

MUSCULOESQUELÉTICO

Código do trabalho: 3

OSTEOPOIQUILOSE EM JOELHO ESQUERDO DIAGNOSTICADA POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA: RELATO DE CASO.

Fernanda Cunha Maciel¹; Geraldo Souza Pinho Alves¹; Waleska Cecília Costa Oliveira¹; Leonardo Da Vinci Costa Oliveira¹; Ariana Carlos Oliveira¹; Renata Cunha Aguiar²; Marcus Vinicius Maia Passos³; Felipe Henrique Medeiros Maciel³.

¹ Universidade Potiguar; ² Universidade Federal do Rio Grande do Norte;

³ Instituto de Radiologia de Natal – Natal, RN, Brasil.

Introdução: O propósito deste relato é descrever um caso de osteopoiquiose em joelho esquerdo diagnosticada por ressonância magnética (RM). A RM foi revisada a partir do arquivo digital de imagens (PACS). Obteve-se a autorização do paciente para a utilização das imagens para relato de caso. **Descrição sucinta:** Paciente L.L.G.S.G., 34 anos, sexo masculino, apresentou dor e edema em topografia de joelho esquerdo após trauma em exercício físico. Realizada RM de joelho esquerdo, que, como achado incidental, evidenciou múltiplas pequenas lesões blásticas, arredondadas, hipointensas nas várias sequências, distribuídas difusamente na medula do fêmur, tibia e fíbula, sem caráter expansivo, com presença de pequeno derrame articular. **Discussão resumida:** Osteopoiquiose é uma displasia osteoesclerótica, hereditária, com padrão autossômico dominante, também conhecida como osteopatia condensante disseminada. Doença rara, com prevalência estimada em 1:50.000, caracterizada por uma anomalia no processo de maturação óssea endocondral e observada em qualquer idade, com incidência semelhante em ambos os sexos. O diagnóstico radiológico apresenta-se com múltiplas imagens radiopacas, arredondadas, frequentemente simétricas, com dimensões variadas e predileção por epífises e metáfises dos ossos longos tubulares, carpo, tarso, pelve e escápula. Geralmente os pacientes são assintomáticos e os principais diagnósticos diferenciais incluem as metástases ósseas osteoblásticas, melorreostose, encondromatose, mastocitose e condrodysplasia.

Código do trabalho: 4

FRATURA-LUXAÇÃO TARSOMETATARSIANA (LISFRANC) DIAGNOSTICADA POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA: RELATO DE CASO.

Fernanda Cunha Maciel¹; Geraldo Souza Pinho Alves¹; Waleska Cecília Costa Oliveira¹; Leonardo Da Vinci Costa Oliveira¹; Ariana Carlos Oliveira¹; Renata Cunha Aguiar²; Marcus Vinicius Maia Passos³; Felipe Henrique Medeiros Maciel³.

¹ Universidade Potiguar; ² Universidade Federal do Rio Grande do Norte;

³ Instituto de Radiologia de Natal – Natal, RN, Brasil.

Introdução: O propósito deste relato é descrever um caso de fratura-luxação tarsometatarsiana (Lisfranc) diagnosticada por tomografia computadorizada (TC). A TC foi revisada a partir do arquivo digital de imagens (PACS). Obteve-se a autorização do paciente para a utilização das imagens para relato de caso. **Descrição sucinta:** Paciente J.A.S., 59 anos, sexo masculino, apresentou dor e edema em topografia de pé esquerdo após sofrer queda de grande altura em árvore. Realizada TC do pé esquerdo, que evidenciou fratura na metáfise proximal do segundo metatarso, acompanhado de luxação dorsal do cuneiforme intermédio/base do segundo metatarso. **Discussão resu-**

mida: A fratura-luxação da articulação tarsometatarsiana, luxação de Lisfranc, é rara, com incidência em torno de 1:55.000 pessoas por ano, correspondendo a 0,2% de todas as fraturas. É provocada por trauma, com mecanismo direto ou indireto, de alta energia e com potencial para complicações agudas e crônicas, como lesão vascular, síndrome compartimental, lesão nervosa, necrose de pele, gangrena, artrose, pseudoartrose, exostoses. Na atualidade, a TC tem grande participação no diagnóstico, proporcionando melhor visão do contorno ósseo e da configuração ligamentar da região estudada. O tratamento é preferencialmente cirúrgico e consiste em redução anatômica e fixação estável.

Código do trabalho: 5

SÍNDROME DE HAGLUND DIAGNOSTICADA POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA: RELATO DE CASO.

Geraldo Souza Pinho Alves¹; Fernanda Cunha Maciel¹; Waleska Cecília Costa Oliveira¹; Leonardo Da Vinci Costa Oliveira¹; Ariana Carlos Oliveira¹; Layza Sousa Moreira¹; Marcus Vinicius Maia Passos²; Felipe Henrique Medeiros Maciel².

¹ Universidade Potiguar; ² Instituto de Radiologia de Natal – Natal, RN, Brasil.

Introdução: O objetivo deste relato é descrever um caso de síndrome de Haglund diagnosticada por ressonância magnética (RM). A RM foi revisada a partir do arquivo de imagens (PACS). Obteve-se a autorização do paciente para a utilização das imagens para o relato do caso. **Descrição sucinta:** Paciente R.D.N., 32 anos, sexo masculino, apresentou dor em região do tornozelo esquerdo, com início insidioso. Negava história de trauma. Realizada RM do tornozelo esquerdo, em que se observou distensão líquida da bolsa retrocalcânea (bursite), espessamento fusiforme do tendão calcâneo com perda da concavidade anterior, associado a áreas focais de aumento de sinal intrasubstancial, inferindo tendinopatia. **Discussão resumida:** A síndrome de Haglund é decorrente da ação mecânica da eminência posterossuperior da tuberosidade posterior do calcâneo contra a bursa retrocalcânea e o próprio tendão de Aquiles. Apresenta uma tríade: bursite retrocalcânea superficial; profunda e tendinopatia crônica insercional do calcâneo. Com o aumento da extensão, a bursa inflamada aparece como uma proeminência avermelhada sob a pele, levando a dor no local e proximidades. Acomete a faixa etária entre adultos jovens e idosos, mas principalmente as mulheres jovens. O tratamento visa diminuir a inflamação da bursa, além do correto posicionamento do pé no calçado para aliviar a pressão sobre o calcanhar.

Código do trabalho: 6

CONTRIBUIÇÃO DA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NO DIAGNÓSTICO DE NEUROFIBROMATOSE TIPO 1: RELATO DE CASO.

Geraldo Souza Pinho Alves¹; Fernanda Cunha Maciel¹; Waleska Cecília Costa Oliveira¹; Leonardo Da Vinci Costa Oliveira¹; Ariana Carlos Oliveira¹; Layza Sousa Moreira¹; Marcus Vinicius Maia Passos²; Felipe Henrique Medeiros Maciel².

¹ Universidade Potiguar; ² Instituto de Radiologia de Natal – Natal, RN, Brasil.

Introdução: O objetivo deste relato é descrever um caso de neurofibromatose tipo 1 (NF1), em que a ressonância magnética (RM) da coxa direita teve grande importância na complementação diagnóstica.

A RM foi revisada a partir do arquivo de imagens (PACS). Obteve-se a autorização do paciente para a utilização das imagens para o relato do caso. **Descrição sucinta:** Paciente J.V.G.P., 15 anos, sexo masculino, apresentava máculas hiperocrômicas em pele e evoluiu com aparecimento de nódulos subcutâneos em topografia de coxa. Realizada RM da coxa direita para investigação, em que se observaram múltiplas formações nodulares sólidas, conglomeradas, ocupando difusamente o trajeto dos nervos ciáticos, femorais superficiais e cutâneos femorais posteriores, bem como no subcutâneo e intramusculares. **Discussão resumida:** A neurofibromatose refere-se a desordens genéticas, existindo três tipos distintos: tipos 1, 2 e schwannomatose. A NF1 apresenta herança autossômica dominante e estima-se uma prevalência de 1:2.000 a 1:7.800 nascidos vivos, sem predomínio por populações ou gêneros. É caracterizada pela tríade de Landowsky: tumores cutâneos, tumores dos nervos periféricos e manchas pigmentadas na pele. Já existem, atualmente, testes de DNA para a NF1, mas comumente o diagnóstico é obtido por meio dos sinais clínicos, e os métodos de imagens são de grande valia na complementação diagnóstica.

Código do trabalho: 7

ELASTOFIBROMA DORSAL DIAGNOSTICADO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA: RELATO DE CASO.

Geraldo Souza Pinho Alves¹; Fernanda Cunha Maciel¹; Leonardo Da Vinci Costa Oliveira¹; Waleska Cecília Costa Oliveira¹; Ariana Carlos Oliveira¹; Layza Sousa Moreira¹; Marcus Vinicius Maia Passos²; Felipe Henrique Medeiros Maciel².

¹ Universidade Potiguar; ² Instituto de Radiologia de Natal – Natal, RN, Brasil.

Introdução: O propósito deste relato é descrever um caso de elastofibroma dorsal diagnosticado por ressonância magnética (RM). A RM foi revisada a partir do arquivo digital de imagens (PACS). Obteve-se a autorização do paciente para a utilização das imagens para o relato do caso. **Descrição sucinta:** Paciente R.B., 64 anos, sexo masculino, apresentou dor no ombro e região dorsal à direita, principalmente ao movimento. Realizada RM de cintura escapular direita, que evidenciou imagem ovalada, com contornos ligeiramente irregulares, apresentando intensidade de sinal intermediária em T1 e leve hipersinal em T2 SPAIR, pequeno realce pós-contraste, localizada em partes moles, adjacente ao ângulo inferior da escápula direita, entre os ventres musculares do serrátil anterior romboide e o gradil costal. **Discussão resumida:** Elastofibroma é um raro tumor benigno de tecido conjuntivo, de crescimento lento e que ocorre mais frequentemente em mulheres, sendo a proporção de 8:1. A idade habitual de ocorrência é entre 55 e 70 anos e a localização mais acometida é a subescapular. Tem etiologia desconhecida e o diagnóstico pode ser feito por meio de exames de imagem, sendo a RM o exame de escolha. A ressecção cirúrgica deve ser reservada apenas para os casos sintomáticos ou em que haja alguma dúvida diagnóstica.

Código do trabalho: 9

SACROILEÍTE BILATERAL POR DOENÇA DE CROHN DIAGNOSTICADA POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA: RELATO DE CASO.

Fernanda Cunha Maciel¹; Geraldo Souza Pinho Alves¹; Waleska Cecília Costa Oliveira¹; Leonardo Da Vinci Costa Oliveira¹; Ariana Carlos Oliveira¹; Layza Sousa Moreira¹; Marcus Vinicius Maia Passos²; Felipe Henrique Medeiros Maciel².

¹ Universidade Potiguar; ² Instituto de Radiologia de Natal – Natal, RN, Brasil.

Introdução: O objetivo deste relato é descrever um caso de sacroileíte bilateral por doença de Crohn (DC) diagnosticada por ressonância magnética (RM). A RM foi revisada a partir do arquivo de imagens (PACS). Obteve-se a autorização do paciente para a utilização das imagens para o relato do caso. **Descrição sucinta:** Paciente F.C.C.T., 25 anos, sexo masculino, com diagnóstico de DC há dois anos, apresentou dor lombar. Realizada RM da bacia (sacroilíacas), que evidenciou áreas de irregularidade das superfícies articulares de ambas as sacroilíacas, em associação com áreas de hipossinal em T1 e hipersinal em T2 SPIR no subcondral, representando edema, sendo mais importante à direita, inferindo sinais de sacroileíte inicial, bilateral e assimétrica, mais proeminente à direita. **Discussão resumida:** A sacroileíte é considerada a manifestação extraintestinal mais frequente da doença de Crohn, podendo preceder o início da doença intestinal em anos. A prevalência varia de 11–52% dependendo da técnica utilizada para detecção. Tradicionalmente, o diagnóstico é feito por radiografia simples. As articulações sacroilíacas são afetadas de forma uni ou bilateral, com intensidade variando desde inflamação leve até anquilose. A sacroileíte pode ser assintomática e geralmente não está fortemente associada à presença de HLA B27, porém, quando positivo, denota uma doença progressiva.

Código do trabalho: 10

CONTRIBUIÇÃO DA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NO DIAGNÓSTICO DE CONDROMA INTRACAPSULAR DE JOELHO: RELATO DE CASO.

Geraldo Souza Pinho Alves¹; Fernanda Cunha Maciel¹; Ariana Carlos Oliveira¹; Waleska Cecília Costa Oliveira¹; Leonardo Da Vinci Costa Oliveira¹; Layza Sousa Moreira¹; Marcus Vinicius Maia Passos²; Felipe Henrique Medeiros Maciel².

¹ Universidade Potiguar; ² Instituto de Radiologia de Natal – Natal, RN, Brasil.

Introdução: O propósito deste relato é descrever um caso sobre condroma intracapsular de joelho diagnosticado por ressonância magnética (RM). A RM foi revisada a partir do arquivo de imagens (PACS). Obteve-se a autorização da paciente para a utilização das imagens para o relato do caso. **Descrição sucinta:** Paciente F.R.P., 65 anos, sexo feminino, apresentou massa sólida de crescimento lento no joelho direito, percebida há nove anos, após pequeno trauma, associada a dor moderada local. Realizou-se RM de joelho direito, que mostrou formação expansiva sólida, localizada na gordura de Hoffa, que se insinuava lateralmente e em íntimo contato com o retináculo lateral e com o tendão patelar; apresentando conteúdo heterogêneo, com focos de baixo sinal característico de matriz cartilaginosa e imagem alongada de sinal semelhante a do osso. **Discussão resumida:** Condroma intracapsular é um tumor ósseo benigno, variante rara dos condromas extraesqueléticos. Origina-se do tecido conjuntivo nas proximidades da cápsula de uma grande articulação ou extracapsular, resultante de metaplasia cartilaginosa, e com o tempo tende a ossificar, conhecido como osteocondroma. Acomete principalmente a articulação do joelho, com idade de incidência variando entre 12 a 75 anos. O risco de malignização para condrossarcoma é raro.

