

noma cutâneo primário e seu status é usado para seleção de pacientes que serão submetidos à linfadenectomia terapêutica. Este estudo analisou, retrospectivamente, os dados de pacientes com melanoma cutâneo primário submetidos à pesquisa de linfonodo sentinela, com a finalidade de se estabelecer os reais benefícios desta técnica para este grupo de pacientes, além de correlacionar fatores como idade e estágio da doença com a presença ou não de metástase no linfonodo sentinela. **Métodos:** Foi realizada análise retrospectiva de 86 pacientes diagnosticados com melanoma cutâneo primário e que foram submetidos à linfocintilografia seguida de pesquisa de linfonodo sentinela com gama probe e azul patente. **Resultados:** Em todos os 86 pacientes avaliados o linfonodo sentinela foi identificado com os marcadores. Os linfonodos foram, então, ressecados e enviados para estudo anatómopatológico. Deste total, apenas treze pacientes apresentaram metástase em linfonodo sentinela ao exame histológico de rotina e imunohistoquímica, e foram, portanto, submetidos ao esvaziamento da cadeia linfonodal correspondente. **Conclusão:** A implementação de um procedimento minimamente invasivo como é a pesquisa de linfonodo sentinela representa uma oportunidade de se detectar metástases ocultas regionais em pacientes com melanoma cutâneo, sem se realizar ressecções de cadeias linfonodais extensas muitas vezes desnecessárias. Seguindo os critérios para utilização da técnica já bem estabelecidos, o procedimento mostra-se factível e eficiente.

Músculo-Esquelético

10 – ASPECTOS DE IMAGEM DE UM CONDIROSSARCOMA SECUNDÁRIO.

Guidi GB; Cavalcante CP; Ramos LC; Bassi MR; David MS; Gomes RB; Mendonça Jr AA; Farias SH; Coelho LS; Amante LT.
Centro de Medicina Nuclear da Guanabara.

Introdução: O condrossarcoma é uma lesão cartilaginosa maligna, que ocorre primariamente no adulto (idade variando de 18 meses a 78 anos), não apresentando predileção por sexo ou raça, sendo raramente encontrado na adolescência e quase nunca na criança. Segundo Lee et al. e Murphey et al., o condrossarcoma é o segundo mais freqüente tumor maligno primário ósseo, representando 3% a 17% das biópsias. Situa-se mais freqüentemente na pelve e nos ossos longos, particularmente no fêmur e no úmero. Em geral é um tumor de crescimento lento, mas pode produzir metástases em órgãos distantes, geralmente nos pulmões. Há quatro diferentes tipos de condrossarcoma – primário, secundário, mesenquimal e desdiferenciado –, sendo o secundário a forma de interesse neste estudo, pois corresponde a apenas 1% a 10% das degenerações malignas do osteocondroma. **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 42 anos de idade, morador na cidade do Rio de Janeiro, RJ com queixa única de massa dolorosa de crescimento lento na região inguinal direita. **Discussão:** Foram avaliados exames de imagem em radiologia geral, tomografia computadorizada, ressonância magnética e medicina nuclear, os quais apresentaremos em detalhes. A radiologia convencional permite adequada avaliação da estrutura acometida e da forma do tumor, a tomografia axial computadorizada mostra com detalhes os limites do crescimento cartilaginoso e é exame indispensável para a avaliação da real extensão da capa de cartilagem nos casos de osteocondroma com transformação degenerativa. A ressonância magnética é particularmente importante na avaliação das estruturas adjacentes e expansão tumoral, além de permitir também a mensuração da camada cartilaginosa. A cintilografia do esqueleto é de valia porque pode evidenciar as áreas com aumento de concentração e maior atividade óssea, revelando assim áreas com atividade osteoblástica e osteoclástica, de provável natureza metastática.

57 – MALIGNIZAÇÃO DE TRAJETO FISTULOSO DE OSTEOMIELEITE CRÔNICA.

Caitano MC; Pimentel FC; Gon MAM; Colnago BC; Sperandio BC; Mello RAF; Ferreira CAC.
Bio Scan.

Introdução: Osteomielite crônica (OC) é infecção óssea que não foi tratada com sucesso. Costuma passar despercebida por meses ou anos, sem produzir sintomas. Comumente causa dor óssea, infecções recorrentes de tecidos moles adjacentes e drenagem de secreção purulenta através da pele. OC com seio de drenagem representa risco de malignização, particularmente carcinoma de células escamosas (CCE). **Material e métodos:** Paciente masculino, 57 anos, história de osteomielite na tíbia proximal esquerda aos 35 anos, quando se submeteu a cirurgia para introdução de cápsulas de gentamicina. Originou-se trajeto fistuloso com episódios intermitentes de drenagem de secreção sero-purulenta. Nos sete meses anteriores à sua avaliação, houve crescimento progressivo de lesão cutânea exofítica, dor e eliminação de secreção fétida. A radiografia convencional não foi esclarecedora, sendo indicada ressonância magnética, que evidenciou lesão nodular exofítica de partes moles, estendendo-se da cavidade medular ao subcutâneo, com intenso realce pelo meio de contraste. Estudo histopatológico confirmou tratar-se de CCE. Foi realizada amputação do membro e o paciente segue em acompanhamento. **Discussão:** OC normalmente data da segunda infância, e as fistulas que drenam há mais de vinte anos geralmente são as precursoras de neoplasia maligna. Suspeita-se dessa complicação quando surge massa de tecidos moles adjacente ao trato fistuloso crônico, que se torna subitamente doloroso, passando a eliminar material fétido e purulento. CCE é o mais comum, mas também podem ser encontrados fibrossarcoma e osteossarcoma. No entanto, a incidência de transformação neoplásica é baixa, variando de 0,2 a 1,7%. Esses tumores são agressivos e metastatizam em 14,4 a 40% para linfonodos regionais, fígado, pulmão ou rins, 18 meses após diagnosticados. Os aspectos radiológicos da transformação maligna são indistinguíveis daqueles da OC, mas aumento da área de osteólise geralmente indica seu início. Cirurgia constitui o tratamento de escolha e radioterapia adjuvante é útil se houver disseminação linfonodal.

71 – ESTUDO DE CASO RADIOLÓGICO E REVISÃO LITERÁRIA: DISPLASIA FIBROSA POLIOSTÓTICA.

Vitule LF; Castro C; Mendes H; Pimentel I; Moreira S; Lutkus G; Zavariz J; Bergamo P; Medeiros L; Koshimura E.
Faculdade de Medicina do ABC.

Displasia fibrosa é uma desordem do desenvolvimento ósseo de etiologia indeterminada, que se apresenta de forma mono ou poliostótica. Afeta primordialmente adolescentes e adultos jovens, sendo mais prevalente no sexo feminino representando 7% dos tumores ósseos benignos. As vezes relacionada com manchas café-com-leite, endocrinopatias hiperfuncionantes e mixomas de partes moles (incluindo síndrome de McCune-Albright e síndrome de Mazabraud). Geralmente assintomática, podendo apresentar: dor, deformidade, edema e fraturas patológicas. Algumas complicações como transformação maligna e compressão nervosa são raras. O acometimento costuma ser unilateral e há uma predileção pelos ossos: fêmur, tíbia, pélvis, pé, arcos costais e crânio. Cintilografia óssea apresenta uma alta sensibilidade na detecção de lesões, inclusive iniciais. A radiologia convencional é importante no diagnóstico e prognóstico. As lesões costumam ser líticas e uma margem esclerótica de espessura variável pode limitar a lesão. À tomografia o osso afetado pode ter uma aparência leitosa ou de vidro fosco. Na ressonância existe uma variedade de aspectos possíveis: geralmente apresentando hipossinal em T1 e sinal misto ou elevado em T2. A margem esclerótica (sinal da casca) é invariavelmente baixa em T1 e T2. Após contraste com gadolínio ocorre captação central em alguns casos e outros da margem periférica. Diagnósticos dife-

renciais: adamantinoma de ossos longos, condrossarcoma central, cistos ósseos, tumor de células gigantes, dentre outros. Assim, a aparência radiológica da displasia fibrosa não é patognomônica. As imagens em TC e RM apresentam uma gama de variedades e um diagnóstico mais preciso só é permitido através da correlação com a radiologia convencional. Através deste relato de caso/revisão literária correlacionamos as diversas modalidades de imagem (cintilografia, radiografia, tomografia, ressonância) avaliando sua importância individual e em associação para a obtenção da hipótese diagnóstica

75 – SÍNDROME DO MARTELO HIPOTENAR: RELATO DE CASO.

