

Musculoesquelético

Painéis Eletrônicos

-13-

ANÁLISE DO CÓCCIX ATRAVÉS DA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA 3.0 TESLA: PRINCIPAIS ACHADOS E ALTERAÇÕES PATOLÓGICAS.

Edgar Yoshimitsu Horigome; Sylvia Sakamoto; Maria Raquel Junqueira da Costa Ferreira Goulart; Flavio Henrique de Souza; Ligia Junqueira Ragazzini; Victor Teruhiro Yagushita; Edson Shinji Kubota; Sônia de Aguiar Vilela Mitraud.

Unidade Mogiana de Diagnósticos por Imagem – Mogi das Cruzes, SP, Brasil.

E-mail: edgarhorigome@hotmail.com.

Introdução: O conhecimento das principais causas de alterações patológicas do cóccix adquiriu maior importância devido à possibilidade de avaliação desta complexa estrutura por meio de métodos de imagem, com ênfase na ressonância magnética (RM). Porém, na vigência desta importância, os estudos por imagem das causas de dor no cóccix ainda assumem um papel inicial. Principais causas de coccidinia são: trauma, tumor, doença infecciosa ou cística e idiopática. Outro fator de risco está ligado ao índice de massa corporal (IMC) aumentado, com o limiar de 27,4 kg/m² para mulheres e de 29,4 kg/m² para homens. O objetivo do presente estudo é demonstrar os aspectos por imagem das principais patologias relacionadas à coccidinia por meio de exame de RM de 3 tesla (3T). **Materiais e métodos:** Foram analisados, retrospectivamente, 37 exames de cóccix no período de abril de 2011 a abril de 2013, em aparelho de aparelho de RM Magnetom Verio System Siemens de 3T e realizado também o IMC desses pacientes, correlacionando com os achados. **Resultados:** Dos 37 exames, 13 eram sem alterações e 24 alterados, 24 do sexo feminino (64,8%) e idade média de 37 anos, variando de 14 a 77 anos. Todos os pacientes com dor no momento do exame. Em 14 casos (37%) o trauma foi a causa mais comum. Os achados por imagem foram agrupados levando em consideração: a) trauma (fratura, padrão de edema ósseo contusional e processo inflamatório contusional de partes moles sem padrão de edema ósseo) em 17 pacientes (45%); b) alterações degenerativas provavelmente relacionadas a hiper mobilidade caracterizadas por edema ósseo nos corpos vertebrais com alterações discais em 9 casos (24%); c) tumores em 2 casos (5%). O IMC na amostra teve média de 25,08 kg/m² para mulheres de 27,8 kg/m² para homens, com 3 casos acima do limiar nas mulheres e 4 nos homens. Como achados adicionais analisamos anteversão nas últimas peças coccígeas e 1 caso de lateralização. O posicionamento e alinhamento do cóccix também estão relacionados na fisiopatologia da dor. **Discussão:** A avaliação dos pacientes por meio de RM 3T possibilitou adequada resolução espacial e acurácia das estruturas coccígeas e adjacentes a ela. Em relação aos achados na literatura, a maioria dos pacientes era do sexo feminino, porém em uma porcentagem inferior relatada. Em relação às alterações por imagem em primeiro trauma, seguido de alterações degenerativas e tumores, equivalentes aos dados estatísticos relatados na literatura. **Conclusão:** Os achados e as alterações relacionadas ao cóccix, que ainda são poucos discutidos, ocorrem em inúmeras doenças. Porém, não devem ser negligenciados. O diagnóstico preciso é importante para o correto tratamento e a RM 3T tem papel fundamental neste processo.

-21-

FRATURA FEMORAL ATÍPICA RELACIONADA AO USO CRÔNICO DE BIFOSFONADOS.

Priscila Sacilotto Crivellaro; Monica Wagner; Alexandre da Silveira Cima; Angela Massignan; Soraya Nogueira Stoffels; Eliza Porciuncula Justo; Simone Berwig Matiotti; José Golin Costa.

Fundação Serdil-Saint Pastous – Porto Alegre, RS, Brasil.

E-mail: priscilacrivellaro@gmail.com.

O objetivo deste trabalho é relatar o caso de paciente com fraturas por insuficiência em ambos os fêmures causadas pelo uso crônico de bifosfonados, comparando com os principais diagnósticos diferenciais e características radiológicas. **Caso:** Paciente feminina, branca, 63 anos, compareceu ao serviço para realizar tomografia computadorizada da coxa esquerda. História de dor na perna havia mais de um ano, com piora dois dias antes do exame, sem trauma prévio. Referia uso de alendronato havia 20 anos. Analisaram-se a história clínica e os exames de imagens da paciente dos seis últimos anos e revisou-se a literatura referente a fraturas por insuficiência relacionadas ao uso crônico de bifosfonados. A paciente teve como diagnóstico fratura por insuficiência devido ao uso crônico de alendronato. **Discussão:** O uso prolongado desta medicação causa inibição da remodelação óssea normal, limitando a capacidade do osso para a reparação e cicatrização, causando o acúmulo de microfraturas. O risco relativo de fraturas é 46 vezes maior nos pacientes em uso crônico de bifosfonados e o envolvimento semelhante do membro contralateral é visto em até 64% dos casos. As características de maior acurácia incluem espessamento focal cortical, com fratura transversa no córtex lateral, que pode estar acompanhada de proeminência do córtex na linha de fratura. Os principais diagnósticos diferenciais incluem fraturas por estresse, pseudofraturas, fraturas patológicas e fraturas por insuficiência. A frequência de fraturas femorais atípicas é baixa, embora sejam comuns em usuários crônicos de bifosfonados. Diante de fraturas de baixa energia na diáfise femoral, deve-se ter em mente os principais diagnósticos diferenciais. O acesso à história clínica contribui para a suspeita, já que muitos relatos descrevem dor prodrômica variando de três semanas a dois anos antes do surgimento da lesão. A radiografia é muito útil na distinção destas fraturas, apresentando características sugestivas. **Conclusão:** Salienta-se, através deste caso, a importância do conhecimento deste diagnóstico pelo radiologista, para que seja sugerido ao médico assistente, que avaliará o custo-benefício da continuação da terapêutica e a necessidade da prevenção de futuras fraturas em pacientes suscetíveis.

-37-

SÍNDROME DO IMPACTO ULNOCARPAL.

Monica Wagner; Priscila Sacilotto Crivellaro; Gabriela Nicolaidis; Luíza Mello Flores; Angela Massignan; Alexandre da Silveira Cima; Simone Berwig Matiotti; José Golin Costa.

Fundação Serdil-Saint Pastous – Porto Alegre, RS, Brasil.

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

A síndrome do impacto ulnocarpal (SIU) é causa frequente de degeneração da fibrocartilagem triangular (FCT), caracterizando-se por

dor e edema da face ulnar do punho associado a limitação de movimento, evoluindo para artrose ulnocarpal e radioulnar. Em conjunto com os dados clínicos, os métodos de imagem são de extrema relevância para avaliação dos diagnósticos diferenciais desta patologia, que apresenta eficiente resposta terapêutica. **Caso:** Paciente feminina, 68 anos, com queixa de dor nos punhos. Radiografia das mãos evidenciou lesões císticas subcondrais no semilunar bilateralmente. A ressonância magnética (RM) do punho esquerdo demonstrou irregularidade da cartilagem articular do piramidal com o semilunar, formação de cisto subcondral no semilunar e no piramidal, e degeneração da fibrocartilagem triangular, observando-se perfuração central. **Discussão:** Os achados de imagem da SIU são ruptura da FCT, edema medular ósseo subcondral, condromalácea dos ossos semilunar, piramidal e ulna distal, ruptura do ligamento semilunar-piramidal e, em estágios mais avançados, esclerose e artrose ulnocarpal e radioulnar. A RM demonstra baixo sinal nos ossos acometidos em T1 e alto sinal em T2, devido a edema progredindo para baixo sinal em ambos por esclerose. Há forte associação com variância ulnar positiva. Seus diagnósticos diferenciais incluem alterações senescentes assintomáticas, cistos ósseos, gânglio intraósseo, sulcos vasculares e doença de Kienböck (DK). A chave para distinguir a SIU dessas patologias é a localização das alterações dentro do semilunar. Os cistos e gânglios intraósseos posicionam-se na face radial comunicando-se com a articulação escafoide-semilunar ou na face ulnar comunicando-se com a articulação semilunar-piramidal; ambos possuem contornos regulares e intensidade de sinal semelhante à água na RM, sem alterações de sinal adjacentes. Sulcos vasculares geralmente são defeitos centrais proximais comunicantes com a articulação radial semilunar. A DK demonstra as mesmas alterações de sinal da SIU, porém possui apresentação difusa afetando também a face radial do semilunar e poupando o piramidal e ulna distal. Reconhecer e distinguir o padrão radiológico da SIU é de crucial importância e exige bom entendimento desta síndrome e de cada um de seus diagnósticos diferenciais.

–63–

LESÃO DE MOREL-LAVALLÉE: RELATO DE CASO.

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

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

E-mail: paulamedinamg@gmail.com.

A lesão de Morel-Lavallée é uma injúria em cisalhamento, precedida por trauma, como o automobilístico, mas que em muitas situações não é recordado pelo paciente. É causada pela avulsão abrupta da pele, gerando uma separação entre a hipoderme e a fáscia muscular subjacente, com ruptura de vasos sanguíneos e linfáticos. Tal processo resulta na formação de coleção em uma cavidade, que pode ser preenchida por sangue, linfa ou gordura, algumas vezes necrótica, e eventualmente por micro-organismos. Um tecido de granulação formado durante este processo pode gerar uma pseudocápsula fibrosa que dificulta a absorção do conteúdo fluido local, causando a persistência da coleção. Este fato permite que a apresentação clínica se manifeste tardiamente, em alguns casos, meses ou anos após o trauma, por exemplo, com edema local; a comum falta de lembrança do momento do trauma também contribui para um retardo ainda maior no diagnóstico. Seu local mais comum de acometimento é a porção externa proximal da coxa, mas outras topografias anatômicas vêm sendo observadas como possíveis pontos de lesão, como: região periesca-

pular, lombar, tornozelos, glúteos, pelve e joelhos. Neste contexto, a ressonância magnética vem se mostrando como o principal método de imagem para avaliação e diagnóstico. Este trabalho descreve um caso de Morel-Lavallée em um paciente do sexo masculino que, após queda de motocicleta, apresentou dor e aumento de volume na região do quadril/coxa esquerda, tendo sido submetido a ressonância magnética. O exame de imagem demonstrou coleção alongada, localizada entre o subcutâneo profundo e o trato iliotibial/fáscia lata, no nível do quadril/coxa proximal esquerda, com sinal intermediário em T1 e predominantemente elevado em DP com supressão de gordura e STIR, sugerindo componente hemático. Este relato de caso tem por interesse, portanto, apresentar as principais características clínicas e radiológicas da lesão de Morel-Lavallée.

–66–

DEGENERAÇÃO SARCOMATOSA DE UM OSTEOCONDROMA: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA.

Alcides Hiromitsu Yamakawa Junior; César Augusto Machado; Glenda Kerr; Barbara Blaese Klitzke Boettger; Luiz Fernando Bernadini Ulysea; Renata Bussolo Heinzen; Dalton Wiggers Medeiros; Erick Jander-son de Souza Alves.

Hospital Santa Catarina – Blumenau, SC, Brasil.

E-mail: junioryamakawa@hotmail.com.

Neste caso relatamos uma paciente de 53 anos com aumento do volume da coxa esquerda distal. Foi realizada tomografia computadorizada, que evidenciou volumoso osteocondroma no aspecto posteromedial do fêmur distal, com espesso componente de partes moles na sua periferia, desviando os grupos musculares adjacentes. Para melhor estudar a lesão foi solicitada ressonância magnética, que demonstrou espessa capa cartilaginosa lobulada e septada na sua periferia, apresentando sinal intermediário em T1, alto em T2 e semelhante ao da cartilagem patelar em T2*, achado este altamente associado a degeneração sarcomatosa. A suspeita foi confirmada após a ressecção da lesão. O osteocondroma é uma exostose óssea com a cortical contínua com a do osso subjacente. É o tumor ósseo mais comum, representando cerca de 15% de todos os tumores ósseos. A localização principal é a região do joelho. A complicação mais temida dos osteocondromas é a transformação maligna. Ocorre em aproximadamente 1% das lesões solitárias e tem maior prevalência em exostoses múltiplas hereditárias, em torno de 3% a 5%. Lesões que crescem ou causam dor após a maturidade do esqueleto são suspeitas para transformação maligna.

–68–

ENCARCERAMENTO DO NERVO SUPRAESCAPULAR: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA.

Alcides Hiromitsu Yamakawa Junior; Gustavo Lopes de Araujo; Luiz Pedro Souza Junior; Barbara Blaese Klitzke Boettger; Luiz Fernando Bernadini Ulysea; Mauricio Fabro; Dalton Wiggers Medeiros; Renata Bussolo Heinzen.

Hospital Santa Catarina – Blumenau, SC, Brasil.

E-mail: junioryamakawa@hotmail.com.

Neste caso relatamos um paciente de 35 anos com queixa de dor no ombro direito, que apresentou na ressonância magnética grande imagem cística lobulada e multisseptada adjacente ao complexo capsulolabral posterior e insinuando para a incisura supraescapular, compatível com cisto gangliônico. Observou-se também leve sinal de edema nos ventres musculares do supra e infraespinhais, provavelmente rela-

cionado a denervação aguda secundária ao encarceramento do nervo supraescapular pela lesão cística. O nervo supraescapular se origina do tronco superior do plexo braquial, mais especificamente das raízes de C5 e C6, inervando os músculos supra e infraespinhal. A neuropatia do supraescapular é uma rara causa de dor e fraqueza no ombro, desta forma, pode ser ignorada como um fator etiológico. As incisuras supraescapular e espinoglenoidea constituem os pontos críticos de possíveis compressões do nervo secundárias a massas, trauma, espessamento do ligamento transversal superior da escápula, cisto e ectasia venosa.

–83–

NECROSE AVASCULAR EM IMAGEM MUSCULOESQUELÉTICA: MUITO MAIS QUE O QUADRIL.

Olavo Kyosen Nakamura; Luciana Sátiro Timbó; Juliana Frota Guimarães; João Carlos Rodrigues; Luiz Guilherme de Carvalho Hartmann; Laercio Alberto Rosemberg; Durval Carmo Barros Santos; Marcelo Buarque de Gusmão Funari.

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

E-mail: olavonakamura@gmail.com.

Introdução: A necrose avascular é causada por uma insuficiência vascular da medula óssea e está relacionada a diferentes causas, dentre elas trauma, etilismo, tratamento com esteroides, pancreatite, anemia falciforme, dentre outras. As localizações características são na cabeça femoral e semilunar, mas diferentes ossos podem ser acometidos. A ressonância magnética possui um importante papel no diagnóstico da necrose avascular, com alta sensibilidade e especificidade, permitindo a detecção precoce desta doença e melhorando o prognóstico. **Objetivo:** Revisar os fatores de risco mais comumente relacionados à fisiopatologia da necrose avascular; demonstrar as diferentes apresentações e locais de necrose vascular em exames de imagem, com ênfase em ressonância magnética, correlacionando com quadro clínico e seguimento. **Organização da apresentação:** – Introdução; – Fisiopatologia da necrose avascular; – Papel das técnicas de imagem na avaliação da necrose avascular; – Diferentes apresentações e sítios de necrose avascular em exames de imagem.