Código do trabalho: 11

ACOMETIMENTO DE JOELHO ESQUERDO POR ARTROPATIA GOTOSA EVIDENCIADA POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA: RELATO DE CASO.

Geraldo Souza Pinho Alves¹; Fernanda Cunha Maciel¹; Waleska Cecília Costa Oliveira¹; Leonardo Da Vinci Costa Oliveira¹; Ariana Carlos Oliveira¹;

Layza Sousa Moreira¹; Marcus Vinicius Maia Passos²; Felipe Henrique Medeiros Maciel².

¹ Universidade Potiguar; ² Instituto de Radiologia de Natal – Natal, RN, Brasil.

Introdução: O propósito deste relato é descrever um caso de artropatia gotosa em joelho esquerdo diagnosticada por meio de ressonância magnética (RM). A RM foi revisada a partir do arquivo de imagens (PACS). Obteve-se a autorização do paciente para a utilização das imagens para o relato do caso. **Descrição sucinta:** Paciente R.C.S., 42 anos, sexo masculino, apresentou dor articular em topografia de joelho esquerdo. Realizada RM de joelho esquerdo, que evidenciou derrame articular com espessamento sinovial significativo na região do hiato poplíteo, sugerindo sinovite crônica; alterações sugestivas de degenerativo mucoide do ligamento cruzado anterior; condromalácia troclear grau III; tendinopatia importante do tendão patelar; sinais sugestivos de bursites infrapatelares; volumosas imagens de reabsorções ósseas subcondrais no platô tibial e fêmur distal com pequeno edema ósseo medular adjacente. **Discussão resumida:** A artrite gotosa acomete principalmente homens entre 40–50 anos, tendo como proporção homem/mulher 7:1. É causada pela precipitação articular e em tecidos moles periarticulares (bainha sinovial, tendões e ligamentos) de cristais de urato monossódico. Monoartrite em 80% dos casos, afeta a primeira articulação metatarsofalangiana em 50% dos pacientes na primeira crise e, menos comumente, punho, cotovelo e joelho. O diagnóstico definitivo requer a identificação dos cristais no líquido sinovial.

Código do trabalho: 19

LIPOSSARCOMA ÓSSEO.

Rafael Henrique Camilo Baeta; Ingrid Ribeiro Macedo Baeta; Luiz Eduardo Scianni Morais; Heraldo Carlos Pereira; Adriano Macedo Oliveira; Laura Macedo Alexandre; Tereza Christina Moterani de Moura Leite; Ricardo Moreira Souza.

Hospital Universitário Alzira Velano – Alfenas, MG, Brasil.

Introdução: O lipossarcoma é o segundo tumor maligno de partes moles mais comum. O lipossarcoma ósseo primário é extremamente raro. Ocorrem, com mais frequência, entre 15 e 60 anos, com evolução acelerada e mortalidade em três anos. Os ossos mais afetados são a tibia, o fêmur, o úmero e, menos comumente, a pelve. **Descrição:** Paciente do sexo masculino, de 59 anos de idade, há dois anos iniciou quadro de artralgia em quadril esquerdo. Nos últimos quatro meses houve piora da artralgia e perda da mobilidade articular, associada a quadro de astenia e história de perda ponderal de 20 kg. Ao exame físico o paciente apresentava-se caquético, com abdome escavado e massa palpável na fossa ilíaca esquerda. Ao toque retal constatou-se massa palpável na região retrorretal. Solicitadas radiografias de abdome e tórax, que mostraram extensa lesão osteolítica na pelve e cabeça do fêmur à esquerda e várias imagens nodulares no tórax. Posteriormente, foi solicitada tomografia computadorizada de abdome, que evidenciou volumosa lesão sólida com densidade heterogênea no íleo esquerdo, destruindo praticamente todos os ossos da pelve e o fêmur ipsilaterais, condicionando efeito de massa sobre as estruturas abdominais. Realizada biópsia incisional, a histologia evidenciou neoplasia mesenquimal imatura, de alta celularidade, caracterizada por células gordurosas de núcleos pleomórficos, hiper cromáticos, com figuras de mitose, dispostas de maneira irregular, consistente com diagnóstico de lipossarcoma. **Discussão:** O diagnóstico de lipossarcoma ósseo primário é tema de muitas discussões, desde sua primeira pu-

blicação por Ewing em 1928, em razão da sua raridade e dificuldade em confirmar sua origem da medula óssea. No presente caso, a lesão revela-se claramente como origem óssea e o exame histopatológico apresenta todas características típicas de um lipossarcoma primário, que pela sua raridade e riqueza dos achados radiológicos e histológicos tornam o caso de grande interesse.

Código do trabalho: 24

RELATO DE CASO: EVOLUÇÃO TEMPORAL DOS PADRÕES DE SINAL DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NA FRATURA DE COLO DE FÊMUR E SUA IMPORTÂNCIA NO TRATAMENTO.

Richard Volpato¹; Marcelo Adriano Dias Ferreira Furtado¹; Juliana Guidoni¹; Zileide Barros Torres¹; Juarez Leite Junior¹; Fabio Vassimon Ferreira Jorge².

¹ Multiscan; ² AOT - Artroscopia Ortopedia e Traumatologia – Vitória, ES, Brasil.

Introdução: Fraturas de estresse no colo do fêmur podem ocorrer por insuficiência, sobretudo em idosos com osteoporose, ou serem decorrentes de sobrecarga em atletas profissionais e amadores. Há um aumento na frequência de fraturas de estresse por fadiga em atletas amadores, notadamente pela popularização de corridas de rua, com prejuízo das suas atividades recreacionais e profissionais devido a longos períodos de recuperação, além do risco de sequelas. **Descrição:** Paciente do sexo masculino, 41 anos, radiologista, em treinamento para maratona, apresentou dor insidiosa no quadril direito. Realizou ressonância magnética (RM), que evidenciou tendinopatia na inserção do iliopsoas, sem anormalidades de sinal no colo femoral. Durante corrida, no dia seguinte, apresentou aumento súbito da dor, impedindo a continuidade do treino. O repouso e o uso de antiinflamatórios não aliviaram os sintomas. Nova RM após uma semana evidenciou traço de fratura incompleto no colo do fêmur e edema marginal. Procedeu-se novo controle por RM ao completar dois meses de tratamento e a seguir mensalmente até a normalização dos aspectos de imagem, que ocorreu no sexto mês após a fratura. Houve íntima correlação dos padrões de imagens com os sintomas e o retorno das atividades físicas. **Discussão:** A fratura de estresse no colo do fêmur demanda atenção clínica especial, pela possibilidade de complicações como a evolução para fratura completa e necrose da cabeça do fêmur. Há discussão na literatura a respeito da maneira mais segura de se conduzir os casos, sendo que a fratura por compressão acometendo a margem inferior do colo habitualmente é tratada conservadoramente, optando-se por cirurgia nas evoluções desfavoráveis. A RM auxilia no diagnóstico e controle das lesões, entretanto, há escassez de relatos na literatura a respeito da evolução temporal dos padrões de sinal até a normalização completa das imagens.

Código do trabalho: 35

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

Marcio Luis Duarte; Jael Brasil de Alcântara Ferreira.

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

Introdução: Síndrome congênita, sendo uma doença extremamente rara (200 casos descritos em todo mundo, estando cerca de 120 vivos), apresentando como alterações mais comuns: nevo verrucoso pigmentado, hemangiomas, gigantismo de extremidades, hipertrofia parcial ou completa, macrodactilia, macrocrânio, massa giriforme palmar ou plantar, tumores localizados em subcutâneo, deformidades do esqueleto como escoliose, hipertrofia e hiperostose, anormalida-

des viscerais e ritmo de crescimento acelerado. Feita revisão dos casos de maior relevância relatados na literatura, utilizando as bases de dados PubMed, SciELO e Cochrane, com as palavras-chave síndrome de Proteus, gigantismo, homem elefante, para avaliação das manifestações mais frequentes, sua progressão e alterações em exames de imagem prévias a sintomas e manifestação fenotípica. **Descrição:** Paciente com três anos de idade, desde ao nascer com alteração em membro inferior direito, não visualizada no pré-natal. Ao nascer o paciente apresentou pé direito com gigantismo, hálux direito completamente medializado e o quinto pododáctilo direito lateralizado, estando o restante do exame físico sem alterações. Feito diagnóstico genético de síndrome de Proteus, doença progressiva e irreversível. **Discussão:** A síndrome de Proteus apresenta etiologia genética tipo mosaicismo. Os casos descritos são esporádicos, não existindo associação por sexo, grupo racial, naturalidade, idade dos genitores no momento da concepção, sendo os exames cromossômicos de ambos normais pelos métodos atuais. É proposta a etiologia desta síndrome como sendo um defeito gênico, secundário a uma mutação autossômica dominante letal e que somente o mosaicismo permitiria a sobrevivência. A maioria dos pacientes tem desenvolvimento neuropsicomotor normal, com expectativa de vida entre 9 meses e 29 anos, de acordo com a gravidade da anomalia.

Código do trabalho: 53

SÍNDROME DE KLIPPEL-FEIL ASSOCIADA A DEFORMIDADE DE SPRENGEL: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA.

Fernanda Naves Fernandes¹; Mariana Antunes de Castro¹; Diogo Figueiredo Guedes D'Amorim¹; Jamile Alves de Souza¹; Ricardo Tavares Daher¹; Thais Jungmann Ribeiro¹; Rafaela Henrique de Souza Lima¹; Luciano Cardoso Seixas².

¹ CRER – Goiânia, GO; ² Unipac – Araguari, MG, Brasil.

A síndrome de Klippel-Feil trata-se de um defeito na segmentação ou formação das vértebras cervicais. Pode ser classificada em três tipos: fusão maciça de várias vértebras cervicais e torácicas superiores, fusão em apenas um ou dois espaços, com presença de hemivértebra e fusão atlanto-occipital, e fusões cervicais associadas com fusões torácicas inferiores e lombares superiores. É comum a associação desta síndrome com outras anomalias, tal como elevação congênita da escápula; caracterizando a deformidade de Sprengel, além de escoliose e anomalias da costela. Relatamos o caso do paciente D.D.A.S., masculino, sete anos, o qual apresentava pescoço curto, baixa implantação do couro cabeludo e limitação dos movimentos do pescoço. A radiografia de coluna cervical evidenciou presença de seis vértebras com características cervicais, fusão de vértebras cervicais, associada à presença de osso homovertebral e deformidade de Sprengel.

Código do trabalho: 55

SARCOMA DE EWING/PNET PRÉ-SACRAL: RELATO DE CASO.

Edgar Lucas Silva Junior; Guilherme Trindade Batistão; Giovana Fidalgo Marcondes Silvestrini Tiezzi; Renata Calciolari Rossi e Silva.

Universidade do Oeste Paulista – Presidente Prudente, SP, Brasil.

Sarcoma de Ewing é um tipo de tumor que ocorre frequentemente nos ossos longos. Admite-se que seja causado por uma anormalidade cromossômica, desenvolvendo-se a partir de um tipo de célula nervosa primitiva, podendo também ocorrer em partes moles. A família de tumores de Ewing compreende um espectro de neoplasias de células neuroectodérmicas primitivas, as quais são células embrionárias que

migram da crista neural. Esses tumores acometem primariamente osso e tecido mole. Dependendo do grau de diferenciação neural, são denominados sarcoma de Ewing, um tumor indiferenciado, ou tumor neuroectodérmico primitivo periférico quando apresenta características de diferenciação neural. Paciente do sexo masculino, de 19 anos, admitido na emergência com quadro de lombalgia, fraqueza de membros inferiores, dificuldade de urinar e fratura de fêmur direito há um ano. Foi encaminhado ao tratamento cirúrgico, evoluindo com fraqueza nos membros inferiores e retornando ao hospital. Solicitada ressonância magnética de pelve e coluna lombossacra, que evidenciou lesão expansiva pré-sacral e lesões extramedulares e intradurais. O paciente foi submetido a biópsia, que evidenciou sarcoma de Ewing/tumor neuroectodérmico primitivo. Realizado tratamento cirúrgico para descompressão medular e posterior radioterapia e quimioterapia. Aceita-se a existência da família Ewing de sarcomas incluindo o sarcoma de Ewing extraesquelético e tumor primitivo neuroectodérmico, que apresentam imunorreatividade para CD99. O pico de incidência dos tumores neuroectodérmicos primitivos é na adolescência, sem predileção por sexo; são tumores que progridem rapidamente, apresentando mau prognóstico. Os sarcomas de Ewing acometem pacientes entre 10 e 25 anos de idade. Usualmente originam-se da medula óssea, sendo mais frequentes no sexo masculino. A incidência do sarcoma de Ewing extraesquelético não é conhecida, sendo descritas múltiplas localizações de origem da doença. O tratamento apropriado tem sido excisão cirúrgica associada a radioterapia e quimioterapia.

Código do trabalho: 78

INSTABILIDADES ATLANTOAXIAL E ATLANTO-OCCIPITAL NA SÍNDROME DE DOWN: ENSAIO ICONOGRÁFICO.

Geraldo Teodoro de Faria Filho; Rodrigo Batista Ferraz; Mateus Henrique Baylon e Silva; Nathalia Correa Pedra; Fabiana de Deus Vieira; Ovídio Carlos Carneiro Villela; Cristiana Morais Santana; Fernanda Sachetto Pimenta.

Clínica São Judas Tadeu – Ipatinga, MG, Brasil.

