úlcera péptica (mucosa gástrica heterotópica), seguida de obstrução intestinal. Nos exames de imagem aparece como uma estrutura tubular em fundo cego que se comunica com o lúmen intes-

tinal no quadrante inferior direito, podendo conter em seu interior líquido, ar, enterólitos ou material fecal. A TC tem grande valor na avaliação de pacientes com obstrução intestinal, embora nem sempre possa determinar a causa, pois os achados são superponíveis às demais causas obstrutivas, entre elas as aderências intestinais. A ressecção laparoscópica na maioria das vezes é eficaz e menos invasiva do que a laparotomia tradicional. Desta forma, o diagnóstico pré-operatório de um divertículo de Meckel complicado pode ser um desafio, pois seus achados clínicos e de imagem podem coincidir com outras causas inflamatórias/obstrutivas do abdome, por isso o conhecimento das características embriológicas, clínicas e radiológicas pode auxiliar no diagnóstico precoce e orientação terapêutica.

–506–

SÍNDROME HETEROTÁXICA (ISOMERISMO ESQUERDO).

Daniel Goulart Morais; Heloisa Ramos; Nicolí Martina Testoni; Guilherme Beduschi; Jaqueline Hoffmann.

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

E-mail: danielm042@hotmail.com.

Relato de caso de uma paciente de 63 anos que compareceu ao serviço de radiologia para estadiamento de neoplasia de esôfago para realização de exame de tomografia computadorizada de tórax e abdome. Observou-se posição anômala dos órgãos sólidos, alteração na morfologia dos pulmões, além de variantes dos vasos. O fígado localizava-se na linha média, o fundo gástrico no hipocôndrio direito. O baço era formado por inúmeros nódulos (poliesplenismo) e localizava-se no hipocôndrio direito. A veia cava inferior localizava-se à esquerda da aorta e continuava-se através da veia hemiázigos, sem se comunicar com as veias hepáticas. Os pulmões eram bilobados (isomerismo esquerdo), a veia subclávia direita apresentava trajeto retroesofágico e as artérias carótidas comuns originavam-se de ramo único. As síndromes heterotáxicas (ou *situs ambiguus*) compreendem as anormalidades no posicionamento visceral caracterizadas como uma variação entre o *situs solitus* e *situs inversus*. A proposta de divisão das síndromes heterotáxicas naquelas que envolvem asplenia (isomerismo direito) e poliesplenia (isomerismo esquerdo) pode se tornar complexa para o radiologista, uma vez que os espectros de alterações destes subtipos podem se sobrepor. A avaliação de critérios como a posição atrial, da drenagem venosa abaixo do diafragma em relação à linha média, da aorta em relação à linha média, a posição gástrica e a presença de má rotação, posição do fígado e vesícula biliar, do ápice cardíaco, além da presença, aspecto e número de baços são importantes na caracterização destas. Além disso, a presença de pulmões trilobados ou bilobados, incluindo a presença ou ausência de pequenas fissuras bilaterais, devem ser levadas em consideração. Embora reconhecida geralmente da infância, as síndromes heterotáxicas, quando não associadas a severas alterações cardíacas, podem ser descobertas na vida adulta como achado incidental. As alterações que caracterizam a síndrome heterotáxica associada a poliesplenismo (isomerismo esquerdo) e o seu reconhecimento são importantes para possíveis planejamentos cirúrgicos.

–512–

MUCOCELE DO APÊNDICE.

Bruno Nocrato Lolola; Clariana Mattos Lima; José Augusto Carvalho de Rezende.

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

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

Mucocele do apêndice é um termo usado para descrever a dilatação do apêndice vermiforme por acúmulo anormal de muco. São três causas principais: adenoma mucinoso do apêndice, adenocarcinoma do apêndice e hiperplasia focal ou difusa da mucosa com retenção de muco. É uma patologia rara, com incidência em apendicectomias de 0,1% a 0,4%. Há aumento da sua incidência a partir da sexta década de vida e maior frequência em mulheres. Pode ser resultante de estenose inflamatória (secundária a apendicite), carcinoma do apêndice e do ceco, fecalitos, endometrioma, pólipos e tumor carcinóide. Os sinais e sintomas são escassos, e por isso o diagnóstico é muitas vezes intraoperatório ou através de exploração radiológica acidental. O sintoma mais comum é a dor na fossa ilíaca direita, presente em até 64% dos pacientes, mas pode haver também massa palpável na fossa ilíaca direita, alterações do trânsito intestinal e anemia. Na suspeita de mucocele, a radiografia simples do abdome pode ser normal ou apresentar opacidade na fossa ilíaca direita, que pode estar circundada por calcificação (é rara, mas aumenta a especificidade do diagnóstico). No enema baritado há um não preenchimento do apêndice pelo meio de contraste e uma endentação medial sobre o ceco, sugerindo um processo extrínseco ou extramucoso. No ultrassom (US) e na tomografia computadorizada (TC) a mucocele tem aspecto variável, dependendo do seu conteúdo. Há distensão do apêndice com característica cística até lesão com densidade de partes moles na TC ou com conteúdo espesso, com *debris* e septos no US. A calcificação periférica ou no lúmen, se existir, é mais bem vista na TC. Na ressonância magnética, nas imagens ponderadas em T1, o conteúdo pode ter alto sinal. A importância do diagnóstico pré-operatório reside no fato de alertar o cirurgião para a manipulação cuidadosa da lesão, evitando a ruptura de uma mucocele, e assim o desenvolvimento do pseudomioma peritoneal. Tal complicação pode ocorrer no caso de mucocele maligna e consiste em resposta inflamatória severa e ascite, com péssimo prognóstico. O diagnóstico diferencial da mucocele deve ser feito com o cisto ovariano, hidrossalpinge, apendicite, abscesso abdominal, neoplasias císticas ovarianas, cistos de duplicação intestinal ou mesentéricos e os tumores mesenquimais. O tratamento consiste em apendicectomia se a lesão for benigna e hemicolecotomia direita, se maligna.

–544–

CISTO DO ÚRACO INFECTADO.

Aurelio Luis Zimmermann; Luis Fernando Schneider Camargo; Leonardo Valentim; Henrique Sandrini Cascaes; Jamile Leda Spessato; Jessica Raquel Holz.

Hospital Santa Isabel – Blumenau, SC, Brasil.

E-mail: luis_camargo2@hotmail.com.

Neste trabalho será relatado o caso de um paciente masculino de 23 anos, com quadro de dor abdominal de longa data, que veio ao nosso serviço realizar tomografia de abdome total. O exame demonstrou coleção com gás no interior localizada na linha média, em íntimo contato e sem planos de clivagem com o teto da bexiga, determinando espessamento dessa região, com trajeto que se dirigia para a cicatriz umbilical, sugestiva de cisto de úraco infectado. As anomalias congênitas do úraco são raras, com uma incidência de 2:300.000 em crianças e de 1:5.000 em adultos. O cisto forma-se quando o lúmen do úraco é preenchido e distendido por descamação epitelial e degeneração. Como existe frequentemente conexão com a bexiga, a infecção bacteriana pode ocorrer. Os cistos infectados são mais comuns no adulto, sendo o organismo responsável mais frequente o *Staphylococcus aureus*. O cisto do úraco infectado pode drenar para a bexiga ou para o umbigo, ou intermitentemente para ambos os lados, de que resulta o

chamado seio alternante. Esses cistos são mais comuns no terço inferior do úraco, junto à bexiga, e são habitualmente assintomáticos. A infecção constitui a complicação mais frequente, ocorrendo em 23% dos casos. As complicações do cisto do úraco infectado são: a) ruptura para os tecidos pré-peritoneais; b) ruptura para a cavidade peritoneal; c) envolvimento inflamatório do intestino adjacente e formação de fistula entérica; d) adenocarcinoma (complicação tardia). O diagnóstico diferencial entre adenocarcinoma do úraco e remanescente do úraco infectado é difícil. O adenocarcinoma do úraco é tipicamente silencioso, devido à sua localização extraperitoneal, até uma fase avançada de doença metastática ou de invasão local. O diagnóstico de cisto do úraco é dado por ecografia, tomografia computadorizada, ou cistoscopia. A ecografia, por si só, é diagnóstica em mais de 90% dos casos. Revela uma cavidade preenchida por líquido ao nível do hipogástrio na linha média. Os cistos do úraco infectados revelam espessamento da parede com componente de tecidos moles e ecogenicidade mista na ecografia. A tomografia computadorizada serve para delinear melhor a extensão e a relação do cisto com as estruturas vizinhas. A tomografia demonstra uma atenuação do conteúdo do cisto infectado maior do que a da água. A urografia intravenosa não é necessária para o diagnóstico, uma vez que a maioria destes pacientes não revela patologia urinária associada. A cistoscopia, pelo contrário, é útil no diagnóstico, visto que demonstra, habitualmente, uma área de mucosa eritematosa e edema ao nível da cúpula vesical. O caso exposto chama a atenção para uma patologia não muito frequente no dia-a-dia do radiologista, que pode passar despercebida pela sua clínica insidiosa. Através deste caso procurou-se mostrar os principais aspectos e características, tendo como objetivo facilitar seu diagnóstico no dia-a-dia do médico radiologista.

–569–

IMPORTÂNCIA DA SERIOGRAFIA NO PÓS-OPERATÓRIO DA CIRURGIA BARIÁTRICA.

Renato Norberto Zangiacomo; Danilo Monteiro de Melo Henklain; Demise Lucena Rodrigues; Fernando Rebechi; Tatiane Cantarelli Rodrigues; Sergio Elias Nassar De Marchi; Fernanda Sasaki Vergílio; Renato de Nova Friburgo Caggiano.

IASPE – São Paulo, SP, Brasil.

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

Introdução: A obesidade é problema mundial, com elevada taxa de prevalência em todas as idades. Com a baixa taxa de sucesso após medidas clínicas para a obesidade, os procedimentos cirúrgicos desempenham um importante papel neste contexto. Dentro da nomenclatura “cirurgia bariátrica” é englobada uma série de procedimentos como banda gástrica ajustável, gastroplastia vertical, gastroplastia com reconstrução em T de Roux (cirurgia de Fobi-Capella) e derivação biliopancreática com desvio duodenal (cirurgia de Scopinaro), cada qual com características radiológicas e complicações específicas. **Discussão:** O presente estudo tem como objetivo demonstrar as alterações anatômicas esperadas e possíveis complicações das principais técnicas cirúrgicas bariátricas através de revisão dos casos avaliados pela seriografia (esôfago-estômago-duodeno) no Departamento de Radiologia e Diagnóstico por Imagem dos autores. O estudo da seriografia é de grande auxílio no seguimento de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos do trato digestivo, mas para tal é necessário que o radiologista tenha conhecimento das técnicas cirúrgicas empregadas e saiba diferenciar as alterações esperadas das complicações comuns. **Conclusão:** Apesar do desenvolvimento de novos métodos de diagnóstico, o estudo da seriografia ainda é de grande auxílio no seguimento de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos do trato digestivo,

principalmente por ser um método de baixo custo, com menor dose de radiação comparado à tomografia computadorizada e poucas contra-indicações. Desta forma, é necessário que o radiologista tenha conhecimento das técnicas cirúrgicas empregadas e saiba diferenciar as alterações esperadas das complicações comuns.

–578–

O PAPEL DA ULTRASSONOGRAFIA PÓS-NATAL NOS DISTÚRBIOS DA DIFERENCIAÇÃO SEXUAL.