–91–

RELATO DE CASO: ESTÁGIO FINAL DA DOENÇA DE HOFFA NA RM E RADIOGRAFIA.

Welton Alencar Carvalho¹; Kellen Inouye²; Fernando Jose Zorzi²; Talita Rombaldi Pereira³; Silvio Fontana Velludo³; Raymundo do Espírito Santo Pereirada³; Leonardo Pereira Dalcim³; Natalia Angelini Moraes³.

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

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

Introdução: Uma variedade de lesões benignas e malignas pode acometer a gordura de Hoffa, tais como condromatose sinovial, sinovite vilonodular pigmentada, calcinose, osteocondroses, e raramente, condrossarcomas primários. Este relato de caso visa familiarizar o radiologista com um dos diagnósticos diferenciais de doenças da gordura de Hoffa através da radiografia e ressonância magnética. **Relato do caso:** Paciente feminina, 63 anos, apresentando dor na face anterior do joelho, com restrição de movimento. Negou cirurgias ou traumas prévios ou outros antecedentes. Ao exame físico apresentava aumento volumétrico da região infrapatelar doloroso à compressão e restrição de flexoextensão. **Diagnóstico resumido do caso:** Condroma da gordura

de Hoffa como estágio final de evolução da doença de Hoffa. **Discussão sucinta do propósito do caso:** A doença de Hoffa, ou síndrome do impacto da gordura infrapatelar, caracteriza-se por processo inflamatório crônico associado a hipertrofia e encarceramento da gordura de Hoffa. Pode associar-se a um significativo trauma agudo ou microtraumas repetitivos, determinando hemorragia e edema. A hipertrofia da gordura contribui para seu impacto e encarceramento, e consequente acentuação das alterações inflamatórias. Cronicamente, leva a necrose adiposa, proliferação fibroblástica e fibrose. Em alguns casos, ocorre a metaplasia condroide da gordura infrapatelar. A ressonância magnética é útil na avaliação de alterações inflamatórias em todas as fases deste processo, contribuindo no diagnóstico diferencial com outras lesões.

–111–

SÍNDROME DE MÜLLER-WEISS DIAGNOSTICADA POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA: RELATO DE CASO.

Fernanda Cunha Maciel¹; Geraldo Souza Pinho Alves²; Waleska Cecília Costa de Oliveira³; Fernanda da Silva Macêdo³; Gabriela Maria Ribeiro e Ribeiro¹; Marcus Vinicius Maia Passos⁴; José Jorge Maciel Neto⁴; Felipe Henrique Medeiros Maciel⁴.

¹ Hospital de Base do Distrito Federal – Brasília, DF; ² Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo – São Paulo, SP; ³ Universidade Potiguar – Natal, RN; ⁴ Instituto de Radiologia de Natal – Natal, RN, Brasil.

E-mail: fernanda_cmaciell@hotmail.com.

Introdução: O propósito deste relato é descrever um caso de síndrome de Müller-Weiss diagnosticada por ressonância magnética (RM). A RM foi revisada a partir do arquivo digital de imagens. Obteve-se a autorização da paciente para a utilização das imagens para relato de caso. **Descrição sucinta:** Paciente de 50 anos, sexo feminino. Encontrou-se em acompanhamento por dores crônicas e limitação de movimento em médio-pé, bilateralmente, principalmente à direita. Submetida a RM do pé direito, que evidenciou deformidade do navicular com redução volumétrica de sua porção lateral e proeminência de sua borda medial, além de pequena subluxação da articulação talonavicular, com aspecto sugestivo de síndrome de Müller-Weiss. **Discussão resumida:** A síndrome de Müller-Weiss, descrita na década de 20, é uma condição rara que ocorre em adultos entre 40 e 60 anos, especialmente em mulheres, caracterizada por um curso clínico crônico, dor severa no médio-pé e deformidade progressiva. Acomete de forma bilateral, com predominância de antíteo direito. Entre os prováveis fatores desencadeantes incluem-se trauma repetitivo, sobrecarga pressórica, falha no desenvolvimento ósseo, mas a real etiologia ainda é incerta. É caracterizada pela compressão do navicular entre o tálus e o cuneiforme lateral. As alterações radiológicas da osteonecrose primária do osso navicular do tarso parecem ser características. As anormalidades iniciais incluem uma perda de volume no aspecto lateral do navicular, associando-se ao aumento da densidade desta porção do osso. O navicular assume forma de vírgula devido à compressão lateral. Assim, a protrusão mediadorsal e fragmentação óssea podem ser observadas. Configura-se como diagnóstico diferencial de dor no pé e pé plano, junto com causas de osteonecrose secundárias do osso navicular, a exemplo, artrite reumatoide, lúpus eritematoso sistêmico e trauma. Quando diagnosticada precocemente, pode ser tratada com descompressão percutânea do osso navicular. Os casos tardios necessitam de excisão do osso e artrodese da coluna medial do tarso.

–112–

NEUROPATIA DE BAXTER EM TORNOZELO DIREITO DIAGNOSTICADA POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA: RELATO DE CASO.

Geraldo Souza Pinho Alves¹; Fernanda Cunha Maciel²; Fernanda da Silva Macêdo³; Waleska Cecília Costa de Oliveira³; Gabriela Maria Ribeiro e Ribeiro²; Marcus Vinicius Maia Passos⁴; José Jorge Maciel Neto⁴; Felipe Henrique Medeiros Maciel⁴.

¹Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo – São Paulo, SP; ²Hospital de Base do Distrito Federal – Brasília, DF; ³Universidade Potiguar – Natal, RN; ⁴Instituto de Radiologia de Natal – Natal, RN, Brasil.

E-mail: fernanda_cmaciell@hotmail.com.

Introdução: O propósito desse relato é descrever um caso de neuropatia de Baxter em tornozelo diagnosticada por ressonância magnética (RM). A RM foi revisada a partir do arquivo digital de imagens. Obteve-se a autorização da paciente para a utilização das imagens para relato de caso. **Descrição sucinta:** Paciente de 35 anos, sexo feminino. Apresentou dor e edema em tornozelo direito que piora com a deambulação e com a posição ortostática prolongada, não responsiva ao tratamento com analgésicos e anti-inflamatórios. Realizada RM do tornozelo direito, que evidenciou edema do tecido celular subcutâneo junto às regiões perimaleolares, bem como na face lateral do pé e sinais de rotura do ligamento talofibular anterior e calcaneofibular, caracterizado por má definição de suas fibras e alteração de sinal, com discreto edema nesta topografia, sugestiva de lesão de natureza aguda/subaguda. Associado a atrofia/lipossustituição do músculo abductor do dedo mínimo, sugestivo de neuropatia envolvendo o nervo calcaneano inferior (neuropatia de Baxter). **Discussão resumida:** Neuropatia de Baxter é o aprisionamento do ramo mais proximal do nervo plantar lateral. Este ramo passa pela borda medial do osso calcâneo e a fáscia profunda do músculo abductor do hálux. Desde 1986 Donald Baxter descreveu esta neuropatia como causa de talalgia resistente ao tratamento conservador. Está normalmente associada ao pé plano ou cavo e a fasciite plantar, podendo esta ser um fator predisponente e coexistente. Provoca dor intensa no calcanhar com o apoio e a deambulação, bem como a palpação da borda medial do calcâneo, podendo irradiar em várias ocasiões a toda a margem medial do pé. Além disso, apresenta déficit sensitivo na borda medial do talo, incluindo em alguns raros casos déficit motor na flexão plantar dos dedos, embora este achado se relacione mais com impotência funcional. Confunde-se com fasciite plantar, mais com impotência funcional, e é não respondedora ao tratamento realizado para essa patologia. O tratamento efetivo compreende a extirpação cirúrgica.

–118–

ASSOCIAÇÃO DE VACTERL: RELATO DE CASO.

Larissa Martins Schmitz; Luciana Lacerda Burigo Trindade; Mariana de Oliveira Silvestre; Ana Paula Hilariano Maximiano; Liseane Vieira Lisboa; Rodrigo Bordin Trindade; Joana Eggler Dembogurski; Guilherme Nogueira Schincariol Vicente.

Clínica Lâmina – Florianópolis, SC, Brasil.

E-mail: larischmitz@gmail.com.

A associação de VACTERL é uma patologia conhecida, porém sua causa ainda não está bem estabelecida. As manifestações clínicas incluem alterações vertebrais, atresia anal, doença cardíaca congênita, fistula traqueoesofágica, displasia renal e anormalidades nos membros. O diagnóstico é feito quando há pelo menos três órgãos afetados. Em ordem de frequência, os mais acometidos são: coração (77%), rim (72%), ânus (63%), esôfago (40%) e vértebras (37%). Sua inci-

dência é de 1,6 para 10.000 nascidos vivos e ocorre com mais frequência em meninos caucasianos. Pode estar associada a trissomia do 13, 18 e a síndrome de *cri-du-chat*. Este relato de caso é de um paciente masculino, 1 ano e 2 meses, que nasceu com imperfuração anal, sendo então encaminhado para investigação, em que se observou agenesia renal à esquerda, luxação congênita do quadril direito, regressão caudal, CIV e fistula retouretral. Sendo assim, este trabalho tem como objetivo relatar um caso sobre a associação de VACTERL, ilustrando com os achados radiológicos através de radiografia simples, ultrassonografia e exame contrastado, fazendo uma revisão sobre a patologia em questão.

–120–

FRATURAS TRAUMÁTICAS NOS MEMBROS INFERIORES EM PEDIATRIA: ENSAIO ICONOGRÁFICO.

Daniel Sakuno¹; Jorge Alberto Ledesma².

¹Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa – Ponta Grossa, PR;

²Hospital Pequeno Príncipe – Curitiba, PR, Brasil.

E-mail: danielskn@hotmail.com.

Introdução: As fraturas traumáticas em crianças diferem das em adultos devido às diferenças na anatomia, biomecânica e na fisiologia. Conforme a idade, diferentes tipos de fraturas são mais comuns e específicos em cada segmento ósseo. Outro ponto importante é que os ossos em crianças são mais elásticos, além de possuir um sistema de irrigação particular. A placa de crescimento ou fise é uma região de menor resistência no esqueleto da criança e quando acometida pode provocar alterações no crescimento. Em contrapartida, a cicatrização da fratura é muito mais rápida do que nos adultos e o crescimento e remodelação podem corrigir a maioria das deformidades traumáticas, sendo que, quanto menor a idade da criança, maior o poder de correção. O conhecimento dos aspectos radiológicos e das particularidades do osso infantil no que concerne às diferenças anatômicas, biomecânicas e fisiológicas é de suma importância para compreender as fraturas nos membros inferiores do paciente pediátrico, assim possibilitando o diagnóstico por imagem correto. Este estudo iconográfico tem por finalidade demonstrar os principais achados por imagem das fraturas traumáticas nos membros inferiores em pediatria e também revisar seus conceitos, características, tipos e classificações. **Descrição:** Foi realizado um estudo retrospectivo com exames de imagens de radiografias digitais em busca das fraturas traumáticas mais frequentes nos membros inferiores que ocorrem no dia-a-dia de um hospital pediátrico.

–137–

XANTOMAS TENDINOSOS: ALERTA PARA UM DIAGNÓSTICO DE DOENÇAS OCULTAS DO METABOLISMO LIPOPROTEICO.

Luciana Vieira Farias¹; Hovanes Boyadjian¹; Carlos Heitor Alencar Santana¹; Gilberto Ferreira de Carvalho¹; Ylana Mayra de Almeida Silveira¹; Maria Isabelle Marques Araujo²; Francisco Abaete Chagas Neto¹.

¹Hospital Antonio Prudente – Fortaleza, CE; ²Hospital Walter Cantídio – Fortaleza, CE, Brasil.

E-mail: lv.farias@hotmail.com.

Paciente do sexo feminino, 30 anos, parda, com queixa de dor e aumento de volume no tornozelo esquerdo. Apresentou abaulamento na região do tendão calcâneo, sendo encaminhada do serviço de ortopedia para realização de radiografia do tornozelo esquerdo. Foi identificado que as estruturas ósseas e articulares estavam preservadas, porém destacou-se aumento de volume de partes moles no compartimento posterior. Foi indicada realização de ressonância magnética do tornozelo esquerdo, que demonstrou espessamento fusiforme com

estriações verticais alternadas de alto e baixo sinal nos tendões tibial anterior, tibial posterior e tendão calcâneo, compatíveis com xantomias. Os achados de imagem indicaram a necessidade de investigação clínico-laboratorial direcionada para hipercolesterolemia familiar e estratificação de risco cardiovascular. A paciente relatou histórico familiar positivo para eventos cardiovasculares precoces. Os exames laboratoriais demonstraram hipercolesterolemia (colesterol total 318 mg/dl e LDL 239 mg/dl). A hipercolesterolemia familiar é uma doença genética metabólica das lipoproteínas cujo modo de herança é autossômico dominante e que se caracteriza por níveis muito elevados de colesterol de baixa densidade (LDL), além da presença de sinais clínicos característicos, como xantomias tendíneas e risco aumentado de doença arterial coronariana e cerebrovascular precoces. Portanto, torna-se de suma importância que o especialista em diagnóstico por imagem seja capacitado a identificar e diagnosticar precocemente os xantomias tendíneos, interagindo com a equipe médica assistente para orientar a necessidade de estratificação de risco cardiovascular e investigação de hipercolesterolemia familiar.

–138–

ACHADOS RADIOGRÁFICOS, TOMOGRÁFICOS E DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA ESPONDILODISCITE: ENSAIO ICONOGRÁFICO.

Ovidio Carlos Carneiro Villela¹; Thales Aguiar Saad¹; Mateus Henrique Baylon e Silva²; Threicy Mayara Godinho Guerreiro¹; Noemio Antonio Morais Santana³; Nilo Vieira Souza³; Geraldo Teodoro de Faria Filho¹.

¹Clínica São Judas Tadeu – Ipatinga, MG; ²Hospital Márcio Cunha-FSFX/Feluma – Ipatinga, MG; ³SEMF – Ipatinga, MG, Brasil.

E-mail: teusma4@hotmail.com.