Introdução: A instabilidade atlantoaxial (IAA) é caracterizada por uma maior mobilidade da primeira vértebra cervical, atlas, sobre a segunda, áxis, podendo ocorrer em diferentes situações clínicas, dentre as quais a síndrome de Down. Esta afecção ocorre notadamente por comprometimento da integridade dos elementos ósseos e ligamentares desta topografia. A referida associação foi primeiramente descrita em 1961 por Spitzer. Apenas 10% a 30% dos indivíduos com esta síndrome apresentam a instabilidade, sendo que a minoria será sintomática. A importância do diagnóstico precoce da IAA nos pacientes com síndrome de Down é de se avaliar a evolução da IAA assintomática para a forma sintomática, evitando-se assim os riscos de uma possível compressão medular. Outra afecção não menos importante na síndrome de Down é a instabilidade atlanto-occipital. Esta ocorre com maior frequência em casos de trauma, mas não deve ter sua ocorrência subestimada em pacientes com a trissomia do cromossomo 21. **Descrição:** Neste ensaio iconográfico abordamos os achados de imagem e anormalidades associadas nas instabilidades atlantoaxial e atlanto-occipital em pacientes com síndrome de Down. Demonstramos, em radiografias simples e imagens de ressonância magnética, as diferentes alterações que podem estar presentes, variando desde um sutil desalinhamento até uma importante subluxação. A importância de uma avaliação detalhada da região occipitoatlantoaxial é ressaltada pela exibição de imagens radiológicas, as quais mostram que uma atenção especial é sempre necessária quando acompanhamos pacientes com síndrome de Down.

Código do trabalho: 83

TALASSEMIA INTERMÉDIA: UM RELATO DE MANIFESTAÇÕES ESQUELÉTICAS.

Ana Livia Prado de Meneses Lopes; Gabriela Maria Ribeiro e Ribeiro; Arthemizio Antonio Lopes Rocha; Vanessa de Carvalho Bandeira; Marcela Sousa Frota de Almeida; George Caldas Dantas; Alberto Guerra Dias; Rafael Lemos Nascif.

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

As talassemias são um grupo de doenças hematológicas genéticas causadas pela redução da síntese de globinas e sua incidência na população é de cerca de 5%, podendo ir a 15% ou 20% em certas regiões. A talassemia intermédica é resultante de diferentes interações genéticas, cujos portadores apresentam quadro clínico variável em relação às manifestações e gravidade da doença. O principal responsável pela anemia é a eritropoese ineficaz com hemólise intramedular dos precursores eritroides e, há ainda, rápida destruição periférica das novas hemácias. A hiperplasia reativa da medula óssea vermelha pode determinar manifestações em vários segmentos do esqueleto, todas com a mesma base fisiopatológica que se dá pela expansão do espaço medular e afilamento da cortical por atrofia compressiva. Ocorrem, também, distorção e espessamento do trabeculado ósseo (favo de mel), osteoporose difusa, focos de hematopoese extramedular e perda da curvatura normal dos ossos longos. Focos de hiperplasia medular causam imagens radiotransparentes com aspecto de múltiplas lesões osteolíticas. As principais manifestações esqueléticas incluem: aparência de pelo eriçado na cortical do crânio (osteogênese vertical); espessamento do espaço diploico craniano; pobreza do aeramento dos seios paranasais; aspecto de quadratura das falanges; lesões de arcos costais; e massas paravertebrais de hematopoese extramedular. Este relato apresenta o caso do paciente S.J.S., 30 anos, com anemia crônica e uso crônico de sulfato ferroso na infância. Aos quatro anos de idade recebeu diagnóstico de talassemia intermédica. Na última internação por colangite (complicação de sua esplenectomia), evoluiu com parestesia de membros inferiores, justificada por uma massa paravertebral de hematopoese extramedular, diagnosticada por ressonância magnética. Foi realizada radiografia de corpo inteiro para avaliação da doença, que mostrou uma riqueza de manifestações características presentes em todo o esqueleto do paciente portador de talassemia.

Código do trabalho: 84

RELATO DE CASO: OSTEOGÊNESE IMPERFEITA.

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

Hospital Mater Dei – Belo Horizonte, MG, Brasil.

Osteogênese imperfeita (OI) é um distúrbio congênito, caracterizado por fragilidade óssea resultante da qualidade e/ou quantidade anormal de colágeno tipo I. Quatro principais achados caracterizam a OI: osteoporose, esclera azul, dentinogênese imperfeita e deficiência auditiva. Com o presente trabalho, objetiva-se demonstrar a importância de se realizar o diagnóstico, conhecer o prognóstico da doença e um importante diagnóstico diferencial – a síndrome da criança espancada. Não há tratamento específico para a OI, porém pode-se melhorar a qualidade de vida dos pacientes, por meio de medidas clínicas e cirúrgicas. Relato de caso de uma jovem de 30 anos com queixa de cefaleia, encurtamento e escoliose cervical. Em nosso serviço foram realizadas tomografia computadorizada e ressonância magnética da

coluna cervical, que mostraram acentuada escoliose, osteopenia e invaginação basilar. A paciente tem diagnóstico neonatal de OI, realizado com base em fraturas femorais expostas ao nascimento e parto prematuro. Relata ainda múltiplas fraturas por mínimo impacto na infância. A OI foi inicialmente classificada em congênita e tardia. Esta classificação, porém, não reflete a complexidade da dessa desordem. Uma classificação proposta posteriormente é baseada em características fenotípicas e genotípicas da doença e é dividida em quatro tipos principais (I a IV). O tipo I é a forma mais comum e relativamente branda da OI e caracteriza-se por fragilidade óssea leve a moderada. O tipo II é a forma letal. A osteoporose severa e o grave retardo de crescimento intrauterino resultam em morte precoce. Os tipos III e IV têm manifestações clínicas de gravidade intermediária entre os tipos I e II. A OI pode ser erroneamente diagnosticada como abuso infantil e vice-versa. As características clínicas e radiológicas da OI auxiliam no seu diagnóstico, permitindo abordagem terapêutica adequada.

Código do trabalho: 90

LESÕES LABRAIS NA RESSONÂNCIA: UM MÉTODO FÁCIL DE SABER ONDE E O QUE OLHAR.

Marcelo de Queiroz Pereira da Silva¹; Marcela Cavichioi Silva¹; Andre de Queiroz Pereira da Silva²; Daniel de Oliveira Leite³; Karina Barreto Calil¹; Bruno Rafael Losasso¹; Luiz Placido Campozana¹; Saulo Baraldi Moreira¹.

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

O presente ensaio pictórico tenta criar uma rotina de aprendizado para classificação das lesões de lábios glenoidais. As lesões de Bankart, Bankart reverso, HAGL, Perthes, Slap, Glad e Polpsa caracterizadas são ilustradas de maneira didática, na tentativa de desmistificar a difícil arte de enxergá-las e classificá-las.

Código do trabalho: 94

IDADE ÓSSEA: AVALIAÇÃO COM FERRAMENTA DIGITAL.

Maria Lucia de Oliveira Santos; Cristina Asvolinsque Fontes; Emerson de Melo Casagrande; Renan Marchesi Maciel; Vinicius Ribeiro Araujo Santos; Camila Fabres Pereira; Vitor Martins Veiga; Letícia da Silva Lacerda.

UFF – Niterói, RJ, Brasil.

Introdução e objetivos: Os autores realizaram um atlas digital correlacionando os achados radiológicos por imagem com a idade cronológica. A avaliação radiológica da idade óssea é um método diagnóstico muito utilizado pelos pediatras e endocrinologistas pediátricos, radiografando-se com maior frequência a mão e o punho da criança para avaliar o crescimento ósseo em relação à idade cronológica. A confecção deste atlas visa facilitar a elaboração do laudo radiológico, otimizando o serviço. **Material e métodos:** Os achados que constam neste trabalho foram baseados nos descritos de 1950 por Greulich e Pyle, da Universidade de Stanford, que se tornaram um clássico na radiologia, associando suas imagens radiológicas aos esquemas em desenhos de Theodore E. Keats no livro sobre medidas em radiologia, que descrevem o grau de maturação óssea, sendo dividido pelo sexo masculino e feminino, visto que o desenvolvimento é diferente conforme o gênero. No atlas apresentado neste trabalho, a aplicação da ferramenta digital se deu pela união dos dois conteúdos em uma só apresentação, obedecendo a separação por gêneros e acompanhando a evolução etária, além da inserção de esquema anatômico dos ossos do carpo acrescido de um corpo de texto para facilitar a compreensão.

O acesso ao atlas se dá pela escolha do *link* respectivo ao gênero e idade em questão.

Código do trabalho: 96

RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA DE OSTEOSSARCOMA CERVICAL.

Mariana Antunes de Castro; Marco Aurelio Faiad Guiotti; Thais Jungmann Ribeiro; Ricardo Tavares Daher; Rafaela Henrique de Souza Lima; Jamile Alves de Souza; Fernanda Naves Fernandes; Diogo Figueiredo Guedes D'Amorim.

CRER – Goiânia, GO, Brasil.

Introdução: Descrevemos um caso de osteossarcoma em coluna cervical. Fizemos uma revisão na literatura, devido à escassez de relatos mostrando osteossarcomas nessa localização, dada a raridade do caso. **Relato:** Paciente masculino, 23 anos, com quadro clínico de dor local intermitente há cerca de dois anos, manifestações de compressão radicular há seis meses em membro superior e inferior esquerdo e fratura patológica. À ressonância magnética e à angiorressonância, nota-se lesão expansiva sólida, heterogênea, de contornos lobulados, infiltrativa e destrutiva, com $7,2 \times 6,9 \times 5,1$ cm, centrada no corpo vertebral de C5, que apresenta fratura patológica, comprometendo também pedículo, lâmina e processo transversal à esquerda, com grande componente de partes moles ipsilateral, invasão da artéria vertebral bem como das raízes emergentes de C5, C6 e da metade do canal ósseo raquiano desse lado, determinando compressão da medula cervical. A lesão apresenta baixo sinal em T1, sinal heterogêneo em T2 e T2/fat e realce intenso após contraste intravenoso. A biópsia revelou osteossarcoma osteoblástico. Foram realizadas radioterapia e exérese de parte do tumor. **Discussão:** Osteossarcoma é o tumor primário não hematológico mais comum do osso, bem documentado no esqueleto apendicular, mas com poucos casos descritos na coluna vertebral. Pode ser secundário a exposição à radiação e à doença de Paget, sendo também rara a apresentação no esqueleto axial nesses pacientes. Maior incidência em homens, na segunda e terceira décadas de vida para o osteossarcoma apendicular e na quarta década para o da coluna vertebral. Caracteriza-se por destruição óssea, massa de tecidos moles e tumor ósseo dentro da lesão destrutiva, em sua periferia e nos tecidos moles. Na coluna cervical, associam-se ainda esclerose do corpo vertebral com colapso, destruição, envolvimento de elementos posteriores e compressão da medula espinal e suas raízes nervosas.

Código do trabalho: 99

DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ATLETAS COM DOR NA PERNA: ENSAIO ICONOGRÁFICO.

Gislene Nogueira de Moura; Rodrigo de Castro Luna; Carlos Leite de Macedo Filho; Ana Cecilia Silton Torres; Livia Maria Frota Lima; Ariana Sorah Serra dos Santos Jacinto; Aila de Menezes Ferreira; Rafaela de Sousa Cartaxo.

Hospital Geral de Fortaleza – Fortaleza, CE, Brasil.

Introdução: Dor na perna relacionada a atividade física é um achado comum em atletas profissionais ou amadores. Há uma ampla variedade de etiologias que podem levar à dor, sendo de extrema importância o diagnóstico preciso para o adequado tratamento e restabelecimento destes pacientes. A ressonância magnética é um método diagnóstico de grande sensibilidade e especificidade para a avaliação destas afecções, o que faz com que o médico radiologista desempenhe um papel fundamental, devendo conhecer os principais diagnósticos diferenciais e suas formas de apresentação. **Descrição:** Consi-

deramos as lesões situadas entre o joelho e o tornozelo, descrevendo seus achados clínicos frequentemente relacionados e correlacionando-os com seus achados de imagem. Serão relatados casos de síndrome do estresse tibial medial, fraturas de estresse, exostose com periostite, lesões dos ventres musculares, lesão e desinserção do tendão plantar delgado, lesões do tendão de Aquiles, síndrome compartimental, contusão muscular, laceração muscular por ferimento cortante, dentre outras, com ênfase nos seus aspectos de imagem.

Código do trabalho: 110

DISPLASIA CLEIDOCRANIAL: ESTUDO CLÍNICO, RADIOLÓGICO E GENÉTICO DE UMA FAMÍLIA.

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

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

Introdução: Displasia cleidocranial foi descrita pela primeira vez em 1898, doença rara, com incidência de 1/1.000.000 de nascidos, afetando o desenvolvimento ósseo e articulações. Não se sabe ao certo sobre a origem da doença, havendo poucas pesquisas relacionadas a ela. As alterações clínico-radiológicas definem o diagnóstico, portanto, não há necessidade de outros exames complementares. **Relato de caso:** Paciente masculino, oito anos, procurou pronto-atendimento com otalgia e febre. Ao exame físico apresentava face pequena em relação ao crânio, ausência de clavícula e fontanela bregmática aberta, sendo submetido a exames radiológicos complementares. A radiografia de tórax evidenciou ausência completa das clavículas, a de crânio evidenciou presença da fontanela bregmática aberta e a radiografia dos seios da face mostrou desproporção craniofacial, além de alterações dentárias. A tomografia de crânio confirmou ausência de fusão da sutura bregmática, sem alterações intracranianas. Na avaliação da árvore genealógica verificou-se que a mãe apresentava clavículas hipoplásicas e espinha bífida oculta dos corpos vertebrais torácicos superiores. **Discussão:** A displasia cleidocranial tem leve tendência familiar e distribuição igual entre os sexos. Nos casos hereditários ocorre defeito no gene CBFA1, localizado no cromossomo 6p21, sendo responsável pelo funcionamento das células osteoblásticas. O diagnóstico é clínico-radiológico, tendo como principais alterações: ausência ou hipoplasia das clavículas, ocorrendo em 90% dos casos, sendo sua extremidade acromial mais acometida; retardo na ossificação das suturas cranianas; atraso no fechamento das fontanelas; a sutura sagital é deprimida, com as bossas frontal, parietal e occipital proeminentes. Os ossos cranianos são largos, a face é curta e os seios paranasais são hipoplásicos. As principais complicações são: otites médias agudas recorrentes (62%) e hipoacusia (38%), decorrente das alterações craniofaciais.