Rodrigues MBS; Tietzmann A; Sauan CDM; Dellai R; Martins AC; França FC; Pereira FJ; Pires ACDAC.
Diagmed-Campinas.

Paciente do sexo masculino, 67 anos, ex-tabagista, apresentando nodulação palpável na eminência hipotenar da mão esquerda há dois meses, associada a parestesia no quarto e quinto dedos. O paciente praticava tênis, tendo perdido a extremidade distal do primeiro dedo da mesma mão há alguns anos, durante atividade de marcenaria. A ressonância magnética (RM) evidenciou imagem ovalada com sinal heterogêneo, predominantemente elevado em T2 e T1, com área central de sinal intermediário nesta última seqüência, sem realce pelo meio de contraste, localizada na região hipotenar, imediatamente distal ao canal de Guyon, no trajeto da artéria ulnar, medindo 11 x 5 x 6 mm. Distalmente à lesão, estruturas vasculares ectasiadas e tortuosas, compatíveis com circulação colateral foram identificadas. O ultra-som (US) Doppler demonstrou aneurisma fusiforme trombosado da artéria ulnar, em correspondência com a lesão, com ausência de fluxo na área de dilatação e imediatamente proximal à mesma na região hipotenar, compatível com síndrome do martelo hipotenar. A síndrome foi primeiramente descrita por Conn em 1970, resultando de trauma por lesão repetitiva da eminência hipotenar, com impacto da artéria ulnar contra o hâmulos do hamato. Geralmente observada em homens em idade economicamente ativa com ocupação industrial, a síndrome também é encontrada em injúrias relacionadas a esportes, como tênis. A lesão da parede da artéria pode levar a formação de aneurisma com ou sem trombose vascular, e compressão do nervo ulnar. Clinicamente, o paciente pode apresentar intolerância ao frio, dor e parestesia na região palmar da mão, síndrome de Reynaud e isquemia do quarto e quinto dedos. Os testes de Allen e Tinel podem auxiliar no diagnóstico clínico de lesão vascular e nervosa. O diagnóstico pode ser confirmado através de US-Doppler, angiogramografia e angio-RM, podendo-se identificar lesões da artéria ulnar (espessamento parietal, estenose, aneurisma fusiforme ou sacular).

86 – DOENÇA DE CAMURATTI-ENGELMANN: RELATO DE CASO.

Teixeira FHF; Neto JB; Reis RH; Silva PLM; Teixeira EPR; Luz CB; Martins TN.
CLIMAG.

Introdução: A displasia diafisária progressiva ou doença de Camuratti-Engelmann (DCE) é caracterizada por progressiva neoformação óssea tanto periosteal quanto endosteal, principalmente em ossos tubulares longos, preservando a epífise. O envolvimento endosteal é mais extenso que o periosteal, com alargamento da diáfise. É uma síndrome genética autossômica dominante rara, com penetrância variável, porém pode se apresentar como caso esporádico. Clinicamente, os sintomas mais freqüentes são fraqueza muscular e dor nos membros inferiores. O diagnóstico é determinado através de achados clínico-radiológicos e ausência de anormalidades nos exames laboratoriais. **Descrição do material:** Paciente R.U.M., sexo masculino, 33 anos, apresenta fraqueza generalizada e dor intermitente com pioras aos esforços, predominantemente em membros inferiores há cerca de 10 anos. Foram realizados radiografias e exames tomográficos dos membros e crânio, que evidenciaram espessamento cortical, com estreitamento

do canal medular, acometendo os fêmures, tíbias, fibulas, úmeros, rádios, ulnas e metacarpos bilateral e simetricamente. **Discussão:** A doença de Camuratti-Engelmann encontra-se no grupo das displasias esclerosantes por defeito de ossificação intramembranosa, no entanto, em alguns casos ocorre esclerose da base do crânio, que é um defeito da ossificação endocondral. Acredita-se que as alterações sejam provocadas por uma inativação inadequada da TGF-1, que determina principalmente a redução da atividade osteoclástica, mas também promove aumento da função osteoblástica, favorecendo a deposição óssea. Clinicamente, caracteriza-se por dor generalizada em membros inferiores e superiores, acompanhada de fraqueza, atrofia muscular e marcha anormal. Radiologicamente, observa-se o envolvimento bilateral e simétrico de ossos longos, com aumento da densidade e alargamento da cortical. Não há alterações em exames laboratoriais. A síndrome de Vun Buchem, displasia craniodiafisária, hiperfosfatemia crônica familiar e doença de Paget são alguns diagnósticos diferenciados. Salicilatos e corticóides podem ser usados para controle da dor. O tratamento fisioterápico aumenta a amplitude e a força motora muscular.

102 – NEUROPATIA COMPRESSIVA DO RETROPÉ: AVALIAÇÃO DO NERVO PLANTAR LATERAL ATRAVÉS DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA.

Rodrigues RN; Lopes AA; Gavio LL; Aguiar PT; Torres JM; Oliveira GCB; Fonseca WV; Oliveira Jr O.

Axial Centro de Imagem.

Introdução: A dor crônica localizada no retropé pode ter diferentes etiologias, sendo uma delas a neuropatia compressiva do nervo plantar lateral, a qual pode ser diagnosticada através da identificação de sinais secundários à ressonância magnética, caracterizados por atrofia e/ou substituição adiposa do músculo abductor do dedo mínimo. **Casuística:** Noventa paciente foram submetidos a ressonância magnética do retropé utilizando equipamento de 1,5 T. Todos os casos apresentando atrofia e/ou substituição adiposa do músculo abductor do dedo mínimo. Estas alterações foram graduadas e correlacionadas com os dados semiológicos. Os pacientes foram subdivididos em dois grupos: grupo A – submetidos à eletroneuromiografia; grupo B – acompanhados clinicamente. **Resultados:** Entre os pacientes analisados, 82% pertenciam ao sexo feminino e 18% ao sexo masculino. A associação com fasciíte plantar e varizes podálicas foram as mais comuns envolvendo 52% e 21% dos pacientes, respectivamente. A confirmação da síndrome compressiva no nervo plantar lateral foi obtida em 88,5% dos pacientes submetidos à eletroneuromiografia. **Conclusões:** A atrofia ou substituição adiposa do músculo abductor do dedo mínimo demonstrou estar fortemente associada a alterações compressivas do nervo plantar lateral. Conclui-se ainda que existe uma forte relação entre dor crônica no retropé e achados de fasciíte plantar e varizes podálicas.

103 – AVALIAÇÃO ATRAVÉS DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE LESÕES NEOPLÁSICAS DO ANTEPÉ.

Rodrigues RN; Lopes AA; Gavio LL; Silva FM; Aguiar PT; Mezêncio A.
Axial Centro de Imagem.

Introdução: As lesões neoplásicas envolvendo estruturas superficiais do antepé são relativamente incomuns, porém apresentam grande variedade de etiologias, sendo em especial aquelas relacionadas a anexos cutâneos extremamente incomuns. **Casuística:** Avaliamos através de ressonância magnética de 1,5 T dois pacientes com lesões expansivas plantares no antepé, identificando-se que em ambos os casos não se observavam invasões de planos ósseos, com a lesão restrita aos tecidos moles adjacentes. **Resultados:** Os pacientes foram submetidos à ressecção cirúrgica, seguida por avaliação histopatológica e imunohistoquímica que demonstrou que os tumores originaram-se de glândulas sudoríparas ecrinas, representando respectivamente adenocarcinoma papilífero digital agressivo e neoplasia basalóide. **Conclusões:** Embora as neoplasias anexas cutâneas do

antepé sejam extremamente incomuns, a ressonância magnética é capaz de fornecer informações importantes na caracterização e extensão das mesmas, permitindo a introdução de tratamento adequado e melhorando o prognóstico do paciente.