Introdução: A espondilodiscite séptica consiste numa infecção bacteriana do espaço intervertebral. É causada por disseminação bacteriana por via hematogênica, com morbimortalidade elevada, diagnóstico tardio e associação a comorbidades (imunodepressão, diabetes mellitus e alcoolismo). O método de escolha para o diagnóstico é a ressonância magnética, devido ao maior detalhe de informações que podem ser visualizadas, podendo ser suspeitada também em outros métodos de imagem como a radiografia convencional e a tomografia computadorizada. **Materiais e métodos:** Foram selecionadas imagens de pacientes com espondilodiscite, que demonstram as diferentes manifestações radiográficas, tomográficas e de ressonância magnética que permitem caracterizar o diagnóstico e a extensão das lesões através dos métodos de imagem. **Discussão:** O diagnóstico de infecção piogênica na coluna é realizado por meio de características clínicas, laboratoriais, radiográficas e do isolamento. A doença é potencialmente devastadora e de rápida progressão, podendo resultar em colapso vertebral, déficit neurológico permanente, ou até mesmo morte. Sendo assim, sua rápida identificação, através dos métodos de imagem, se faz de extrema importância, agilizando o diagnóstico e possibilitando o tratamento precoce. Neste trabalho visamos fornecer imagens de casos de espondilodiscite, fazendo a correlação entre os métodos, auxiliando no estudo e compreensão diagnóstica dessa patologia.

–141–

ANGIOLIPOMA EPIDURAL TORÁCICO MIMETIZANDO MENINGIOMA: RELATO DE CASO.

Thales Aguiar Saad¹; Mateus Henrique Baylon e Silva²; Fabricio Maia Torres Alves¹; Threicy Mayara Godinho Guerreiro¹.

¹Clínica São Judas Tadeu – Ipatinga, MG; ²Hospital Márcio Cunha-FSFX/Feluma – Ipatinga, MG, Brasil.

E-mail: teusma4@hotmail.com.

Introdução: Angiolipomas são lesões benignas comuns, na grande maioria das vezes localizadas no subcutâneo. Angiolipoma epidural (AE) é uma neoplasia benigna rara, composta por adipócitos maduros e elementos vasculares anormais, usualmente com curso clínico lento e progressivo. Existem apenas cerca de 140 casos de AE descritos na literatura. Neste trabalho descrevemos a correlação radiológico-histopatológica de um AE torácico, que apresentou características de imagem semelhantes a um meningioma, ao exame de ressonância magnética (RM). **Relato do caso:** Paciente adulto, do sexo masculino, realizou RM da coluna torácica para investigação de dor torácica branda e progressiva, com evolução de seis meses, sem déficits neurológicos importantes. Ao exame de RM, identificamos lesão raquimedular extramedular e extradural, localizada no compartimento posterior, sem sinais de invasão das estruturas adjacentes e aparentemente com extensão dural. A lesão apresentava, como características, hipossinal T1, intensidade de sinal intermediária em T2 e ávida impregnação ao gadolínio na sequência T1 com supressão de gordura. O paciente foi submetido a ressecção cirúrgica, com os achados histológicos demonstrando adipócitos uniloculares maduros, sem atipias, permeados por numerosos vasos sanguíneos, tipo capilares, compatível com angiolipoma. **Discussão:** Apesar de raro, o AE é uma entidade clinicopatológica bem descrita. Corresponde a 0,14% a 1,2% de todos os tumores do esqueleto axial e a 2% a 3% dos tumores espinhais extramedulares. Suas características clássicas ao exame de RM são de lesão bem delimitada, com hiperintensidade de sinal T1, devido ao componente adiposo, e intensidade de sinal baixo/intermediário em T2. No presente caso, a lesão se apresentou com baixa intensidade de sinal em T1, pelo baixo componente de adipócitos e predomínio de vasos sanguíneos anormais. Essa característica, consequentemente, justifica a baixa queda de sinal da lesão nas sequências com supressão de gordura e a ávida impregnação pelo gadolínio nas fases contrastadas. As peculiaridades deste tumor o tornaram praticamente indistinguível de um meningioma, lesão extramedular e extradural significativamente mais prevalente que o AE.

–158–

ARTROPATIA HEMOFÍLICA: RELATO DE CASO DE ATIVIDADE DA DOENÇA COM SINAIS DE SANGRAMENTO INTRA-ARTICULAR.

Mônica Turra Grion; Adriano de Oliveira Pinto; Decio Prando Moura; Guilherme Araújo Marcolin; Marcela Rodrigues Vazzoller; Adriel Figueredo da Silva; Rafael Estruzani Neves; Carlos Eduardo Endoh Ougo Tavares.

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

E-mail: monica_grion@hotmail.com.

A hemofilia é uma coagulopatia genética hereditária ligada ao cromossomo X, que se manifesta em 1/100.000 homens. As mulheres são portadoras e o desenvolvimento do fenótipo é raro. A hemofilia A (diminuição do fator VIII) é a mais comum, afetando 85% dos hemofílicos, seguida pela hemofilia B (diminuição do fator IX), que afeta os outros 15%. O grau da gravidade da doença é determinado pela porcentagem do fator circulante. Quando não convenientemente tratados, os doentes com hemofilia A e B vêm a apresentar múltiplas consequências de discrasias sanguíneas sistêmicas, incluindo repercussões musculoesqueléticas, provocadas por hemorragias musculares e articulares. A artropatia hemofílica é uma doença poliarticular, caracterizada por rigidez articular e dor crônica. Resulta de hemartroses de repetição, que atingem sobretudo o tornozelo, o joelho e o cotovelo. Na fase aguda a hemartrose caracteriza-se por aumento da temperatura local, aumento do volume articular, espasmos musculares e dor intensa. Uma das causas de dor é a distensão mecânica da cápsula articular, já que a hemorragia só se interrompe quando a pressão intra-

articular atingir a pressão sistólica. O estudo por imagens das articulações em pacientes com artropatia hemofílica é importante para a detecção de lesões, estadiar a sua gravidade e avaliar os efeitos do tratamento. Entre os principais achados temos: derrame articular, espessamento e calcificação dos tecidos moles periarticulares, espessamento sinovial com depósitos de hemossiderina, hipertrofia epifisária, porose periarticular, redução da interlinha articular, irregularidades da superfície e esclerose subcondral, geodes, incongruência entre as superfícies articulares, erosão das margens articulares e linhas de Harris. A radiografia simples permite visualizar apenas alterações grosseiras da articulação, não detectando as alterações iniciais nas partes moles e na membrana sinovial. A ressonância magnética constitui um método mais sensível de avaliação da artropatia hemofílica, devido à sua capacidade de identificar precocemente essas alterações. Neste relato de caso, revisamos os achados da artropatia hemofílica enfatizando sinais de atividade da doença através de um paciente portador de hemofilia B que deu entrada neste serviço pelo PS no dia 7/3/2013, com artralgia e aumento do volume articular em ambos os tornozelos. Após a realização de radiografia e ressonância dos tornozelos, foi evidenciada artropatia hemofílica bilateral. No acompanhamento evolutivo notamos sinais de sangramento ativo intra-articular.

–160–

DISPLASIA ESPONDILOEPIFISÁRIA TARDA: DIAGNÓSTICOS E REVISÃO DA LITERATURA.

Eliza Porciuncula Justo; Soraya Nogueira Stoffels; Thalys Zandona Laydner; Priscila Sacilotto Crivellaro; Angela Massignan; Alexandre da Silveira Cima; Monica Wagner; José Golin Costa.

Fundação Serdil-Saint Pastous – Porto Alegre, RS, Brasil.

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

Objetivo: Este trabalho tem como objetivo relatar o caso de um paciente com displasia espondiloepifisária tarda (DET) e revisar a literatura sobre os seus diagnósticos diferenciais. **Caso:** Paciente masculino, 17 anos, iniciou com dificuldade para deambular e quedas frequentes aos 7 anos. Não havia história familiar de casos semelhantes. Ao exame físico, apresentava envergadura maior que a estatura, tronco e pescoço curtos, hiperlordose lombar, dificuldade de abdução dos quadris e de marcha, devido à falta de movimentação. Realizou os primeiros exames aos 7 anos de idade. Raio-x (RX) de coluna lombossacra: exagero da lordose anatômica, discreta irregularidade no bordo superior do corpo de L2 a L5 e espaços discais de amplitude preservada. RX de coluna dorsal: exagero da cifose dorsal, nódulos de Schmorl no corpo de T7 a T10 e espaços discais preservados. RX de bacia: achatamento, esclerose e sinal do crescente na epífise da cabeça femoral direita, relacionado à doença de Legg-Calvé-Perthes. Leve esclerose da epífise da cabeça femoral esquerda. Espaços articulares de amplitude preservada. Os exames subsequentes também reforçavam a hipótese de osteonecrose das cabeças femorais. Aos 11 anos de idade o paciente foi encaminhado para avaliação genética. Correlacionando a história clínica, radiológica e familiar chegou-se ao diagnóstico de DET. Existem duas formas de displasia espondiloepifisária: a forma congênita e a tarda. Acometem 1:100.000 nascidos vivos. A forma tarda trata-se de uma patologia ligada ao X recessiva, caracterizada por início dos sintomas entre 5–10 anos de idade com comprometimento principalmente da coluna e dos quadris, apresentando dor articular. Os principais achados clínicos são baixa estatura, tronco curto e deformidades ao longo da coluna. Os marcadores radiológicos incluem baixa estatura, hipoplasia do processo odontoide, instabilidade atlanto-axial, epífises

irregulares e achatadas, que podem evoluir para osteoartrite precoce. Devido à doença ser ligada ao X recessiva, o risco de pacientes masculinos terem filhos com quadro semelhante é mínimo, porém todas as suas filhas serão portadoras. Os principais diagnósticos diferenciais são: Morquio, que se apresenta com achatamento universal dos corpos vertebrais (vértebras planas) e formação de bico anterior central; Legg-Calvé-Perthes, caracterizada por osteonecrose da epífise proximal do fêmur, com sinal do crescente radiotransparente precocemente e, posteriormente, achatamento e esclerose da epífise da cabeça do fêmur; osteogênese imperfeita, um distúrbio hereditário do tecido conjuntivo que causa fragilidade óssea e cifoescoliose intensa com achatamento dos corpos vertebrais, bicôncavos ou cuneiformes anteriormente.

–167–

DEGENERAÇÃO MALIGNA DE OSTEOCONDROMA NA OSTEOCONDROMATOSE FAMILIAR.

Soraya Nogueira Stoffels; Eliza Porciuncula Justo; Angela Massignan; Thalys Zandona Laydner; Alexandre da Silveira Cima; Monica Wagner; Priscila Sacilotto Crivellaro; Simone Berwig Matiotti.

Fundação Serdil-Saint Pastous – Porto Alegre, RS, Brasil.

E-mail: sorayastof@hotmail.com.

Objetivo: Relatar o caso de um paciente com condrossarcoma no fêmur direito com osteocondromatose múltipla e degeneração maligna de um osteocondroma e comparar os principais diagnósticos diferenciais e características radiológicas. **Caso:** Paciente masculino, branco, 30 anos, compareceu ao serviço para realizar ressonância magnética (RM) da coxa direita. História de desconforto e inchaço na região posterior da coxa e panturrilha, há três meses. Analisaram-se a história clínica e os exames de imagem realizados e revisou-se a literatura referente à degeneração maligna de osteocondroma em paciente portador de osteocondromatose familiar. O paciente teve como diagnóstico, através de exames de imagem e histopatológico, condrossarcoma grau II. A osteocondromatose familiar é uma doença autossômica dominante que acomete homens 1,5 vez mais que mulheres e pode ter como uma das complicações a degeneração maligna. O osteocondroma é um tumor ósseo benigno composto de osso cortical e medular envolto por uma fina capa de cartilagem hialina, localizado principalmente na metáfise dos ossos longos dos membros inferiores. Apresenta-se, radiologicamente, como uma lesão óssea contínua ao osso normal adjacente, podendo-se visualizar calcificações na capa cartilaginosa. Os achados radiológicos sugestivos de malignização são reinício do crescimento da lesão e espessura da capa cartilaginosa maior que 1,5 cm após a maturidade óssea, superfície irregular, regiões focais de radiolucência no interior, erosão do osso adjacente e tumor de tecidos moles com calcificações difusas. O condrossarcoma é um tumor maligno de células de tecido conjuntivo caracterizado pela formação de matriz cartilaginosa pelas células tumorais. Os principais diagnósticos diferenciais do condrossarcoma secundário ao osteocondroma incluem osteossarcoma e fibro-histiocitoma maligno. A degeneração maligna de osteocondromas múltiplos ocorre em até 5% dos casos, sendo a maioria para condrossarcoma. A radiografia é útil no diagnóstico de osteocondroma e sugere transformação maligna. A tomografia computadorizada e a RM caracterizam melhor a lesão e a extensão para tecidos adjacentes. O diagnóstico definitivo se dá pela análise histopatológica. O tratamento consiste em excisão cirúrgica ampla. O prognóstico depende do tamanho, da localização e do grau histológico da lesão. A sobrevida em cinco anos para os tumores grau I é de 90%, grau II, 81%, e grau III, 29%.

–171–

DISPLASIA EPIFISÁRIA HEMIMÉLICA: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA.

Felipe Alba Scortegagna; Marjana Reis Lima; Guilherme Jaquet Ribeiro; Mateus Chissini Paganella; Steffan Frosi Stella; Ana Luisa Xavier da Silveira; Thiago Krieger Bento da Silva; José Golin Costa.

PUCRS – Porto Alegre, RS, Brasil.

E-mail: felipescortegagna@hotmail.com.

Introdução: A displasia epifisária hemimélica (DEH) é definida como um crescimento osteocondral localizado, decorrente da metade de uma epífise, que acomete uma ou várias epífises ou centros de ossificação. É uma proliferação anormal e assimétrica de cartilagem com ossificação endocondral, que cessa quando as epífises se fundem ao final do crescimento. É uma doença rara, com incidência relatada de 1:1.000.000. Tem sua etiologia desconhecida, entretanto, sabe-se que está ligada ao grupo das osteocondromatoses. Há escassez de casos descritos na literatura em razão da raridade da doença, e por isso, temos como objetivo apresentar o caso de um menino de sete anos com DEH no joelho esquerdo. **Descrição:** Paciente do sexo masculino, 7 anos de idade, com história de aumento de volume em joelho esquerdo assintomático há 2 anos. No exame físico havia moderado aumento de volume com limitação funcional, indolor à palpação. O estudo radiológico simples evidenciou deformidade, irregularidade no contorno e áreas de esclerose com fragmentação óssea na zona epifisária medial e distal do fêmur esquerdo. A tomografia computadorizada demonstrou formação expansiva com contornos lobulados, parcialmente ossificada, junto à superfície posteromedial da epífise distal do fêmur esquerdo, ao nível do côndilo medial, aparentemente revestida e em contiguidade com a cartilagem epifisária. Frente aos achados de imagem e à clínica, foi realizada ressecção da lesão, com colocação de endoprótese, e o estudo anatomopatológico confirmou a presença de tecido ósseo e cartilaginoso, sem alterações histológicas. **Discussão:** A DEH é uma doença benigna rara (incidência de 1:1.000.000), caracterizada por um crescimento osteocondral decorrente de uma ou mais epífises. Mais frequentemente acomete a extremidade inferior (tarso, tibia distal e fêmur distal) de apenas um lado do corpo. O compartimento medial é duas vezes mais afetado que o lateral. O diagnóstico normalmente é feito antes dos 15 anos e homens são afetados três vezes mais que as mulheres. O quadro clínico, inicialmente, é caracterizado por aumento de volume local devido ao crescimento cartilaginoso exacerbado, que pode ser doloroso e gerar deformidades, limitação da amplitude de movimento e diferença do comprimento entre os membros. O tratamento da DEH não é claro na literatura, entretanto, somente lesões sintomáticas devem ser tratadas. O prognóstico é variável, e por causa do risco de recorrência, é necessária monitoração frequente.