Bruna Flávia Campos Cesário; Paulo Marcus Vianna Franca; Ana Luiza Souza Lima; André Coelho Barros; Vinícius Alves de Lara dos Santos; Maria Francisca Tereza Freire Filgueiras; Reginaldo Figueiredo; João Paulo Kawaoka Matushita.

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

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

Os distúrbios da diferenciação sexual (DDSs) são caracterizados por desenvolvimento sexual atípico, causado por anormalidades cromossômicas, gonadais ou anatômicas da genitália e órgãos internos. Acometem cerca de 1% a 2% dos nascidos vivos, em variados graus, podendo ser reconhecidos na avaliação pré-natal, logo após o nascimento ou mais tardiamente. O desenvolvimento sexual normal envolve complexo mecanismo iniciado nos cromossomos, determinando o fenótipo masculino ou feminino, a partir de uma região chamada SRY, localizada no cromossomo Y, que estimula o desenvolvimento dos testículos. A produção de testosterona pelos mesmos estimula o desenvolvimento das estruturas de Wolff e o hormônio antimülleriano impede o desenvolvimento das estruturas femininas. A diferenciação masculina está completa por volta das 12 semanas de gestação, sendo seguida do desenvolvimento do pênis e da descida dos testículos para a bolsa escrotal. Embora haja controvérsia, o sexo feminino se desenvolve na falta desses fatores. A nova classificação dos DDSs da Sociedade Americana de Endocrinologia Pediátrica os divide em três grupos: anormalidades cromossômicas (numéricas), anormalidades 46,XY (desenvolvimento gonadal, testicular e/ou comprometimento da síntese/ação da testosterona) e anormalidades 46,XX (anormalidades gonadais ou excesso de estímulo androgênico). É importante salientar que há quase sempre sobreposição entre esses grupos. A apresentação clínica dos DDSs é variada e inclui neonatos que apresentam testículos não palpáveis bilateralmente, hipospádias, vagina curta com seio urogenital e hérnia inguinal com gônada em criança do fenótipo feminino. Em cerca de 4% a 7% desses bebês há genitália ambígua, sendo o sexo indeterminado ao nascimento. Crianças mais velhas podem apresentar ambiguidade genital, puberdade atrasada ou incompleta, virilização feminina e amenorreia primária. Deve-se sempre obter história familiar e obstétrica completa, incluindo exposição materna a drogas e toxinas. A avaliação ultrassonográfica é de extrema importância em todos os casos, pois permite localização e avaliação anatômica das gônadas. É de fundamental importância tentar caracterizar ovários, usualmente apresentando múltiplas estruturas císticas (folículos) e os testículos, estruturas ovoides, homogêneas, hipo ou hiperecoicas. A sua localização ectópica, na região inguinal, perineal ou anal, pode ajudar no diagnóstico. O útero deve ser avaliado e caracterizado, lembrando-se das alterações morfológicas normais da infância. Os rins e as adrenais podem apresentar alterações, vista a origem embriológica comum dessas estruturas. O diagnóstico final depende de características clínicas, laboratoriais e de imagem, sendo a determinação do sexo decidida em função dessas variáveis e com participação dos familiares na decisão. No presente trabalho discutiremos alguns casos de DDS, com ênfase na avaliação por ultrassom.

–587–

ANGIORRESSONÂNCIA MAGNÉTICA NAS ANOMALIAS VASCULARES ABDOMINAIS.

Adonis Manzella¹; Gustavo Vieira Andrade¹; Filipe Aragão Felix²; Gustavo Henrique Bezerra Avelino¹; Marina Feitosa Soares¹; Paulo Borba Filho¹.

¹ Universidade Federal de Pernambuco – Recife, PE; ² Instituto Materno-Infantil de Pernambuco – Recife, PE, Brasil.

E-mail: marinafsoares@hotmail.com.

O objetivo deste ensaio é discutir e ilustrar algumas alterações mais comuns, bem como condições raras envolvendo os vasos abdominais em que o diagnóstico foi possível através de angiorressonância magnética (ARM). Nas últimas décadas a ARM surgiu como uma técnica poderosa para avaliação de estruturas vasculares, propiciando angiogramas de alta qualidade, sobretudo nos casos de patologias de grandes vasos. A ARM com contraste é um procedimento relativamente não invasivo e seguro. Nesta exibição são demonstrados os achados de ARM em uma série de casos da experiência e arquivo próprio dos autores, incluindo estenose, displasia e aneurisma da artéria renal, aneurisma da aorta abdominal, dissecação aórtica, arterite de Takayasu, fístula mesentericoportal, atresia do segmento infrarenal da veia cava inferior e hipertensão porta. A ARM demonstrou ser útil na avaliação de patologias complexas da aorta abdominal, veia cava inferior, artérias renais, assim como da veia porta e da veia mesentérica, e uma crescente literatura reforça a sua eficácia comparada com a angiografia convencional, como nos casos ilustrados neste ensaio pictórico.

–611–

PATOLOGIAS AGUDAS DO CÓLON: ACHADOS TOMOGRÁFICOS DO CÓLON NA EMERGÊNCIA E SUAS COMPLICAÇÕES.

Lara Marinho Reis; André de Queiroz Pereira da Silva; Luiz Eduardo Barreto; Natalia Sacchi Camposana; Maria Eugenia Durante Areas; Monica Amadio Piazza Jacobs; Luiz Carlos Donoso Scopetta.

Hospital São Camilo – São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: dreqps@hotmail.com.

O diagnóstico diferencial de condições patológicas que afetam o cólon de maneira aguda é amplo, incluindo desde patologias benignas e autolimitadas, nas quais a intervenção cirúrgica pode não ser indicada, até doenças de alta morbimortalidade e que necessitam de cirurgia de urgência. Devido à variedade de diagnósticos com apresentações clínicas precoces similares, a utilização de métodos diagnósticos por imagem se faz necessária, na tentativa de determinar a etiologia precocemente, evitando complicações. A tomografia computadorizada de abdome é um método de imagem bastante utilizado na avaliação de pacientes com dor abdominal aguda, com boa acurácia e custo-benefício. Em relação às patologias agudas do cólon, apresenta boa sensibilidade na detecção de lesões e suas complicações. Apresentamos alguns casos de patologias agudas do cólon, diagnosticadas em exames de tomografia computadorizada multidetectores de 64 canais com protocolos variáveis de acordo com a hipótese diagnóstica, incluindo: neoplasia de cólon sigmoide com perfuração e pneumoperitônio, diverticulite aguda e suas complicações, síndrome de Ogilvie, colites, apendagite, tífite neutropênica, apendicites e fecaloma.

–614–

MULHER DE 61 ANOS COM ÍLEO BILIAR: RELATO DE CASO.

Renata Furtado Alencar; Érico Roberto Reis; Máira Falcão Poncell; Rainier Luz Reis.

Hospital Oswaldo de Freitas – Recife, PE, Brasil.

E-mail: ericoroberto@hotmail.com.

Introdução: Íleo biliar é uma causa incomum de obstrução intestinal mecânica, sendo responsável por 1% a 4% do total dos casos de obstrução intestinal. Trata-se de uma complicação de colecistopatia calculosa devido a uma comunicação anômala entre a via biliar e o trato gastrointestinal, com migração de um ou mais cálculos de grandes dimensões para os segmentos intestinais. Esse cálculo prossegue no trajeto intestinal até encontrar um ponto a partir do qual não consegue mais progredir, provocando obstrução. **Descrição do método:** Relatamos o caso de paciente do sexo feminino, 61 anos, com quadro de abdome agudo obstrutivo. À tomografia computadorizada (TC) de abdome total foi visualizadas fístula colecistoduodenal, aerobilia e impactione de cálculo biliar medindo aproximadamente 3 cm no íleo distal, ocasionando obstrução intestinal. A paciente foi submetida a enterectomia segmentar do íleo para retirada do cálculo. **Discussão:** Como achados radiológicos pode-se observar sinais de obstrução intestinal e o cálculo migrado na radiografia simples. Porém, a TC é o exame mais apropriado para investigar o local de obstrução intestinal, determinar a sua causa e revelar possíveis complicações. Além disso, um dos sinais da tríade de Rigler, a aerobilia, pode ser facilmente identificado na TC, assim como outros sinais de fístula colecistoentérica, geralmente associados a processo inflamatório de aspecto crônico. É mais comum a colecistite aguda ser complicada com fístula colecistoduodenal com migração de cálculo maior que 2 cm para o delgado e sua impactação na válvula ileocecal e obstrução intestinal. É mais prevalente em idosos, acometendo quatro mulheres para cada homem e de mortalidade elevada, especialmente pela faixa etária acometida e pelo diagnóstico difícil e tardio. **Conclusão:** O diagnóstico precoce do íleo biliar é relevante, pois se associa a altas taxas de morbidade e mortalidade, sendo seu tratamento eminentemente cirúrgico. Este caso ilustra uma etiologia incomum de obstrução intestinal, com o objetivo de atentar os radiologistas para este diagnóstico.

–634–

TROMBOSE DAS VEIAS PORTA, MESENTÉRICA SUPERIOR E ESPLÊNICA: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA.

Julian Catalan; Alcides Hiromitsu Yamakawa Junior; Dalton Wiggers Medeiros; Erick Janderson de Souza Alves; Luiz Fernando Bernadini Ulyssea; Renata Bussolo Heinzen; Luiz Pedro Souza Junior; Barbara Blaese Klitzke Boettger.

Hospital Santa Catarina – Blumenau, SC, Brasil.

E-mail: junioryamakawa@hotmail.com.

A isquemia mesentérica representa uma emergência cirúrgica, sendo o diagnóstico precoce um desafio clínico e radiológico. Tem como causas principais a embolia arterial cardiogênica, a trombose arterial, a trombose venosa mesentérica e a isquemia mesentérica não oclusiva. Trombose ou embolia da artéria mesentérica superior ocorrem em 60% a 80% dos casos, porém a trombose venosa é responsável por cerca de 5% a 10% dos eventos de isquemia mesentérica. A maioria das causas de trombose venosa são estados pró-trombóticos devidos a desordens da coagulação herdadas ou adquiridas, câncer, condições inflamatórias intra-abdominais, pós-operatório, cirrose e hipertensão portal. A apresentação clínica clássica é dor abdominal no mesogástrio, sudorese, náuseas, vômitos e diarreia são comuns. Com o decorrer do tempo ocorrem sinais de irritação peritoneal, distensão abdominal e até peritonite generalizada. Neste relato de caso descrevemos uma paciente com quadro de dor abdominal há 15 dias com várias consultas e passagens no pronto-socorro. Foi realizada tomografia computadorizada, que evidenciou trombose das veias porta, mesentérica e esplênica. Realizamos também uma revisão da literatura, descrevendo as características, complicações e os achados radiológicos.

–637–

RELATO DE CASO: HEPATOCARCINOMA SÓLIDO-CÍSTICO, UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA EM PACIENTE JOVEM CLINICAMENTE SEM HEPATOPATIA.

Marina Martini Costa; Leandro Dinato Dutra; Otto Wolf Maciel; Pedro Henrique Teixeira Junqueira; Taciana Finomeno Orsini; Gabriela Aiello Fernandes; Alexandre Peroni Borges.

Próton – Campinas, SP, Brasil.

E-mail: ottobrasclubas@gmail.com.