124 – ACETABULOPLASTIA PERCUTÂNEA GUIADA POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (TC) E FLUOROSCOPIA: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA.

Freitas RMC; Almada HFCL; Freitas BE.
Hospital Mater Dei – Belo Horizonte, MG.

Introdução: O acetábulo é sede freqüente de lesões osteolíticas metastáticas ou de mieloma. A evolução clínica usual é a dor acentuada, por vezes intratável. O risco de fratura do teto acetabular existe, com imobilização do paciente ao leito. O tratamento cirúrgico habitual, com próteses, pode ser contra-indicado em pacientes com risco cirúrgico elevado ou expectativa de vida limitada. A osteoplastia percutânea é procedimento bem estabelecido para o tratamento de fraturas vertebrais osteoporóticas ou por tumores. Poucos casos de acetabuloplastia percutânea foram relatados na literatura. **Descrição do material:** Paciente do sexo masculino, 56 anos, leucodérmico, com diagnóstico de adenocarcinoma de pulmão com metástases ósseas, uma delas em acetábulo direito, dolorosa, foi tratado no Serviço de Radiologia Intervencionista Não-vascular com a técnica de cimentoplastia percutânea, guiada por TC e fluoroscopia, sob raquianestesia. Injetou-se cerca de 10 centímetros cúbicos de cimento acrílico – polimetil-metacrilato (PMMA) – no interior da lesão, sob controle fluoroscópico contínuo. Não houve escape para a articulação ou para os tecidos moles vizinhos. O paciente evoluiu bem nas primeiras horas após o procedimento, com alívio da dor local, e recebeu alta no mesmo dia. Dois dias depois, surgiu dor local de moderada intensidade à deambulação, com remissão completa após cinco dias de terapêutica antiinflamatória não-esteróide. **Discussão:** O mecanismo de alívio da dor proveniente de lesões osteolíticas tumorais tratadas por cimentoplastia percutânea é relacionado ao aumento da temperatura local secundário à polimerização do cimento acrílico, o que destrói as terminações nervosas nociceptivas. A TC e a fluoroscopia permitem a abordagem técnica rápida e segura para esta modalidade de tratamento percutâneo. O alívio da dor imediato, os efeitos colaterais transitórios, a possibilidade de deambulação com segurança e a redução significativa no tempo de hospitalização tornam este procedimento seguro, eficaz e bem indicado, sobretudo nesta população de pacientes.

131 – ASPECTOS DE IMAGEM DAS FRATURAS VERTEBRAIS PATOLÓGICAS E SUA INFLUÊNCIA NA INDICAÇÃO DA VERTEBROPLASTIA PERCUTÂNEA: ENSAIO ICONOGRÁFICO.

Freitas RMC; Bernardo RC; Lima BS; Duarte VG; Tomé LM.
Hospital das Clínicas da UFMG – Belo Horizonte, MG.

Introdução: A vertebroplastia percutânea (VP) é procedimento bem estabelecido no alívio da dor e estabilização de fraturas patológicas de corpos vertebrais, seja por osteoporose ou por tumores. As indicações principais de tratamento são: as fraturas compressivas osteoporóticas, as lesões osteolíticas tumorais (metástases ou mieloma) e os hemangiomas vertebrais sintomáticos. O tratamento é usualmente realizado em curto período de hospitalização (até 24 horas, em geral), sob anestesia local e sedação controlada, ou sob anestesia geral. A fluoroscopia é o método de imagem mais freqüentemente utilizado no procedimento, podendo ser associada ou não à tomografia computadorizada (TC). O procedimento é realizado no serviço de radiologia intervencionista ou em bloco cirúrgico. Várias lesões patológicas podem não ser adequadamente tratadas, uma vez que existem diversos fatores que influenciam o tratamento, um deles o tempo de existência da fratura. **Descrição do material:** Apresentam-se os diferentes aspectos de imagem de lesões vertebrais patológicas que servem de base para a

indicação do tratamento por VP, com referência às técnicas (radiografia simples, TC e ressonância magnética – RM). **Discussão:** A indicação de métodos de imagem que caracterizem melhor o processo patológico deve ser mencionada sempre que possível no relatório. A terminologia adequada utilizada nos relatórios radiológicos (por exemplo, a indicação do termo fratura patológica por compressão, ao invés de achatamento vertebral) pode ser decisiva na indicação de tratamento. A ruptura do muro posterior do corpo vertebral, seja por fratura osteoporótica ou lise tumoral não é considerada uma contra-indicação absoluta, mas deve ser bem caracterizada por meio dos exames de imagem. A avaliação e a interpretação adequadas das lesões vertebrais pelos radiologistas por meio da radiografia simples, TC e RM têm papel importante no sucesso do tratamento destas lesões por técnicas minimamente invasivas, como a VP.

142 – ASPECTO NA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO HEMANGIOMA SINOVIAL: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA.

Miranda BJP; Paiva RR; Rodrigues LB; Aquino D; Conti CD; Neto WTP; Boisson SP; Alves PL; Paulino R; Silva MAF.
Clínica Radiológica Luiz Felipe Mattoso.

Introdução: O hemangioma sinovial é uma neoplasia vascular benigna rara, acometendo usualmente crianças e adultos jovens. A articulação mais freqüentemente envolvida é o joelho. Clinicamente o paciente apresenta-se com dor, edema, limitação funcional e hemartrose. O tratamento preconizado é a ressecção completa do tumor e da sinóvia correspondente. Os métodos de diagnóstico por imagem, notadamente a ressonância magnética, são de fundamental importância para avaliar a extensão da lesão e programar abordagem terapêutica. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 10 anos, com queixa de dor, limitação funcional e edema no joelho direito, com evolução de alguns meses e piora recente após atividade física. Realizou ressonância magnética que demonstrou lesão expansiva lobulada intra-articular, com estruturas alongadas de hipossinal em T1 e hipersinal em T2, observando-se intenso realce pelo meio de contraste, localizada em partes moles posteriormente a patela e ao tendão do quadríceps, estendendo-se ao músculo vasto medial, côndilo femoral medial e a gordura infra-patelar. A paciente foi submetida a cirurgia aberta, com ampla ressecção da lesão, sendo o diagnóstico de hemangioma sinovial obtido através de estudo histopatológico. **Discussão:** O hemangioma sinovial apesar de incomum deve sempre ser lembrado diante de lesão expansiva intra-articular. A doença apresenta-se em pacientes jovens e freqüentemente localiza-se no joelho. O diagnóstico diferencial faz-se principalmente com sinovite vilonodular pigmentada, lipoma arborecente, condromatose sinovial e sarcoma sinovial. A radiografia convencional pode demonstrar massa de partes moles não específica. A ressonância magnética é um excelente método de imagem para esta condição, pois além de demonstrar características importantes para a diferenciação entre as outras massas intra-articulares, determina a extensão da lesão, proporcionando dados essenciais para o planejamento terapêutico. Lesões pediculadas podem ser acessadas por via artroscópica enquanto as lesões difusas devem ser acessadas por cirurgia aberta, não sendo incomum a recorrência nestes casos.

145 – AVALIAÇÃO ATRAVÉS DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS INDUZIDAS POR ESPORTE: ENSAIO ICONOGRÁFICO.

Rodrigues RN; Lopes AA; Gávio LL; Aguiar PT; Lopes Jr OM; Oliveira Jr O; Araújo ROD; Lasmar RCL; Rodrigues F.
Axial Centro de Imagem.