–177–

CONDROMA DA GORDURA DE HOFFA: CORRELAÇÃO ENTRE OS MÉTODOS DE IMAGEM.

Daniel Zambuzzi Naufel; Fernanda Mouro Fernandes; Srjan Zelenika. Centro Radiológico Campinas/Hospital Vera Cruz – Campinas, SP, Brasil. E-mail: dznaufel00@hotmail.com.

Introdução: A gordura infrapatelar de Hoffa é uma estrutura intracapsular comumente visualizada nos exames de ressonância magnética (RM) do joelho, no entanto, acometimento por doenças nesta região, principalmente tumorais, não é frequente. Anormalidades intrínsecas a esta estrutura incluem condromas intracapsulares, sinovites nodulares localizadas, fibrose pós-artroscopia e pós-cirúrgica. Por-

tanto, o reconhecimento da anatomia desta localização e o conhecimento do condroma intracapsular e de seus aspectos de imagem tornam o diagnóstico radiológico preciso. O condroma intracapsular, resultante de metaplasia extrassinovial da gordura de Hoffa ou dos tecidos conectivos adjacentes, é raro e caracteristicamente localiza-se na porção inferior à patela. Apresenta-se como uma massa heterogênea no interior da gordura de Hoffa à RM, com áreas de matriz condroide, ossificações e calcificações. É comumente associado a processo inflamatório dos tecidos adjacentes e pode provocar erosão óssea. A correlação entre os métodos de imagem, tais como a radiografia convencional (RX), a tomografia computadorizada (TC) e a RM, facilita a caracterização e o diagnóstico. **Descrição:** Serão descritos dois casos de grandes condromas da gordura infrapatelar de Hoffa, com correlação dos métodos de imagem disponíveis, tais como RX, TC e RM. Os pacientes aqui relatados referiam dores nos joelhos acometidos e não apresentavam antecedentes cirúrgicos.

–189–

SÍNDROME DE GRISEL: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA.

Maria Augusta Pacheco Figueiredo; Norma Caroline de Mendonça Furtado Montenegro; Máira Costa Nunes Andrade Leite; Bianca Maragno; Rodrigo Queiroz Guimarães; André Volani Morganti; Sônia de Aguiar Vilela Mitraud; Cícero Aurélio Sinisgalli Júnior.

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

E-mail: biancamaragno@hotmail.com.

A subluxação atlanto-axial não traumática em associação com quadros inflamatórios de cabeça e pescoço é conhecida como síndrome de Grisel (SG). É complicação rara e grave, predominante na população pediátrica, que foi descrita pela primeira vez em 1830. A SG deve ser suspeitada em crianças com torcicolo importante associado a infecção de vias aéreas superiores. A literatura atual enfatiza que o diagnóstico e o tratamento são frequentemente tardios. Na maioria dos casos, a subluxação é reduzida espontaneamente ou através de medidas conservadoras. Entretanto, Fielding e Hawkins reportaram uma série de pacientes nos quais a subluxação tornou-se irreversível, com deformidade permanente. Apresentamos o caso de um paciente do sexo masculino, 10 anos de idade, previamente hígido, que procurou o pronto-socorro com queixa de 7 dias de dor cervical de forte intensidade, torcicolo e febre. Não havia relato de trauma ou infecções recentes. A dor cervical não cedia com o uso de analgésicos. Tomografia computadorizada (TC) realizada na urgência revelou subluxação de C1 sobre C2, com rotação no sentido anti-horário do atlas e discreto deslocamento anterior e para a esquerda. Assimetria da musculatura cervical, contraída à esquerda. Devido ao grau da lesão e o bom estado geral do paciente, optou-se pelo tratamento conservador, com antibióticos, analgésicos, relaxantes musculares e colar cervical. A evolução foi satisfatória, com remissão dos sintomas após dez dias de tratamento. A SG pode ser secundária a infecções de cabeça e pescoço ou ocorrer após procedimentos otorrinolaringológicos. Sua fisiopatologia é desconhecida, porém uma das teorias aceitas propõe disseminação hematogênica de uma infecção de faringe posterior para a coluna cervical, com hiperemia e relaxamento anormal dos ligamentos que sustentam a articulação atlanto-axial. Os pacientes de alto risco para desenvolver subluxação atlanto-axial são os pacientes com síndrome de Down, devido à frouxidão dos ligamentos atlanto-axiais e aumento do espaço atlanto-axial. No entanto, a subluxação pode ocorrer em pacientes não sindrômicos, como no caso relatado. A subluxação atlanto-axial é graduada de acordo com a classificação de Fielding. I: deslocamento anterior do atlas menor do que 3 mm, com ligamentos lateral e

transverso intactos; II: deslocamento de 3–5 mm, com lesão do ligamento transverso; III: deslocamento maior que 5 mm, com lesão do ligamento lateral e transverso; IV: deslocamento posterior do atlas. No diagnóstico, TC e ressonância magnética são excelentes ferramentas para acessar infecções profundas de pescoço e a condição dos ossos e ligamentos que compõe a coluna cervical. A maioria dos pacientes evolui de forma satisfatória com conduta conservadora; no entanto, segundo Rinaldo et al., 15% dos pacientes desenvolvem sequelas neurológicas permanentes, como radiculopatia e quadriplegia. O diagnóstico precoce é, portanto, de grande importância.

–215–

HISTIOCITOSE DE CÉLULAS DE LANGERHANS: RELATO DE CASO.

Daniela Uchida; Adriano Fleury de Faria Soares; Maria Lucia Borri; Luiz de Abreu Junior; Lucas Rios Torres; Angela Maria Borri Wolosker; Diogo Figueiredo Guedes D'Amorim; Diogo Marciano Peixoto Silva.

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

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

A histiocitose de células de Langerhans é uma doença rara, sobretudo em adultos, sendo caracterizada pela proliferação de macrófagos. No presente relato descrevemos um caso de histiocitose em paciente do sexo feminino, de 39 anos, apresentando febre e dor no braço direito. Os exames de imagens evidenciaram múltiplas lesões osteolíticas, de comportamento variado, localizadas nos ossos da bacia, em corpos vertebrais, na cintura escapular direita e no sexto arco costal direito, as maiores apresentando ruptura da cortical. Devido ao padrão osteolítico multicêntrico das lesões, os diagnósticos diferenciais iniciais sugeridos foram de processo secundário, doença linfoproliferativa, mieloma múltiplo e alteração metabólica (tumor marrom). A partir destas hipóteses, a paciente foi submetida a tomografias computadorizadas de tórax, abdome e pelve, que foram negativas, e cintilografia óssea (inespecífica). Realizado exame de ressonância magnética do eixo hipotalâmico-hipofisário, sendo evidenciada lesão nodular hipotalâmica, vascularizada, com extensão para a base da haste hipofisária. Realizada biópsia a “céu aberto” da lesão do arco costal, com anatomopatológico compatível com histiocitose. Podemos concluir que a doença de células de Langerhans é uma doença rara, que ocorre principalmente na primeira década de vida, afetando diversos órgãos. Portanto, ela deve entrar na lista de diagnósticos diferenciais de pacientes com lesões ósseas de comportamento variado, algumas apresentando aspecto relativamente benigno, não associadas a quadro consumptivo grave. Consideramos o caso descrito relevante em relação a sua rápida condução e investigação diagnóstica.

–217–

INFARTO ÓSSEO.

Bruno Nocrato Loiola; Paulo Martins Silva Junior.

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

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

O infarto ósseo é caracterizado pela morte isquêmica das células ósseas em todos os compartimentos do osso. Decorre de diversas condições, que de maneira variável determinam insuficiência do suprimento sanguíneo para o osso. Pode ser idiopática ou secundária a uma série de condições que reduzem a oferta de sangue ao osso; essas condições incluem anormalidade intraluminal, compressão extrínseca, ou uma combinação de ambos, e tem entre as principais causas: trauma, hemoglobinopatias, como a anemia falciforme, hipercortisolismo endógeno ou exógeno, transplante renal, alcoolismo, pancreatite, doença

de pequenos vasos como doenças do colágeno, doença de Gaucher, gota e hiperuricemia, irradiação, e sinovite com elevação da pressão intra-articular. Em poucas situações é causado não por isquemia, mas sim pela citotoxicidade sobre os osteócitos. Pode ocorrer em localização epifisária ou metadiáfisária. As localizações mais comuns são o fêmur distal, a tíbia proximal e o úmero proximal, geralmente intramedulares. As características clínicas dependem do estágio da doença e do local de envolvimento. Os sinais e sintomas são inespecíficos. Em muitas circunstâncias, o paciente permanece assintomático até estágios avançados da doença, quando ocorre o colapso da superfície articular e se desenvolvem mudanças degenerativas secundárias. Quando relatado, a dor localizada é o principal sintoma. Raios-x simples (RX), ultrassonografia, tomografia computadorizada (TC), cintilografia e ressonância magnética (RM) podem ser utilizadas para o diagnóstico, sendo as duas últimas mais sensíveis. A TC, além de permitir diagnóstico mais precoce que o RX simples, avalia a presença de colapso ósseo. Na RM, o infarto ósseo caracteristicamente se apresenta com área interna com sinal de gordura, e borda serpigiosa fina com hipossinal em todas as sequências, representando calcificação. Os autores descrevem relato de caso de paciente com infarto ósseo da tíbia, demonstrando achados radiológicos.

–254–

CISTO ÓSSEO ANEURISMÁTICO: A IMPORTÂNCIA DOS EXAMES DE IMAGEM NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

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

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

E-mail: biancamaragno@hotmail.com.

Objetivo: Elucidar os aspectos radiológicos do cisto ósseo aneurismático (COA), ressaltando sua importância como diagnóstico diferencial nos tumores ósseos. **Relato de caso:** Paciente masculino, 1 ano e 10 meses, com tumor e dor cervical posterior sem melhora ao tratamento. Mãe negou intercorrências de gestação e parto ou alterações do desenvolvimento neuropsicomotor. Realizou-se tomografia computadorizada (TC), que demonstrou lesão insuflativa no corpo e elementos posteriores de C2, com afilamento da cortical óssea e realce heterogêneo e periférico pelo meio de contraste, apresentando extensão para o canal vertebral. A ressonância magnética (RM) complementar evidenciou lesão expansiva e multiloculada, com conteúdo formando nível líquido-líquido. Esta formação proporcionava compressão medular, com sinal de sofrimento. O paciente foi submetido a ressecção cirúrgica, com anatomopatológico demonstrando granuloma com células gigantes multinucleadas e lagos hemáticos. A associação dos exames de imagem com o anatomopatológico foi decisiva no diagnóstico de COA. **Discussão resumida:** Definido pela Organização Mundial da Saúde como uma lesão osteolítica expansiva, constituída de espaços de tamanhos variados, cheios de sangue, separados por paredes de tecido conectivo, que contém trabéculas de tecido ósseo e células gigantes do tipo osteoclastos, o COA, embora denominado cisto ósseo, não pode ser classificado como cisto ou aneurisma, por não possuir revestimento epitelial e nem endotelial. Afetando principalmente pessoas na 2ª década de vida, esta lesão acomete em maior frequência a diáfise de ossos longos e, menos comum, a coluna vertebral. Embora benigno, o COA é localmente agressivo, com sintomas ligados ao crescimento e compressões nervosas, como dor, parestias, plegias e fraturas patológicas. O diagnóstico é feito principalmente pelos exames de imagem, uma vez que os aspectos anatomopatológicos esperados (células gigantes osteoclásticas multinucleadas) podem também

ser encontrados no tumor de células gigantes (TCG)/osteoclastoma. O TCG e o COA apresentam-se semelhantes aos exames radiográficos (aspecto expansivo, afilamento cortical e possíveis fraturas patológicas) e cintilográficos (hipercaptação do radiofármaco, com predomínio periférico, persistindo tardiamente). A TC pode determinar a extensão do comprometimento, mas a RM é o melhor exame para o diagnóstico diferencial, podendo demonstrar as lojas císticas com nível líquido-líquido, avaliar a extensão para tecidos moles e, principalmente, o sofrimento medular por compressão. **Conclusão:** O COA é uma lesão cervical incomum e de tratamento desafiador, com comportamento localmente agressivo, proporcionando instabilidade, sendo indispensável o acompanhamento multidisciplinar. A distinção do COA de determinados tumores requer exames de imagem adequados e um patologista experiente em tumores ósseos.

–265–

ASPECTOS RADIOGRÁFICOS DA DISPLASIA OSTEOFIBROSA (LESÃO DE KEMPSON-CAMPANACCI): RELATO DE CASO.

Fernanda Cunha Maciel; Cecília Matheos de Lima Regis; Daniel Brito de Medeiros; Matias Dantas Jales Júnior; Renato Gomes Carneiro; Alice Maria Alves Moniz de Aragão; Rodrigo Abdalla de Vasconcelos; Maria Cristina Alencastro Rabello.

Hospital de Base do Distrito Federal – Brasília, DF, Brasil.
E-mail: fernanda_cmaciell@hotmail.com.

Introdução: O propósito deste relato é descrever os aspectos radiográficos da displasia osteofibrosa (lesão de Kempson-Campanacci). A radiografia foi revisada a partir do arquivo de imagens. Obteve-se a autorização da paciente e seu responsável legal para a utilização das imagens para relato de caso. **Descrição sucinta:** Paciente de 7 anos de idade, sexo feminino. Relatou que com um ano de idade notou abaulamento da porção anterior e proximal da tíbia, associado a dor principalmente durante esforço físico. Passou a realizar acompanhamento seriado e atualmente encontra-se sem dor e com redução significativa do abaulamento. Realizada radiografia da perna direita, que evidenciou espessamento assimétrico da cortical anterior da diáfise proximal e média da tíbia direita, associado a áreas radiolúcentes de permeio, ao todo com cerca de 7 cm de extensão, sem reação periosteal associada ou componente de partes moles detectável, achados sugestivos da displasia osteofibrosa. **Discussão resumida:** A displasia osteofibrosa, também chamada de lesão de Kempson-Campanacci, consiste em uma lesão osteofibrosa, de caráter benigno e rara, caracterizada por um tipo entrelaçado e maduro de osso circundado por crescimento de células em fuso fibrosas e trabéculas ósseas margeadas por osteoblastos. Acomete principalmente crianças, na faixa etária entre a primeira e segunda década de vida, e apresenta predomínio decisivo pela tíbia, sendo localizada, quase totalmente, no terço proximal ou no segmento médio do osso e frequentemente é localizada na sua cortical anterior, o que faz com que em cerca de 80% dos casos exista um abaulamento na porção anterior. Na radiografia, a lesão de Kempson-Campanacci apresenta margem esclerótica lobulada e semelhança com fibroma não ossificante e displasia fibrosa, seus principais diagnósticos diferenciais. O tratamento consiste na excisão local da lesão, entretanto, há relatos de recorrência.