Introdução: O hepatocarcinoma é um tumor epidemiologicamente significativo em todo o mundo, pois é o tumor primário maligno mais comum do fígado. É a sexta causa de câncer mais comum e a terceira causa de morte por câncer. Em cerca de 80% dos casos ele se desenvolve em fígados cirróticos, sendo que ao menos 10% dos pacientes com cirrose vão evoluir com essa afecção. O aspecto de imagem, associado a história e sinais de hepatopatia crônica, é bastante específico para permitir um diagnóstico preciso, sem que haja necessidade de comprovação anatomopatológica quando a lesão preenche critérios específicos de diagnóstico. Entretanto, é importante considerá-lo como diagnóstico diferencial em pacientes sem história de hepatopatia crônica e em apresentações radiológicas atípicas. **Relato de caso:** Relatamos um caso de uma paciente do sexo feminino, de 28 anos, em seguimento irregular de pequeno nódulo hepático, diagnosticado de forma incidental durante colecistectomia laparoscópica, com rápida evolução para massa hepática sólido-cística. Foi encaminhada ao nosso serviço para a realização de ressonância magnética, que evidenciou lesão heterogênea caracterizada por múltiplas imagens sólido-císticas agrupadas, com restrição à difusão, realce heterogêneo, irregular e periférico após administração do contraste paramagnético, acometendo os segmentos hepáticos II, III, IV, V e VIII. Não foram evidenciados sinais de hepatopatia crônica ao método, tendo como principal diagnóstico cistoadenocarcinoma. A paciente foi submetida a cirurgia aberta, realizada hepatectomia parcial e a peça cirúrgica enviada ao instituto de anatomia patológica. Confirmou-se diagnóstico de hepatocarcinoma cístico associado a fibrose do parênquima adjacente. **Discussão:** A apresentação cística do hepatocarcinoma é extremamente rara, com menos de 10 casos descritos na literatura. Nesses casos a lesão acomete fígados não cirróticos e exibia aspecto multilocular. Este caso desperta interesse clínico e radiológico, pela sua morbimortalidade, raridade e distanciar-se dos aspectos convencionais de apresentação, dificultando as suspeitas diagnósticas, sendo possível seu diagnóstico preciso apenas com o exame anatomopatológico.

–638–

OS BENEFÍCIOS DA AVALIAÇÃO DOS ENDOLEAKS COM ANGIOTOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA UTILIZANDO TÉCNICA MULTIFÁSICA E ALTA RESOLUÇÃO TEMPORAL COM RECONSTRUÇÃO ITERATIVA.

Taciana Finomeno Orsini; Leandro Dinato Dutra; Otto Wolf Maciel; Pedro Henrique Teixeira Junqueira; Marina Martini Costa; Gabriela Aiello Fernandes; Alexandre Peroni Borges.

Próton – Campinas, SP, Brasil.

E-mail: ottobrasclubas@gmail.com.

Introdução: A correção de aneurismas de aorta tem como método de escolha a cirurgia endovascular com endopróteses, no entanto, a complicação mais comum é o *endoleak*, que ocorre em até 45% dos casos. A correta avaliação desta complicação é fundamental na deci-

são terapêutica, devido ao risco de expansão aneurismática e rotura. A angiogramografia é considerada por vários autores como padrão ouro para a detecção não invasiva de *endoleaks*. **Objetivo:** Avaliar a experiência inicial, a viabilidade e o desempenho diagnóstico da angiogramografia computadorizada com protocolo de alta resolução temporal com 8 fases de baixa dose e reconstrução iterativa (iDose 4) após correção de aneurisma aórtico por técnica endovascular, em comparação ao estudo angiogramográfico tradicional trifásico. **Material e método:** Foi realizado estudo retrospectivo de 10 pacientes portadores de aneurisma da aorta tratados com endoprótese, de novembro de 2012 a abril de 2013. Os exames foram realizados em um tomógrafo Philips Brilliance de 64 canais utilizando bomba injetora Medtronic AG, com volume de contraste organiodado não iônico de 60 ml, injetado à velocidade de 5,0 ml/s, seguido de bolus de soro fisiológico de 100 ml. Protocolo de 80 kV e 120 mAs, *pitch* de 1,078, composto por 8 fases de 3 segundos cada, com faixa de varredura de 27 cm, pós processamento utilizando reconstrução iterativa iDose 4. Foi realizado estudo comparativo avaliando a presença ou não de *endoleak* e sua classificação, assim como a comparação com a dose total em mSV deste protocolo com o estudo trifásico convencional antes utilizado em nosso serviço. **Resultados:** A angiogramografia com técnica multifásica de alta resolução temporal com reconstrução iterativa demonstrou ser mais conspícua na detecção e classificação do *endoleak* do que o estudo trifásico convencional. Seguindo os princípios ALARA, a dose de radiação total é reduzida em aproximadamente 50% em relação ao exame convencional, e apesar do aumento no nível de ruído não houve prejuízo na qualidade diagnóstica das imagens. Além disso, o volume de contraste utilizado é menor.

–641–

CARACTERÍSTICAS DO TUMOR SÓLIDO PSEUDOPAPILAR DO PÂNCREAS PELOS DIFERENTES MÉTODOS DE IMAGEM: RELATO DE CASO.

Décio Farias Novaes Junior; Clarissa Lima Loureiro; Waldinei Mercês Rodrigues; Paulo Dantas Rolim; Cristiane Scaloni Carminatti; Rafael Scaloni Carminatti; Michelle Meloni; Marília Leme Fercondini.

Faculdade de Medicina de Jundiaí – Jundiaí, SP, Brasil.

E-mail: ju_dfn@hotmail.com.

O tumor sólido pseudopapilar do pâncreas é uma neoplasia rara, descrita em 1959 por Frantz, que o denominou de “tumor papilar do pâncreas”. Em 1996, a Organização Mundial da Saúde considerou como consenso o termo tumor sólido pseudopapilar do pâncreas. Sinônimos incluem tumor sólido e cístico, neoplasia epitelial sólido e papilar, neoplasia papilar-cística, neoplasia epitelial papilar cística, tumor papilar-cística, e tumor Frantz. O tumor sólido pseudopapilar do pâncreas é uma neoplasia com baixo potencial de malignidade, geralmente diagnosticada em mulheres jovens, com média de idade de 22 a 24 anos. A apresentação clínica mais comum é dor abdominal, seguida de massa abdominal palpável. Não raramente, o diagnóstico é feito incidentalmente em exames realizados por outros motivos. Tal lesão pode acometer qualquer porção do pâncreas, com maior frequência na região caudal, mais comumente deslocando e comprimindo as estruturas adjacentes sem invadi-las. Esse tumor é normalmente ovoidado, encapsulado, com tamanho médio de 6,0 a 10,0 cm, e é constituído por uma mistura de componentes sólidos, císticos e hemorrágicos. Tanto a cápsula quanto a hemorragia intratumoral são sinais importantes para o diagnóstico. Apesar do baixo potencial de malignidade, a ressecção cirúrgica é o tratamento mais indicado, e quando completa, promove

um prognóstico favorável. Relatamos um caso de tumor de Frantz submetido a ressecção cirúrgica, com o objetivo de enfatizar a raridade do caso, suas características nos diferentes métodos de imagem e a necessidade de considerá-lo no diagnóstico diferencial de massa abdominal em pacientes jovens.

–642–

EMERGÊNCIAS ONCOLÓGICAS NA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA: COMPLICAÇÕES ABDOMINAIS.

Renata de Oliveira e Silva Brenner¹; Cinthia Denise Ortega¹; Mariana Attie Aki¹; Lorena Elaine Amorim Pinto¹; Marcelo Jorge Dantas Marques¹; Fernanda Ramos Carneiro¹; Andrea de Souza Aranha¹; Manoel de Souza Rocha².

¹ICESP – São Paulo, SP; ²Departamento de Radiologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: cinthiadortega@gmail.com.

Objetivos: Ilustrar os diagnósticos diferenciais e os achados de imagem frequentemente associados com as principais queixas abdominais de pacientes oncológicos na emergência. Demonstrar a importância da tomografia computadorizada na avaliação dos casos de emergências abdominais em oncologia e mostrar como os achados tomográficos guiam a decisão clínica. **Método:** Demonstração das principais complicações abdominais que levam o paciente oncológico à sala de emergência. Revisão dos achados frequentes e infrequentes na tomografia de pacientes com diferentes tipos de câncer e descompensação clínica aguda. Discussão breve dos protocolos utilizados na tomografia computadorizada e suas limitações no contexto da emergência clínica. **Conclusão:** Com este trabalho, o radiologista deve familiarizar-se com os principais achados tomográficos de emergências abdominais nos pacientes oncológicos, incluindo casos incomuns, e conhecer a ampla utilidade da tomografia computadorizada e suas limitações no contexto da emergência abdominal oncológica.

–661–

ARTEFATOS DE SUSCETIBILIDADE MAGNÉTICA POR USO ORAL DE SULFATO FERROSO: RELATO DE DOIS CASOS.

Cláudia Martina de Araújo Duarte; Severino Aires de Araujo Neto; Carlos Fernando de Mello Júnior; Kleber de Castro Guerra; Bruno Augusto de Brito Gomes; Henrique de Almeida Franca; Carollyne Dantas de Oliveira; Ítalo José Araújo Silveira de Sá.

Universidade Federal da Paraíba – João Pessoa, PB, Brasil.
E-mail: claudia_martina@hotmail.com.

Introdução: A ressonância magnética está sujeita a vários tipos de artefatos cuja repercussão pode comprometer a qualidade e interpretação das imagens. Artefatos de suscetibilidade magnética ocorrem frequentemente relacionados à presença de materiais metálicos como cliques cirúrgicos, fragmentos de projéteis ou próteses ortopédicas. Casos de artefatos gerados por medicamentos de administração oral são raros e sua projeção intraluminal pode gerar confusões diagnósticas. Supõe-se que estes artefatos estejam atenuados ou ausentes em aparelhos de baixo campo. Os autores descrevem artefatos intestinais em exames de ressonância magnética (RM) de baixo campo (0,35 T) do abdome em dois pacientes com enfermidades diversas, tratados com suplementação oral de sulfato ferroso. **Descrição sucinta:** Caso 1 – Paciente de 31 anos, sexo feminino, com histórico de tumor ovariano em acompanhamento, submeteu-se a RM de abdome inferior com contraste para investigação de dor abdominal. Caso 2 –

Paciente de 74 anos, sexo feminino, com histórico de tumor de reto em acompanhamento, realizou exame de RM de abdome total sem contraste para investigação de dor abdominal. Em ambos os casos as imagens revelaram áreas difusas de hipointensidade intraluminal ao longo de quase todo o colón e, em menor grau, de algumas alças delgadas. A hipointensidade extrapolava os limites parietais e, no caso 2, chegava a borrar as margens da parede abdominal anterior junto ao cólon transverso. Os artefatos hipointensos estavam associados a estrias hiperintensas distorcidas periféricas (paralelas à parede intestinal), que chamaram a atenção para a possibilidade de artefatos de suscetibilidade magnética. Ambas as pacientes foram posteriormente inquiridas sobre uso de medicação e alegaram usar suplemento de ferro (Combiron®, 120 mg/dia). **Discussão:** Artefatos por sulfato ferroso e outras substâncias como a magnetita já foram referidos na literatura, mas são escassos. Não há, porém, relatos descritos em aparelhos de baixo campo, o que torna particular o presente trabalho. Nos casos descritos, examinados por um mesmo radiologista, os achados não ofereceram dificuldades diagnósticas. Porém, relatos na literatura concluem que a constatação dos artefatos pode gerar confusão no diagnóstico do processo patológico. Os casos suscitam o fato de que, apesar de o uso do suplemento dietético de ferro ser comum na população geral, o achado de artefatos por eles causados na RM é raro. Há possibilidades de que dosagens equivocadas ou mesmo distúrbios absorptivos intestinais possam contribuir para tal. Questiona-se também o consenso de que os artefatos em aparelhos de baixo campo são atenuados, posto que a intensidade dos artefatos aqui descritos não é menor que as relatadas na literatura.