Introdução: As lesões do sistema músculo-esquelético desencadeadas pela prática de atividades esportivas podem compreender o acometimento difuso de múltiplas estruturas e tecidos. Essas lesões podem se desenvolver a partir da utilização excessiva de uma determinada

estrutura, como podem se relacionar a um evento traumático direto. A necessidade física e o estresse de cada diferente atividade esportiva tende a determinar a ocorrência de lesões com maior ou menor frequência e inferem ainda o desenvolvimento de um perfil de injúrias que se associam as diferentes modalidades de esporte. **Descrição do material:** Exposição de imagens obtidas por ressonância magnética de 1,5 tesla demonstrando uma série de múltiplas diferentes formas de lesões do sistema músculo-esquelético relacionadas a atividades esportivas, incluindo atletas profissionais e amadores, desenvolvendo-se a associação destas com os mecanismos desencadeadores da injúria, correlacionando-se ainda cada um deles com a modalidade de esporte em questão. **Discussão:** A intensificação da preparação física dos atletas profissionais bem como o número cada vez maior de praticantes amadores de atividades esportivas eleva progressivamente a incidências de injúrias do sistema músculo-esquelético, sendo a ressonância magnética o exame de escolha para identificação, caracterização e mensuração destas lesões, permitindo um diagnóstico preciso e um planejamento terapêutico direcionado, com melhora dos tempos de recuperação e redução das reincidências.

158 – LESÃO ASSOCIADA A LUXAÇÃO POSTERIOR DO MENISCO LATERAL DISCÓIDE DO TIPO WRISBERG: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA.

Tavares MA; Shoji W.
Clínica Sensumed.

Introdução: O menisco discóide é uma forma displásica que perdeu seu formato normal ou semilunar, possuindo configuração larga semelhante a um disco. A localização mais comum é a porção lateral e o grau de aumento varia de hipertrofia leve a uma placa volumosa de fibrocartilagem. A incidência varia entre 1,4% e 15,5% e são frequentemente bilaterais. De acordo com Watanabe existem os meniscos discóides tipo completo, incompleto e ligamento de Wrisberg. Este terceiro tipo apresenta completa ausência da fixação capsular posterior e do ligamento meniscotibial posterior e com isso é propenso a deslocamento medial para a incisura intercondilar, sendo mais bem tratado com meniscectomia total. **Descrição do material:** Paciente T.T.F., sexo feminino, 12 anos refere trauma no joelho esquerdo há cerca de 10 anos. No momento refere crepitações, dor na face lateral e bloqueio. A paciente foi encaminhada para realização de ressonância magnética que evidenciou alteração de todo o menisco lateral compatível com lesão complexa do mesmo. Foi caracterizada ainda luxação posterior de todo o menisco, sobretudo do corno anterior e agenesia do ligamento de Wrisberg. **Discussão:** O menisco discóide é a variante anormal mais comum nas crianças que resulta em uma maior cobertura da tibia e usualmente é associada com aumento da sua espessura. Os tipos completo e incompleto são frequentemente assintomáticos e o ligamento de Wrisberg é hipermóvel. Em relação ao tipo de menisco achado não há correlação à modalidade de meniscectomia (parcial ou total) e resultados clínicos e radiológicos. Acredita-se que esta deficiência ou ausência de fixação capsular posterior resulte em movimento mediolateral incompleto e hipertrofia secundária. Não há equivalente do menisco lateral discóide tipo ligamento de Wrisberg.

164 – ESTUDO ULTRA-SONOGRÁFICO DAS LESÕES ARTICULARES DO MEMBRO SUPERIOR EM COZINHEIRAS INDUSTRIAIS SINTOMÁTICAS.

Falavigna JMM; Nakano IT; Lück Neto C; Skrobot F; Tazoniero P; Mizerkowski MD.
Hopital do Trabalhador – UFPR.

Introdução: As lesões articulares do ombro, punho e cotovelo são problemas comuns decorrentes de sobrecarga, sobretudo em condições ocupacionais. Só as lesões do manguito rotador respondem por aproximadamente 27% dos afastamentos, resultando em custos ao sistema

previdenciário e problemas sociais. Estas lesões representam um espectro de doenças que vão desde uma tendinite, passando por uma ruptura parcial até a ruptura total comprometendo seriamente a função articular. Várias etiopatogenias relacionadas ao trabalho estão envolvidas, como posturas inadequadas, tipo de ocupação e repetitividade de movimentos. Assim, constitui objetivo deste estudo relatar os achados ultra-sonográficos encontrados em exames músculo-esqueléticos das articulações dos membros superiores na população de cozinheiras industriais. **Método:** Foram analisadas 25 cozinheiras industriais sintomáticas, atendidas no Ambulatório de Saúde do Trabalhador de nossa instituição, que preencheram um formulário padrão fornecendo dados como idade, tempo de profissão, sintomatologia e medicamentos em uso. O método de imagem utilizado para avaliar as articulações foi a ultra-sonografia. **Resultados:** Todos os pacientes estudados eram mulheres, com média etária de 44 anos. A média de tempo trabalhado foi de 8 anos e 3 meses. Foram 67 exames realizados, sendo 44 ecografias de ombro, 17 de punho, 4 do cotovelo e 2 da mão. Trinta exames (44%) obtiveram laudo normal: 13 ombros, 3 cotovelos, 12 punhos e mãos. A lesão mais prevalente encontrada foi a tendinopatia do supra-espinhoso, em 10 casos (40%). Seis pacientes (24%) apresentavam ruptura parcial do tendão supra-espinhoso e uma (4%) ruptura total. Quinze cozinheiras (60%) já possuíam algum grau de degeneração articular acrómio-clavicular. Outras lesões de tendões e bursas também foram relatadas. **Conclusão:** O ultra-som músculo-esquelético é um método de imagem não invasivo, com boa acurácia e auxiliar importante no diagnóstico e tratamento das patologias músculo-esqueléticas.

177 – ASPECTOS RADIOLÓGICOS EVOLUTIVOS DO ABSCESSO DE BRODIE.

Sene LS; Araújo Filho RB; Fagundes LP; Cabral CP; Teixeira Jr FR; Ramos FRH; Moreira W; Ribeiro MA; Motta EGPC; Diniz RLFC.
Hospital Mater Dei.

Introdução: O abscesso de Brodie é uma apresentação rara de osteomielite subaguda, com maior prevalência em homens, na segunda década de vida. É decorrente de uma osteíte mal tratada ou de uma infecção bacteriana por cepas de baixa virulência, sendo o *Staphylococcus aureus* o agente mais comum. Usualmente localizam-se na metafise da tibia ou do fêmur. Foi descrito primeiramente em 1832 por Benjamin Brodie como uma coleção purulenta localizada, com halo esclerótico. Muitas publicações científicas descrevem os diferentes aspectos clínicos, radiológicos e terapêuticos, entretanto ainda não foram muito bem elucidados. **Objetivo:** Os autores realizaram revisão bibliográfica, ressaltando os aspectos radiológicos evolutivos da lesão tanto por radiografia simples como por tomografia computadorizada, sendo exemplificado através do caso de um paciente em acompanhamento clínico no nosso serviço há cinco anos, com evolução clínico-radiológica favorável, chamando atenção para a importância do acompanhamento evolutivo, já que foi um caso bem sucedido com tratamento clínico exclusivo, sem necessidade de biópsia da lesão. **Discussão:** Com base na literatura os autores relatam as diferentes formas de apresentação imagiológica desta patologia e os vários diagnósticos diferenciais a serem aventados. O radiologista deve estar atento quanto às características específicas desta patologia visando o diagnóstico diferencial, sobretudo com outras lesões ósseas líticas notadamente com o osteoma osteóide e outras lesões ósseas benignas.

191 – APRESENTAÇÕES RADIOLÓGICAS DO OSTEOSARCOMA PERIOSTEAL.

Henriques AES; Henriques TE; Curzio GM; Reis BP; Lombardelli KVP; Souza JPLBA; Henriques PES; Fraga FA.
Instituto Nacional de Câncer.