–289–

NEUROFIBROMA PLEXIFORME OCASIONANDO REMODELAMENTO ÓSSEO NO FÊMUR DISTAL: RELATO DE UM CASO.

Gleison Teixeira de Abreu; Eugenio Braz Correa; Lucas Pinheiro dos Santos; Ovidio Carlos Carneiro Villela; Fabio Pessoa Araujo; Clarisse

Rodrigues Pereira; Fernanda Marcia Lelis Ribeiro; Vinicius Moreira Lagoas.

Hospital Márcio Cunha-FSFX-Feluma – Ipatinga, MG, Brasil.
E-mail: gleison@gmail.com.

Neurofibromatose tipo 1 (NF1) ou doença de von Recklinghausen é uma doença hereditária relativamente comum, na qual a pele, o sistema nervoso, os ossos, as glândulas endócrinas e algumas vezes outros órgãos são locais de uma variedade de anormalidades congênitas, que frequentemente tomam a forma de tumores benignos. NF1 é a facomatose (síndrome neurocutânea) mais comum e ocorre em 1 a cada 2.000 nascidos vivos. A NF1 é herdada como uma desordem autossômica dominante, entretanto, mais de 50% dos casos ocorrem esporadicamente consequente a mutações espontâneas. Embora muitos dos pacientes acometidos manifestem-se na infância com os achados clínicos clássicos, mais de 10% dos pacientes têm manifestações tardias, com formas frustras ou manifestações atípicas. Os tumores neurogênicos clássicos que ocorrem fora do sistema nervoso central incluem neurofibromas e mais especificamente o neurofibroma plexiforme. Cerca de 30% dos pacientes com um neurofibroma solitário terão NF1, e virtualmente todos os pacientes com múltiplos neurofibromas ou com achados histológicos de neurofibromas plexiformes têm a doença. Neurofibromas originam-se das células de Schwann e fibroblastos e podem surgir em quaisquer nervos periféricos. Os autores apresentam um caso de uma mulher de 44 anos internada devido a volumosa tumoração dolorosa na coxa distal direita, sem ocasionar déficit motor e neurológico. Ao exame físico apresentava várias tumorações na pele e manchas *café au lait* sugerindo-se a hipótese de NF1. Realizada tomografia computadorizada (TC) do joelho direito evidenciando formação tissular, heterogênea com porções sólidas e císticas, localizada junto à cortical da face lateroposterior do fêmur distal, remodelando-o. A ressonância magnética (RM) mostrou lesões heterogêneas, com porções sólidas e algumas áreas císticas, em topografia do feixe vasculonervoso, apresentando impregnação heterogênea pelo meio de contraste e determinando remodelamento ósseo do fêmur distal. Aventou-se então a hipótese de lesão de origem neurogênica, a destacar, neurofibroma e neurosarcoma, sendo indicada a cirurgia. No ato operatório foi encontrado tumor encapsulado no interior do nervo ciático, sem evidências de invasão de estruturas adjacentes. Anatomicopatológico evidenciou tratar-se neurofibroma plexiforme. Neurofibromas plexiformes são patognômicos de NF1 e embora acometam mais comumente o quinto nervo craniano, eles podem ocorrer em qualquer local. Os tumores plexiformes representam um alargamento neural difuso ou múltiplos neurofibromas ao longo do trajeto dos nervos periféricos. Tanto o neurofibroma comum como o plexiforme podem remodelar, erodir, invadir ou destruir as estruturas ósseas adjacentes, dessa forma mimetizando outras entidades como o sarcoma de Ewing, linfomas, rabiomiossarcoma ou doença metastática em crianças. Em adultos, tais lesões simulam metástases, sarcomas de partes moles ou plasmocitomas.

–298–

OSTEOCONDROMATOSE SINOVIAL NO OMBRO: UMA REVISÃO DOS ACHADOS DE IMAGEM.

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

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

Osteocondromatose sinovial é patologia benigna caracterizada por proliferação e metaplasia sinovial, com formação de nódulos cartilaginosos ou osteocartilaginosos no interior de uma articulação, bursa ou bainha tendinosa. A osteocondromatose sinovial no ombro pode ocorrer no interior da articulação glenoumeral e seus recessos (incluindo a bainha do tendão da cabeça longa do bíceps) e na bursa subacromio-deltoidiana. Esta patologia pode ser identificada ao raio-x, ultrassom (US) ou ressonância magnética (RM), apresentando aspectos característicos em cada um destes métodos. Ao raio-x comumente encontramos calcificações anelares do tipo cartilaginoso, e aumento de volume das partes moles periarticulares com erosões das margens articulares. Ao US os nódulos cartilaginosos apresentam-se hipoeocogênicos, e quando calcificados aumentam progressivamente a sua ecogenicidade, até a formação de sombra acústica posterior quando ossificados. A RM, além de identificar os nódulos cartilaginosos, também é capaz de observar o grau de proliferação sinovial. O objetivo deste trabalho é demonstrar os aspectos de imagem desta patologia no ombro.

–321–

SÍNDROME DO TÚNEL DO CARPO ASSOCIADA A ARTROPATIA GOTOSA: RELATO DE CASO COM CORRELAÇÃO CLÍNICA, RADIOLÓGICA, CIRÚRGICA E ANATOMOPATOLÓGICA.

Alessandro Amorim Aita; Bernardo José Martins; Kátia Torres Batista; Andréia Portilho Pinto.

Sarah Kubitschek – Brasília, DF, Brasil.

E-mail: alessandroaaita@gmail.com.

Introdução: A gota é caracterizada pela resposta inflamatória que resulta da deposição de cristais de urato monossódico em tecidos moles e articulações, podendo levar a artropatia aguda ou crônica e formação de tofos. A associação de síndrome do túnel do carpo determinada por tenossinovite dos flexores secundária à gota não é uma ocorrência comum. **Objetivo:** Descrever um caso de artropatia gotosa com apresentação inicial de trauma e osteoartrose avançada, evoluindo com compressão do nervo mediano secundária a tenossinovite dos flexores, com correlação radiológica, cirúrgica e anatomopatológica. **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, de 52 anos, encaminhado para avaliação de síndrome do túnel do carpo. Durante investigação foi diagnosticada artropatia degenerativa do punho secundária a gota, com achados clínicos, laboratoriais, radiográficos, por tomografia computadorizada e ressonância magnética. Destacaram-se a artropatia radiocárpica e intercarpal com erosões subcondrais circundadas por esclerose marginal, massas de tecidos moles e espessamentos sinoviais, além de tenossinovite dos flexores superficiais e profundos. A avaliação neurofisiológica demonstrou eletroneuromiografia positiva, com estudo de condução sensitiva alterada (não excitável) e motora com redução da amplitude do potencial de 35% do nervo mediano. O paciente foi submetido a retinaculotomia e sinovectomia dos flexores. Os achados cirúrgicos foram grumos esbranquiçados envolvendo os tendões flexores superficiais e profundos, sugestivos de cristais de urato; assoalho do túnel do carpo projetado anteriormente, com tofos gotosos e superfície irregular; ruptura parcial dos tendões flexores, mais acentuada no flexor superficial do indicador e nervo mediano espessado e de coloração arroxeada. O material foi enviado para estudo histopatológico, confirmando -se o diagnóstico. **Conclusão:** Os autores destacam a importância de incluir no diagnóstico diferencial de artropatia degenerativa secundária, a artropatia por cristais e especialmente a gota em homens na quarta e quinta décadas de vida, bem como a associação incomum da tenossinovite dos flexores e neuropatia compressiva do mediano com confirmação histológica e cirúrgica.

–335–

RELATO DE CASO: CALCIFICAÇÕES IDIOPÁTICAS DOS DISCOS INTERVERTEBRAIS NA INFÂNCIA.

Stenio Bruno Leal Duarte; Inês Carmelita Minniti Rodrigues Pereira; Ricardo Yoshio Zanetti Kido; Larissa Kaori Miura; Daniel Dias de Sousa Porto; Tiago dos Santos Ferreira; Renata Mendes Vieira; Erica De Gasperi.

Universidade Estadual de Campinas – Campinas, SP, Brasil.

E-mail: stenioduarte@gmail.com.

A discopatia calcificante da infância é uma patologia rara e benigna que afeta o disco intervertebral, o corpo vertebral e as estruturas musculoligamentares adjacentes, podendo resultar, clinicamente, em dor local ou déficit sensorio-motor. Geralmente, os casos têm localização cervical, porém podem existir também na região toracolombar. Mais de 300 casos já foram reportados na literatura sobre a calcificação interdiscal, mas sua etiologia permanece indeterminada. **Objetivos:** Descrever a ocorrência e as características radiológicas, radiografia e tomografia computadorizada desta rara entidade, comparando com a literatura mundial, bem como sua possível associação com o hipotireoidismo descompensado. **Métodos:** Relato de caso de uma criança de 6 anos de idade, masculino, com queixa de dor lombar há 20 dias, com limitação da deambulação. Antecedente de hipotireoidismo congênito diagnosticado na triagem neonatal, em uso de levotiroxina para controle. Exame clínico apresentava dor na coluna cervical baixa e torácica, com exame neurológico preservado. Prosseguiu-se a investigação em ambulatório de hospital terciário com exames de imagem, laboratoriais, cintilografias de tireoide e pulmonar. **Resultados:** Radiografias demonstraram calcificações intervertebrais entre os níveis C6 e T2, de T5 a T7 e entre T11/T12, confirmadas por tomografia computadorizada de coluna cervicotorácica. Exames laboratoriais mostravam apenas aumento de VHS e de PCR, dosagem de paratormônio (PTH), cálcio sérico, alfa-1-GP e leucócitos dentro dos limites normais. Dosagem de TSH aumentada. Boa resposta clínica com uso de AINH. Cintilografias de tireoide e pulmonar, normais. Submetido a nova TC de coluna cervicotorácica de controle 30 dias após, mantendo as mesmas imagens de calcificação. **Discussão:** Dados revisados na literatura apontam maior incidência no sexo masculino – 40:25, idade entre 5 e 12 anos em 83%, apresentação principal com queixa de dor em 71,9% e acometimento da coluna cervical mais frequente, em 64,6%, sendo a cervicotorácica incomum, em 10,8%. Diversos trabalhos foram realizados a fim de correlacionar dados clínicos, características dos pacientes, métodos de diagnósticos e evolução, porém sua etiologia ainda permanece indefinida. As manifestações osteoarticulares do hipotireoidismo são descritas com associação de artropatias não inflamatórias e mialgias, sobretudo em região de quadril e coxofemoral, durante a infância, bem como disgenesia epifisária, necrose asséptica e artrites de mãos, punhos e joelhos. No entanto, não há descrição na literatura de algum caso de calcificação discal com hipotireoidismo descompensado associado. A apresentação com predomínio de acometimento na coluna torácica, em diversos níveis, também não é usual. Mesmo assim, o quadro manteve sua evolução benigna e autolimitada.

–343–

SÍNDROME DE HURLER: REVISÃO DA LITERATURA E RELATO DE CASO.

James de Brito Corrêa; Izabella de Campos Carvalho Lopes; Bruna Vilaça de Carvalho; Wanderval Moreira; Renata Lopes Furletti Caldeira Diniz;

Marcelo Almeida Ribeiro; Laura Filgueiras Mourão Ramos; Emília Guerra Pinto Coelho Motta.

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

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

Introdução: A síndrome de Hurler é uma desordem autossômica recessiva rara, na qual há deficiência da enzima lisossomal α 1-iduronidase, levando ao acúmulo de glicosaminoglicanos e, conseqüentemente, à disfunção múltipla de órgãos. Pertence ao grupo de doenças mucopolissacarídeos-I (MPS I), apresentando as formas clínicas grave (síndrome de Hurler), moderada (síndrome de Hurler-Sheie) e leve (síndrome de Sheie). Os achados clínicos se manifestam nos primeiros anos de vida e incluem fácies atípica, retardo mental, surdez, nanismo, opacidades corneais, hepatoesplenomegalia, cardiomegalia e sopros cardíacos. A morte ocorre na primeira década nos casos graves, por falência cardíaca e doença neurológica progressiva. **Descrição:** Os autores descrevem um raro caso de paciente de dois anos de idade, afetado pela MPS I, síndrome de Hurler, no intuito de familiarizar os radiologistas com esta enfermidade e seus principais diagnósticos diferenciais. **Discussão:** Os achados radiográficos encontrados são macrocefalia, cranioestenose, sela turca em J, ampliação da porção anterior das costelas, corpo vertebral em gancho com hipoplasia na junção toracolombar resultando em cifose, subluxação atlanto-axial, pseudoalargamento do acetábulo e coxa valga, encurtamento e ampliação dos eixos dos ossos tubulares longos, afinamento da porção proximal dos metacarpos e osteoporose. O tratamento inclui reposição enzimática e transplante de medula óssea, sendo o último considerado de primeira linha.

–351–

COALIZÕES TARSAIS E CARPAIS: ACHADOS RADIOLÓGICOS DIRETOS E INDIRETOS.

Alberta Abdalla Diniz; Felipe Amaral; Alfredo Frittella; Henrique Metzger; Eduardo Jose Mariotoni Bronzatto; Carlos Henrique Longo; Hamilton Picoles Guidorizzi; André Yui Aihara.

Dasa-Instituto de Ensino e Pesquisa – São Paulo, SP, Brasil.

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

As coalizões são fusões ósseas do carpo ou do tarso, resultantes da falha na diferenciação e segmentação desses ossos. Podem ser congênitas ou adquiridas (infecção, trauma, desordens articulares e cirurgia). Têm prevalência de cerca de 1% na população, chegando a ser bilaterais em até 60% dos casos. No entanto, os sintomas aparecem na segunda ou terceira décadas de vida, quando já estão presentes certas limitações funcionais e alterações estruturais que não mais serão revertidas. Assim, em grande parte dos casos, o paciente já não pode mais restabelecer a funcionalidade do membro afetado ao diagnóstico. Este ensaio iconográfico tem o intuito de mostrar os sinais radiológicos indiretos e diretos das coalizões, permitindo que o radiologista suspeite da entidade mesmo às discretas alterações, fazendo assim a diferença na conduta e tratamento do paciente, o que proporcionará a este uma melhor qualidade de vida. Sinais indiretos das coalizões: limitação dos movimentos articulares; perda da organização estrutural dos arcos plantares; alongamentos ósseos, alteração da morfologia óssea; tênues irregularidades da cortical articular, sem osteofitose ou esclerose; redução do espaço articular; relações anômalas entre ossos do tarso/carpo; tendinopatias secundárias à sobrecarga. Sinais diretos das coalizões tarsais e carpais: fusão óssea (quando

se trata de uma sinostose); irregularidades das superfícies articulares apostas (em sincondroses e sindesmoses).