Código do trabalho: 144

A MEDULA ÓSSEA NA ANEMIA FALCIFORME: AVALIAÇÃO POR RM.

João Luiz Fernandes; Ronald Trindade; Adriana Vieira Cabral; Mariana Oliveira Castro Alves.

Imagem Memorial-DASA – Salvador, BA, Brasil.

Introdução: A anemia falciforme (AF) é uma condição genética autossômica recessiva da raça negra, embora não seja exclusiva esta, que foi introduzida no Brasil pelos escravos africanos portadores desses genes. Estima-se que entre 6% e 10% da população negra do Brasil seja portadora do gene da hemoglobina S. Ela se caracteriza pela presença de uma hemoglobina defeituosa, a hemoglobina S, re-

sultante de uma única substituição de aminoácidos (valina por ácido glutâmico na posição 6) no gene da globina beta. A doença falciforme ocorre quando ambos os genes da globina beta são anormais. A desoxigenação da hemoglobina S contida nas hemácias resulta em agregação anormal de moléculas de hemoglobina em um processo irreversível que distorce e endurece as hemácias, deixando-as com a forma de uma foice e reduzindo sua vida média. As hemácias deformadas bloqueiam a microcirculação e aderem à parede dos vasos, causando oclusão vascular, isquemia e infartos teciduais. Elas também são rapidamente removidas da circulação, acarretando anemia hemolítica aos pacientes. As alterações patológicas/ radiológicas da AF no sistema musculoesquelético e em particular na medula óssea estão relacionadas aos fenômenos isquêmicos, à anemia crônica/hiperplasia medular e à infecção, fazendo da ressonância magnética (RM) um método excelente para estadiar o grau de hiperplasia/fibrose medular, detectar precocemente os episódios isquêmicos agudos e diferenciar a infecção óssea da isquemia que apresentam manifestações clínicas muito semelhantes. **Descrição:** Demonstrar, por meio de ensaio pictórico, o papel da RM na avaliação das alterações da medula óssea nos pacientes portadores de AF. Reconhecer o padrão habitual da medula óssea dos pacientes portadores desta doença. Avaliar o padrão dos infartos ósseos em suas diferentes apresentações e localizações, desde o quadro agudo até a evolução. Estabelecer critérios /pistas para diagnóstico das osteomielites.

Código do trabalho: 148

OSTEOPOIQUILOSE: DETERMINAÇÃO DE ALTERAÇÕES EM MÉTODOS RADIOLÓGICOS AO LONGO DE DUAS DÉCADAS.

Eduardo Just da Costa e Silva; Camila Silva Bezerra; Juliana de Oliveira Buriil; Filipe Aragão Félix; Izabelle Padilha Villar Barreto.

IMIP – Recife, PE, Brasil.

Osteopoiquiose é uma desordem autossômica dominante da ossificação endocondral, caracterizada por numerosos depósitos focais de osso lamelar compacto na esponjosa, com aparência de enostoses, afetando primariamente os ossos longos, principalmente na região epifisária. Na literatura são poucas as descrições da evolução dessa desordem. Serão apresentadas as mudanças evidenciadas em radiografias e cintilografia óssea em um paciente, que foram realizadas em série ao longo de 20 anos. Foram realizadas 31 radiografias do corpo inteiro, bem como cintilografia. Algumas áreas apresentaram progressão com aumento do número de lesões e outras permaneceram praticamente inalteradas. Na década de 80 e início dos anos 90 a doença era pouco conhecida, o que levou o paciente a realizar séries de estudos radiográficos sobre a osteopoiquiose. Apesar de passados 21 anos da primeira radiografia que dispomos do paciente, observamos que pouco foi acrescentado à literatura sobre esse acometimento ósseo. Por meio deste estudo, procuramos apontar e ilustrar as alterações radiográficas que aconteceram ao longo dos anos, bem como provar determinadas características que já foram expostas na literatura, contribuindo para a continuação do estudo e procurando acrescentar informações relevantes aos dados literários sobre essa desordem.

Código do trabalho: 152

ALTERAÇÕES LOCALIZADAS DE CRESCIMENTO DO ESQUELETO IMATURO: AVALIAÇÃO POR IMAGEM.

João Luiz Fernandes; Giovanna Gusmão Ladeira Rocha; Adriana Rosario; Aline Libório Feitosa Fortaleza.

Image Memorial-DASA – Salvador, BA, Brasil.

Introdução: O crescimento e desenvolvimento ósseos do esqueleto imaturo em condições normais são sempre simétricos e harmônicos, permitindo a proporção relativamente constante entre os diversos segmentos corporais. Entre os múltiplos fatores endógenos e exógenos que regulam essa maturação, os principais são os genéticos, os nutricionais, os hormonais, as vitaminas, a tração muscular e a idade. Enquanto o crescimento aposicional tem origem na membrana periosteal, o complexo formado pela metafise, placa epifisária e epífise é o responsável pelo crescimento esquelético longitudinal. Ambos os mecanismos podem ser alterados por agressões focais e sistêmicas, ocasionando crescimento anômalo de determinado segmento. Quanto mais imaturo o desenvolvimento do esqueleto, mais pronunciadas serão essas deformidades. As diversas doenças que comprometem a vascularização da linha de fise, seja por hiperemia ou isquemia, e aquelas resultantes de processos inflamatórios, tumoral, traumático, alterações displásicas/congênitas, miopatias, além das condições iatrogênicas, podem afetar diretamente o crescimento longitudinal, resultando em encurtamento ou crescimento ósseo segmentar exagerado. **Descrição:** Neste painel didático os autores discutem os achados de imagem e os fundamentos fisiopatológicos das diversas condições que levam ao crescimento desarmônico do esqueleto imaturo.

Código do trabalho: 157

AVALIAÇÃO POR IMAGEM DAS COMPLICAÇÕES DAS FRATURAS.

João Luiz Fernandes; Adriana Vieira Cabral; Rafaela Souza Argones; Danilo Mascarenhas Fausto.

Image Memorial-DASA – Salvador, BA, Brasil.

Introdução: Enquanto na maioria das vezes o diagnóstico das fraturas de extremidades é feito somente pelo ortopedista, com base no exame clínico e em estudos radiográficos convencionais, na avaliação de eventuais complicações locais ou sistêmicas do trauma o radiologista é frequentemente consultado, principalmente pela necessidade do uso de métodos de imagem mais sofisticados para o diagnóstico, como a ultrassonografia (US), tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM). Para isso, é importante o radiologista estar familiarizado com as diversas complicações das fraturas e a relação custo-benefício das diferentes técnicas de imagem no diagnóstico delas. Na avaliação do trauma vertebral, o radiologista é fundamental tanto no diagnóstico como na avaliação das complicações. **Descrição:** Neste ensaio pictórico com diversas técnicas de imagem os autores revisam as principais complicações das fraturas, dividindo-as didaticamente em: imediatas, como a hemorragia/lesão vascular, lesão nervosa, lesão visceral; intermediárias, como a infecção, a necrose avascular e a distrofia simpático reflexa; e tardias, como a ossificação heterotópica, a doença degenerativa, as cicatrizes fisárias, a degeneração endocondral e as alterações de consolidação.

Código do trabalho: 162

O PAPEL DA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NA AVALIAÇÃO DA GOTA TOFÁCEA COM ÊNFASE NO EDEMA ÓSSEO.

João Luiz Fernandes; Marta Fraga Souza Dauster; Ronald Trindade; Fernanda Rocha De Luca.

Image Memorial-DASA – Salvador, BA, Brasil.

Introdução: As doenças por deposição de microcristais são caracterizadas pela precipitação de cristais nas articulações, bainhas sinoviais, bursas e tecido subcutâneo com reação inflamatória tecidual secundária. Estão relacionadas a diferentes tipos de microcristais, como pirofosfato de sódio di-hidratado, hidroxiapatita cálcica, oxalato de cálcio.

cio e urato monossódico. A gota é a principal entidade clínica que compõe este grupo de artropatias e cursa com a deposição de cristais de urato monossódico nos tecidos, resultante do aumento da produção endógena ou por diminuição da sua excreção. Apresenta uma forma aguda basicamente inflamatória e outra crônica conhecida como gota tofácea, em que se observa formação de grandes depósitos de uratos. É mais comum em homens a partir da quarta década de vida, sendo que as mulheres costumam apresentar a doença após a menopausa. As articulações usualmente acometidas são as metatarsofalangeanas dos hálux, os pés, as mãos, os cotovelos e os joelhos. Na fase aguda da gota, o diagnóstico é clinicolaboratorial e usualmente os métodos de imagem são desnecessários. Já na forma crônica da artropatia gotosa, os métodos de imagem e em particular a ressonância magnética (RM) desempenham papel fundamental no estadiamento do envolvimento osteocondral e das partes moles, na avaliação do derrame/proliferação sinovial e no comprometimento de músculos e ligamentos. **Descrição:** Neste painel discutiremos os achados da RM na forma crônica da artropatia gotosa, dando ênfase a: distribuição topográfica e padrão de sinal dos tofos gotosos; características das erosões/defeitos de pressão secundários aos tofos; a pouca frequência do edema ósseo em torno das erosões, o que pode ser uma pista importante para o diagnóstico etiológico; achados associados como derrame/sinovite, lesões condrais e ligamentares.

Código do trabalho: 185

BIOMECÂNICA E ALTERAÇÕES DE ALINHAMENTO EIXO PELVIRRAQUIDIANO: REVISÃO DA LITERATURA.

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

CRER – Goiânia, GO, Brasil.

O alinhamento da coluna vertebral no plano coronal já está bem estabelecido na literatura, enquanto as relações entre as curvaturas fisiológicas no plano sagital, assim como as relações pelviraquidianas, passaram a ser alvo de estudo apenas recentemente. No plano sagital, a postura do ser humano em ortostase pode ser entendida como um equilíbrio de seções corporais mutualmente articulados: a cabeça está unida ao tronco pela da coluna cervical, enquanto o tronco se articula à pelve, a qual se relaciona com os membros inferiores por intermédio da bacia, almejando uma postura estável com um mínimo gasto energético. A partir desse entendimento, notou-se que as curvaturas no plano sagital devem obedecer a um equilíbrio para o correto funcionamento da coluna. A esse equilíbrio foi denominado balanço sagital, cujo correto entendimento de seus princípios é vital para bons resultados nos tratamentos das desordens da coluna, além de que a sua perda por alguma doença ou pelo envelhecimento pode resultar em dor e deformidades, tendo grande influência na interação social do paciente, além de poder gerar alterações adaptativas na bacia e membros inferiores. O balanço sagital sofre influência da idade, sexo, peso e morfologia pélvica. Entre esses fatores, a orientação da junção espinopélvica exerce um papel fundamental no alinhamento sagital da coluna. A primeira tentativa de se estabelecer uma definição para o equilíbrio sagital foi feita pela Scoliosis Research Society (SRS) ao traçar uma linha vertical reta descendo do centro do corpo vertebral de C7 até a pelve, denominada linha de prumo, cuja distância do promontório sacral deve ser de no máximo 2 cm. Hoje, temos vários parâmetros de avaliação do balanço sagital, sendo os de maior respaldo na literatura os clássicos métodos de Ferguson, que engloba a incidência

pélvica (PI), a inclinação sacral (SS) e a inclinação pélvica (PT), as quais se relacionam. Esta revisão da literatura tem como objetivo descrever os principais parâmetros do equilíbrio sagital, assim como as relações entre as curvaturas fisiológicas no eixo sagital e espinopélvicas.

Código do trabalho: 190

LESÕES LIPOMATOSAS MUSCULOESQUELÉTICAS: UM DESAFIO ATÉ PARA OS RADIOLOGISTAS MAIS EXPERIENTES.

Mariana Tiemi Teixeira Kobayashi; Francisco Abaete das Chagas Neto; Everaldo Gregio-Junior; Otávio Okano-Junior; Maurício Eiji de Almeida Santos Yamashita; Marcelo Novelino Simão; Edgard Eduard Engel; Marcello Henrique Nogueira-Barbosa.

HCFMRP-USP – Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Introdução: Lesões lipomatosas envolvendo os ossos, os tecidos moles e a sinóvia são frequentemente encontradas em exames de imagem musculoesquelética. O diagnóstico específico dessas entidades pode ser eventualmente desafiador mesmo para radiologistas experientes. Dentre as diversas modalidades de imagem, a ressonância magnética (RM) é o método de escolha na caracterização mais precisa desse tipo de lesão. Trata-se de um grupo heterogêneo de lesões, destacando-se o lipoma simples, a lipomatose, o lipoma parosteal, o lipoma arborescente, o lipoma intraósseo, os lipomas atípicos, o lipossarcoma bem diferenciado e o lipossarcoma de alto grau. Este ensaio tem como principais objetivos demonstrar os achados de imagem mais comuns nos diversos tipos de lesões lipomatosas acometendo o sistema musculoesquelético por meio de uma série de casos típicos selecionados, além de identificar as principais características que permitem sugerir uma melhor diferenciação de cada tipo de lesão. **Descrição:** As lesões lipomatosas têm apresentação variável à ultrassonografia, sendo seus achados inespecíficos. A tomografia computadorizada tem o inconveniente de usar radiação ionizante e uma resolução de contraste para tecidos moles inferior à da RM. Portanto, a RM, por sua alta capacidade de diferenciação tecidual, pode demonstrar achados que sugerem maior agressividade da lesão, destacando-se: presença e espessura de septos intralesionais, áreas nodulares de tecido não adiposo, a composição da lesão (mais que 25% de tecido não adiposo) e a intensidade de realce após administração de contraste. Logo, o radiologista deve estar preparado e ciente das diversas apresentações usuais e atípicas das lesões lipomatosas do sistema musculoesquelético para que, desta forma, esteja apto a interagir com a equipe médica assistente, a fim de propor estratégias que possam melhor conduzir a investigação diagnóstica e a terapêutica específica do paciente.