Introdução: O osteossarcoma periosteal, entidade patológica rara, corresponde a aproximadamente 2% dos osteossarcomas. Este estudo

relata três casos de osteossarcoma periosteal, procurando mostrar seus aspectos radiológicos mais comuns e alertar para apresentações incomuns. **Descrição do material:** Caso 1 – Paciente E.S.C., sexo masculino, 29 anos de idade, com lesão expansiva osteoblástica, exofítica, metadiáfisária, no terço distal do fêmur esquerdo, sem plano de clivagem com a cortical. A tomografia computadorizada evidenciou proliferação córtico-periosteal de contornos lobulados, sem rotura da cortical. À ressonância magnética demonstrou lesão com grande área de hipossinal em T1 e T2, pequeno componente sólido com realce após contraste venoso e ausência de infiltração medular. Caso 2 – Paciente R.B.S., sexo masculino, 14 anos de idade, apresentando lesão na face ântero-medial da diáfise proximal tibial direita. A tomografia computadorizada mostrou extensa lesão justacortical com grande componente de partes moles, calcificações de permeio, reação periosteal, preservando a integridade cortical e sem sinais de invasão medular. Caso 3 – Paciente E.S.F., sexo masculino, 30 anos de idade, com lesão expansiva no dorso à esquerda. A tomografia computadorizada evidenciou lesão heterogênea de partes moles com calcificações em seu interior, no terço médio da parede torácica posterior. À ressonância magnética a lesão evidenciava limites pouco precisos, hipersinal em T2 e hipossinal em T1, com realce periférico após contraste e pequena área de contato com a cortical da porção posterior do sétimo arco costal. **Discussão:** O osteossarcoma periosteal, forma incomum de tumor ósseo, é originado da camada interna do periosteio, tem matriz predominantemente cartilaginosa. Acomete igualmente ambos os sexos, predomina na população jovem e tem prevalência na diáfise dos ossos longos, sendo a tíbia mais afetada. Na radiografia simples e na tomografia computadorizada é caracterizado por lesão justacortical exofítica com tecido de partes moles e focos cálcicos de permeio, afilamento da cortical óssea e reação periosteal adjacente. A ressonância magnética demonstra sinal semelhante ao músculo em T1 e hipersinal em T2, raramente com invasão da medular óssea.

195 – ACHADOS RADIOLÓGICOS DOS TUMORES ÓSSEOS BENIGNOS.

Ferraz PM; Amaral LC; Santos GV; Natal MRC; Andalécio CA; Cabral FN; Silva LP; Tsuno MY; Morais CP; Mariano EFQ.
Hospital de Base do Distrito Federal.

Introdução: A maioria dos tumores ósseos benignos possui características típicas nos exames de imagem. Portanto, em alguns casos, os achados radiológicos são suficientes para se estabelecer um diagnóstico com alta precisão. Algumas vezes, no entanto, não há subsídios suficientes para inferir a natureza benigna ou maligna de uma lesão ou diferenciá-la de um processo infeccioso, displásico ou metabólico. Dessa forma, o radiologista tem uma importante função na abordagem de lesões ósseas ao identificar processos tipicamente benignos ou quando ressalta sua aparência agressiva ou ambígua. **Descrição do material:** Trata-se de um ensaio iconográfico para o qual foram selecionados casos de arquivo de ensino que melhor ilustram os achados radiológicos típicos dos principais tumores ósseos benignos. **Discussão:** Para uma caracterização adequada dos tumores ósseos deve-se avaliar inicialmente os dados do paciente, sendo que o principal deles é a idade. Em seguida observa-se se a alteração é única ou múltipla, sua distribuição no esqueleto e a localização específica no osso. Os aspectos próprios da lesão a serem considerados são suas margens (com ou sem esclerose, caracterizando-se também a zona de transição com o osso hospedeiro); tipo de matriz (tecido osteoblástico ou cartilaginoso); destruição óssea (geográfico, roído de traça ou permeativo); resposta periosteal (sólida, com triângulo de Codman, lamelar, do tipo bulbo de cebola, espiculada ou irregular) além da disseminação para tecidos moles. Dessa forma torna-se possível definir o aspecto benigno, de baixa agressividade, de lesões como osteomas, encondroma, osteocondroma, defeito cortical fibroso, cistos ósseos dentre outros.

198 – ALTERAÇÕES ÓSSEAS NOS TRANSTORNOS METABÓLICOS E ENDÓCRINOS.

Amaral LC; Ferraz PM; Santos GV; Natal MRC; Andalécio CA; Morais FP; Silva LP; Tsuno MY; Cabral FN; Mariano EFQ.
Hospital de Base do Distrito Federal.

Introdução: O tecido ósseo consiste em dois tipos de material: extracelular (matriz orgânica e componente inorgânico) e celular (osteoblastos, osteoclastos e osteócitos). O crescimento e a mineralização do osso são influenciados por vários fatores, como o hormônio do crescimento, calcitonina e paratormônio, e se apresenta em um processo contínuo de renovação com reabsorção e formação óssea. No entanto, em algumas circunstâncias anormais o metabolismo é alterado e este equilíbrio pode ser rompido. **Descrição do material:** Trata-se de um ensaio iconográfico baseado em casos ilustrativos, obtidos de arquivo de ensino, referentes a alterações ósseas secundárias a transtornos metabólicos e endócrinos. **Discussão:** A maioria dos transtornos metabólicos e endócrinos é caracterizada radiologicamente por anormalidades na densidade óssea que em geral estão relacionados com aumento na produção de osso, aumento na reabsorção óssea ou mineralização óssea inadequada. Os ossos afetados por esses transtornos aparecem anormalmente radiotransparentes (osteopenia) ou radiodensos (osteosclerose). Embora a alteração de densidade óssea seja um achado inespecífico, a radiografia pode ajudar a detectar outros aspectos importantes, como pseudofraturas, alargamento da placa de crescimento, reabsorção de osso subperiosteal, que podem levar a um diagnóstico específico. Nesse contexto, ressalta-se a importância de se reconhecer os achados de imagem peculiares dos transtornos metabólicos e endócrinos, por exemplo, do hiperparatireoidismo primário ou secundário, raquitismo, osteomalácia, hipotireoidismo, doença de Gaucher, osteodistrofia renal, doença de Paget, escorbuto e acromegalia.

202 – FIBRODISPLASIA OSSIFICANTE PROGRESSIVA (FOP): ACHADOS RELEVANTES NA RADIOGRAFIA CONVENCIONAL.

Santos CX; Ribeiro MDE; Braceiro MT; Sanches LN; Toscano SA; Vitorio RL; Lucas JCB; Costa DH; Santos JA; Ibiapina VS.
Faculdade Santa Marcelina.

Introdução: Doença rara, genética e que causa a formação de ossos no interior dos músculos, tendões, ligamentos e outros tecidos conjuntivos. Pesquisas revelam a incidência de 1/2 milhão de pessoas, no Brasil há cerca de 60 casos confirmados. Tem evolução natural com períodos de atividade e latência, sendo impossível prever sua evolução, já que cada paciente responde de forma diferente a traumatismos físicos. Afeta o esqueleto no sentido crânio-caudal e axial-perpendicular, e as mandíbulas em último lugar, qualquer trauma pode acarretar um surto com a formação de ossos extras. Episódios de ossificação acarretam o travamento das articulações do tronco e membros tornando os movimentos impossíveis. O objetivo desse trabalho é evidenciar os principais achados radiográficos da doença. **Método:** Pesquisa exploratória de revisão bibliográfica e relato de experiência por entrevistas em centros especializados. **Discussão:** As primeiras manifestações de ossificação ocorrem na primeira década de vida com quadro clínico de edemas dolorosos em tendões e músculos, induzidos por traumas ou de forma espontânea. Estes edemas ocasionalmente regridem, mas em sua maioria progridem endurecendo e originando novo osso. As manifestações radiográficas características são o hálux valgo congênito bilateral, presente em 95% dos casos, facilmente visualizado na radiografia convencional, seguido de ossificação endocondral heterotópica. A progressão da doença em padrões anatômicos é determinada pela radiografia convencional que mostra travas ósseas, nos locais de trauma seis semanas após o aparecimento de um nódulo. A principal causa de morte é a infecção cardiopulmonar que aparece com a ossificação da caixa torácica, também evidenciada na radiografia convencional. Atualmente há pacientes na sexta década

de vida. **Conclusão:** Embora rara, a FOP tem merecido atenção, visto que o seu diagnóstico por meio da radiologia convencional é necessário e o modo como este profissional manipulará o paciente durante o exame determinará a integridade física do mesmo.