–352–

DISPLASIA CRANIOMETAFISÁRIA: RELATO DE CASO.

Jaqueline Hoffmann; Heloisa Ramos; Erik Wanderley; Jessica Raquel Holz; Heloisa Vicentini Sandrini.

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

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

Relatamos um caso de displasia óssea incomum, que acomete ossos longos, do crânio e da face, afetando o desenvolvimento do indivíduo acometido. Trata-se de criança do sexo masculino apresentando deformidade facial e dificuldade respiratória ao nascimento, evoluindo com déficit auditivo aos dois anos de idade. As radiografias dos ossos longos e do crânio demonstraram alargamento metafisário, mais bem evidenciado no úmero, e aumento da densidade óssea nos ossos da base do crânio, que foram confirmados pelo estudo por tomografia computadorizada do crânio, que evidenciou, ainda, estreitamento dos forames da base do crânio, dos condutos auditivos e da cavidade nasal. A displasia craniometafisária é uma doença óssea hereditária caracterizada pelo alargamento metafisário dos ossos tubulares associado a esclerose e hiperostose craniofacial. Apesar de a determinação genética ter sido bem evidenciada, a exata patogênese não é conhecida. As principais alterações radiográficas descritas envolvem: hiperostose progressiva difusa dos ossos craniofaciais; estreitamento foraminal; obliteração dos seios paranasais e células mastoideas; hipertelorismo; alargamento dos ossos curtos das mãos; esclerose inicial das diáfises com posterior alargamento gradual; afilamento cortical; "osteoporose" das metáfises dos ossos longos.

–353–

CISTO ÓSSEO ANEURISMÁTICO EM ARCO COSTAL: UM RELATO DE CASO.

Jaqueline Hoffmann¹; Heloisa Ramos¹; Marcos Sandrini De Toni¹; Erik Wanderley¹; Monica Simeão Pedro¹; Bruna Camilotti².

¹ Hospital Santa Isabel-Ecomax – Blumenau, SC; ² Hospital Santa Isabel-Fundação Universitária Regional de Blumenau – Blumenau, SC, Brasil.

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

Apresentamos um caso de cisto ósseo aneurismático de localização incomum em paciente pediátrico. Paciente masculino, de 2 anos de idade, submetido a apendicectomia recente, em investigação para febre de origem indeterminada no pós-operatório. Realizada radiografia de tórax, que evidenciou massa circunscrita de aproximadamente 5 cm no terço superior do hemitórax direito, determinando indefinição do contorno mediastinal deste lado. A tomografia computadorizada demonstrou volumoso processo expansivo acometendo a porção posterior do sexto arco costal direito, de aspecto cístico, multisseptado, com calcificações periféricas, determinando remodelamento deste arco e crescimento para o interior da cavidade torácica, apresentando realce dos septos pelo meio de contraste. Optado tratamento por ressecção da lesão, que diagnosticou cisto ósseo aneurismático pelo estudo histopatológico. Trata-se de tumor ósseo benigno, expansivo, contendo níveis líquidos no seu interior e septos de tecido conectivo. É mais frequente nas duas primeiras décadas de vida, como observado no nosso caso, porém raramente acomete ossos planos, como as costelas.

–396–

DOENÇA DE HAND-SCHULLER-CHRISTIAN, UMA FORMA DE HISTIOCILOSE DAS CÉLULAS DE LANGERHANS: RELATO DE CASO.

Leonardo Galeazzi Stoppa; Renata de Oliveira Moreira; Omir Antunes Paiva; Ricardo Dias Ferreiro; Aline Pimentel Amaro; Tereza Cristina de Oliveira Menezes; João Paulo Kawaoka Matushita; Reginaldo Figueiredo.

Hospital das Clínicas da UFMG – Belo Horizonte, MG, Brasil.
E-mail: leo_stoppa@hotmail.com.

Introdução: Histiocitose das células de Langerhans constitui-se de um grupo de doenças caracterizadas por acúmulo de células semelhantes à de Langerhans (tipo de histiócito), que, por sua vez, é um leucócito derivado da linhagem mieloide. Inclui uma série de síndromes clínicas, com ampla variedade de manifestações. É classificada, atualmente, como doença de Letterer-Siwe, quando aguda e disseminada, doença de Hand-Schuller-Christian, se multifocal, ou granuloma eosinofílico, se unifocal. O granuloma eosinofílico é um processo benigno, frequentemente localizado nos ossos, entretanto, existe também a forma pulmonar. O comprometimento pulmonar isolado, antigamente conhecido como histiocitose X, ocorre em adultos jovens e de meia idade, tendo importante relação com o tabagismo. Já a síndrome de Hand-Schuller-Christian inclui a tríade clássica de defeitos osteolíticos em ossos membranosos, exoftalmia e diabetes insipidus. A doença geralmente não é fatal, mas pode ter apresentação crônica progressiva. Além do estudo radiológico convencional, a tomografia computadorizada tem-se mostrado útil para detectar e definir as lesões ósseas e o envolvimento de partes moles. Além do crânio, as costelas, pelve, escápula e mandíbula são sítios possíveis. As vértebras e o esqueleto apendicular são pouco acometidos. A doença pode envolver diversos sistemas, inclusive o sistema nervoso central. Entre os fatores prognósticos estão a idade, a extensão do envolvimento sistêmico e a resposta ao tratamento. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, com dois anos de idade, com relato da mãe que percebeu na criança o surgimento de nódulo parietal direito há cerca de sete meses, de consistência amolecida, crescimento progressivo, sem sinais flogísticos, de ulcerações ou sangramentos. Posteriormente, surgiram nódulos semelhantes nas regiões parietal e infraorbitária à esquerda, sendo que nesta último apresentava aspecto eritematoso. Relatou ainda quadro de polidipsia, poliúria e alteração do sono há quatro meses. Além disso, a paciente apresentou história de otites bilaterais de repetição no último ano. A radiografia de crânio evidenciou áreas líticas arredondadas, com bordas bem definidas, em regiões parietais. O estudo tomográfico da órbita evidenciou lesão expansiva em região infraorbitária esquerda, com proptose ipsilateral e extensa destruição óssea da maxila, palato e porção inferior do arco zigomático. A biópsia e posterior estudo anatomopatológico da lesão óssea craniana confirmaram a hipótese de histiocitose de células de Langerhans. O diagnóstico de diabetes insipidus foi confirmado por meio do teste de restrição hídrica. **Conclusão:** As lesões líticas na calota craniana, associadas aos achados clínicos, propiciaram o diagnóstico de doença de Hand-Schuller-Christian nesta paciente. Cabe salientar que a tríade clássica ocorre em uma pequena parcela dos casos, demonstrando a importância do estudo e discussão do caso apresentado.

–457–

LESÕES NÃO USUAIS DO JOELHO: ENSAIO ICONOGRÁFICO.

Luana Barros de Lima; Bruno Perez Guedes Pereira; Daniel Macedo Severo de Lucena; Anne Carine de Lima; Marina Feitosa Soares; Gusta-

vo Henrique Bezerra Avelino; Eolo Santana Albuquerque; Laécio Leitao Batista.

Hospital das Clínicas da UFPE – Recife, PE, Brasil.
E-mail: luanatbl@hotmail.com.

Introdução: Cada vez mais atende-se uma demanda para avaliação radiológica das lesões de joelho. Esta articulação é sede de uma variedade de alterações, sobretudo degenerativas e traumáticas, como fraturas, roturas meniscais, lesões osteocondrais e ligamentares, que constituem lesões usuais na rotina diagnóstica. Entretanto, existem, ainda, outras lesões geniculares menos frequentes, tipo pseudotumores, tumores benignos e variações anatômicas, como ossículo meniscal, condromatose sinovial, osteocondrite dissecante, condroma intracapsular, hemangioendotelioma, entre outras. Todas essas patologias possuem semiologia radiológica própria, essencial para o raciocínio diagnóstico, pelo que discutiremos seus aspectos. **Descrição:** Este ensaio iconográfico se propõe a ilustrar, didaticamente, as lesões não usuais do joelho através dos diversos métodos de imagem (radiografia, tomografia computadorizada, angiografia e ressonância magnética), bem como a descrever os principais achados clínicos e radiológicos acerca delas. Neste sentido, pesquisamos os dados do arquivo didático radiológico da nossa Instituição, das lesões do joelho catalogadas nos últimos 15 anos, além de revisão da literatura sobre o tema.

–467–

COMPLICAÇÕES TARDIAS DA DOENÇA DE OSGOOD-SCHLATTER: RELATO DE CASO.

Thiago Ricardo Soares; Débora Bergami Rosa; Diego Roberto Soares. *Hospital Santa Isabel – Blumenau, SC, Brasil.*
E-mail: trsoares@gmail.com.

A doença de Osgood-Schlatter é considerada uma apofisite de tração da tuberosidade da tíbia na inserção do tendão patelar. Essa doença é a causa mais frequente de dor no joelho em crianças de 10 a 15 anos, sendo causa de possíveis complicações tardias. Descreve-se a seguir um caso de presença de sequelas da doença de Osgood-Schlatter, 6 anos após resolução parcial do quadro inicial. Paciente do sexo masculino, 19 anos de idade, com diagnóstico prévio de doença de Osgood-Schlatter em joelho esquerdo há 6 anos. Na ocasião, o quadro clínico apresentou resolução parcial em 1 ano de tratamento conservador, com persistência de proeminência em tuberosidade da tíbia e dor leve provocada apenas ao trauma direto da região. Há 2 meses, houve alteração das características da dor, que passou a surgir também em movimentos de flexão e extensão do joelho esquerdo e apresentou intensidade aumentada. Ao exame físico, presença de proeminência em tuberosidade tibial, dor local à palpação e à flexão e extensão passiva e ativa do joelho esquerdo. Foram solicitadas, pelo ortopedista, radiografias dos joelhos, que apresentaram, no joelho esquerdo, estrutura óssea não fusionada anterior ao segmento proximal da tíbia, que pode corresponder a centro de ossificação não fusionado. Solicitou-se, concomitantemente, ressonância magnética de joelho esquerdo, que demonstrou presença de líquido se insinuando entre as fibras do ligamento cruzado anterior, o que pode estar relacionado a gânglion sinovial intraligamentar. Optou-se por recomeçar tratamento conservador, com uso de anti-inflamatório não esteroidal. A doença de Osgood-Schlatter ocorre com maior frequência em crianças que passaram pelo estirão puberal e em praticantes de atividade esportiva. Dentre as patogenias sugeridas para a doença, pode-se considerar que a esta é causada por trauma repetitivo na região do centro de ossificação da tuberosidade da tíbia, através da contração dos músculos do compartimento anterior da coxa. É uma doença tipicamente

autolimitada, com resolução dos sintomas após tratamento conservador e fechamento da placa de crescimento. Entretanto, podem ocorrer sequelas, como a persistência da proeminência da tuberosidade da tibia e da dor local. Para esta última, a presença de ossículo não fundido residual é a causa mais comum. Apesar de o diagnóstico da doença de Osgood-Schlatter ser normalmente clínico, os exames de imagem são importantes para a avaliação de possíveis complicações e sequelas da doença e para a exclusão de outras patologias. O presente relato demonstra tal importância, através da utilização de radiografias para a pesquisa de sequelas, como a formação de ossículos, e de ressonância magnética para exclusão de outros diagnósticos diferenciais. Os resultados obtidos por estes exames de imagem interferem na conduta terapêutica, que pode ser desde tratamento conservador até intervenção cirúrgica.

–504–

SÍNDROME DE MAZABRAUD.

Daniel Goulart Morais; Heloisa Ramos; Henrique Sandrini Cascaes; Julieta Eloise Pamplona Schramm.

Hospital Santa Isabel-Ecomax – Blumenau, SC, Brasil.
E-mail: danielm042@hotmail.com.

Descrevemos um caso de síndrome de Mazabraud documentado em exames de radiografia e ressonância magnética (RM) do membro inferior esquerdo. Paciente feminina de 56 anos, com histórico de manipulação cirúrgica no membro inferior esquerdo por fraturas patológicas, apresentando nodulações na perna esquerda, de crescimento insidioso e progressivo. O estudo por RM da perna esquerda demonstrou múltiplos nódulos sólidos, hiperintensos em T2 e hipointensos em T1, com realce pelo agente paramagnético, localizados nos ventres musculares do músculo tibial anterior e posterior, e do sóleo. A maior lesão foi biopsiada e definida como mixoma pelo estudo anatomopatológico. Radiografias prévias do fêmur esquerdo evidenciavam lesão radiotransparente, bem delimitada, de aspecto insuflante, acometendo o fêmur proximal, determinando afilamento da cortical e deformidade óssea, compatível com displasia fibrosa. A concomitância destes achados caracteriza a síndrome de Mazabraud. Esta associação de mixomas com displasia fibrosa é mais comum na sua forma poliostótica, sendo os mixomas geralmente encontrados nas adjacências dos ossos mais afetados. O diagnóstico diferencial é estreito (ex.: neurofibromatose com alterações ósseas, síndrome de Maffucci, metástases e linfoma), e geralmente não causa grandes desafios ao radiologista, em virtude das características típicas das alterações ósseas e de partes moles.

–508–

TROMBOFLEBITE PLANTAR: ASPECTOS NA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA.

Felipe Amaral; Alberta Abdalla Diniz; Alfredo Frittella; Eduardo José Mariotoni Bronzatto; Henrique Metzger; Carlos Henrique Longo; Hamilton Picoletto Guidorizzi; Andre Yui Aihara.

Dasa-Instituto de Ensino e Pesquisa – São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: felipeamaraljf@hotmail.com.

Introdução: Tromboflebite plantar é uma condição clínica rara com poucos casos descritos na literatura. Sua patogenia é incerta, podendo estar relacionada a múltiplos fatores como cirurgia prévia, trauma, imobilização, síndrome paraneoplásica, coagulopatias, bem como atividade física em excesso. Caracteriza-se por trombo intraluminal e edema/reação inflamatória do tecido perivenular. Nosso objetivo é demonstrar os principais achados diretos e indiretos na ressonância magnética (RM) sugestivos de tromboflebite plantar. **Casuística e métodos:** Revisão

retrospectiva de pacientes que realizaram exame em nosso serviço por dor plantar, nos quais os achados de RM foram indicativos de tromboflebite plantar, destacando quais foram os principais achados. As imagens de RM foram avaliadas por radiologistas especialistas em musculoesquelético, sendo os achados pré-estabelecidos. **Resultados:** Todos os pacientes avaliados apresentaram edema perivascular, e quase a totalidade, sinal intraluminal aumentado com falha de preenchimento pelo contraste e realce perivascular. Presença de veias colaterais, ectasia venosa e edema muscular adjacente foram achados menos frequentes. **Conclusão:** A RM é um dos principais métodos para avaliação do paciente com dor plantar, com boa sensibilidade e especificidade na detecção de tromboflebite, tornando-se uma ferramenta de extrema importância, pois o quadro clínico é pouco definido e amplo, frente aos achados de imagem.