Código do trabalho: 199

LINFOMA NÃO HODGKIN SECUNDÁRIO DA COLUNA DORSAL: DESAFIO DIAGNÓSTICO.

Lisa Veloso Campos¹; Ricardo de Deus Domingues²; Gabriel Lacerda Fernandes³.

¹ Hospital Regional de Taguatinga – Taguatinga, DF; ² InCor-DF – Brasília, DF; ³ Hospital de Base do Distrito Federal – Brasília, DF, Brasil.

Introdução: Os linfomas não Hodgkin são um grupo heterogêneo de doenças malignas clonais que resultam de mutações somáticas na célula linfóide progenitora, que ocorrem primariamente nos linfonodos, mas podem ter início em órgãos extranodais. Existem mais de 20 subtipos, com aspectos clínicos, morfológicos e imunogenéticos diferenciados, refletindo o estágio de maturação das células linfóides. Sua incidência aumenta com a idade, acometendo mais frequentemente indi-

vídus do sexo masculino e os que apresentam algum fator de risco para imunodepressão primária ou secundária, entre elas as infecções pelo HIV, Epstein-Barr e HTLV-1 e o uso de medicações imunossupressoras. O aspecto radiológico é de doença infiltrativa e difusa dos corpos vertebrais, frequentemente associada a componente de partes moles paravertebral. Tem como diagnósticos diferenciais principais as doenças granulomatosas e secundárias, e outros processos neoplásicos. **Descrição:** Paciente M.A.P., masculino, 33 anos, HIV positivo há oito anos, com quadro clínico de fraqueza ascendente de membros inferiores, evoluindo para plegia e arreflexia bilaterais com cinco dias de evolução. Ao exame físico referia dor na região paravertebral, mais intensa à esquerda, à percussão do corpo vertebral de T5. Foi encaminhado ao serviço de neurologia e realizada ressonância magnética das colunas lombossacra e torácica, identificando-se processo infiltrativo de múltiplos corpos vertebrais torácicos, lombares e sacrais, associado a grande componente de partes moles paravertebral anterior, paraespinhal e pré-sacral, bem como no interior do canal raquiano. À biópsia foi constatado linfoma não Hodgkin de pequenas células. **Discussão:** A maioria dos linfomas do sistema musculoesquelético é secundária a um processo nodal com disseminação hematogênica, sendo que o acometimento secundário é mais comum na coluna. Imaginologicamente, pode ser indistinguível da tuberculose e da brucelose, doenças de maior prevalência, impondo-se como desafio diagnóstico ao radiologista.

Código do trabalho: 201

VIABILIDADE E REPRODUTIBILIDADE DA TÉCNICA DE ELASTOGRAFIA FREEHAND (ESTÁTICA) DO NERVO MEDIANO EM VOLUNTÁRIOS ASSINTOMÁTICOS.

Marcello Henrique Nogueira-Barbosa; Everaldo Gregio-Junior; Michel Daoud Crema; Ricardo Noda Navarro; Francisco Abaete das Chagas Neto; Theo Zeferino Pavan; Antonio Adilton Oliveira Carneiro.

HCFMRP-USP – Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Objetivo: O objetivo do estudo foi acessar a viabilidade e reprodutibilidade da elastografia *freehand* (EFH) do nervo mediano (NM) em voluntários assintomáticos. **Materiais e métodos:** Após aprovação pelo Comitê de Ética da Instituição, 100 nervos medianos de 50 voluntários assintomáticos (24 homens, 26 mulheres, com idade média de 32,3 anos, variando de 18–79 anos) foram avaliados com EFH (Sonix RP; Ultrasonix Medical Corporation). A avaliação da razão de deformação (RD) ou *strain ratio* entre o NM e o músculo flexor superficial dos dedos (MFSD) foi medida 5 cm proximal à prega cutânea do punho e as medidas foram adquiridas no plano transversal, por dois radiologistas, separadamente e de forma independente. A avaliação qualitativa foi realizada utilizando-se um índice de rigidez do NM em comparação com o músculo, com base nas cores das imagens de deformação. Reprodutibilidade inter e intraobservador para avaliação qualitativa foram realizadas por meio de kappa ponderado (κ_w), e para as medidas de RD foi usado coeficiente de correlação intraclasse (ICC). **Resultados:** As médias das medidas de RD foram $3,58 \pm 1,15$ (observador 1) e $3,59 \pm 1,19$ (observador 2). Não foram encontradas diferenças significativas para as medidas da RD em relação ao sexo ($p = 0,67$) e entre os lados direito e esquerdo ($p = 0,10$). A reprodutibilidade interobservador da RD variou de 0,10 (IC 95%: -0,19-0,37) para 0,35 (IC 95%: 0,08-0,57) e intraobservador de 0,34 (IC 95%: 0,22-0,40) para 0,40 (IC 95%: 0,28-0,52). Quanto à avaliação qualitativa, a concordância interobservador foi 0,45 (IC 95%: 0,22-0,67) e a concordância intraobservador foi 0,70 (IC 95%: 0,54-0,85) para o observador 1 e 0,48 (IC 95%: 0,26-0,70) para o observador 2.

Conclusão: O NM foi consistentemente classificado como mais rígido do que o MFSD na avaliação qualitativa e nas medidas da RD. A avaliação qualitativa do NM pela elastografia mostrou concordância de moderada à grande. A reprodutibilidade das medidas da RD variou de razoável a moderada.

Código do trabalho: 208

AValiação ULTRASSONOGRÁFICA DA EXTRUSÃO DO MENISCO MEDIAL: UM ESTUDO DE VALIDAÇÃO USANDO RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COMO PADRÃO DE REFERÊNCIA.

Everaldo Gregio-Junior; Marcello Henrique Nogueira-Barbosa; Mario Muller Lorenzato; Francisco Abaete das Chagas Neto; Michel Daoud Crema.

HCFMRP-USP – Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Introdução: O objetivo deste estudo foi validar a avaliação da extrusão meniscal (EM) medial mensurada pela ultrassonografia (US), utilizando a ressonância magnética (RM) como padrão-ouro. **Métodos:** Noventa e três pacientes consecutivos examinados por RM do joelho 1.5 T foram avaliados pela US no mesmo dia. O exame de US foi realizado com sonda linear de 12–5 MHz com o paciente em posição supina. A máxima EM foi mensurada nas imagens de US no compartimento medial do joelho junto ao ligamento colateral medial, sendo posicionados dois marcadores cutâneos para indicar o local em que a medida foi realizada. Na RM, a sequência ponderada em T2 no plano coronal foi usada para avaliar a EM medial, mensurada no corte em que os marcadores cutâneos estavam presentes na mesma imagem. Em ambos os métodos a borda externa do planalto tibial medial foi utilizada como referência para medir a EM. A EM foi avaliada separadamente e independentemente por dois radiologistas e classificada semiquantitativamente: 0 (≤ 2 mm), 1 (> 2 mm e ≤ 4 mm) e 2 (> 4 mm). A concordância das medidas da EM comparando os dois métodos foi avaliada usando o método kappa ponderado (κ_w). Os coeficientes de correlação intraclasse (ICC) foram utilizados para avaliar a concordância dos valores absolutos das medidas. O desempenho diagnóstico da US na detecção de EM foi avaliado usando a RM como referência. **Resultados:** A concordância entre US e RM foi moderada para o leitor 1 (κ_w 0,57) e substancial para o leitor 2 (κ_w 0,64). Quando comparadas as medidas absolutas da EM entre US e RM, uma concordância substancial foi encontrada para ambos os leitores (ICC de 0,73 e 0,70, respectivamente). A concordância interobservador foi substancial para as medidas da RM (κ_w 0,7) e quase perfeita na US (κ_w 0,98). Para ambos os leitores, a US apresentou excelente sensibilidade (95% e 96%) e boa especificidade (82% e 70%) na detecção da EM. **Conclusão:** A US é uma técnica confiável na avaliação da EM, apresentando bom desempenho diagnóstico na detecção da EM quando comparado à RM.

Código do trabalho: 216

AValiação POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA VERTEBRAL EM PACIENTES COM ESPONDILOARTRITES: O QUE TODO RADIOLOGISTA DEVE SABER.

Francisco Abaete das Chagas Neto; Everaldo Gregio-Junior; Mariana Tiemi Teixeira Kobayashi; Otávio Okano-Junior; Michel Daoud Crema; Paulo Louzada-Junior; Marcello Henrique Nogueira-Barbosa.

HCFMRP-USP – Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Introdução: O termo espondiloartrite engloba uma séria de doenças inflamatórias que acometem o esqueleto axial e periférico, além de ligamentos e tendões, principalmente nas interfaces destes tecidos

com o osso e cartilagem articular (entesites). Fazem parte desse grupo de doenças a espondilite anquilosante, a artrite reativa, a artrite psoriásica, a espondiloartrite relacionada à uveíte, a espondiloartrite entero-pática, a espondiloartrite juvenil, a espondiloartrite indiferenciada e a síndrome SAPHO. Estudos têm demonstrado a importância da correlação clínica com os diversos métodos de imagem no diagnóstico e seguimento desses. Já está estabelecido na literatura que a ressonância magnética (RM) tem o potencial de identificar precocemente sítios de inflamação ativa na coluna vertebral e articulações sacroilíacas, antes do aparecimento de alterações radiográficas. A avaliação das imagens de RM também possibilita a identificação de danos estruturais indicando acometimento crônico. Este ensaio tem como objetivos ilustrar as diversas formas de acometimento com ênfase específica na coluna vertebral numa série de casos de espondiloartrites, correlacionar as localizações das lesões com seus diagnósticos diferenciais e discutir os principais sinais dessas lesões utilizando a RM. **Descrição:** Lesões inflamatórias agudas como osteíte, padrão de edema ósseo medular, entesite e capsulite podem ser claramente identificados por RM. Além disso, danos estruturais, tais como esclerose óssea, erosões, deposição de gordura e anquilose, também podem ser adequadamente identificados. Devido à importância crescente da RM no estudo das espondiloartrites o reconhecimento das alterações inflamatórias e dos danos estruturais é essencial para a formação do radiologista. Da mesma forma, é fundamental ao radiologista o domínio do uso das técnicas e protocolos de RM para que possa colaborar na correta investigação diagnóstica e no seguimento evolutivo desses pacientes.

Código do trabalho: 249

A ICONOGRAFIA APLICADA NO ENSINO DA RADIOLOGIA MUSCULOESQUELÉTICA.

Reginaldo Figueiredo; Ana Paula Coura Figueiredo; Fabiana Paiva Martins; Thaís Coura Figueiredo; João Paulo Kawaoka Matushita.
Hospital das Clínicas da UFMG – Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução: A iconografia traduz uma forma de linguagem que agrega imagens na representação de um tema. Os recursos pedagógicos são diversificados e apresentam-se como valiosa estratégia didática. No que tange à radiologia, tem exercido importante papel no ensino ao facilitar o reconhecimento e memorização das alterações orgânicas detectadas em exames de imagem. **Objetivo:** Demonstrar a importância da iconografia como estratégia de ensino, exemplificada por meio dos aspectos iconográficos utilizados no estudo radiológico do sistema esquelético. **Materiais e métodos:** Trabalho realizado a partir da literatura especializada e de consulta ao acervo de exames de imagem do HC-UFMG. **Discussão:** O recurso iconográfico encontra várias aplicações no estudo do sistema esquelético. Por exemplo, a sela turca recebe esse nome por assemelhar-se à montaria utilizada no Oriente. Os componentes anatômicos das vértebras formam imagens que lembram cães da raça Terrier. Fraturas em lactentes lembram galho verde partido e fraturas cominutivas podem se mostrar como asas de borboleta. Osteófitos da coluna vertebral assemelham-se a bicos de papagaio. A platisspondilia, que pode provocar cifose, lembra a forma de bolacha. Sindesmófitos da espondilite anquilosante deixam a coluna com aspecto de bambu. Deve-se suspeitar de tumores ósseos quando se detectam imagens em raios de sol, roído de traça, bolhas de sabão, saca-bocado ou em sal e pimenta. Na sífilis, o espessamento cortical da tíbia pode arqueá-la à semelhança de um sabre. No escorbuto, as hemorragias subperiosteais podem gerar um aspecto em clava. A esclerose craniana, encontrada na doença de Paget, assemelha-se a bolas de algodão. A vértebra em boca de peixe é encon-

trada na anemia falciforme. Na osteopetrose encontra-se a vértebra em sanduíche. **Conclusão:** As iconografias contribuem de forma marcante no ensino da radiologia ao facilitar o processo de reconhecimento e memorização das alterações encontradas nos exames de imagem.

Código do trabalho: 268

PLASMOCITOMA SOLITÁRIO DO SACRO: RELATO DE CASO.

Daniel Sakuno; Flamarion de Barros Cordeiro; Carlos Augusto Albach; Eduardo Luiz Kunst; Fernando Alves Guilherme; Bruno Rick Ogata; Tiago Machado Paraizo; Guilherme Cé Pagliari.