206 – DIFICULDADES DIAGNÓSTICAS NO OSTEOMA OSTEÓIDE DO COTOVELO: ESTUDO CLÍNICO, RADIOLÓGICO E HISTOPATOLÓGICO.

Cotta ACS; Melo RT; Castro RCR; Foltran FSS; Najjar YSJ; Paim JFO; Kalil RK.

Hospital Sarah – Belo Horizonte, MG.

Objetivo: Ressaltar os aspectos clínicos e de imagem que podem auxiliar no diagnóstico correto do osteoma osteóide no cotovelo. O osteoma osteóide é uma lesão óssea relativamente comum, com características clínicas, radiológicas e histopatológicas bem definidas. Quando ocorre em localização intra-articular, ele representa um desafio diagnóstico. **Materiais e métodos:** Foram localizados 142 pacientes submetidos à biópsia óssea na instituição, no período de 1980 a 2006, com diagnóstico histológico confirmado de osteoma osteóide. Os sete pacientes que apresentavam a lesão no cotovelo tiveram seus prontuários, imagens e biópsias revisados. **Resultados:** As radiografias mostraram reação periosteal e/ou espessamento cortical em todos os pacientes, mas o nidus não foi visualizado em três deles. A tomografia computadorizada mostrou claramente o nidus em todos os casos. A ressonância magnética, realizada em três pacientes, demonstrou o nidus, edema de partes moles e derrame articular. Infecção, lesões ósseas e articulares foram possibilidades diagnósticas consideradas no pré-operatório. O aspecto histológico observado foi usual, com rede entrelaçada de trabéculas osteóides, tecido conjuntivo frouxo ricamente vascularizado, ossificação central (nidus) e tecido ósseo esclerótico ao redor. Fibras nervosas proeminentes foram detectadas nas partes moles adjacentes à lesão em um paciente com dor acentuada. **Conclusão:** É importante considerar a possibilidade de osteoma osteóide em pacientes com dor no cotovelo, refratária ao tratamento conservador, e perda do movimento de etiologia desconhecida. Esclerose óssea, espessamento cortical e/ou reação periosteal detectados na radiografia permitem direcionar a tomografia computadorizada para a visualização precisa do nidus, quando necessário. Derrame articular é um achado constante, de intensidade variável. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado permitem o alívio dos sintomas e podem prevenir a perda funcional na articulação.

234 – DOENÇA DE DEPÓSITO DE HIDROXIAPATITA: MIGRAÇÃO DA CALCIFICAÇÃO INTRA-ÓSSEA.

Giroto JM; Zanatta PDS; Kawasaki C; Nakahara J; Felipe FM; Paganella VC; Gomes AF.

DAPI – Diagnóstico Avançado por Imagem – Curitiba, PR.

Introdução: A doença de depósito de cristais de hidroxapatita nas articulações é caracterizada por amplo espectro de sintomas e achados de imagens, de acordo com o ciclo da doença. Diversas modalidades de imagem podem ser utilizadas para o estudo das lesões – radiografia simples (RX), ultra-sonografia (US), tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM). O objetivo deste trabalho é o de descrever casos de doença de hidroxapatita ilustrativos da fase de loculação intra-óssea. **Material e método:** Foram realizados estudos por RM do ombro, em aparelho de 1,5 tesla, com imagens obtidas nos planos axiais e coronais-obliquos “fast spin-echo” (FSE) ponderados na densidade de prótons, com supressão de gordura, coronais-obliquos e sagitais-obliquos FSE em T2, com supressão de gordura e sagitais-obliquos FSE em T1. **Discussão:** A doença de depósito de hidroxapatita predomina nas pacientes femininas (40 a 70 anos). Os locais afetados são: ombro (principalmente o supra-espinhoso), cotovelo, punho, dedos, bacia, pé, coluna cervical e coluna lombar. A clínica depende da fase da doença e a fisiopatologia não é bem estabelecida.

São descritas as seguintes fases: (1) silenciosa: comumente assintomática; (2) mecânica: a calcificação pode aumentar de tamanho e promover elevação do assoalho da bursa subacromial; (3) ruptura sub-bursal: os depósitos podem ser parcialmente extrusos do tendão através do assoalho da bursa; (4) ruptura intra-bursal: relacionada a dor de forte intensidade, em decorrência de bursite reacional; (5) loculação intra-óssea: o processo inflamatório desenvolvido na fase ativa da doença determina alterações ósseas importantes pelo consumo de cálcio, com enfraquecimento ósseo e descontinuidade da cortical com migração da calcificação para o interior do osso acompanhado de osteíte reacional. Em suma, a doença de depósito de hidroxapatita pode ter vários aspectos de imagem, dependendo da sua evolução. A fase de loculação intra-óssea é incomum, entretanto seus achados pictóricos são fortemente sugestivos do diagnóstico.

255 – ALTERAÇÕES ÓSSEAS NOS DISTÚRBIOS HEMATOLÓGICOS.

Amaral LC; Santos GV; Ferraz PM; Natal MRC; Andalécio CA; Tsuno MY; Mariano ÉFQ; Silva LP; Cabral FN; Morais CP.

Hospital de Base do Distrito Federal.

Introdução: Hipertensão portal (HP) clinicamente significativa ocorre quando a pressão na veia porta está acima de 10-12 mmHg, e pode estar relacionada a aumento da resistência ou, menos comumente, do fluxo na circulação portal, sendo determinada frequentemente por doenças hepáticas que cursam com cirrose. Neste contexto, podem ser observados vasos colaterais portossistêmicos varicosos e complicações secundárias. A angiografia por tomografia computadorizada é um exame não invasivo que, face à sua excelente resolução espacial, tem se mostrado como excelente alternativa à angiografia convencional para o diagnóstico destas manifestações, possibilitando a avaliação das vias colaterais portossistêmicas por meio de imagens multiplanares e tridimensionais. **Descrição do material:** Foram analisados retrospectivamente os exames de tomografia computadorizada multicorte (TCMC) realizados de maio de 2005 a maio de 2008, com presença de circulação colateral intra-abdominal associada a sinais de hepatopatia crônica à TCMC. As diversas vias de circulação colateral foram avaliadas, com ênfase na sua demonstração por reformações multiplanares e de projeção de intensidade máxima. **Discussão:** A circulação venosa colateral coronariana (ou gástrica esquerda) e as varizes esofagianas e paraesofagianas foram observadas com mais frequência. Outras vias de circulação colateral também encontradas foram varizes paraumbilicais, da parede abdominal anterior, gástricas e retrogástricas, retroperitoneais, paravertebrais, omentais, mesentéricas, retais e shunts espleno renal e gastrorenal. A circulação venosa coronariana frequentemente está associada a varizes esofagianas e paraesofagianas. Nos pacientes com varizes paraumbilicais e shunts portossistêmicos espontâneos há menor incidência de varizes esofagianas. A TCMC permite o reconhecimento das diferentes vias de circulação colateral nos pacientes com hipertensão portal, detalhando assim a anatomia destes vasos, alertando sobre prováveis intercorrências clínicas e evitando complicações em cirurgias e procedimentos invasivos a que estes pacientes possam ser submetidos.

266 – TENDINITE CALCIFICADA: ENSAIO ICONOGRÁFICO.

Morais H; Reis G; Soares AR; Morais E; Panzi M; Fernandes L; Batistoni JP; Silva V; Carneiro M; Franco G.

Hospital Madre Teresa.