–509–

EPÔNIMOS E INCIDÊNCIAS RADIOGRÁFICAS EM ORTOPEDIA.

Adonis Manzella; Marina Feitosa Soares; Elaine Fernanda Tavares de Souza; Anne Carine de Lima; Gustavo Henrique Bezerra Avelino; Luana Barros de Lima; Daniel Macedo Severo de Lucena; Paulo Borba Filho. Universidade Federal de Pernambuco – Recife, PE, Brasil.
E-mail: marinafsoares@hotmail.com.

O objetivo desta apresentação é revisar algumas das projeções radiográficas utilizadas para avaliação de patologias musculoesqueléticas, discutir suas indicações clínicas e ilustrar cada uma destas incidências, bem como descrever as origens dos epônimos. Os autores discutem algumas incidências radiográficas usadas em ortopedia, abordando também o posicionamento. Os posicionamentos, assim como as respectivas imagens radiográficas, são devidamente ilustrados, a maior parte com material do arquivo próprio dos autores. Paralelamente, discorrem sobre as origens destes nomes com breve relato biográfico. As projeções incluídas nesta exibição são divididas em duas categorias básicas: incidências do ombro e incidências da bacia/quadril. As incidências abordadas nesta revisão são as seguintes: Rockwood (Charles Rockwood), Zanca (Peter Zanca), Grashey (Rudolph Grashey), Garth (William P. Garth), Velpeau (Alfred Armand Marie Velpeau), Thomas (Hugh Thomas), Lequesne (Michel Lequesne), Dunn (Dennis M. Dunn), Pennal (George F. Pennal) e Ferguson (Albert B. Ferguson). O conhecimento destas incidências é importante para a adequada comunicação com os colegas ortopedistas.

–669–

ESTUDO POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COM MULTIDECTORES DAS VÉRTEBRAS DE TRANSIÇÃO LOMBOSSACRA.

Cristina Asvolinsque Pantaleão Fontes¹; Alair Augusto Sarment Moreira Damas dos Santos¹; Leonardo Zibetti Sganzerla²; Renan Marchesi Maciel¹; Emerson Melo Casagrande¹; Daniel de Souza Gonçalves¹; Hugo Lima Machado¹; Rodolfo Rodrigues Silva¹.

¹ Universidade Federal Fluminense – Niterói, RJ; ² Instituto de Pós-Graduação Médica Carlos Chagas – Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
E-mail: cristinasvolinsque@gmail.com.

As vértebras de transição lombossacras (VT) ocorrem quando a última vértebra lombar mostra alongamento de seu processo transversário, com variados graus de fusão para a primeira vértebra sacra. Geralmente se usa o termo VT para evitar decidir se tal é uma vértebra lombar sacralizada (sacralização de L5) ou uma vértebra sacra lombalizada (lombarização de S1). As VTs são comuns na população, com relato de 4% a 21%, sendo tema de várias publicações, tendo sido classificadas num trabalho clássico em quatro tipos, sendo descrita

como a variante anatômica mais comum o tipo IA (14,7%). Os exames por imagem, e principalmente a tomografia computadorizada (TC), são solicitados para a investigação de dor lombar, em que a avaliação por imagem em casos pré-operatórios de pacientes com VT é primordial no correto acesso cirúrgico. Muitas vezes os exames que não incluem a adição de toda a coluna vertebral são passíveis de erro na nomenclatura das vértebras e dos espaços discais avaliados. Geralmente, as VTs e as alterações morfológicas associadas são identificadas nos exames por imagem. Os exames que não incluem a adição de toda a coluna vertebral, como geralmente são as TCs, são passíveis de erro na nomenclatura das vértebras e dos espaços discais avaliados. A importância clínica deste estudo consiste na associação das VTs lombossacras com algumas doenças e síndromes como a síndrome de Bertolotti. Tal síndrome tem sido considerada possível causa de dor lombar. Este trabalho tem o objetivo de fazer uma ampla revisão de imagens de TC de coluna lombossacra em três serviços com TC multidetector de 64 canais, promovendo um estudo morfológico da coluna lombossacra, ressaltando detalhes e variantes normais da anatomia desta região, proporcionando, assim, material com valor didático não só para alunos de graduação em medicina e residentes, como também para médicos ortopedistas e radiologistas em geral.

–675–

VÉRTEBRA DE TRANSIÇÃO LOMBOSSACRA: REVISÃO DA LITERATURA.

Emanuel Brito Ferreira Almino; Adhemar Azevedo Mendonça Junior; Rafael Felix de Siqueira Carvalho; Carlos Fernando Cruz Fonseca; Marcela Rosa Izolan; Pollyana Meirelles D'Almeida Cedro; Adhemar de Azevedo Mendonça Neto; Vanessa de Oliveira Lorca.

Centro de Medicina Nuclear da Guanabara – Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
E-mail: emanuelbfa@hotmail.com.

As vértebras de transição lombossacra (VTLs) são anomalias congênitas da coluna vertebral comuns na população em geral, com prevalência de 4% a 30%. Apesar de comuns, ainda há algumas controvérsias em relação aos seus sintomas. O estudo visa demonstrar as melhores técnicas radiológicas para identificá-las, bem como sua relevância clínica e pré-cirúrgica. As VTLs às vezes se tornam duvidosas quanto ao seu diagnóstico, e neste trabalho traçamos os critérios precisos para que sejam caracterizadas. Partimos de um princípio, seja uma sacralização de L5 ou uma lombarização de S1, consideramos todas como vértebra de transição lombossacra e esta caracterização não tem nenhuma importância clinicoradiológica. Embora tenha sido muito contestada, há evidências bastante convincentes de uma associação de dor lombar com a vértebra de transição lombossacra. Através da correlação deste estudo com as alterações biomecânicas dentro da coluna vertebral causadas por esta variação anatômica, será possível ajudar o médico radiologista/terapêutico na compreensão das queixas referidas por pacientes com lombalgia associada a um segmento de transição. Além disso, a compreensão da importância da enumeração precisa da VTLs e sua caracterização no laudo vai ajudar a evitar complicações temidas, como cirurgia da coluna em nível errado.

–694–

RAIO-X DO PÉ: DESVENDANDO.

Ricardo Torres Urban; Rafael Seiji Kubo; Gil Vicente Brandão Marques Porto; Aldemir Humberto Soares; José Henrique Junior; Rafael Marques Franco; Alfredo Enzo Filho; Leandro Soares Lamenha.

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

Introdução: Ter conhecimento dos conceitos e variações anatômicas básicas do pé é de extrema importância para o radiologista. São requeridos diariamente e por vezes acabam sendo negligenciados na formação do radiologista ou acabam esquecidos por especialistas em função de outros conhecimentos que possam parecer mais importantes, desde os conceitos fundamentais, como nomenclatura, linhas anatômicas, ossos acessórios e lesões, que possam levar dúvida diagnóstica, os quais serão abordados. Necessita-se de amplo conhecimento por parte do profissional da imagem para que o exame tenha uma técnica correta e, assim, seja passível de uma boa análise. Trata-se de exame simples, rápido e que deve fazer parte do conhecimento de todo radiologista. **Discussão:** Este trabalho tem o objetivo sucinto de revisar, de forma prática e objetiva, os principais conceitos da anatomia radiológica do pé, com ênfase nos conceitos utilizados na prática diária pelo médico radiologista. Para isto, realizamos um levantamento da literatura e do nosso dia-a-dia através de esquemas simples e de fácil entendimento a todos.

–699–

ENSAIO ICONOGRÁFICO SOBRE A ARTORRESSONÂNCIA DO PUNHO.

Emanuel Brito Ferreira Almino; Carlos Fernando Cruz Fonseca; Adhemar Azevedo Mendonça Junior; Rafael Felix de Siqueira Carvalho.

Centro de Medicina Nuclear da Guanabara – Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
E-mail: emanuelbfa@hotmail.com.

Apresentamos um ensaio iconográfico do exame de artorressonância magnética (artro-RM) do punho, que tem por objetivo abranger a técnica que utilizamos em nosso serviço para sua realização e suas indicações e contra-indicações. Este exame tem sido cada vez mais solicitado nos centros de diagnóstico por imagem, pela sua maior sensibilidade em avaliar a integridade da fibrocartilagem triangular, assim como os demais componentes anatômicos do punho através da injeção intra-articular do contraste paramagnético. As contra-indicações ao exame de artro-RM do punho são as mesmas dos paciente que irão realizar RM e incluem pacientes portadores de marcapasso, cliques de aneurisma ou gestantes até o terceiro mês de gravidez, além de pacientes com implantes cocleares e neuroestimuladores, além de pacientes com história de alergia ao contraste paramagnético ou iodado (que é utilizado para confirmar, por meio da radiologia convencional, a posição intra-articular da agulha para injeção do contraste paramagnético).

–705–

TENOSSINOVITE TUBERCULOSA DE PUNHO SEM ACOMETIMENTO PULMONAR: RELATO DE CASO.

Danilo Monteiro de Melo Henklain; Tatiane Cantarelli Rodrigues; Eloy de Avila Fernandes; Soraya Silveira Monteiro; Cleber Gonçalves Batista; Marcelo Francisco Cintra Zagatti; Richard Andreas Braun; Rodolfo Heitor Gomes Fernandes da Silva.

Hospital do Servidor Público Estadual – São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: melodanilo@yahoo.com.br.

Introdução: O acometimento do sistema musculoesquelético pelo *Mycobacterium tuberculosis* ocorre em 1% a 3% dos casos de tuberculose extrapulmonar. A tenossinovite tuberculosa é evento representando 1% dos casos de tuberculose musculoesquelética. Apresenta-se como massa e tem diagnóstico difícil, em razão da lenta progressão e ausência de sinais flogísticos. **Descrição sucinta:** Mulher, 61 anos, imunocompetente, com quadro de massa tumoral em punho direito, de lenta progressão, associada a redução funcional da articulação.

Referia histórico de tuberculose renal há 30 anos, com tratamento completo e cura clinicolaboratorial. Foi detectado, em raio-x, aumento das partes moles, sem lesões ósseas associadas em face flexora de punho. Na ressonância magnética (RM) evidenciaram-se lesão sugestiva de processo inflamatório crônico, associada a tendões flexores e extensores de morfologia e sinal preservados, com moderada quantidade de líquido na bainha sinovial, e edema ósseo medular de rádio distal, escafoide e hamato, sugestivos de processo infeccioso/tenossinovite. Tanto os testes clinicolaboratoriais quanto a tomografia computadorizada e a ressonância magnética de abdome e pulmão não evidenciaram lesões compatíveis com tuberculose pulmonar ou renal ativas ou prévias. A paciente foi submetida a ressecção da lesão, obtendo-se confirmação anatomopatológica de massa com necroses caseosas, positivas para tuberculose, e confirmada com estudos adicionais. **Discussão resumida:** A tenossinovite tuberculosa representa um desafio diagnóstico clinicolaboratorial, devido à sua apresentação lenta e progressiva. Este caso também trouxe o aspecto de acometimento tenossinovial sem lesão pulmonar e apenas um histórico de tuberculose renal de longa data, sendo uma apresentação rara. Tem como diagnósticos diferenciais, a doença de Pott e as tenossinovites por *Cryptococcus* e por *Histoplasma capsulatum*, dentre outras. Neste contexto, destaca-se a importância dos estudos de imagem, principalmente a ressonância magnética, para delimitar a extensão para partes moles e acometimento de estruturas adjacentes.

–729–

DISPLASIA EPIFISÁRIA HEMIMÉLICA (DOENÇA DE TREVOR-FAIRBANK) DE APRESENTAÇÃO ATÍPICA: RELATO DE CASO.

George Caldas Dantas; Arivaldo Teixeira Ramos; Matias Dantas Jales Júnior; Daniel Matias Bezerra Jales; Cecília Matheos de Lima Regis; Fernanda Cunha Maciel.

Hospital de Base do Distrito Federal – Brasília, DF, Brasil.
E-mail: george_cdantas@yahoo.com.br.

Introdução: A displasia epifisária hemimélica (DEH) é definida como um crescimento osteocondral localizado, decorrente da metade de uma epífise, que acomete uma ou várias epífises ou centros de ossificação. É uma doença rara, com incidência relatada de 1:1.000.000, por isso há escassez de casos relatados na literatura. Este trabalho propõe-se a apresentar um caso de DEH com ênfase nas alterações na radiografia. **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 23 anos de idade, com queixa de dor em região do quadril e proximal da coxa direita, de longa data, sem alterações significativas no exame físico. Foi realizada radiografia da bacia, que demonstrou alteração de forma (aumento) do pequeno trocanter com textura óssea heterogênea semelhante a calcificação condral irregular (osteochondroma). **Discussão:** A DEH é uma doença do grupo dos osteochondromas, caracterizada por um crescimento excêntrico de uma epífise de um osso longo ou de um osso pequeno do pé, formando uma massa óssea irregular ao longo de um lado da epífise afetada. Predomina em crianças do sexo masculino, em geral unilateral e nos membros inferiores. No nosso caso, foi acometido o pequeno trocanter, que é uma apófise e tem comportamento semelhante a uma epífise. O diagnóstico deve ser feito com base nas características radiográficas, não sendo necessárias, biópsias. A radiografia mostra crescimento epifisário assimétrico, demonstrado por uma ou mais massas irregulares com ossificação focal junto à borda de uma das metades da epífise, com alargamento irregular dos centros epifisários e metáfise adjacente. A ressonância magnética pode avaliar melhor o crescimento osteocondral e as estruturas adjacentes. O tratamento é expectante, fazendo-se acompanhamento radiográfico

para avaliar a progressão da lesão. Em casos de dor, deformidades esqueléticas ou limitação funcional está indicada a excisão cirúrgica.

–761–

OSTEOPETROSE AUTOSSÔMICA DOMINANTE: RELATO DE DOIS CASOS E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM.

João Paulo Oliveira Benning Araujo; Liliane Dutra Batista Nascentes.
Medimagem-SP – São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: jpbenning@bol.com.br.

Os autores apresentam dois casos clássicos de osteopetrose autossômica dominante, com descrição sucinta dos principais achados imagiológicos, tanto na radiografia como na tomografia computadorizada do esqueleto axial e apendicular de duas pacientes jovens do sexo feminino, previamente hígdas, que apresentavam queixa de dores em região de coluna lombar e que descobriram a doença durante a investigação diagnóstica por imagem. Também conhecida como doença de Albers-Schonberg, é um distúrbio genético caracterizado por um aumento da densidade mineral óssea ocasionado por disfunção osteoclástica. É subdividida em duas formas: a infantil, de transmissão autossômica recessiva, tem prognóstico ruim, com a maioria das crianças não tratadas morrendo na primeira década de vida; e a adulta, de transmissão autossômica dominante, com expectativa de vida normal. Pacientes com a forma autossômica dominante são fenotipicamente normais e geralmente assintomáticos. Sintomas como dores ósseas ou aumento da frequência de fraturas, quando presentes, têm início no final da infância ou adolescência. Com relação aos aspectos radiográficos, a presença de “osso dentro do osso” diferencia a osteopetrose de outras displasias esclerosantes e confere o aspecto clássico de “vértebras em sanduíche”, devido ao aumento na densidade óssea dos platôs vertebrais, além de outras alterações ósseas. Atualmente, não existe um tratamento médico eficaz para a osteopetrose, que é em grande parte de suporte e destina-se ao tratamento das complicações como fraturas e artrite.