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

Introdução: O plasmocitoma é uma doença imunoproliferativa e monoclonal de células B, que se origina de um clone de plasmócitos que sofreram transformação maligna. Com frequência se mostram como doença de adulto com envolvimento da medula óssea, o mieloma múltiplo. Entretanto, alguns casos se manifestam como lesões ósseas isoladas ou extramedulares que podem evoluir para o mieloma múltiplo. O objetivo deste estudo foi relatar um caso de plasmocitoma solitário ósseo, localizado no sacro, enfocando os aspectos essenciais na sua caracterização. **Descrição:** Paciente J.A.S., masculino, 51 anos, admitido com queixa de dor em região sacral há nove meses, emagrecimento de 8 kg no período, com piora progressiva em intensidade, além de parestesia perianal e do membro inferior esquerdo. Tomografia computadorizada (TC) de abdome e pelve evidencia lesão lítica com componente de partes moles envolvendo o sacro, infiltrando o espaço pré-sacral e a gordura ao redor, mantendo íntimo contato com a parede posterior do reto e o nervo ciático bilateral, medindo cerca de 12 × 10 × 10 cm. Foi submetido a biópsia guiada por TC, com diagnóstico histopatológico de plasmocitoma. **Discussão:** O caso do paciente aqui relatado representa um tipo menos comum de neoplasia de células plasmocitárias. Trata-se da forma localizada de comprometimento, sendo denominada plasmocitoma solitário, e corresponde de 3% a 7% dos mielomas. Como característica, os exames de imagens de todo o esqueleto mostram lesão única e a biópsia desta evidencia tumor constituído por plasmócitos monoclonais idênticos aos observados no mieloma múltiplo. O prognóstico não é bom e cerca de 2/3 dos casos de mieloma solitário evoluem para mieloma múltiplo em algum momento da vida. No caso específico do nosso paciente, sua evolução alerta-nos para a importância do diagnóstico precoce das lesões compressivas de estruturas adjacentes, visando evitar déficits neurológicos irreversíveis e suas complicações.

Código do trabalho: 285

OSTEOMIELITE DE MANDÍBULA SECUNDÁRIA A OSTEOPETROSE: RELATO DE CASO.

Igor Moreira Hazboun¹; Rafael Franco Duarte Brito¹; Daniel Costa Rodrigues Farias¹; Guilherme Rodrigues de Araújo¹; Juliano César Dantas de Oliveira¹; Matheus Oliveira da Silva¹; Renato Fernandes Mariz¹; Diego Araújo de Medeiros Brito².

¹ Hospital Universitário Onofre Lopes/UFRN – Natal, RN; ² Hospital de Base do Distrito Federal – Brasília, DF, Brasil.

Introdução: A osteopetrose é uma displasia esquelética hereditária, autossômica recessiva, de origem ainda não esclarecida. Aproximadamente 20% dos casos são consanguíneos, atingindo ambos os sexos e predominando na raça branca. Existem dois tipos reconhecidos: a forma benigna e a maligna (forma dominante). Trata-se de uma

enfermidade em que há excessiva deposição óssea com subsequente obliteração do canal medular e gradativa substituição da medula óssea por tecido fibroso, podendo apresentar várias manifestações clínicas e achados radiológicos característicos. Dentre os distúrbios clínicos mais frequentes têm-se: fraturas patológicas, dores ósseas e neuropatias cranianas. No estudo radiológico, a densidade e espessura óssea encontram-se aumentadas difusamente, podendo-se encontrar fraturas em vários estágios de consolidação. **Objetivo:** Relatar um caso de osteomielite secundária a osteopetrose demonstrado em tomografia computadorizada (TC). **Descrição do material:** As imagens foram obtidas com autorização do paciente e responsável. Foram realizadas TCs de face, em que se evidenciaram espessamento do corpo e ramo mandibulares e áreas de reabsorção óssea difusa e presença de sequestros ósseos na mesma região, sugerindo quadro de osteomielite mandibular. **Discussão:** O relato de caso apresenta um paciente de 16 anos, com fraturas de repetição desde os dois anos de idade, com diagnóstico de osteopetrose em sua forma dominante desde a infância, evoluindo com osteomielite (principal causa de morte descrita na literatura) mandibular recorrente após a ressecção mandibular, tendo evoluído com desfecho negativo. Avanços surpreendentes vêm sendo realizados no entendimento dos mecanismos que levam à doença e em seu manejo terapêutico, objetivando-se minimizar a morbimortalidade associada. A intervenção precoce parece ser a única forma de prevenir sequelas neurológicas irreversíveis.

Código do trabalho: 294

OSTEONECROSE MANDIBULAR ASSOCIADA AO USO DE BIFOSFONATOS.

Vitor Frauches Souza¹; Alexandre Limpas Cunha¹; Barbara Cavalcante Ribeiro²; Nilson José Lodi³; Marcia Heizer Santos¹; Alair Augusto Sarmet Moreira Damas dos Santos¹; Vinícius Eduardo Campos¹; Rodolfo Rodrigues Silva¹.

¹ Hospital de Clínicas de Niterói; ² UFF; ³ Rede Labs D'Or – Niterói, RJ, Brasil.

Introdução: A osteonecrose mandibular (ONM) associada aos bifosfonatos (BFs) é definida pela American Society for Bone and Mineral Research como uma área de osso exposto na região maxilofacial, que persiste mais de oito semanas sem cicatrizar, após a identificação por um profissional de saúde, em pacientes que foram expostos ou estão sendo expostos aos BFs, e que não têm história clínica de radioterapia cervicofacial. Os primeiros casos de ONM associada aos BFs foram descritos em 2003. Em nossa revisão bibliográfica não encontramos informações sobre ressonância magnética (RM) desta afecção. Este trabalho tem como objetivo mostrar alguns achados de imagens de raios-X (RX) e RM de pacientes com ONM causada por uso crônico de BFs, além de abordar os mecanismos fisiopatológicos associados a esta. **Descrição:** Paciente de 87 anos, em tratamento para adenocarcinoma de próstata, utilizando o BF Zometa®, procurou nosso serviço com dor na região mentoniana, associada a edema local. Foi feita RM e o paciente já possuía RX de face realizado uma semana antes. **Discussão:** Os BFs, medicamentos muito utilizados para tratamento de osteoporose, displasia fibrosa, metástases ósseas, entre outras doenças que cursam com desmineralização óssea, são potentes inibidores da reabsorção óssea, mediada pelos osteoclastos. A sua utilização prolongada está associada ao desenvolvimento de ONM. A prevalência de ONM é variável e não existem informações provenientes de entidades oficiais independentes, como a Organização Mundial da Saúde. Contudo, estudos populacionais referem incidência de 0,01% a 0,04% e 0,8 a 1,5% associada ao uso de BFs

orais e BFs intravenosos, respectivamente, concluindo que a prevalência é muito maior naqueles com tratamento intravenoso para câncer do que nos pacientes com tratamento oral para osteoporose. Os estudos de imagem da ONM têm papel potencial na avaliação primária, na avaliação da extensão do processo, complicações e no diagnóstico de lesões não expostas.

Código do trabalho: 303

SÍNDROME DO MARTELO HIPOTENAR: PRINCIPAIS SINTOMAS E O PAPEL DOS EXAMES DE IMAGEM PARA O SEU DIAGNÓSTICO.

Fernando José Zorzi; Welton Alencar Carvalho; Kellen Enouye; João Oliveira Jorge.

Rad Imagem – São Carlos, SP, Brasil.

Introdução: A síndrome do martelo hipotênar faz parte do diagnóstico diferencial de massas na eminência hipotênar e/ou alterações perfusionais e sensitivas que acometem o 4º e 5º dedos. Assim, a ultrassonografia com modo B e Doppler colorido e a ressonância magnética podem mostrar o substrato anatômico da doença, assim como suas consequências, como trombose e aneurisma da artéria ulnar.

Descrição: Paciente O.S., masculino, 65 anos, com nódulo na eminência hipotênar associado a parestesia do 4º e 5º dedos. Ao estudo ultrassonográfico foram notados espessamento da parede da artéria ulnar e ausência de fluxo ao estudo Doppler colorido. Ao estudo de ressonância magnética, nas sequências T2 com saturação de gordura, observa-se na artéria ulnar imagem tubular de alto sinal, com início a partir do hâmulos do hamato e com extensão por cerca de 1,4 cm e acompanhada por densificação de partes moles adjacentes, além de ausência de fluxo após injeção intravenosa do meio de contraste. **Discussão:** A síndrome do martelo hipotênar pode ser consequência de traumatismo repetitivo ou agudo na artéria ulnar na região da eminência hipotênar. Outras etiologias seriam fratura do hamato, arterite, uso de bengalas e espontânea, levando a trombose da artéria ulnar e seus sintomas, como intolerância ao frio, cianose, dor, isquemia dos dedos, sintomas de neuropatia ulnar ou massa na região hipotênar, e ao exame físico, teste de Allen positivo. Diante desses sintomas têm-se vários diagnósticos diferenciais, como doença de Raynaud, doença de Buerger, esclerodermia, arterite de células gigantes, síndrome do desfiladeiro torácico e neuropatia ulnar. Assim, o estudo ecográfico com Doppler mostra ausência de fluxo na artéria ulnar. Já na ressonância magnética, nota-se nas sequências T2 com saturação de gordura, na artéria ulnar, imagem tubular de alto sinal, associada a edema de partes moles adjacentes. Por fim, os exames de imagem são importantes, pois podem demonstrar o substrato anatômico dos sintomas do paciente e, assim, estabelecer seu diagnóstico.

Código do trabalho: 316

DISPLASIA DO DESENVOLVIMENTO DO QUADRIL: RASTREAMENTO POR IMAGEM ATRAVÉS DE DIFERENTES MÉTODOS.

Sara Reis Teixeira; Orlando Salomão Zoghbi Neto; Vitor Faeda Dalto; Francisco Abaete das Chagas Neto; Andrea Farias de Melo; Tatiane Mendes Gonçalves de Oliveira; Mario Muller Lorenzato; Jorge Elias Junior; Marcello Henrique Nogueira-Barbosa.

CCIFM-HCFMRP – Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Introdução: A displasia do desenvolvimento do quadril (DDQ) é uma condição clínica de incidência variável que pode afetar entre 2 e 20 por mil lactentes. O diagnóstico precoce desta condição é importante para a instituição do tratamento melhor adaptado em cada caso.

No mundo, o rastreamento de DDQ é ainda muito heterogêneo. Além do exame físico, diferentes técnicas de ultrassonografia (US) foram propostas, sendo a mais aceita atualmente a técnica de Graf. Os objetivos deste ensaio são expor os fatores de risco e o papel do exame físico no rastreamento da DDQ; mostrar as técnicas de imagem de rastreamento e seguimento de DDQ, sobretudo as técnicas de US mais utilizadas para o seu diagnóstico nos grandes centros; e discutir o papel da imagem nas possíveis complicações decorrentes de um tratamento não adaptado a cada caso ou de detecção tardia da doença. **Discussão:** As informações do exame físico e quadro clínico e as técnicas de imagem, sobretudo US, são indissociáveis e complementares quando se trata de DDQ. Os fatores de risco são baseados em fatores genéticos e fatores mecânicos, em diferentes graus. Destacam-se como fatores genéticos sexo feminino, raça branca, antecedentes familiares próximos, e como fatores mecânicos restrição aos movimentos da articulação intraútero em fetos macrossômicos, primiparidade, gemelaridade, apresentação pélvica, e ainda anormalidades neuromusculares como espinha bífida ou miopatia que levam secundariamente a uma perda da congruência coxofemoral e, conseqüentemente, displasia acetabular. O exame físico do recém-nascido deve ser realizado nas primeiras 48 horas e a cada visita ao pediatra durante os primeiros meses de vida. Além da assimetria de pregas inguinais e glúteas e da limitação à abdução das coxas, fazem-se as manobras de pistão (manobra de Barlow) e de hiperabdução (manobra de Ortolani) a fim de se detectar um quadril instável ou luxado. A US é o exame de escolha nos recém-natos e lactentes com suspeita de DDQ. O corte coronal externo realizado com uma sonda linear de alta frequência foi proposto por Graf e segue como base para diversos métodos de avaliação do quadril. Radiografias simples são utilizadas apenas no seguimento do tratamento, e a ressonância magnética e tomografia computadorizada para casos selecionados.

Código do trabalho: 317

ACHADOS TOMOGRÁFICOS NAS FRATURAS DO PLANALTO TIBIAL.

Francine Feldman¹; Maira Moraes Bezerra¹; Luiz Fernando Vitule².

¹ Conjunto Hospitalar do Mandaqui; ² USP – São Paulo, SP, Brasil.

Introdução: A tomografia computadorizada com múltiplos detectores (TCMD) vem ganhando cada vez mais importância no diagnóstico das fraturas do planalto tibial em comparação com as radiografias convencionais. Para análise deste trabalho foram selecionados exames de pacientes com fratura do platô tibial, realizados em TCMD, do arquivo do serviço de diagnóstico por imagem da nossa instituição. **Descrição:** Fraturas do planalto tibial constituem um risco à integridade funcional do joelho e resultam de forças compressivas, combinadas ou não, com estresses em varo ou em valgo sob esta articulação. Magnitude e direção da força, grau de flexão do joelho e qualidade óssea interferem na geometria e no desvio da fratura. Nos jovens, os fragmentos costumam ser maiores, devido às forças de cisalhamento. Nos idosos costumam ser por depressão pura, com traumas de menor energia. O diagnóstico das fraturas do platô tibial nem sempre é óbvio. Não raro fraturas incompletas ou por estresse têm seu diagnóstico estabelecido semanas após dores persistentes no joelho. A TCMD com reformatações multiplanares e volumétricas são técnicas valiosas para melhor e mais precisa avaliação de tais lesões. O prognóstico e tratamento dependem do grau de depressão articular, extensão e separação da linha de fratura, grau de cominuição e integridade dos tecidos moles. Nem sempre a radiologia convencional é capaz de fornecer tais detalhes.