Introdução: Tendinite ou tendinopatia calcificada é uma doença caracterizada por deposição de material cálcico, geralmente cristais de hidroxapatita nos tendões, que pode ser assintomático (70% dos casos) ou causar dor e edema. Esta doença acomete predominantemente pacientes entre 30 e 50 anos e corresponde a aproximadamente 7% das causas de dor no ombro. Pode acometer quase todos os tendões e múltiplos depósitos são comuns. Cerca de 50% das calcificações no ombro são bilaterais. O local mais afetado é o ombro

(65%), principalmente o tendão supra-espinhal. **Descrição:** Neste trabalho serão apresentados casos do nosso serviço com acometimento tendíneo do manguito rotador, bem como de outros tendões como ísquio tibiais, glúteos, coxo femoral e longo do pescoço. Serão mostrados ainda casos de extrusão cálcica sub-bursal, intra-bursal e intra-óssea. **Discussão:** Depósitos de hidroxapatita são geralmente homogêneos, de vários tamanhos e formas, sem trabeculado, que permite diferenciar de ossificação heterotópica ou ossículo acessório. Geralmente as calcificações mal-definidas estão associadas com dor, enquanto as bem delimitadas não. Na ressonância magnética apresentam-se como foco hipointenso em todas as seqüências, podendo ter edema hiperintenso adjacente na seqüência T2. Pode ocorrer extrusão do depósito cálcio intra-tendíneo para estruturas adjacentes como bursas, espaço articular ou peri-tendíneo e o osso. Depósito intra-articular de hidroxapatita pode causar artropatia destrutiva, como ombro de Milwaukee. Ocasionalmente pode causar erosão óssea adjacente a calcificação. Os depósitos de cálcio podem resolver espontaneamente ou progredir, necessitando de tratamento específico através aspiração guiada por ultra-som ou cirurgia.

267 – ESTUDO ANATÔMICO E AVALIAÇÃO RADIOLÓGICA DA SÍNFISE PÚBICA, COM ÊNFASE NA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (RM).

Pedroso JGC; Yanaguizawa M; Rosenfeld A; Gutierrez RC; Yamaguchi CK; Aihara AY; Fernandes ARC.

Diagnósticos da América.

Introdução: A sínfise púbica constitui sede de várias doenças, entre elas, as relacionadas à sobrecarga e à instabilidade, freqüente nos atletas. Estudos anatômicos têm estabelecido a relação entre a sínfise púbica e as inserções tendíneas dos adutores e do reto abdominal, cujo conhecimento é vital na distinção das patologias que afetam esta região. O objetivo desse trabalho é realizar uma revisão da anatomia da sínfise púbica através de peças anatômicas e de exames de RM, assim como demonstrar os aspectos de imagem das principais doenças. **Descrição do material:** Foi realizada revisão da anatomia da sínfise púbica em peças anatômicas e em exames de RM de pacientes assintomáticos. Também foram selecionados casos do nosso arquivo que ilustram os achados de imagem das principais patologias da sínfise púbica. **Discussão:** As superfícies articulares da sínfise púbica são recobertas por cartilagem hialina apresentando entre elas um disco fibrocartilaginoso. Anteriormente, estas estruturas são contidas por aponeuroses formadas pelos tendões da parede abdominal e pelos tendões do grácil e do adutor longo. Superiormente, são contidas somente pelo ligamento púbico superior. A pubalgia é uma queixa ortopédica comum, com importante morbidade em atletas. No entanto, a diferenciação entre as patologias que acometem esta região é limitada quando baseada exclusivamente nos dados clínicos. A osteíte púbica é uma patologia basicamente articular, acometendo a sínfise púbica de maneira geralmente simétrica. Fraturas por estresse podem ocorrer nos ramos púbicos. Patologias insercionais do reto abdominal podem se manifestar como roturas francas, embora a maioria seja mais sutil. Patologias dos tendões adutores incluem avulsões, tendinoses ou estiramentos/roturas miotendíneas. A avaliação por imagem torna-se ferramenta importante para o diagnóstico correto e um planejamento terapêutico adequado, auxiliando também na diferenciação de outras patologias que podem se manifestar com pubalgia, dentre elas, hérnias, sacroiliítes, patologias viscerais pélvicas ou doenças do quadril.

268 – AVALIAÇÃO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DAS LESÕES DE MOREL-LAVALLÉE.

Yanaguizawa M; Pedroso JGC; Rosenfeld A; Gagliato PE; Guimarães MC; Yamaguchi CK; Aihara AY; Fernandes ARC.

Diagnósticos da América.

Introdução: As lesões de Morel-Lavallée foram primeiramente descritas em 1863. São coleções pós-traumáticas formadas quando forças

de cisalhamento, aplicadas sobre determinada região, causam separação abrupta da pele e tecido subcutâneo da fáscia adjacente. Essas lesões são comuns na região peritrocantérica e na coxa proximal, sendo também descritas no joelho, parede abdominal, regiões glútea, lombar e escapular. Apesar de serem lesões bem estabelecidas na literatura ortopédica, têm sido pouco relatadas na literatura radiológica. Este trabalho tem por objetivo demonstrar os principais aspectos de imagem pela ressonância magnética, além de rever as características clínicas e fisiopatológicas dessas lesões. **Descrição do material:** Foram selecionados exames de ressonância magnética do nosso arquivo, de pacientes com história típica de trauma local e formação de lesões de Morel-Lavallée. **Discussão:** As lesões denominadas de Morel-Lavallée são resultado de traumas tangenciais fechados, com forças de cisalhamento agindo sobre os planos superficiais e ocasionando separação abrupta da pele e tecido subcutâneo da fáscia adjacente. Há então, ruptura de pequenos vasos perfurantes perifasciais, com preenchimento da cavidade por sangue, linfa e debris. Com o passar do tempo, há formação de uma cápsula fibrosa que pode resultar num crescimento lento ou até mesmo na perpetuação da coleção. O diagnóstico clínico das lesões agudas é suspeitado pela presença de uma massa amolecida e móvel ou abaulamento numa região exposta a um trauma tangencial. Lesões crônicas detectadas meses ou anos após o trauma podem se tornar endurecidas, por vezes simulando neoplasias sólidas. O aspecto de imagem pela ressonância magnética é bastante variado, sendo importante avaliar sua localização, morfologia, comportamento de sinal e padrões de realce. A ressonância magnética é importante para o diagnóstico correto e posterior planejamento terapêutico adequado, possibilitando em casos crônicos, diferenciação de outras patologias, como por exemplo, necrose gordurosa, pseudolipoma pós-traumático e até tumores.

322 – REVISÃO DA CIFOSE TORÁCICA EM 536 CASOS.

Boisson LF; Costa V; Jordão M; Peruchi B.

Clínica Boisson.

Padronização da faixa de normalidade da medida do ângulo da cifose torácica em radiografias panorâmicas da coluna vertebral. Foram avaliadas 536 radiografias panorâmicas de coluna vertebral, sendo 204 homens e 332 mulheres, variando a faixa etária de 2 a 79 anos, no período de março a junho de 2008. Foi medido o ângulo da cifose torácica utilizando o método que consiste em traçar uma linha tangenciando o contorno superior do corpo vertebral mais próximo da curva cifótica. Outra linha distal tangencia o contorno inferior do corpo vertebral do final da curvatura. São traçadas perpendiculares a estas duas linhas, e a partir daí é formado o ângulo da cifose. Conclui-se então que os valores da normalidade variam entre 21 a 60 graus em ambos os sexos, e vamos detalhar com intervalos que variam de 10 em 10 anos e de 10 em 10 graus. O objetivo do painel consiste em diminuir o intervalo da medida deste ângulo em relação ao último estudo de referência sobre o tema, visando elevar a confiabilidade, isto é, aumentando a sensibilidade e especificidade, e assim melhorando os valores preditivos positivos do exame.

354 – ACHADOS DE IMAGEM NA DOENÇA DE OSGOOD-SCHLATTER.

Freitas LF; Souza LRMF; Amâncio FM; Melo ALK.

Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTRM).