–780–

RELATO DE CASO: AMAUROSE SECUNDÁRIA A TROMBOSE DO SEIO CAVERNOSO POR PANSINUSOPATIA COMPLICADA EM CRIANÇA.

Veronica Nogueira Edelhoff; Veluma Teixeira Lopes; Kim Ir Sen Santos Teixeira; Roberta Rodrigues Monteiro Gama; Isabella Vieira Leite; Elisa Silva Lima; Lucas Massao Miamae; Rafael Dangoni de Souza Pires.
Universidade Federal de Goiás – Goiânia, GO, Brasil.
E-mail: tiagonoleto7@hotmail.com.

Introdução: Rinossinusite é uma infecção frequente que, se não diagnosticada rapidamente e adequadamente tratada, pode provocar complicações como alterações visuais irreversíveis, comprometimento ósseo e neurológico. Dentre estas, as orbitárias são as mais frequentes e ocorrem na maioria dos casos entre jovens e crianças; a celulite orbital se manifesta através de edema e eritema palpebral, dor local, podendo evoluir com proptose, restrição do movimento ocular e alteração visual. Embora menos prevalentes, as complicações intracranianas apresentam alta taxa de letalidade (10% a 20%), e as mais frequentes são: meningite, abscesso epidural, empiema subdural, trombose dos seios venosos e abscesso cerebral. Complicações simultâneas envolvendo órbita e espaço intracraniano são raras, mas necessitam intervenção rápida, pois oferecem risco à visão e à vida, sendo consideradas uma emergência. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 12 anos, foi atendida na emergência de oftalmologia do hospital das clínicas referindo turvação visual súbita do olho esquerdo. A

genitora referiu que a paciente teve quadro de febre (39,4°C), cefaleia frontal, vômitos e prostração há 7 dias, tendo sido realizado acompanhamento para dengue (devido ao período de epidemia). Realizou fundoscopia, que revelou: hiperemia do disco óptico do olho esquerdo, com borramento discreto da borda nasal, retina e mácula sem alterações. Foi feita hipótese diagnóstica de neuropatia óptica bilateral com amaurose, mais acentuada à esquerda, a esclarecer, sendo internada na pediatria para investigação. Tomografia de crânio com contraste: sinusopatia esfenoidal e etmoidal posterior, com sinais de complicação por pequena coleção epidural no plano esfenoidal e trombose do seio cavernoso esquerdo. Foi tratada com clindamicina e ceftriaxona, evoluindo com edema periorbitário esquerdo sem sinais de celulite e conjuntivite. Realizada abordagem pelo otorrino: sinusotomia esfenoidal e etmoidal posterior intranasal por videoscopia. Permaneceu com amaurose, percebe somente a luz. Angiorressonância: alargamento do seio cavernoso à esquerda, redução calibre fluxo de segmento horizontal e supraclinoideo, artéria carótida interna à esquerda, além do segmento A1 ipsilateral, sinusopatia. Tomografia de seios da face: sinais de manipulação à direita, com sinusopatia maxilar e frontal esquerda, sem coleção subperiosteal. Iniciou anticoagulação 9 dias após, tratamento com pouca melhora, anticorpos lúpicos negativos. Recebeu alta após 23 dias de internação, permanecendo com perda visual de 70% à esquerda. **Discussão:** A paciente apresentada neste relato de caso é uma pré-púbere do sexo feminino, o que diverge dos dados da literatura, mais frequente adolescentes masculino. O comprometimento orbital secundário a rinosinusite se deve a extensão direta da infecção através dos espaços perivasculares e deiscências ósseas da lâmina papirácea ou por tromboflebite das veias oftálmicas, facilitada pela inexistência de válvulas neste sistema venoso. As complicações intracranianas se devem a tromboflebite retrógrada, ou por erosão de parede sinusal; o seio frontal é o mais acometido (46%), seguido pelo etmoide, esfenóide e maxilar, o que coincide com caso apresentado, sendo importante realizar exames de imagens. **Conclusão:** Recomenda-se, entretanto, que nos casos de pacientes com complicações da rinosinusite sejam realizadas internação hospitalar, avaliação multidisciplinar, investigação da extensão intracraniana com antibioticoterapia intravenosa de largo espectro, com algumas indicações cirúrgicas. Na paciente deste estudo optou-se pelo tratamento clínico, associado a cirurgia endoscópica nasossinusal. A tomografia foi suficiente, neste caso, para realização do diagnóstico, entretanto, recomenda-se que nos casos de complicação seja realizada ressonância magnética e não angiorressonância, como foi realizada.

Temas Livres

-39-

PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DO TÚNEL DO CARPO DIAGNOSTICADA POR ULTRASSONOGRFIA EM VOLUNTÁRIOS SADIOS.

Adham do Amaral e Castro; Thelma Larocca Skare; Wagner Haese Barros; Alexandre Kaue Sakuma; Anderson Matsubara.

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

Introdução: A síndrome do túnel do carpo (STC) é a neuropatia de aprisionamento mais comum, sendo a sua prevalência entre 2,7% e 5,8% na população geral. Condições como diabetes mellitus, hipotireoidismo e gestação estão associadas com a STC. Seu diagnóstico é eminentemente clínico, mas pode ser auxiliado pela eletroneuromio-

grafia, ressonância magnética e ultrassonografia (US), sendo o uso desta última favorecida pelo baixo custo e rapidez. O critério mais importante para o diagnóstico da STC pela US é a mensuração da área da secção transversa do nervo mediano (ANM). **Objetivos:** Estudar a prevalência da STC em uma amostra de indivíduos sem comorbidades. **Método:** A presente pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da instituição onde foi realizada. Foram convidados 100 voluntários sadios (funcionários do hospital), que, após leitura, compreensão e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, foram submetidos a questionário acerca de dados sociodemográficos, antropométricos, sintomas gerais de STC, questionário específico de avaliação de STC validado para o português brasileiro, manobras clínicas de Tinnel e Phalen e mensuração da ANM através da US. O diagnóstico ultrassonográfico de STC foi considerado a partir de ANM maior ou igual a 9 mm². Os dados obtidos foram considerados significativos quando o valor de *p* foi menor ou igual a 0,05. **Resultados:** Foram avaliados 100 indivíduos, sendo 80% do sexo feminino, 70% caucasianos, mediana de idade de 32 anos, índice de massa corporal (IMC) médio de 24,41 kg/m². A ANM da mão direita avaliada pela US variou de 4 a 15 mm² (mediana de 7 mm²) e a da mão esquerda variou de 4 a 14 mm² (mediana de 7 mm²). Em 74% dos indivíduos, a ANM de ambas as mãos foram menores do que 9 mm². O diagnóstico de STC pela US apresentou diferença significativa quando se analisou o gênero (mais prevalente em homens, com *p* igual a 0,0197), IMC (mais prevalente quanto maior o IMC, sendo *p* igual a 0,0005) e o questionário específico da avaliação da STC (mais prevalente quanto maior a pontuação, sendo *p* menor do que 0,0001). **Comentários sucintos e importantes:** O papel da US no diagnóstico da STC tem-se mostrado como primeira linha, com alta sensibilidade e especificidade. A STC pode acarretar importante morbidade para o indivíduo, além de prejuízos econômicos e laborais. Seu diagnóstico precoce, quando os sintomas e danos funcionais são menos evidentes, pode evitar prejuízos orgânico-funcionais e a US pode ser considerada importante ferramenta diagnóstica para este fim. **Conclusão:** Foi evidenciada importante prevalência da STC em indivíduos sadios (26% de STC em pelo menos uma das mãos), com o uso da US, sendo ela maior em homens e em obesos.

-373-

O GADOLÍNIO É NECESSÁRIO EM ARTORRESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE OMBRO? UMA COMPARAÇÃO ENTRE ARTORM COM SALINA E GADOLÍNIO INTRA-ARTICULARES PARA AVALIAÇÃO DO LABRO GLENOIDAL.

Olavo Kyosen Nakamura; Luciana Sátiro Timbó; Juliana Frota Guimarães; Luiz Guilherme de Carvalho Hartmann; João Carlos Rodrigues; Gustavo Alcoforado Franco Lima; Durval Carmo Barros Santos; Marcelo Buarque de Gusmão Funari.

Hospital Israelita Albert Einstein – São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: olavonakamura@gmail.com.

Objetivo: Comparar a concordância entre as sequências de artorressonância magnética (artro-RM) de ombro ponderadas em T2 com salina intra-articular e artro-RMs completas com gadolínio intra-articular (com sequências ponderadas em T1 e T2). Esta comparação pode ser útil para avaliar se a artro-RM com salina intra-articular pode substituir a artro-RM com meio de contraste paramagnético intra-articular. **Materiais e métodos:** Estudo retrospectivo de artro-RMs de ombro realizadas em nosso serviço, de janeiro de 2008 a janeiro de 2013. Foi estudado um total de 100 pacientes (74 homens e 26 mulheres) com idade média de 28,6 anos (DP = 9,5 anos). Todos os exames foram anonimizados e randomizados. Os estudos foram inter-

pretados independentemente por dois radiologistas experientes do grupo de musculoesquelético. Durante a avaliação, o labro glenoidal foi dividido por sextantes e classificado como normal, degenerativo e lesão. Para efeito comparativo, foi utilizada a artro-RM completa como padrão ouro. Os métodos estatísticos principais utilizados foram os coeficientes de concordância kappa e determinação dos intervalos de confiança de 95%. **Resultados:** Do total de casos, 76% apresentaram patologia labral, sendo o labro anterossuperior o mais afetado (45%), seguido do superior (40%), anteroinferior (34%), posterossuperior (21%), posteroinferior (16%) e inferior (15%). Em comparação entre

as avaliações das sequências ponderadas em T2 com salina intra-articular e as artro-RM completas com gadolínio intra-articular, houve alto coeficiente de concordância (0,830). Os casos discordantes entre os avaliadores (falso-positivos e falso-negativos) ocorreram mais comumente no labro glenoidal anterossuperior. **Conclusão:** Houve alto coeficiente de concordância entre as sequências ponderadas em T2 com salina intra-articular e as artro-RMs completas com gadolínio intra-articular. Este dado pode indicar que as artro-RMs com salina podem substituir as artro-RMs com gadolínio intra-articular na avaliação das lesões labrais.

Neurroradiologia / Cabeça e Pescoço

Painéis Eletrônicos

–20–

TUMOR DE GLOBO OCULAR: DIAGNÓSTICOS E REVISÃO DA LITERATURA.

Priscila Sacilotto Crivellaro; Angela Massignan; Monica Wagner; Alexandre da Silveira Cima; Soraya Nogueira Stoffels; Eliza Porciuncula Justo; Rodrigo dias Duarte.

Fundação Sordil-Saint Pastous – Porto Alegre, RS, Brasil.

E-mail: priscilacrivellaro@gmail.com.

Este trabalho tem como objetivo apresentar um caso de melanoma de coroide e revisar a literatura sobre os seus diagnósticos diferenciais dos tumores de globo ocular. **Caso:** Paciente masculino, 39 anos, com história de redução progressiva da acuidade visual no olho direito há seis meses. Foi referenciado ao serviço para realizar ultrasonografia (US) e tomografia computadorizada (TC) com contraste de órbitas. O médico assistente informou que no exame de fundo de olho (FO) foi identificada uma massa pigmentada no olho direito. US e TC mostraram lesão expansiva sólida, lobulada, ecogênica/hiperdensa, medindo 1,2 cm no aspecto medial do globo ocular direito, adjacente ao corpo ciliar, que sofreu realce moderado. A partir desses dados, revisou-se a literatura médica e chegou-se a conclusão dos principais diagnósticos diferenciais: • hemangioma de coroide circunscrito: tumor benigno vascular. No FO é vermelho-alaranjado. Na TC se apresenta como uma massa circunscrita com ávido realce. Na ressonância magnética (RM) são homogêneos e isointensos ao músculo em T1, hiperintenso em T2, com intenso realce; • retinoblastoma: tumor intraocular maligno mais comum da infância. No FO é translúcido ou branco. Na TC apresenta-se hiperdenso com calcificações. Na RM aparece ligeiramente hiperintenso em T1 e hipointenso em relação ao humor vítreo em T2, com heterogeneidade pós-contraste; • melanoma: tumor primário maligno intraocular mais comum. 85% localizam-se na coroide. No FO tem pigmentação variável. Na TC é hiperatenuante, com impregnação tênue a moderada. Na RM geralmente tem alto sinal em T1 e baixo em T2, com realce moderado; • melanocitoma: tumor benigno, densamente pigmentado e que comumente localiza-se ao nível do disco óptico ou adjacente a este, medindo menos do que 3 mm. No FO é intensamente pigmentado e apresenta características na TC e RM semelhantes ao melanoma, exceto pelo tamanho. **Discussão:** O paciente foi submetido a enucleação do globo ocular direito

e o exame anatomopatológico revelou o diagnóstico de melanoma de coroide, com limites cirúrgicos livres. A hipótese de melanoma era a mais provável por se tratar de uma lesão pigmentada com 1,2 cm. Lesões pigmentadas sugerem melanoma ou melanocitoma, mas uma espessura maior que 2,0 mm, assim como a localização da lesão, eram características sugestivas de melanoma. O hemangioma de coroide e o retinoblastoma não são pigmentados.

–24–

ABCESSO RETROFARÍNGEO.

Bruno Nocrato Loiola; José Augusto Carvalho de Rezende.

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

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

O abscesso retrofaríngeo geralmente ocorre de forma secundária a infecções das vias aéreas superiores, cuja drenagem linfática ocorre para os linfonodos retrofaríngeos, que estão presentes mais frequentemente na faixa pediátrica (4–5 anos). O foco infeccioso inicial pode estar em qualquer região cervicofacial. Os pacientes apresentam-se geralmente nas fases iniciais da doença com dor à mobilização cervical, disfagia, edema no pescoço, rigidez de nuca e ausência de febre, sendo encaminhados, na sua grande maioria, ao ortopedista com diagnóstico errôneo de torcicolo. O diagnóstico pode ser difícil de ser feito baseando-se apenas na história e exame físico, portanto, os exames de imagem são importantes para o diagnóstico e conduta terapêutica. Relatamos um caso de uma paciente em que o estudo radiológico foi mera importância para o diagnóstico.

–28–

HIPOPLASIA DO CORPO CALOSO.

Bruno Nocrato Loiola; José Augusto Carvalho de Rezende.

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

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

A hipoplasia do corpo caloso tem sua origem a partir de anomalias na migração neuronal ou na laminação das camadas corticais, ou seja, na displasia cortical. Possui etiologia desconhecida, cuja expressão, disgenesia do corpo caloso, aplica-se a variáveis graus de sua má-formação, desde ausência total até mínima deficiência no seu