Código do trabalho: 323

ASPECTOS TOMOGRÁFICOS DAS FRATURAS DE CALCÂNEO.

Maira Moraes Bezerra¹; Francine Feldman¹; Gilberto Leal de Barros Filho²; Luiz Fernando Vitule³.

¹ Conjunto Hospitalar do Mandaqui; ² Hospital A. C. Camargo; ³ USP – São Paulo, SP, Brasil.

Introdução: As fraturas de calcâneo representam 60% das fraturas envolvendo o pé. São lesões complexas que comumente ocorrem em pacientes do sexo masculino, com idade entre 30 e 60 anos, resultando em morbidade substancial. O conhecimento das características anatômicas é imprescindível na análise da extensão da lesão. A avaliação inicial de suspeita de fraturas do calcâneo geralmente é realizada com a radiografia convencional, porém o uso da tomografia computadorizada multidetectores (TCMD) tem permitido a visualização de detalhes anatômicos, com melhor caracterização da lesão. **Descrição:** As fraturas do calcâneo são divididas em quatro tipos, de acordo com a classificação de Sanders, que é baseada na localização da fratura na faceta posterior subtalar. As fraturas intra-articulares representam cerca de 75% de todas as fraturas do calcâneo. As fraturas extra-articulares são classificadas com base na localização anatômica do processo anterior, corpo ou tuberosidade posterior do calcâneo. Foram selecionados exames de pacientes com fratura no calcâneo, realizados em tomógrafos multidetectores, do arquivo do serviço de diagnóstico por imagem da nossa instituição, para ilustração desse estudo. **Conclusão da apresentação:** A TCMD tem permitido a visualização de detalhes anatômicos, com melhor caracterização da lesão, importante no tratamento, prognóstico e sem variabilidade interobservador significativa.

Código do trabalho: 325

RAQUITISMO HIPOFOSFATÊMICO: UM ENSAIO ICONOGRÁFICO.

Veluma Lopes Teixeira; Roberto Paulo Rabelo Barcelos; Hebert Ferro Monteiro; Rômulo Fernandes Bomfim Rebouças; Isabella Vieira Leite; Ana Caroline Vieira Aurione; Roberta Rodrigues Monteiro da Gama; Pedro José de Santana Júnior.

HC/UFG – Goiânia, GO, Brasil.

Introdução: O raquitismo é uma doença óssea caracterizada pela diminuição da mineralização da matriz óssea durante o crescimento. Nos países desenvolvidos, o raquitismo hipofosfatêmico é a principal causa de raquitismo. Seu mecanismo fisiopatológico está relacionado com a redução da reabsorção de fosfato nos túbulos renais, levando a uma hiperfosfatúria e hipofosfatemia, alterando assim o metabolismo ósseo, com mineralização insuficiente causando retardo de crescimento e deformidades ósseas. Este caso ilustra grande parte das alterações encontradas nessa doença, servindo assim como exercício de aprendizagem. **Descrição:** Paciente J.M.S.M., admitido para investigação de desnutrição proteico-calórica, com um ano e cinco meses. A mãe relatou que o filho teve desenvolvimento normal até o quarto mês de vida, quando houve uma parada no crescimento e dificuldade de ganho de peso. Foi submetido a vários exames, como ultrassonografia transfontanela, teste do pezinho, função tireoidiana, ecocardiograma, sorologias, sódio e cloro no suor e cariótipo, todos com resultados normais. Tinha radiografia de mãos e punhos prévia mostrando atraso da idade óssea. Prosseguiu-se com a investigação e novos exames mostraram altos níveis de fosfatase alcalina sérica, assim como fósforo sérico baixo. À ectoscopia apresentava frente proeminente, joelho varo, proeminências das junções costoverbrales e importante retardo de crescimento. As radiografias ósseas mostravam alargamento das metáfises de tibia,

fêmur distal, rádio e ulna, assim como rarefação óssea difusa, adelgaçamento da cortical óssea e arqueamento de fêmur, tíbia e fíbula. Foi feito o diagnóstico de raquitismo hipofosfatêmico e instituído o tratamento, e o paciente foi mantido em acompanhamento médico.

Código do trabalho: 329

DISH: PRINCIPAIS ACHADOS E ASPECTOS INCOMUNS DE UMA DOENÇA COMUM.

Higor Grando Bezerra; Daniel Carvalho Oliveira; Paulo Souza Tobias; Adriano de Oliveira Pinto; Abdalla Youssef Skaf.

HCor/Teleimagem – São Paulo, SP, Brasil.

Introdução: A hiperostose esquelética idiopática difusa (DISH), ou doença de Forestier, é uma doença reumatológica relativamente comum, com prevalência estimada em 7% nos indivíduos do sexo masculino e em 4% nos do sexo feminino, acima dos 65 anos. A doença tem como mecanismo fisiopatológico o acometimento de ênteses, sobretudo as do esqueleto axial, caracterizado por hiperproliferação óssea. Na coluna vertebral são características a hiperostose anterolateral e a relativa preservação da altura discal, na ausência de anquilose interapofisária ou sacroilíaca. Menos comum, o comprometimento periférico é caracterizado por entesofitose proeminente desproporcional aos achados articulares inflamatórios ou degenerativos. Como complicações mais comuns, podem ser citadas a fratura patológica e as alterações orgânicas secundárias ao efeito de massa determinado pela hiperostose. As fraturas da transição craniocervical merecem especial atenção devido à importante repercussão clínica no acometimento das estruturas adjacentes. Considera-se a ossificação do ligamento longitudinal posterior e as espondiloartropatias soronegativas os principais diagnósticos diferenciais de DISH. **Material e método:** Foi realizada revisão retrospectiva de casos de DISH com base em exames armazenados no arquivo digital de uma instituição médica de ensino. Os casos considerados pelos autores como os mais ilustrativos foram expostos na forma de ensaio iconográfico, acompanhados de breve revisão da literatura. **Conclusão:** A DISH é uma doença comum que possui formas diversas de apresentação. O conhecimento de suas formas atípicas e complicações é importante para a prática radiológica, possibilitando a sua adequada identificação, avaliação e diagnóstico diferencial.

Código do trabalho: 332

RELATO DE CASO: ASPECTOS DE IMAGEM DO CORDOMA SACRAL.

Roberto Paulo Rabelo Barcelos; Ana Caroline Vieira Aurione; Hebert Ferro Monteiro; Rômulo Fernandes Bomfim Rebouças; Pedro José de Santana Júnior; Isabella Vieira Leite; Aldrey Charles Ferreira; Veluma Lopes Teixeira.

HC/UFG – Goiânia, GO, Brasil.

Introdução: O cordoma é uma lesão maligna que se origina nos remanescentes notocordais. Cerca de 50–60% afetam a região sacrococcígea e 30–35% afetam a região eseno-occipital e o clivus. Os corpos vertebrais são raramente envolvidos. É duas vezes mais frequente no sexo masculino. Ocorre entre a 4ª e 7ª décadas de vida, com pico na 5ª década. Apresenta crescimento lento com baixo poder metastatizante. Relatamos um caso de cordoma sacral cuja apresentação clínica é típica e ilustra achados radiológicos descritos na literatura. **Descrição:** Paciente J.P.L., 56 anos, masculino, admitido no pronto-socorro do HC/UFG queixando de dificuldade para iniciar a micção, jatos urinários fracos e dor na região lombossacra. Realizada tomografia computadorizada de abdome, que revelou grande formação expansiva, centrada no sacro, ocupando a região inferior da cavidade pélvica, de

margens lobuladas e interior heterogêneo apresentando áreas hipodensas, com realce heterogêneo pelo meio de contraste. A lesão é osteolítica, com zona de transição larga sem bordas escleróticas. Raízes sacrais se encontram indefinidas no interior da massa. Realizada biópsia no centro cirúrgico e o anatomopatológico mostrou tratar-se de cordoma. O paciente foi encaminhado ao serviço de oncologia para tratamento específico. **Discussão:** O cordoma é o tumor maligno primário mais comum do sacro e seu crescimento lento e insidioso frequentemente atrasam o diagnóstico. Sua evolução desfavorável decorre do seu comportamento localmente agressivo. Os estudos de imagem mostram, classicamente, uma massa sacral destrutiva com crescimento lobulado, alto conteúdo de água, focos hemorrágicos e calcificações. Os achados incomuns apresentados no caso são a ausência de calcificação e o alto sinal em imagens ponderadas em T2 decorrente do grande componente de tecido mixoide.

Código do trabalho: 339

CONDROMA DE PARTES MOLES: RELATO DE DOIS CASOS E REVISÃO DA LITERATURA.

Thais Jungmann Ribeiro¹; Carlos Gomes Ribeiro²; Diogo Figueiredo Guedes D'Amorim¹; Jamile Alves de Souza¹; Rafaela Henrique de Souza Lima¹; Ricardo Tavares Daher¹; Mariana Antunes de Castro¹; Fernanda Naves Fernandes¹; Stéfano Teixeira Queiroz¹.

¹ CRER; ² Clínica São Camilo – Goiânia, GO, Brasil.

Objetivo: Apresentar dois casos de condroma de partes moles, os aspectos clínicos, de imagem e correlação histopatológica. Enfatizar os achados da ressonância magnética (RM) para auxiliar na proposição diagnóstica, visto que é o método que oferece informações adicionais aos raios-X (RX) e tomografia computadorizada (TC). **Descrição:** Caso 1 – Paciente masculino, 9 anos, com queixa de aumento de volume na região externa do tornozelo direito há dois meses. Caso 2 – Paciente masculino, 11 anos, com queixa de aumento de volume no punho direito há seis meses. **Diagnóstico:** Condroma de partes moles. **Discussão resumida dos casos:** Caso 1 – Massa de partes moles no tornozelo direito, que no RX e na TC não há áreas de calcificação. Caso 2 – Massa de partes moles no punho direito, com extensa calcificação densa em toda a lesão, predominantemente periférica. RM do caso 1 – Hipersinal em T2 nas áreas de matriz condroide não calcificada, predominantemente periféricas, com impregnação nodular pelo meio de contraste. RM do caso 2 – Extenso baixo sinal em todas as sequências, predominantemente na periferia da lesão (calcificações). Áreas de hipersinal em T2 *fat-sat* na porção central da lesão. Em ambos os casos observam-se edema/processo inflamatório periférico. Os dois casos apresentados encontram-se em concordância com a literatura, embora os aspectos de imagem sejam diferentes, especialmente determinados pelas áreas de calcificações.

Código do trabalho: 353

AValiação POR IMAGEM DAS BURSAS DO PÉ E TORNOZELO.

Lívia Guidoni; Rafael Burgomeister Lourenço; Tami Mori Vieira; Tainah Mori Caetano.

Centro de Diagnóstico por Imagem – Vitória, ES, Brasil.

Introdução: As bursas apresentam a função para reduzir o atrito entre o osso e estruturas em movimento como tendão, ligamento e a pele. O objetivo deste trabalho é descrever e ilustrar em ensaio iconográfico com imagens, os locais das bursas anatômicas e adventícias, assim como os processos patológicos envolvidos. **Descrição:** As bursas ou bolsas sinoviais geralmente estão localizadas próximas a zonas

de atrito e têm a função de facilitar o deslizamento de músculos, tendões e ligamentos sobre proeminências ósseas, reduzindo a pressão e o desgaste entre duas estruturas adjacentes. As bursas podem ser anatômicas (congenitas), sendo revestidas por tecido sinovial, e são compreendidas pelas bursas retrocalcaneana, intermetatarsais e perimaleolares. Também existem bursas adventícias (surgem de forma secundária a fricção excessiva), sendo frequentemente subcutâneas e caracterizadas pela ausência de revestimento por tecido sinovial. As bursas adventícias mais comuns são as bursas retroaquileana e subcapitais. Os processos inflamatórios que envolvem as bursas estão associados a infecções, doenças principalmente reumáticas e trauma repetitivo. Destaca-se que as bursas adventícias não são bolsas sinoviais verdadeiras, portanto não podem ser acometidas por processo inflamatório sinovial. Os principais métodos diagnósticos utilizados em sua caracterização são a ressonância magnética e ultrassonografia. O tratamento com infiltração periarticular orientado por imagem é uma das opções terapêuticas empregadas.

Código do trabalho: 361

ALTERAÇÃO DO SINAL NA PORÇÃO DISTAL DO TENDÃO DO SUPRAESPINAL: SEIS POSSIBILIDADES DIAGNÓSTICAS E COMO DIFERENCIÁ-LAS.

Carlos Felipe do Rego Barros Milito; Samuel Brighent Bergamaschi; Rodolfo Heitor Gomes Fernandes da Silva; Sergio Elias Nassar De Marchi; Tatiane Cantarelli Rodrigues; Marcelo Francisco Cintra Zagatti; Gladstone Mattar; Eloy de Avila Fernandes.

HSPE-IAMSPE – São Paulo, SP, Brasil.

Introdução: A popularização dos exames de ressonância magnética (RM) tem possibilitado que um número cada vez maior exames seja realizado. Entre os pedidos médicos mais comuns estão a RM de joelho e, principalmente, do ombro. Neste contexto, um dos achados mais comuns a que os radiologistas se deparam é a alteração de sinal na porção distal do tendão do músculo supraespinal. **Descrição:** Neste trabalho serão apresentadas e discutidas seis possibilidades diagnósticas para a alteração de sinal na porção distal do tendão do supraespinal: efeito do ângulo mágico, sobreposição dos tendões do supraespinal e do infraespinal, tecido conjuntivo entre as fibras tendíneas, efeito do volume parcial, degeneração e ruptura do tendão. Em cada caso serão apresentadas as características que podem ajudar o radiologista na correta interpretação do exame e elaboração do laudo. **Conclusão:** Devido às implicações no diagnóstico de tendinopatia do supraespinal, o conhecimento de todas as possibilidades diagnósticas se tornam fundamentais para a elaboração correta do laudo radiológico.