Introdução: A doença de Osgood-Schlatter, também conhecida como osteocondrose tibial, é uma apofisite tracional da inserção do ligamento patelar na tuberosidade tibial. Acomete mais meninos que meninas, principalmente na adolescência (13 aos 15 anos de idade), sendo que no sexo feminino é visto um acometimento mais precoce (8 aos 13 anos), em comparação com o masculino (10 aos 15 anos).

Ocorrem microtrações traumáticas repetitivas na tuberosidade tibial, durante a formação do centro de ossificação secundário, assim como múltiplas avulsões na inserção do tendão patelar. O quadro clínico é uma dor no local do tendão, que pode ter intensidade variável, costuma ser insidiosa e piora com atividade física, choque e melhora com repouso. Ao exame físico podemos notar edema de partes moles, e extensão passiva dolorosa à resistência. Os exames de imagem utilizados são a radiografia convencional, a tomografia computadorizada, a ultra-sonografia, a ressonância magnética e a cintilografia óssea. A ultra-sonografia e a ressonância magnética são os métodos de escolha para estudarmos o tendão patelar. O diagnóstico radiológico de osteocondrose da tuberosidade tibial deve ser feito com cautela, devendo ser correlacionado com a clínica, em virtude da variação da aparência da tuberosidade tibial durante seu processo de ossificação. **Descrição do material:** Com o objetivo de ilustrar, sucintamente, os principais achados de imagem envolvidos no diagnóstico da doença de Osgood-Schlatter, selecionamos exames de radiografia convencional e ressonância magnética com os achados de imagem mais comumente encontrados, como aumento de intensidade de sinal na apófise da tuberosidade tibial e na porção distal do ligamento patelar, hipertrofia da tuberosidade tibial, distensão da bursa infrapatelar e espessamento do tendão patelar (tendinose). **Discussão:** A dor na região anterior do joelho de atletas de elite pode ser uma condição debilitante que requer reabilitação prolongada se não tratada corretamente. Os exames de imagem do tendão infrapatelar podem diagnosticar alterações sintomáticas e identificar atletas assintomáticos de risco, a fim de prevenir uma lesão subsequente.

Neuro/Cabeça e Pescoço

5 – DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS DA ESCLEROSE MÚLTIPLA: REVISÃO DA LITERATURA E ENSAIO ICONOGRÁFICO.

Aquino D; Boisson S; Leão R; Consídera D; Freitas J; Brandão A; Brandão L.

Clínica Radiológica Luiz Felipe Mattoso.

Introdução: A esclerose múltipla é o protótipo de doença desmielinizante no sistema nervoso central e medula espinhal, apresentando diversas formas clínicas e quadro radiológico. Sendo assim, torna-se um desafio o diagnóstico de suas variantes e outras doenças desmielinizantes, as quais possuem, comumente, overlap clínico-radiológico, entretanto, tratamento e prognóstico diferentes, principalmente na população pediátrica. **Descrição do material:** Foi realizada revisão da literatura dos critérios clínicos e diferenciação à ressonância magnética convencional e funcional das síndromes de Susac e Devic (neuromielite óptica), esclerose concêntrica de Baló, doenças de Schilder e Marburg, além de outras doenças desmielinizantes como encefalomyelite aguda disseminada (ADEM). Serão ilustrados casos das doenças acima, assim como de outras doenças mimetizadoras como o glioma, linfoma, metástases e doença de Behçet. **Discussão:** Novos critérios diagnósticos, marcadores sorológicos, exame do liquor, preditores clínicos de remissão e prognóstico, além de características de imagem à ressonância magnética convencional e principalmente à difusão, mapa de ADC, anisotropia fracionada e difusão tensorial, tem sido propostos e aplicados neste vasto e difícil diagnóstico diferencial. Dados de suma importância para o manejo clínico e mudança do prognóstico das diversas patologias, que são responsivas a diferentes tipos de tratamento (corticosteróides e/ou imunossuppressores), possuindo patogenia e aspecto de imagem singulares, por vezes, patognomônicos, tornando essencial o conceito de terapia modificadora da doença, principalmente no seu uso em casos de síndrome clínica isolada.

6 – POTT'S PUFFY TUMOR: UMA COMPLICAÇÃO DA SINUSITE FRONTAL.

Fabiano A; Umberto C; Fabiano M; Fabiano T.

Universidade Federal de Sergipe.

Introdução: Pott's Puffy tumor é uma condição clínica rara que acomete mais crianças e adolescentes, porém, pode ocorrer em qualquer idade. Caracteriza-se por um abscesso subperiosteal associado à osteomielite do osso frontal. A sinusite frontal e o trauma local são as principais causas. Os microrganismos comumente associados a esta lesão são os mesmos envolvidos na sinusite crônica (*Streptococcus* e *Staphylococcus*). O diagnóstico é realizado através de exames de tomografia computadorizada e de ressonância magnética que demonstram o envolvimento ósseo e o edema de partes moles adjacente ao osso frontal, associado a uma coleção hipodensa intracraniana. O diagnóstico precoce associado a um tratamento cirúrgico e antibioticoterapia sistêmica adequada são importantes no seu prognóstico. **Descrição do material:** Paciente do sexo masculino, 56 anos de idade, com história de febre e tumoração na região frontal há 15 dias. Negava trauma local. Exame físico: edema de partes moles adjacente ao osso frontal. A tomografia computadorizada de crânio demonstrou lesão em partes moles da região frontal com invasão do seio frontal e espaço epidural frontal, além de lesão osteolítica do osso frontal. A ressonância magnética do crânio demonstrou lesão hipodensa invadindo o seio frontal e o espaço epidural frontal. O paciente foi submetido à craniectomia frontal bilateral e drenagem da coleção purulenta do espaço epidural frontal. A cultura e o antibiograma foram negativos. Recebeu alta médica hospitalar após 21 dias sem déficit neurológico focal e com falha óssea na região frontal. **Discussão:** O tumor de Pott Puffy, geralmente, é uma complicação da sinusite frontal. Os exames de imagem são imprescindíveis no seu diagnóstico e conduta terapêutica. Seu tratamento é cirúrgico e sua profilaxia deve ser feita quando da presença de sinusopatia paranasal.

7 – SÍNDROMES NEURODEGENERATIVAS CORTICAIS ASSIMÉTRICAS: ENSAIO ILUSTRADO E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.

Takeda F; Ferreira A; França D; Lovato N; Balasso R; Otta G.

Ultramed.

Introdução: Com o aumento proporcional de idosos, a demência é um problema crescente na população. Embora tenha estado claro por muitos anos que a doença de Alzheimer é a principal causa de demência, seguida pela doença vascular, deve-se ter atenção de que existe uma grande variedade de causas responsáveis por subtipos ou entidades separadas de demência, que podem ser diferenciadas por métodos especiais de exames. As degenerações que acometem de forma assimétrica hemisféricas ou lobos específicos, manifestam-se com achados clínicos e radiológicos peculiares e podem ser reunidas em um grupo denominado síndromes neurodegenerativas corticais assimétricas. As degenerações assimétricas, contudo, são muitas vezes subdiagnosticadas, seja por falta de conhecimento ou por investigação inadequada. Essa falta de acurácia torna-se danosa ao paciente no contexto atual em que a escolha de uma terapia apropriada, de acordo com cada fisiopatogenia específica, tem grande impacto sobre a progressão da doença. O conhecimento das alterações das degenerações assimétricas no exame de imagem por ressonância magnética é necessário para correto diagnóstico e estabelecimento de tratamento e prognóstico mais adequados para cada quadro demencial. **Descrição do material:** Foram analisados exames de ressonância magnética de pacientes apresentando quadro clínico de degeneração lobar frontotemporal e seus subtipos, degeneração córtico-basal, atrofia cortical posterior, degeneração lobar temporal direita e de prosopagnosia progressiva e associados à revisão bibliográfica. Todos os casos tiveram correlação com os aspectos clínicos e radiológicos compatíveis com a literatura. **Discussão:** O presente ensaio revisa os achados radiológicos vistos por ressonância magnética nessas desordens neuro-