–662–

GIST NO TRATO GASTRINTESTINAL: ASPECTOS RADIOLÓGICOS.

Rafael Seiji Kubo; Ricardo Torres Urban; Fabricius Andre Traple; Thiago Oliveira Guimarães; Leandro Soares Lamenha; José Henrique Junior; Alfredo Enzo Filho; Sérgio Furlan.

Hospital Heliópolis - São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: rafaelkubo@gmail.com.

Introdução: O GIST (sigla em inglês para *gastrointestinal stromal tumors*) tem sua origem relacionada às células intersticiais de Cajal. Compreende a maioria dos tumores mesenquimais do trato digestivo e constitui 5% de todos os sarcomas. Trata-se de um tipo de tumor que ocorre sobretudo no estômago, mas que pode ocorrer em qualquer parte do trato gastrointestinal. Embora relativamente raro, esse tipo de tumor vem sendo cada vez mais conhecido e diagnosticado pelos médicos, sobretudo devido aos avanços nos exames de imagens. Apresenta sintomas variados, dependendo do local de acometimento, sendo que muitas vezes essa é característica e pouco exuberante. Ao exame de imagem, trata-se de massa de crescimento caracteristicamente exofítico, heterogênea ao meio de contraste, e hipervascular. Além de a radiologia diagnóstica ajudar na detecção do GIST, também podem ser realizadas biópsia percutânea guiada por tomografia computadorizada para obtenção do diagnóstico cito e histopatológico, e avaliação imuno-histoquímica da massa em questão. O exame tomográfico possui excelente desempenho para avaliação de lesões hepáticas e peritoneais (locais mais comuns de lesões metastáticas). Dessa forma, o exame tomográfico figura entre os mais importantes para avaliação do GIST. **Discussão:** O objetivo deste trabalho é demonstrar de maneira sucinta os principais aspectos radiológicos do GIST. Para isso, realizamos revisão abrangente da literatura, bem como levantamento de casos do arquivo do nosso hospital para ilustração desses casos.

–667–

RELATO DE CASO: LINFOMA DE HODGKIN PULMONAR SECUNDÁRIO EM HOMEM DE 30 ANOS.

Alessandra Furtado de Souza Alves; Alexandre Lemos da Silva; Fabiano Franco Monteiro Prado; Rafaela Rabelo Maciel.

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

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

O linfoma de Hodgkin (LH) apresentou uma incidência no Brasil, em 2009, de 1.600 casos registrados para o sexo masculino e 1.270 para o sexo feminino. Pode ocorrer em qualquer faixa etária, porém é mais comum entre os adultos jovens de 15 a 40 anos. É uma doença que se origina dos gânglios linfáticos e, no caso de linfoma secundário pulmonar, pode resultar de extensão direta de linfonodos mediastinais ou de disseminação linfática ou hematogênica de sítios distantes. O risco de desenvolver o LH aumenta em imunocomprometidos, usuários de imunossuppressores e história familiar positiva. O envolvimento linfomatoso pulmonar é em geral assintomático, e quando sintomas ocorrem, eles em geral são inespecíficos e de difícil diagnóstico. Este relato de caso trata-se de paciente do sexo masculino, de 30 anos, pardo, motorista, sem comorbidades e sem história familiar de câncer; que evoluiu com fraqueza, dispneia aos esforços, perda de peso e estado consumptivo em um ano. Posteriormente, apresentou tosse e febre e foi tratado com medicação tuberculostática, por duas vezes, sem melhora clínica. Foi internado no hospital, onde foi investigado através de tomografia de tórax, que mostrou linfonodomegalias mediastinais e opacidades nodulares centrolobulares e confluentes, consolidações e espessamentos de septos interlobulares, espessamento nodular cisural, mais evidentes em lobos pulmonares superiores. Posteriormente, realizou biópsia de linfonodo mediastinal, que evidenciou LH do tipo esclerose nodular. Fez tomografias de abdome e pelve para estadiamento, apresentando hepatomegalia acentuada por provável infiltração secundária, e iniciou programação para tratamento oncológico.

–671–

MELANOMA METASTÁTICO EM VESÍCULA BILIAR: RELATO DE CASO.

Bruno Marino Schiocchet Monarim; Camilo Dallagnol; Gustavo Rengel dos Santos; Walmir Walmor Ferreira Filho; Bernardo Corrêa de Almeida Teixeira; Ariston Felipe Codato Ferreira; Fernando de Andrade Vellozo; Sérgio Ossamu Ioshii.

Hospital de Clínicas da UFPR – Curitiba, PR, Brasil.

E-mail: c_dallagnol@hotmail.com.

Introdução: Tumores metastáticos em vesícula biliar são raros, sendo o melanoma a neoplasia que mais comumente está envolvida. Apresentaremos um caso de envolvimento metastático em vesícula biliar sem sintomas relacionados detectado por métodos de imagem.

Descrição: Paciente masculino, de 54 anos, apresentou-se com adenomegalias supraclavicular e inguinal. Realizada ultrassonografia (US) de região inguinal, com evidência de múltiplas linfonodomegalias confluentes, com fluxo exuberante ao Doppler, com até 7 cm de diâmetro, e hipoecogenicidade no interior, compatível com necrose. Realizada biópsia de linfonodo supraclavicular, evidenciando melanoma metastático. Ao exame físico não havia evidência de lesão melanocítica sugestiva de foco primário. Tomografia computadorizada (TC) de tórax normal. TC de abdome e pelve com imagens compatíveis com linfonodomegalia retroperitoneal, pélvica e inguinal, com realce pelo meio de contraste, e alguns linfonodos com necrose central; além disso, obser-

varam-se lesões vegetantes em vesícula biliar, com até 1,4 cm e realce pelo meio de contraste. **Discussão:** O melanoma é a neoplasia que mais comumente gera metástases para a vesícula biliar, pela sua ampla capacidade de disseminação hematogênica. As metástases podem ser encontradas em até 15% de autópsias de indivíduos com melanoma disseminado, a grande maioria sem sintomas relacionados; entretanto, sintomas leves como dor em hipocôndrio direito e clínica semelhante a colecistite aguda podem ocorrer. Em nosso caso, embora controverso, há a possibilidade de melanoma primário da vesícula biliar, uma vez que há migração de células produtoras de melanina da crista neural para a vesícula no período embrionário; no entanto, a melhor possibilidade é a regressão imunomediada da lesão primária após disseminação metastática. Infelizmente, mesmo a análise histológica é insuficiente na diferenciação entre tumor primário e metastático. As lesões apresentam-se, à US, como nódulos intraluminais geralmente maiores do que 1 cm, imóveis, sem sombra acústica posterior, associados a espessamento parietal irregular. Na TC as lesões realçam ao contraste, enquanto na ressonância magnética encontram-se lesões hiperintensas em T1, devido ao efeito paramagnético da melanina, e hipointensas em T2. Apesar dos conhecimentos e métodos diagnósticos disponíveis, o melanoma em vesícula biliar é uma condição pouco diagnosticada, geralmente oculta. O tratamento cirúrgico é indicado em pacientes com sintomas relacionados; a via cirúrgica e a conduta em pacientes assintomáticos não são bem definidas.

–677–

LESÃO POLIPOIDE ESOFÁGICA GIGANTE.

Mark Wanderley; Michael Silva dos Santos; Luiza Maes Manara; João Gabriel Nakka Strauch; Mariana Demétrio Ribeiro; Roberta de Oliveira Magalhães Carvalho; Bernardo José Ferreira Neto; Luiz Felipe de Souza Nobre.

HU-UFSC – Florianópolis, SC, Brasil.

E-mail: mark.wanderley@gmail.com.

No dia 13/5/2013 foi internada, no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, paciente de 52 anos, branca, agricultora, procedente do interior de Santa Catarina, por disfagia progressiva há três anos, com história prévia de câncer de tireoide e pele, além de história familiar de diversas neoplasias malignas em parentes de primeiro e segundo grau. Trouxe exames de imagem realizados em outros serviços nos sete meses prévios à admissão, incluindo tomografias computadorizadas (TCs) do tórax, pescoço e abdome, além de ressonância magnética (RM). O parecer dos radiologistas responsáveis indicou importante distensão de todo o esôfago, com lesão polipoide heterogênea, com conteúdo de gordura e calcificações entremeadas, ocupando a luz do órgão em seu terço proximal. Realizada nova TC em 14/5/2013, que demonstrou lesão pediculada e heterogênea, medindo 18,0 × 4,0 × 5,1 cm. Solicitou-se endoscopia digestiva alta (EDA) em 17/5/2013, que teve como conclusão uma compressão extrínseca do esôfago. Realizado esofagograma em 20/5/2013, que evidenciou extensa imagem lacunar ampla e alongada, cujos aspectos foram consistentes com lesão submucosa, sugerindo grande pólipos fibrovascular. Após a realização deste exame, foi solicitada nova EDA em 29/5/2013, que evidenciou grande pólipos intraluminal, não observado em endoscopias prévias. Diante dos exames de imagem, a principal hipótese diagnóstica foi pólipos fibrovascular, sendo impossível de baixo grau o principal diagnóstico diferencial, tendo em vista a possibilidade de síndrome de Li-Fraumeni. Os pólipos fibrovasculares são lesões esofágicas raras e benignas, caracterizadas pelo desenvolvimento de massas intraluminais pedunculadas que podem

alcançar grandes dimensões. A remoção cirúrgica dos pólipos fibrovasculares é mandatória devido ao quadro sintomático progressivo e ao risco de um quadro de obstrução respiratória e morte súbita. A paciente aguarda programação cirúrgica.

–679–

ASPECTOS DE IMAGEM NUM CASO DE BCGITE DISSEMINADA EM PACIENTE IMUNODEPRIMIDO GRAVE.

Walmir Walmor Ferreira Filho; Marco Antonio Sandrin; Ariston Felipe Codato Ferreira; Mathias Bohn Bornhausen; Diego Adrian Pucci de Araujo; Camilo Dallagnol; Rogerio Augusto Lima Guarneri; Mauricio Zaparoli.

Hospital de Clínicas da UFPR – Curitiba, PR, Brasil.

E-mail: c_dallagnol@hotmail.com.

Introdução: Amplamente difundida no mundo todo, a vacina com a forma atenuada do bacilo de Calmette-Guérin (BCG) previne contra formas graves de tuberculose. Um amplo espectro de efeitos adversos relacionados à vacina já foi relatado, sendo a mais grave das complicações a BCGite disseminada, uma doença rara e estritamente relacionada a quadros de imunodeficiência. **Descrição:** Este trabalho tem por finalidade relatar o caso de um paciente masculino de seis meses com diagnóstico de SCID (*severe combined immunodeficiency disease*) e lesões disseminadas após administração da vacina. Este paciente foi encaminhado ao Serviço de Infectologia Pediátrica por apresentar lesão papulorritematosa no local da vacina, com drenagem de secreção purulenta, que posteriormente ulcerou. Concomitantemente, apareceram lesões nodulares endurecidas em todos os segmentos corporais, além de febre. A suspeita de imunodeficiência primária foi corroborada com a história prévia de duas internações por episódios de pneumonia e otite média aguda. Ao internamento, confirmou-se o diagnóstico de SCID, que posteriormente levou o paciente a um transplante de medula óssea alogênico aparentado. A investigação completa do paciente durante a sua permanência no hospital mostrou, ao exame radiográfico, lesões osteolíticas em membros inferiores e superiores, ossos da bacia, coluna vertebral, costelas e calota craniana. Estudos tomográficos mostraram hepatomegalia, baço no limite superior de normalidade, lesões infecciosas hepáticas, coleções subcutâneas disseminadas, derrame pleural à direita, linfonodomegalias retroperitoneais, porém, ausência de linfonodomegalias mediastinais. Exame anatomopatológico de diversas biópsias dos nódulos subcutâneos e lesões osteolíticas evidenciou a presença de características compatíveis com micobacteriose. **Discussão:** A integração entre a clínica médica, a anatomia patológica e a radiologia foi imprescindível para firmar o diagnóstico e definir a conduta quanto ao paciente em questão. Após o sucesso do transplante de medula óssea e a terapia com diversos antimicrobianos, exames posteriores mostraram regressão de muitas lesões osteolíticas, subcutâneas e hepáticas.