Código do trabalho: 364

RELATO DE DOIS CASOS DE SCIWORA (SPINAL CORD INJURY WITHOUT RADIOLOGIC ABNORMALITY).

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

CRER – Goiânia, GO, Brasil.

Estudo retrospectivo de dois casos de lesão medular sem anormalidades radiológicas (SCIWORA) acompanhados em nosso serviço. **Caso 1** – Paciente C.B.C., feminino, sete anos, há quatro meses após queda durante brincadeira em “pula-pula” elástico apresentou dor em membros inferiores e região torácica. Após 30 minutos iniciou paralisia de membros inferiores. O raio-X (RX) e a tomografia computadorizada

(TC) não evidenciaram anormalidades radiológicas. A ressonância magnética (RM) evidenciou extensa lesão medular. **Caso 2** – Paciente S.L.O., feminino, 10 anos, há seis meses sofreu queda da rede de descanso, com trauma em região dorsal. Permaneceu assintomática por um mês, evoluindo com parestesia de membro inferior direito seguida de dor e plegia deste membro. O RX e a TC não evidenciaram anormalidades radiológicas. Os pacientes foram encaminhados para RM com suspeita clínica de mielite, uma vez que se descartou a hipótese de lesão medular traumática, na ausência dos achados de fratura por outros métodos de imagem. A RM evidenciou a presença de lesão medular em ambos os casos, justificando os sintomas clínicos. O presente estudo demonstra a importância da RM na abordagem precoce dos pacientes pediátricos nos casos de trauma raquimedular.

Código do trabalho: 372

ESPONDILODISCITE TUBERCULOSA EM CRIANÇA DO GRUPO INDÍGENA XAVANTE: ASPECTOS NA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E RESSONÂNCIA MAGNÉTICA.

Hebert Ferro Monteiro; Aldrey Charles Ferreira; Isabella Vieira Leite; Roberto Paulo Rabelo Barcelos; Rômulo Fernandes Bomfim Rebouças; Ana Caroline Vieira Aurione; Roberta Rodrigues Monteiro da Gama; Kim Ir Sen Santos Teixeira.

HC/UFMG – Goiânia, GO, Brasil.

Introdução: A espondilodiscite tuberculosa é muito rara na infância, ao contrário do adulto. Os exames de imagem têm papel fundamental no seu diagnóstico, que geralmente é difícil e realizado em estágios tardios. Apesar da incidência da tuberculose nas populações indígenas brasileiras ser maior, incluindo os menores de 15 anos, a forma osteoarticular continua sendo rara nesta faixa etária, correspondendo a apenas 0,8% dos casos. **Descrição:** Criança do sexo masculino, dois anos, do grupo indígena Xavante do Estado do Mato Grosso, iniciou, segundo os pais, com dor há três meses, após queda da própria altura, e dificuldade para deambular. Exames de tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM) mostraram colapso do corpo vertebral de D12 e destruição parcial do corpo de L1, com deformidade cifótica, associado a massa de partes moles paravertebral gerando compressão medular e grande abscesso com focos de calcificação no músculo psoas direito. A etiologia tuberculosa foi confirmada por cultura positiva para *Mycobacterium tuberculosis*. **Discussão:** A forma esquelética da tuberculose ocorre em cerca de 3% dos casos, sendo 50% devido à forma vertebral (mal de Pott). O bacilo da tuberculose inicia a destruição do corpo vertebral e se propaga para a vértebra adjacente por meio dos ligamentos. Nos estágios avançados ocorre colapso vertebral, gerando deformidade cifótica. A TC mostra o acometimento do corpo e disco vertebral e do abscesso paravertebral. A RM é o método de escolha, em virtude da sua melhor resolução de contraste para partes moles. A deformidade cifótica, presente em 70% dos casos, e o grande acometimento de partes moles paravertebrais com calcificações sugerem etiologia tuberculosa. Porém, diagnóstico de certeza só é confirmado pelo achado do bacilo, pois existem aspectos de imagem superponíveis, como brucelose, metástase ou linfoma.

Código do trabalho: 376

RESSECÇÃO RADIOGUIADA DE LESÃO EM ARCO COSTAL.

Renato Ramos Barra; Bruna Larissa Navarrete; Luciano Monteiro Prado; Kássia Helen Silva; Luciano Carvalho Agrizzi; Isabela Camargo Silvério; Fabrício Valtuille Montijo; Karina Mosci; Alaor Barra Sobrinho.

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

Introdução: A cirurgia radioguiada representa uma potencial revolução na conduta de pacientes cirúrgicos, possibilitando ao cirurgião uma abordagem menos agressiva, mais precisa dos órgãos e estruturas envolvidas no procedimento, com preservação de tecidos adjacentes não comprometidos. Já bastante difundida em cirurgias de câncer de mama, melanoma e hiperparatireoidismo terciário, a cirurgia radioguiada apresenta inúmeras perspectivas quanto ao diagnóstico, estadiamento e a terapêutica de diversos tumores sólidos. O objetivo deste relato é demonstrar a precisão da cirurgia radioguiada na identificação intraoperatória da lesão em arco costal comprometido, visualizada na cintilografia óssea com MDP-^{99m}Tc. **Descrição:** Paciente A.M.D., 54 anos de idade, com quadro de dor no segmento lateral da parede torácica direita há dois meses. Foram solicitadas radiografia de tórax, ressonância magnética e tomografia computadorizada de tórax, que não mostravam lesão. Prosseguiu-se a investigação com cintilografia óssea, que demonstrou hiper captação do radiofármaco no sétimo arco costal direito, tendo como principal suspeição processo neoplásico ósseo. Optou-se por ressecção radioguiada deste segmento ósseo após a administração do radiotraçador MDP-^{99m}Tc. Com a técnica radioguiada houve otimização do tempo cirúrgico, precisão da localização lesional, redução da incisão operatória e preservação de tecido ósseo sadio. A análise anatomopatológica da peça cirúrgica revelou osteomielite crônica. **Discussão:** A cirurgia radioguiada mostra-se eficaz na redução do trauma cirúrgico e, conseqüentemente, da morbidade do procedimento, facilitando a localização do segmento ósseo acometido. Tem por objetivo, também, a preservação de tecidos adjacentes não comprometidos que, na ausência da técnica, teriam suas margens ampliadas para maior segurança. No caso relatado, a maior suspeição de comprometimento neoplásico, em abordagem conservadora, acabaria por ressecar maior quantidade de tecido, tornando-se mais agressiva.

Código do trabalho: 381

TRIÂNGULO DE CODMAN: UMA PISTA, ALGUNS DIAGNÓSTICOS POSSÍVEIS.

Adriana Maria de Lima Oliveira; Ana Graziela Santana Anton; Fran Rocha Correia; Rafael Lemos Nascif; Marcelo Ricardo Canuto Natal.
Hospital de Base do Distrito Federal – Brasília, DF, Brasil.

Reação periosteal é a produção de osso novo pelo periosteio em resposta a lesão ou irritação. Um triângulo de Codman se desenvolve quando uma porção do periosteio é levantada do córtex, seja por tumor, hemorragia ou pus, geralmente em uma extremidade. Foi primeiramente descrito por Ribbert em 1914, que observou elevação periosteal sobre uma lesão óssea expansiva. Durante muito tempo se acreditou que este tipo de reação periosteal somente ocorresse em processos malignos, porém a lista de diagnóstico diferencial inclui tanto lesões benignas quanto malignas. É comumente visto em osteossarcomas, infecção e metástases, podendo ser reconhecido ainda no granuloma eosinofílico, cisto ósseo aneurismático, trauma, entre outras lesões. A reação periosteal também pode ser chamada de periostite, sendo um achado radiográfico não específico de irritação periosteal. O padrão encontrado no tipo triângulo de Codman tende a ser reconhecido como agressivo, visto que, neste caso, o crescimento da lesão subjacente não fornece o tempo necessário para que o periosteio consolide um novo osso para formar o córtex normal, levantando-o e podendo formar lamelas. Neste trabalho fizemos uma breve revisão bibliográfica a respeito deste tipo de reação periosteal e mostramos, utilizando casos de radiografia convencional, diferentes diagnósticos em que o triângulo de Codman pode ser reconhecido.

Código do trabalho: 383

SÍNDROME DE MELNICK-NEEDLES: RELATO DE CASO DE UMA OSTEODISPLASIA LETAL NO SEXO MASCULINO.

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

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

Introdução: As displasias esqueléticas (osteochondrodisplasias) constituem um grupo heterogêneo de mais de 350 doenças frequentemente associadas com complicações ortopédicas e diferentes graus de nanismo ou baixa estatura. Esses distúrbios são diagnosticados com base em critérios radiográficos, clínicos e moleculares. A síndrome de Melnick-Needles, ligada ao X dominante, apresenta uma frequência de aproximadamente 50 casos relatados, sendo letal no sexo masculino. **Relato do caso:** Paciente do sexo masculino, cinco anos de idade, queixando-se de infecções respiratórias frequentes, com fácies característica, fronte proeminente, exoftalmia, nariz ressaltado e severa micrognatia, apresentando as seguintes alterações esqueléticas típicas da síndrome: esclerose da base do crânio, concavidade medial do fêmur e tibia esquerdos, alongamento do colo dos fêmures, alargamento dos forames isquiopúbicos, associados a retardo da idade óssea. **Discussão:** A multiplicidade de displasias esqueléticas herdadas torna o seu diagnóstico difícil, especialmente em casos raros ou atípicos. A síndrome de Melnick-Needles é quase uma entidade inteiramente limitada ao sexo feminino, em razão da letalidade embrionária ou perinatal de quase todos os filhos nascidos de mulheres tipicamente afetadas, o que torna relevante o achado desta síndrome no sexo masculino. A maioria dos casos é esporádica, apresentando alterações fenotípicas características, além das já citadas, como costelas em fita e tibia em forma de S.

Código do trabalho: 386

RELATO DE CASO DE SÍNDROME DE GORHAM ACOMETENDO O ASPECTO ANTERIOR DE ARCOS COSTAIS.

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

CRER – Goiânia, GO, Brasil.

A síndrome de Gorham é uma entidade rara ainda pouco compreendida, caracterizada por osteólise maciça e progressiva, habitualmente monostótica, que pode acometer quaisquer faixa etária e sítio. Relatamos o caso de uma paciente do sexo feminino, de 51 anos, com quadro de deformidade da coluna vertebral, dor e dispnéia progressiva, evoluindo há três anos. Ao exame físico apresentava hipercifose rígida e à inspeção os batimentos cardíacos eram bastante perceptíveis. Averiguando as radiografias de tórax da paciente dos últimos anos, percebia-se uma osteólise progressiva do aspecto anterior dos arcos costais da paciente. Foi realizada espirometria, que evidenciou dispnéia restritiva. Tomografia computadorizada do tórax demonstrava alterações de aspecto sequelar do parênquima, assim como discreto derrame/espessamento pleural. Na ressonância magnética da coluna dorsal notava-se alteração de sinal nas vértebras de D6 a L1, com padrão de substituição gordurosa. A síndrome de Gorham foi primeiramente reportada em 1838 por Jackson e descrita por Gorham e Stout em 1955. É caracterizada por osteólise maciça e progressiva, de frequência bastante rara, sendo descritos menos de 200 casos na

literatura. Pode ocorrer em qualquer faixa etária ou sítio, no entanto, a cintura escapular é o local de maior predileção. Radiograficamente, os achados mais precoces são áreas radiolúcidas e redução da densidade óssea. A tomografia computadorizada é útil para o delineamento da extensão para partes moles, enquanto a ressonância magnética habitualmente demonstra hipo a isossinal nas sequências ponderadas em T1 e hipersinal em T2. Estes achados ainda permanecem inespecíficos, sendo a osteólise progressiva o sinal de maior relevância para o diagnóstico da síndrome.

Código do trabalho: 392

DOENÇA DE PAGET: APRESENTAÇÕES TÍPICAS NA RADIOGRAFIA SIMPLES.

Fernando Rebechi; Carlos Felipe do Rego Barros Milito; Marcelo Francisco Cintra Zagatti; Carolina Sasaki Vergílio.

HSPE-IAMSPE – São Paulo, SP, Brasil.

Introdução: Alterações ósseas líticas ou blásticas em pacientes idosos com sintomas ou assintomáticos são achados frequentes nas radiografias simples. Neste contexto, a doença de Paget se destaca

pela sua frequência, devendo ser considerada entre as possibilidades diagnósticas do radiologista. **Descrição:** Este trabalho trata-se de uma revisão com o objetivo de identificar as diversas fases da doença de Paget nos locais mais acometidos, cada uma delas manifestando-se por achados razoavelmente bem definidos à radiografia simples: na fase inicial osteolítica, a reabsorção óssea ocorre como uma área alongada radiotransparente que destrói a cortical e o osso esponjoso à medida que avança ao longo da diáfise; na fase intermediária, ocorre remodelagem óssea que aparece como um espessamento da cortical e trabeculação grosseira do osso; na fase “fria”, por sua vez, ocorre aumento da densidade óssea com aumento e alargamento do osso e acentuado espessamento cortical, com borramento da demarcação entre a cortical e a esponjosa. Pela sua capacidade de demonstrar os achados acima descritos, além do baixo custo e fácil realização, a radiologia convencional destaca-se como importante método de diagnóstico e avaliação inicial da doença de Paget. **Conclusão:** Esperam os autores com este trabalho acrescentar informações e destacar a importância da radiografia simples na avaliação da doença de Paget, para incluí-la entre os possíveis diagnósticos diferenciais do cotidiano do radiologista.