–680–

POSICIONAMENTO DE DRENOS E SONDAS: ARTIGO DE REVISÃO.

Rafael Seiji Kubo; Ricardo Torres Urban; Jose Henrique Junior; Sérgio Furlan; Leandro Soares Lamenha; Fabricius Andre Traple; Fernando Morbeck Almeida Coelho; Rafael Marques Franco.

Hospital Heliópolis - São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: rafaelkubo@gmail.com.

Introdução: Drenos e sondas fazem parte do cotidiano dos hospitais e são usados tanto em pacientes ambulatoriais quanto nos internados em unidades de terapia intensiva. Trata-se de aparelhos como

sondas vesicais, tubos orotraqueais, cateteres duplo J, cateteres torácicos para drenagem de derrames pleurais, acessos venosos profundos, dentre outros. Para que funcionem corretamente, é fundamental ao médico saber a localização exata desses materiais no corpo do paciente. Daí a importância fundamental dos exames de imagem, principalmente raios-x, tomografia computadorizada, ultrassom, para auxiliar nessa tarefa. Nesse contexto, o médico radiologista pode auxiliar seus colegas de outras áreas a localizar corretamente esses dispositivos. **Discussão:** O objetivo deste trabalho é demonstrar de forma prática e objetiva o correto posicionamento das sondas e drenos usados para terapêutica dos pacientes. Para isto, realizamos um levantamento da literatura, bem como esquemas simples e de fácil entendimento para ilustração acerca do posicionamento desses dispositivos. Constatamos também casos do arquivo do nosso hospital para melhor ilustração.

–684–

BARRA CRICOFARÍNGEA: DIAGNÓSTICO SIMPLES, PORÉM NEGLIGENCIADO.

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

HU-UFSC – Florianópolis, SC, Brasil.

E-mail: mark.wanderley@gmail.com.

Barra, espasmo ou proeminência cricofaríngea é uma causa de disfagia alta pouco conhecida ou lembrada por clínicos, cirurgiões e radiologistas. O diagnóstico pode ser feito através de esofagograma ou videodeglutograma. Descreve-se o caso de um paciente masculino de 58 anos, com dificuldade para deglutir há cerca de um ano. O paciente havia sido submetido a diversos exames complementares, como endoscopia digestiva alta, laringoscopia direta e videodeglutograma, este último sugerindo lesão expansiva na região posterior do esôfago superior. Foram realizados nova endoscopia digestiva alta, ressonância magnética do pescoço e novo videodeglutograma, todos com achados habituais. A sensação de globofaríngeo foi se agravando e o paciente foi encaminhado à psicoterapia. Numa última tentativa, foi solicitado um esofagograma em nosso serviço, que demonstrou protrusão posterior na coluna de bário na altura de C5-C6 na incidência em perfil do esôfago cervical, presente somente durante a deglutição. A barra cricofaríngea pode estar associada a refluxo gastroesofágico, doenças neurológicas ou musculares. O tratamento desta entidade pode ser feito com a injeção de toxina botulínica ou através da miotomia do músculo cricofaríngeo.

–686–

RELATO DE CASO: ÍLEO BILIAR.

Lourenço Lopes Netto¹; João Guilherme Boaretto Guimarães¹; Rafael de Castro Juliano¹; Bruna Maria Stofela Sarolli²; Leticia Lomonaco Lopes³; Roberta de Paula Prestes²; Fabio Lucio Stalhschmidt¹.

¹ Hospital Cruz Vermelha – Curitiba, PR; ² Hospital Cajuru – Curitiba, PR;

³ Unoeste – Presidente Prudente, SP, Brasil.

E-mail: netto_xvi@msn.com.

Íleo biliar é uma condição rara decorrente de complicação da colecistopatia calculosa levando a obstrução mecânica do trato gastrointestinal, ocasionada por impactação de um ou mais cálculos biliares. O desenvolvimento do íleo biliar se deve basicamente pela formação de fistula colecistoentérica, e por ela, ocorre a migração do cálculo biliar para os segmentos intestinais. O cálculo segue o trajeto intestinal até encontrar um ponto em que não há mais progressão (o local mais

comum é o íleo terminal), causando o quadro obstrutivo. Ocorre geralmente em pacientes idosos entre 70 e 80 anos, sendo mais comum em mulheres. O quadro clínico costuma ser inespecífico, cursando com sintomas de obstrução intestinal, podendo ser confundido com patologias intestinais inflamatórias (como apendicite e diverticulite) ou isquêmicas. O tratamento é cirúrgico e deve ser instituído precocemente, devido ao aumento significativo na morbimortalidade com a demora terapêutica. A necessidade de um diagnóstico precoce, aliada ao quadro clínico inespecífico, ressalta a importância do emprego de técnicas de diagnóstico por imagem. Nos exames radiológicos, o quadro clássico é a tríade de Rigler, que consiste em obstrução intestinal, aerobilia e cálculo biliar ectópico; a ultrassonografia pode evidenciar sinais de inflamação e ar no interior da vesícula biliar, bem como cálculo no interior de alça intestinal; a tomografia computadorizada é o método mais indicado para observar o ponto de oclusão, suas causas e possíveis complicações. O presente caso trata de um paciente do sexo masculino de 67 anos que apresentou, há cinco dias, dor abdominal periumbilical com irradiação para a fossa ilíaca esquerda, náuseas, vômitos e parada de eliminação de gases e fezes. Inicialmente, foi aventada a hipótese diagnóstica de diverticulite aguda. A tomografia foi o primeiro exame de imagem realizado e evidenciou aerobilia, espessamento da parede da vesícula biliar associada a densificação da gordura pericolecística e distensão do jejuno a montante de megacálculo biliar, sendo então diagnosticado íleo biliar, com posterior tratamento cirúrgico.

–689–

HISTEROSSALPINGOGRAFIA: FALHAS DE ENCHIMENTO E ASPECTOS RADIOLÓGICOS NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

Ricardo Torres Urban; Rafael Seiji Kubo; Fabricius André Traple; Sérgio Furlan; Leandro Soares Lamemha; Alfredo Enzo Filho; Rafael Marques Franco; Thiago Oliveira Guimarães.

Hospital Heliópolis – São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: rafaalkubo@gmail.com.

Introdução: Os anos se passaram e a histerossalpingografia ainda é um procedimento realizado com certa frequência em nosso meio. Geralmente indicado como um dos arsenais para investigação na infertilidade, realiza-se com o intuito de avaliar o canal cervical, a cavidade intrauterina, as tubas e a dispersão do contraste pela cavidade intraperitoneal. Podem ser visualizados pólipos, tumores, aderências e malformações congênitas. É importante para o radiologista estar familiarizado com tais alterações, para nortear o ginecologista no diagnóstico e propedêutica complementar para se chegar a um diagnóstico definitivo. **Discussão:** O objetivo deste ensaio iconográfico é demonstrar os aspectos de imagem nos mais variados aspectos radiológicos após o uso do meio de contraste, tais como pólipos, mioma, bloqueio peritubário, laqueadura, útero unicornio, útero didelfo, persistência do ducto de Gartner. Para isto realizamos uma revisão abrangente da literatura, bem como levantamento de casos do arquivo do nosso hospital para ilustração de tais alterações.

–695–

RELATO DE CASO DE TUMOR DE WILMS METACRÔNICO E REVISÃO DA LITERATURA.

Camilo Dallagnol; Bruno Marino Schiocchet Monarim; Daniel Dias da Silva Cavalheiro; Bernardo Corrêa de Almeida Teixeira; Ana Maria Gonzaga Teixeira Corso; Marina Portioli Hoffmann; Jonathas Eduardo do Vale Martins; Marco Antonio Sandrin.

Hospital de Clínicas da UFPR – Curitiba, PR, Brasil.

E-mail: c_dallagnol@hotmail.com.

Introdução: O tumor de Wilms é o tumor sólido renal mais comum em crianças, com prevalência de 0,01%. Normalmente apresenta-se como massa abdominal única e volumosa, de crescimento insidioso e oligossintomática. Hoje, com os avanços da quimioterapia, melhor compreensão do papel da radioterapia e melhor abordagem cirúrgica, a mortalidade reduziu de 90% para 10% a 20%. Um dos grandes desafios no tratamento, porém, ainda são os tumores bilaterais, que ocorrem em até 6% dos casos. Esses tumores podem ser sincrônicos ao diagnóstico, ou metacrônicos, apresentando-se como recorrência tumoral no rim contralateral. **Descrição:** Apresentaremos o caso de uma criança do sexo feminino, de cinco anos, com diagnóstico de tumor de Wilms estágio III em 2009. Apresentou-se, na época, com tumor sólido volumoso, com aumento do volume abdominal. Realizou-se nefrectomia total à esquerda em março de 2010. Após quimioterapia, foi considerada em remissão, mantendo acompanhamento. Em março de 2013 foi descoberta, em tomografia de controle, nova lesão sólida, isodensa, no terço superior, medindo 2,1 cm e com discreto realce pelo meio de contraste em rim direito, caracterizando recidiva, tendo sido tratada como tumor metacrônico. A paciente está agora sob quimioterapia, aguardando redução da massa para a realização de nefrectomia parcial. **Discussão:** A maioria das recidivas deste tumor ocorre nos primeiros dois anos do diagnóstico. Desta forma, é necessário o controle radiológico da doença para se obter diagnósticos precoces das recidivas, especialmente em pacientes previamente nefrectomizados, com rim único ou doença renal, em que o retardo no diagnóstico e no tratamento podem trazer perdas de função renal significativas.

–697–

DIVERTICULITE DE INTESTINO DELGADO: RELATO DE CASO.

Nathalia Guarienti Missima¹; Ana Paula Chies Grando²; Gustavo Jardim Dallegrave¹; Regis Augusto Reis Trindade¹; Pedro Martins Bergoli¹; Rubens Feijó de Andrade¹; Wilson Madeira de Almeida¹; Carlos Jader Feldman¹.

¹Hospital Ernesto Dornelles – Porto Alegre, RES; ²Instituto de Cardiologia – Porto Alegre, RS, Brasil.

E-mail: nathimissima@gmail.com.

Introdução: A doença diverticular no intestino delgado é incomum e de grande importância clínica, devido às suas complicações potenciais e à alta taxa de mortalidade nesse cenário. Dados os sintomas clínicos inespecíficos, a tomografia computadorizada constitui-se ferramenta diagnóstica de grande valia para o diagnóstico desta patologia. **Descrição do material:** Paciente masculino, 63 anos, afebril, atendido na emergência hospitalar por dor abdominal difusa de início há 24 horas, acompanhada de náuseas. Exames complementares evidenciavam leucocitose e distensão de alças de cólon descendente com pequeno nível hidroaéreo em fossa ilíaca direita e ausência de pneumoperitônio à radiografia simples de abdome. À tomografia computadorizada abdominal observou-se uma formação diverticular oriunda de alça intestinal delgada na região do flanco esquerdo, associada a infiltrado edematoso circunjacente e espessamento parietal. **Discussão:** Os divertículos jejunoileais são encontrados em 1% a 2% da população em geral, com apresentação na sexta ou sétima décadas de vida. Geralmente são múltiplos e com localização no jejuno proximal. Os divertículos jejunoileais possuem etiologia desconhecida, mas estão associados com condições que causam alterações no peristaltismo intestinal e aumento da pressão intraluminal. Os divertículos jejunoileais se desenvolvem devido a herniação de uma parede fina de mucosa através de defeitos na camada muscular. Na maioria das vezes são assintomáticos, porém, pode ocorrer má absorção devido à grande prolifera-

ção bacteriana em seu interior. A associação com a doença diverticular colônica ocorre em 35% a 75% dos casos. Devido aos sinais e sintomas clínicos inespecíficos e à raridade desta patologia, o diagnóstico muitas vezes é demorado e difícil, sendo incidental ou realizado na ocasião das complicações, que são raras e podem ter apresentações variadas, sendo as mais frequentes a diverticulite aguda, a suboclusão intestinal e a diverticulite crônica com desenvolvimento de diverticulito. São relatados na literatura casos de hemorragia gastrintestinal devido à ruptura de malformação arteriovenosa congênita na submucosa do divertículo, perfuração com abscesso e posterior formação de fístula do jejuno com o íleo e a parede abdominal, ou episódios de obstrução intestinal secundária a vôlvulo, formação de estenoses ou impatção de um enterólito. Em muitos casos, a tomografia computadorizada é essencial para definir o diagnóstico, sendo os achados similares aos da diverticulite colônica: massa inflamatória contendo gás e/ou resíduos fecais, espessamento da parede do segmento acometido com aumento da impregnação pelo meio de contraste, distensão e edema dos tecidos adjacentes com densificação da fásia e da gordura mesentérica. A diverticulite jejunal ocorre em aproximadamente 2% a 6% dos casos e possui alta taxa de mortalidade, o que torna necessária precisão diagnóstica para uma pronta intervenção terapêutica.

-707-

RELATO DE CASO DE OCLUSÃO INTESTINAL POR BEZOAR.

Diego Adrian Pucci de Araujo; Mathias Bohn Bornhausen; Ariston Felipe Codato Ferreira; Waldir Walmor Ferreira Filho; Ana Maria Gonzaga Teixeira Corso; Camilo Dallagnol; Bruno Marino Schiocchet Monarim; Pedro Vinícius Staziaki.

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

Introdução: Bezoar é definido como o acúmulo de corpos estranhos não digeridos ao longo do trato gastrintestinal, podendo cursar com quadros obstrutivos. Relataremos um caso com o objetivo de demonstrar a importância da investigação etiológica completa de um quadro de oclusão intestinal, associando métodos de imagem e endoscópicos. No presente caso, a retossigmoidoscopia foi diagnóstica e terapêutica, evitando laparotomia de urgência no quadro agudo. **Descrição:** Paciente de 86 anos, procurou atendimento de urgência com queixa de dor abdominal e parada na eliminação de gases e fezes com uma semana de evolução, com alívio parcial dos sintomas após enema glicerinado. Ao exame físico apresentava distensão e dor à palpação abdominal, sem fezes ou massas palpáveis ao toque retal. O paciente tinha história de adenocarcinoma do reto médio diagnosticado dois anos antes do quadro atual, submetido a neoadjuvância e posterior ressecção transanal da cicatriz local, cujo anatomopatológico foi negativo para malignidade. Perdeu o seguimento ambulatorial após alguns meses e não havia realizado nenhum exame endoscópico de controle depois do tratamento. Foi internado para tratamento clínico da suboclusão, porém, em 24 horas, evoluiu com vômitos copiosos e piora da dor. Solicitada tomografia do abdome para investigação etiológica, com identificação de redução do calibre do cólon na junção retossigmoidiana, com fezes impactadas nesse nível. Optou-se por retossigmoidoscopia flexível, que mostrou lesão estenosante circunferencial no reto proximal, obstruindo parcialmente a luz, que estava completamente obstruída por fecalitos extremamente endurecidos, com tamanhos muito semelhantes entre si. Eles foram retirados com pinça de Dormia, o que deu vazão ampla ao conteúdo colônico, com alívio imediato e completo dos sintomas. Devido ao achado da lesão estenosante, foi realizada retossigmoidectomia eletiva no mesmo internamento (anatomopatológico: adenocarcinoma T3N0). O laudo da tomografia foi posterior-

mente revisado pela radiologia, que sugeriu que a imagem das fezes impactadas no nível da subestenose fosse compatível com sementes de jabuticaba. Quando questionado, o paciente referiu ingestão de jabuticabas em grande quantidade, sem retirada das sementes, alguns dias antes do internamento. **Discussão:** As neoplasias colorretais são causas frequentes de obstrução colônica, principalmente na população idosa. O caso mostra a importância da ampliação dos diagnósticos diferenciais dessa condição, bem como da possibilidade de associação de diversas causas.

-711-

RELATO DE CASO – HISTIOCILOSE DE CÉLULAS DE LANGERHANS: DOENÇA DE LETTERER-SIWE, IMPORTÂNCIA DOS MÉTODOS DE IMAGEM PARA O DIAGNÓSTICO PRECOZE.

Gilberto Ferreira de Carvalho; Carlos Heitor Alencar Santana; Hovanes Boyadjian; Luciana Vieira Farias; Ylana Mayra de Almeida Silveira; Bruno Braga Penha da Silva; Waldir Leite Pontes Filho; José Carlos Godeiro Costa Junior.

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

Lactente do sexo feminino, início do quadro aos três meses de idade, com linfonodomegalias cervical e inguinal, tendo evoluído em 45 dias com aumento e generalização da adenopatia, hepatoesplenomegalia, palidez cutaneomucosa, tosse seca e dispnéia (FR = 100 irpm). Foi, então, iniciada investigação com diversos métodos de imagem. Na ultrassonografia cervical e inguinal ficaram evidenciadas as adenopatias; nas radiografias de crânio, tórax e extremidades foram observadas inúmeras lesões osteolíticas; nas tomografias computadorizadas do crânio, pescoço, tórax (tomografia computadorizada de alta resolução), abdome e pelve foram observadas, novamente, lesões ósseas líticas disseminadas, “em saca bocado”, hepatoesplenomegalia, linfadenopatias generalizadas cervicais, inguinais, mediastinais e retroperitoneais, bem como lesões pulmonares císticas de tamanhos variados, predominando em lobos superiores. Foi, então, realizada biópsia excisional de linfonodo cervical com análise imuno-histoquímica, que confirmou a hipótese clínica de histiocitose de células de Langerhans. Através dos dados clínicos, da faixa etária e da análise anatomopatológica, foi feito o diagnóstico da síndrome clínica de Letterer-Siwe, forma disseminada e de evolução mais grave da histiocitose X, acometendo lactentes e crianças até os dois anos. A histiocitose de células de Langerhans é uma doença rara com amplo espectro de apresentação clínica, desde lesão óssea isolada a doença multissistêmica. Os achados de imagem não são patognômicos, sendo o diagnóstico definitivo estabelecido através de estudo anatomopatológico e imuno-histoquímico, porém o radiologista deve estar apto para suspeitar dessa patologia em caso de imagens características.

-714-

PADRÕES DA ESTEATOSE HEPÁTICA CARACTERIZADOS ATRAVÉS DE TC E RM.

Tatiane Cantarelli Rodrigues; Ana Carolina Castelo Branco Soares; Demise Lucena Rodrigues; Auro Augusto Junqueira Côrtes; Sergio Elias Nassar De Marchi; Carlos Felipe do Rego Barros Milito; Denis Szejnfeld; Eugenio Alves Vergueiro Leite.

HSPE-FMO – São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: tcantarelli@gmail.com.

Introdução: A esteatose hepática é uma anormalidade comum, com prevalência variando entre 15% e 95% dependendo da população, caracterizando-se como um problema de saúde pública. O pa-

drão para o diagnóstico é a biópsia, mas este poderá ser feito de uma forma não invasiva através da ultrassonografia (US), tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM) aplicando-se critérios estabelecidos. O diagnóstico baseado na imagem é em geral direto, mas o acúmulo de lipídeos no hepatócito pode se manifestar com padrões estruturais não usuais que podem mimetizar neoplasia, doenças inflamatórias ou vasculares. **Discussão:** Na TC o diagnóstico da esteatose pode ser feito se a atenuação do fígado é pelo menos 10 UH menor que a do baço. Em casos severos, as veias intra-hepáticas podem aparecer hiperatenuantes em relação ao tecido gorduroso hepático. Na TC com contraste, a comparação entre a atenuação do fígado e baço não é válida para o diagnóstico de esteatose. Na RM, a aquisição de imagens gradiente eco com *chemical shift* em fase e fora de fase é a técnica mais difundida para o diagnóstico da esteatose. A gordura poderá estar presente, se houver uma perda da intensidade do sinal na sequência “fora de fase” em relação à “em fase”, e a quantidade de gordura poderá ser quantificada pelo grau de perda do sinal. As sequências com saturação de gordura podem ser utilizadas, mas apresentam uma menor sensibilidade. O padrão mais comum de acometimento é o difuso e relativamente homogêneo. Os padrões menos comuns incluem depósitos focal, difuso com área focal de preservação, multifocal, perivascular e subcapsular. **Conclusão:** É necessário que o radiologista esteja familiarizado com as diferentes apresentações da esteatose hepática, uma doença epidêmica mundial, evitando-se confusões diagnósticas, bem como para monitorar a progressão da doença e evitar suas complicações, principalmente quanto ao risco da sua evolução para a cirrose hepática.

–724–

TUMOR DE FRANTZ, UM ACHADO INCIDENTAL: RELATO DE CASO.

Tatiane Cantarelli Rodrigues; Fernando Rebechi; Julia Paula Oliveira Luz; Rodolfo Heitor Gomes Fernandes da Silva; Sérgio Elias Nassar De Marchi; Marcelo Francisco Cintra Zagatti; Denis Szejnfeld; Eugenio Alves Vergueiro Leite.

HSPE-FMO – São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: tcantarelli@gmail.com.

Introdução: As neoplasias císticas pancreáticas abrangem um grupo tumores representados pelo cistoadenoma seroso, cistoadenoma mucinoso, tumor mucinoso papilar intraductal e pelo tumor sólido pseudopapilar (tumor de Frantz). Descrito pela primeira vez em 1959 por Frantz, foi, em 1996, renomeado pela Organização Mundial da Saúde como tumor sólido pseudopapilar pela classificação internacional dos tumores exócrinos do pâncreas. É um tumor raro que representa de 0,1% a 2,7% de todos os tumores pancreáticos, e que desde que foi descrito por Frantz, o número de relatos deste tumor vem aumentando. Acomete principalmente mulheres da 2ª à 4ª décadas de vida, com manifestações clínicas inespecíficas, geralmente apresenta baixo potencial de malignidade e prognóstico favorável, atingindo mais a cauda pancreática. Os pacientes, em geral, apresentam massas grandes, com diâmetro máximo médio de 9,3 cm. **Relato de caso:** Relatamos um caso de uma paciente do sexo feminino, 43 anos, que deu entrada no pronto-socorro do serviço com queixas respiratórias, tendo sido submetida a tomografia de tórax que evidenciou uma massa na cauda pancreática, hipodensa com foco de calcificação, apresentando realce progressivo e heterogêneo pelo meio de contraste, e que media no seu maior eixo 4,1 cm. Prosseguiu-se a investigação com ressonância magnética, a qual caracterizou a lesão como sólido-cística, multisseptada, apresentando focos de hemorragia, restrição à difusão das moléculas de água e realce da porção sólida. **Discussão:** Os achados clássicos de imagem na tomografia computadorizada são grandes

massas bem delimitadas, com componente sólido e cístico variáveis causados por degeneração hemorrágica. Calcificações e realce das áreas sólidas podem estar presentes na periferia da lesão. A ressonância magnética mostra lesão bem definida com uma combinação de alta e baixa intensidade de sinal nas sequências ponderadas em T1 e T2. Áreas de alto sinal em T1 e baixo sinal em T2 podem ajudar a identificar produtos de degradação da hemoglobina e a diferenciar de outros tumores pancreáticos. As sequências ponderadas em T2 mostram cápsula fibrosa, a qual é vista como um anel descontínuo de baixo sinal, e as sequências dinâmicas pós-contraste paramagnético mostram realce periférico precoce e heterogêneo da porção sólida com progressivo preenchimento. O tumor pseudopapilar do pâncreas, apesar de raro, em geral tende a se manifestar com achados clássicos de imagem. Desde que suas características foram descritas por Frantz, o reconhecimento desta entidade tem aumentado, demonstrando a importância do conhecimento dos seus aspectos de imagem, que podem ser reconhecidas em tumores que se apresentam com dimensões menores que o habitual, como no caso apresentado.

–770–

DESAFIOS NA IDENTIFICAÇÃO DOS ASPECTOS RADIOLÓGICOS E COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS DA EXENTERAÇÃO PÉLVICA.

Maria Fernanda Borges Abreu¹; Fernando Freitas Mota²; Mayra Ireno Mota²; Rafael Vilas Boas²; Gilson Caldeira de Souza Junior².

¹ Santa Casa de Belo Horizonte – Belo Horizonte, MG; ² Hospital Dilson Godinho – Montes Claros, MG, Brasil.

E-mail: mariafernandaabreu@hotmail.com.

Exenteração pélvica possui peculiaridades técnicas e radicalidade de ressecção que promovem imagens inusitadas da anatomia pélvica, dificultando a interpretação anatômica e identificação das suas complicações nos exames radiológicos. Este trabalho objetiva correlacionar os passos cirúrgicos e seus achados radiológicos na pelve exenterada, identificando as principais complicações dessa modalidade operatória e as dificuldades encontradas na interpretação radiológica das mesmas. Os autores ilustram o trabalho com uma série tomografias computadorizadas, ressonâncias magnéticas e radiografias contrastadas, selecionadas através de revisão de prontuários entre 2002 e 2009. Os pacientes foram abordados pelo mesmo cirurgião e os exames revisados por um único radiologista de serviço de referência em oncoimagem. Os procedimentos cirúrgicos foram exenterações parciais e totais com reconstruções realizadas por proteção pélvica com tela ou transposição de alças e omento, aliadas a colostomia simples ou úmida, diversões urinárias variadas (ureterostomia convencional, neobexiga e ureterostomia a Bricker). Todos os pacientes foram submetidos a radioterapia prévia. O esvaziamento pélvico frequentemente se relaciona à presença de coleções líquidas ou até mesmo hidroaéreas, por comunicação com a ferida perineal, que frequentemente são confundidas com abscessos. A deiscência do mecanismo de proteção pélvica pode levar a complicações como fistulas intestinais e até encarceramento de alças na ferida pélvica, resultando em abdome agudo obstrutivo. Complicações relacionadas às diversões urinárias frequentemente encontradas são hidronefrose, estenose de ureterostomia ou deiscência de bexiga. O espaço pré-sacral e o cruzamento com os vasos ilíacos são sede frequente de fibrose, e a diferenciação com recidiva tumoral pode se tornar um problema diagnóstico. Ausência de referenciais anatômicos pela desestruturação da arquitetura pélvica, dificuldade de reconhecimento do tipo de exenteração realizado, ausência de familiaridade com as técnicas de reconstruções de trânsito urinário e intestinal são alguns dos empecilhos que podem dificultar a interpretação dos exames de imagem pós-exenteração pélvica. A similaridade entre fibrose e recidiva

tumoral e entre abscesso e coleções pós-operatórias decorrentes do oco perineal pode levar a uma interpretação errônea e interferir na conduta terapêutica. A singularidade do ato, aliada à perda de parâmetros anatômicos usuais, exigem interação estreita entre radiologista e cirurgião, em que o conhecimento da extensão da ressecção, o tipo de reconstrução de trânsito e os dados como tipo tumoral, radiação pregressa e evolução clínica do paciente serão ferramentas adicionais na interpretação dos achados de imagem na pelve exenterada.

–781–

AVALIAÇÃO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO CÂNCER DE RETO: O QUE A TÉCNICA DE ALTA RESOLUÇÃO PODE ACRESCENTAR NO PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO.

Maria Fernanda Borges Abreu¹; Fernando Freitas Mota²; Mayra Ireno Mota²; Rafael Vilas Boas²; Gilson Caldeira de Souza Junior².

¹ Santa Casa de Belo Horizonte – Belo Horizonte, MG; ² Hospital Dilson Godinho – Montes Claros, MG, Brasil.

E-mail: mariafernandaabreu@hotmail.com.

Quimioirradiação neoadjuvante em pacientes com tumor em estágio avançado foi um grande avanço no tratamento do câncer retal. Ressonância magnética de alta resolução (RMAR) é exame de escolha para definir pacientes que se beneficiarão da neoadjuvância e os que serão primariamente abordados cirurgicamente. Os autores descrevem os parâmetros avaliados à RMAR para estadiamento pré-operatório do câncer retal, com ilustração sob a forma de ensaio iconográfico, utilizando imagens próprias dos autores. Localização do tumor, estágio T, margem de ressecção circunferencial (MRC) e estágio N devem ser informados pela RMAR para que o plano terapêutico seja definido. A ressonância permite ainda identificar a extensão longitudinal e axial do tumor, e se este cresce com tendência estenosante. A principal contribuição da RMAR é a avaliação da MRC, com acurácia de 100%, de importância prognóstica quanto ao comprometimento da margem de ressecção oncológica e recidiva local. RMAR tem alta precisão na detecção de linfonodos mesorretais e pélvicos, mas podem ser superestimados devido a linfonodomegalia reacional. RMAR é o método de imagem mais adequado para avaliação pré-operatória do câncer retal. O grande impacto positivo da ressonância é a eficácia deste método em determinar os pacientes que deverão receber tratamento neoadjuvante, sendo estes os que apresentam MRC comprometida e/ou metástases linfonodal.

–788–

VARICOCELE: UMA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR.

Paulo Bruno Siepman Trigo¹; Rodrigo Faria Moreira²; Elisângela Sá Martins³; Ana Paula Novaes²; Waldir Heringer Maymone²; Antonio Carlos Barbosa²; Gustavo Ferrão².

¹ Hospital Universitário Gaffrée e Guinle – Rio de Janeiro, RJ; ² Hospital Riomar – Rio de Janeiro, RJ; ³ Hospital RioMR – Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: paulobrunotrig@gmail.com.

A varicocele ainda não possui um consenso terapêutico definitivo, muito embora seja motivo de solicitação frequente de exames por imagem. Estudo realizado num hospital geral do Rio de Janeiro, com os casos compreendidos nos últimos 12 meses. O objetivo deste trabalho é propor uma estratégia multidisciplinar no seu tratamento. Dentre os mecanismos de formação da varicocele há uma importante relação entre o aumento da temperatura escrotal, estase e refluxo dos metabólitos tóxicos, anomalia do eixo hipotálamo-hipofisário e ainda fatores

vasculares. É responsável por cerca de 35% das infertilidades primárias e 75% das secundárias. A importância da caracterização da varicocele é principalmente em função das suas consequências sobre os pacientes jovens, proporcionalmente aumentadas em relação ao tempo. Foi proposta uma classificação mediante os achados das varizes em relação ao testículo, ecografia, Doppler e ainda flebografia. O objetivo do tratamento foi o controle anatômico das varizes, melhorar a espermo-gênese e o controle da dor. Em comum estava o questionamento: quem tratar e qual técnica utilizar? O estudo apresentará como resultados a comparação entre as técnicas e ainda as complicações endovasculares obtidas. Concluiu-se que o melhor método utilizado foi a embolização retrógrada, apresentando uma eficácia de 95%, sendo procedida a cirurgia nos casos em que o tratamento inicial não foi resolutivo.

–789–

LESÕES ABDOMINAIS NÃO NEOPLÁSICAS QUE MIMETIZAM TUMORES.

Christiane Pena Cabral; Otavio Batista Lima; Monica Amadio Piazza Jacobs; Lucas Assad de Paula; Fernanda Ramos Carneiro; Cinthia Denise Ortega; Manoel de Souza Rocha.

Icesp-Instituto do Câncer do Estado de São Paulo / HC- FMUSP – São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: chrispensac@gmail.com.

Introdução: Achados radiológicos de diversas patologias benignas e síndromes clínicas podem simular lesões neoplásicas abdominais. No contexto oncológico, o radiologista deve ser capaz de reconhecer esses diversos diagnósticos, que alteram decisivamente o prognóstico desses pacientes, evitando assim propedêuticas e tratamentos desnecessários. **Descrição:** Ensaio iconográfico ilustrando os achados de imagem de ressonância magnética e tomografia computadorizada do abdome de lesões não neoplásicas que podem simular doenças malignas, ressaltando os principais aspectos radiológicos necessários para a elucidação diagnóstica. São exemplos do nosso arquivo: Alterações vasculares – nódulos regenerativos no fígado cirrótico, síndrome de Budd Chiari, pseudolesões vasculares hepáticas e peliosis hepática. Complicações/alterações pós-tratamento – pseudocirrose após quimioterapia em pacientes com metástases de câncer de mama, gossipibomas, alterações relacionadas com radioablação e quimioembolização de tumores renais e hepáticos, linfoceles. Inflamatórios/infecciosos – diverticulite com fístula para a bexiga urinária, doença inflamatória intestinal, fasciolíase hepatobiliar, tuberculose peritoneal, pancreatite do sulco pancreatoduodenal. Síndromes clínicas como: Erdheim-Chester e Rendu-Osler-Weber.

Temas Livres

–100–

LIPOMATOSE INTESTINAL: RELATO DE CASO.

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

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

E-mail: nataliabmello@hotmail.com.

O termo lipomatose intestinal é empregado para descrever a presença de numerosos lipomas circunscritos no intestino. É uma doença

rara, com poucos casos relatados na literatura médica. Os lipomas são encontrados isolados ou em vários segmentos, geralmente solitários e de tamanhos variados. O extenso envolvimento intestinal com múltiplas lesões é incomum. Podem ser encontrados em qualquer região do trato gastrointestinal, tendo a seguinte distribuição: estômago, 5%; intestino delgado, 20% a 25%; intestino grosso, 65% a 75%; esôfago-duodeno, 10%; sendo a válvula ileocecal o segmento mais comumente afetado. Não há explicação satisfatória para a etiologia da lipomatose intestinal. Alguns pacientes têm história familiar positiva, sugerindo que possa haver herança autossômica dominante. Geralmente acomete pacientes após a quarta década de vida. Os sintomas clínicos são raros (menos 33%), sendo a maioria dos casos assintomática e descoberta incidentalmente. A dor abdominal é o sintoma mais frequente, podendo ocorrer melena devido a intussuscepção e ulceração dos lipomas. A gravidade dos sinais e sintomas está atribuída ao tamanho das lesões. Quando atingem um tamanho razoável, podem causar alteração do hábito intestinal, sangramento, dor abdominal ou obstrução/intussuscepção. Enema de bário, colonoscopia e tomografia computadorizada (TC) são consideradas importantes ferramentas para o diagnóstico, sendo a histopatologia o padrão ouro para o diagnóstico. Devido a natureza benigna e ausência de manifestações clínicas (70% dos casos), não há habitualmente indicação terapêutica nem necessidade de seguimento ou vigilância. A decisão para remoção é baseada em critérios, incluindo a suspeita de malignidade e lipomas sintomáticos, estabelecendo a abordagem cirúrgica adequada através das características de cada caso em particular. Relatamos o caso de uma paciente de 76 anos, sexo feminino, com queixa de diarreia crônica e enterorragia/melena, submetida a TC do abdome e pelve, colonoscopia e enterorressonância. A TC revelou múltiplas massas homogêneas, bem definidas, com densidade de gordura, de variadas dimensões, ocupando o intestino delgado, sendo a paciente diagnosticada com lipomatose no intestino delgado, e através dos outros métodos citados acima, com doença inflamatória intestinal (doença de Crohn) e doença diverticular leve dos cólons. As características das lesões lipomatosas serão minuciosamente detalhadas no trabalho.

–212–

DIVERTÍCULOS ESOFÁGICOS: ENSAIO ICONOGRÁFICO.

Luis Fernando Schneider Camargo; Leonardo Valentim; Aurelio Luis Zimmermann; Jaqueline Hoffmann; Guilherme Beduschi.

Hospital Santa Isabel – Blumenau, SC, Brasil.

E-mail: luis_camargo2@hotmail.com.

Os divertículos esofágicos são deformidades adquiridas que teoricamente não ocorrem durante a infância, raramente antes dos 40 anos e aumentam sua incidência com a idade. Ocorrem principalmente em três localidades do esôfago, sendo a localização uma das principais formas de classificá-los. Outra forma de classificação seria quanto ao seu mecanismo de formação, podendo ser por pulsão, tração ou fraqueza da musculatura paraesofágica. O divertículo de Zenker, mais comum, ocorre próximo à junção cricofaríngea, na parede posterolateral do esôfago, tendo como etiologia a fraqueza da musculatura local (ponto de Killian). Consiste em um falso divertículo, pois sua parede não apresenta camada muscular própria, restringindo-se apenas a camada mucosa e submucosa. O divertículo de tração ocorre principalmente na porção média do esôfago, tendo como principal etiologia processos cicatriciais de lesões torácicas que levam a fibrose dos tecidos periesofágicos. O divertículo de pulsão (epifrênico) localiza-se logo

acima da junção esofagogástrica, tendo como principal etiologia o aumento da pressão intraluminal do órgão por distúrbios da motilidade esofágica, podendo haver múltiplos divertículos associados à lesão obstrutiva. Em grande parte dos casos, os divertículos esofágicos são achados incidentais, sendo o quadro assintomático. Divertículos maiores podem causar sintomas obstrutivos e disfágicos, tendo também como possíveis complicações refluxo, broncoaspiração, perfuração e fistulização para o mediastino. O risco de carcinoma no interior do divertículo é baixo, sendo inferior a 1%. O esofagograma, juntamente com o deglutograma, são os exames de escolha para investigação e diagnóstico do divertículo de esôfago. Os achados radiológicos clássicos são imagem de adição sacular com nível hidroaéreo no mediastino superior, na junção faringoesofágica (divertículo de Zenker), no terço médio do esôfago (tração) ou no esôfago distal (epifrênico), que podem ser volumosos causando compressão da parede esofágica. Neste trabalho serão apresentados, em forma de relato de caso, os três tipos mais comuns de divertículo esofágico (Zenker, tração e epifrênico), juntamente com os principais achados de imagem no esofagograma, seus sintomas, complicações e tratamentos mais utilizados na atualidade, tendo como grande objetivo aprimorar o conhecimento sobre esta patologia, aumentando assim a sensibilidade deste exame no diagnóstico de divertículo esofágico. Os casos fazem parte do arquivo de nosso serviço, tendo sido realizado entre 2012 e 2013 pelos próprios autores do trabalho.

–311–

MAPEAMENTO PRÉ-OPERATÓRIO DA ENDOMETRIOSE PROFUNDA INFILTRATIVA INTESTINAL.

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

FUNEF-Hospital São Vicente – Curitiba, PR, Brasil.

E-mail: reticianelli@hotmail.com.

A endometriose é uma doença ginecológica benigna caracterizada pela presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina. A complexidade da doença é determinada pela sua variedade de apresentações clínicas, pela multifocalidade, pelo acometimento de sítios extraginecológicos (principalmente o trato urinário e intestinal) e pela dificuldade no diagnóstico por imagem pré-operatório e no tratamento cirúrgico. Vários métodos de imagem têm sido utilizados para avaliar as lesões de endometriose profunda infiltrativa (EPI) no pré-operatório, incluindo ultrassom transvaginal, ressonância magnética da pelve e ultrassonografia transretal. Não importa qual exame seja realizado, o objetivo do estudo pré-operatório é mapear completamente todos os implantes profundos da doença, principalmente os que afetam o sistema digestório e/ou do trato urinário. Especificamente para as lesões intestinais na EPI, a investigação por imagem pré-operatória deve conter as seguintes informações: tamanho da lesão; profundidade da infiltração na parede intestinal; distância entre a lesão intestinal da EPI e a borda anal; porcentagem da circunferência intestinal acometida; presença de lesões intestinais de EPI multifocais/multicêntricas. O mapeamento pré-operatório da extensão da doença é importante para decidir se a intervenção cirúrgica é indicada e para o planejamento da excisão cirúrgica completa, uma vez que o sucesso do tratamento depende da remoção cirúrgica radical. O objetivo deste artigo é demonstrar os pontos fundamentais que devem estar descritos nos laudos dos exames de imagem no rastreamento da endometriose profunda infiltrativa intestinal.

–615–

RELATO DE CASO: RUPTURA BILATERAL DOS SISTEMAS COLETORES RENAIS DURANTE EXAME DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COM CONTRASTE INTRAVENOSO.

Lara Marinho Reis; André de Queiroz Pereira da Silva; Luiz Eduardo Barreto; Natalia Sacchi Campozana; Maria Eugenia Durante Areas; Monica Amadio Piazza Jacobs; Luiz Carlos Donoso Scopetta.

Hospital São Camilo – São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: dreqps@hotmail.com.

A ruptura do sistema coletor é um evento raro, com potenciais complicações como urinoma retroperitoneal, infecção e sepse, formação de abscessos e consequente injúria do parênquima renal. Em geral, esta condição se associa ao aumento da pressão no interior do sistema coletor e tem como causas malignidade, ureteronefrolitíase, fibrose retroperitoneal idiopática, manipulação iatrogênica recente, trauma externo, retenção urinária, condições degenerativas dos rins, urografia com compressão externa e, ainda, as causas espontâneas. Relatamos um caso de ruptura espontânea, bilateral e assintomática dos sistemas coletores, observada durante a fase tardia de aquisição das imagens tomográficas, em paciente sem comorbidades e sem evidência de cálculos, destacando-se acentuada repleção vesical no momento do exame, com volume estimado em 464 ml. Foi realizado tratamento conservador, e em tomografia de controle houve resolução dos sinais de ruptura. A ruptura dos sistemas coletores é, muitas vezes, subdiagnosticada devido à sua raridade. O diagnóstico pode ser realizado através de urografia excretora e, de forma mais precisa e detalhada, por tomografia computadorizada com contraste intravenoso. O tratamento é controverso, podendo ser cirúrgico ou conservador com cateter de derivação (“duplo J”).

–664–

VARIAÇÕES ANATÔMICAS DO TRONCO CELÍACO E SISTEMA ARTERIAL HEPÁTICO: UMA ANÁLISE POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTIDETECTORES.

Henrique de Almeida Franca; Severino Aires de Araujo Neto; Carlos Fernando de Mello Júnior; Eulâmpio José da Silva Neto; Gustavo Raimalho Pessoa Negromonte; Caio Cesar Nuto Leite França; Anne Diniz Maia; Leonardo Guilherme Cabral Paiva.

UFPB – João Pessoa, PB, Brasil.

E-mail: severinoaires@hotmail.com.

Médicos frequentemente encontram variações anatômicas que podem dificultar o planejamento pré-operatório ou laudos diagnósticos.

Assim, torna-se importante um conhecimento adequado das variações mais frequentes que afetam uma população. O trabalho propõe o estudo radiológico das variações do tronco celíaco, assim como seu comprimento, diâmetro e distância para a artéria mesentérica superior, e do sistema arterial hepático. O estudo é do tipo retrospectivo com base na análise de tomografias computadorizadas de 44 pacientes. O comprimento do tronco celíaco, o diâmetro, assim como a distância entre tronco celíaco e artéria mesentérica superior, foram medidos pela técnica de projeção de intensidade máxima (MIP). O padrão de variação do tronco celíaco e sistema arterial hepático foi analisado por reconstrução 3D em *volume rendering* e imagens multiplanares. A análise estatística foi realizada pelo programa SPSS. Entre as 44 tomografias, 39 (91%) troncos celíacos foram classificadas como anatomia normal, 3 (6,8%) foram tronco hepatoesplênico e 1 (2,2%) foi tronco hepatogástrico. A média de comprimento do tronco celíaco foi 2,25 cm, sendo o maior 4,1 cm e o menor 1,1 cm, mediana de 2,35 cm. O calibre médio do tronco celíaco foi 0,7 cm, sendo o maior 1 cm e o menor 0,5 cm, mediana de 0,7 cm. A distância média entre o tronco celíaco e artéria mesentérica superior foi 1,2 cm, sendo a maior 2,3 cm e a menor 0,8 cm, mediana de 1,1 cm. O sistema arterial hepático variou em 22,7% dos casos, sendo 34 casos com anatomia normal e 10 casos com variação anatômica. A variação anatômica mais encontrada foi a localização anômala da artéria hepática direita (AHD), que ocorreu em 6 casos (13,6%), e desses 6 casos, a AHD veio da mesentérica em 3 casos (6,8%), em 2 casos (4,5%) veio do tronco celíaco e em 1 caso (2,3%) da artéria hepática comum. A artéria hepática esquerda (AHE) variou em 3 casos (6,8%), saindo em 2 (4,5%) casos da artéria hepática comum e em 1 (2,3%) caso da artéria gástrica esquerda. Houve correlação positiva significativa de moderada magnitude entre o comprimento ($2,39 \pm 0,63$) e o diâmetro ($0,7$; $P75-P25 = 0,7$) do tronco celíaco, $\rho = 0,443$, $n = 39$, $p = 0,005$, de modo que o aumento do comprimento do tronco está correlacionado com o aumento do diâmetro do tronco celíaco. Não houve associação significativa entre variação do tronco celíaco e variação da artéria hepática própria, $p = 0,96$. Diante dos resultados, as variações do tronco celíaco e seu diâmetro estão de acordo com a literatura mundial. O sistema arterial hepático, assim como comprimento do tronco celíaco e seu diâmetro, variaram com a literatura pesquisada, porém, essa diferença pode ser associada a diferentes populações de estudo. A correlação estatisticamente significativa entre o comprimento do tronco celíaco e seu diâmetro possibilita ajuda na escolha do melhor *stent* a ser utilizado, que possua um comprimento e calibre proporcional a cada paciente e evite, assim, iatrogenias durante o ato cirúrgico, como ruptura de tronco celíaco e *stent* curto e incapaz para manter o tronco pérvio.