

RADIOLOGIA CONVENCIONAL

/ TL-34 /

ACHADOS DE IMAGEM NA VÁLVULA DE URETRA POSTERIOR.

Francisco MC; Almeida DB; Barella SM; Cioni CH; Lederman HM.

Departamento de Diagnóstico por Imagem da Escola Paulista de Medicina/Hospital São Paulo – São Paulo, SP.

Introdução: A válvula de uretra posterior (VUP) é a principal causa de obstrução do fluxo urinário na infância, incidindo em 1:8.000 recém-natos do sexo masculino. O primeiro relato foi realizado por Morgagni em 1717 e desde então muitas hipóteses sobre sua embriologia foram levantadas, uma das mais aceitas é a persistência da membrana urogenital, chamada membrana uretral posterior congênita obstrutiva, ocluindo a uretra e levando a dilatação a montante. **Descrição do material:** Ensaio iconográfico e revisão de literatura, a fim de demonstrar os principais achados de imagens em válvula de uretra posterior, armazenadas durante o ano de 2006. **Discussão:** A uretrocistografia miccional é o melhor método de imagem para avaliar válvula de uretra posterior. Pode-se encontrar dilatação da uretra posterior e, ocasionalmente, banda radioluscente correspondendo à válvula. O colo vesical torna-se hipertrófico e parece estreitado em relação à uretra posterior. Bexiga hipertrófica, trabeculada e com pseudodivertículos é achado comum, além de refluxo vesicoureteral associado à hidronefrose. O acometimento renal é sempre bilateral, embora raramente simétrico. À ultra-sonografia, pode-se ver hidroureteronefrose com afilamento do parênquima renal e bexiga de paredes espessadas. Avaliação cuidadosa pode demonstrar uma uretra prostática dilatada. Ocasionalmente, encontram-se urinoma subcapsular ou perirrenal, rins displásicos multicísticos e ascite urinária. A mortalidade da VUP tem diminuído, todavia 30% dos pacientes evoluem com insuficiência renal antes da adolescência. Por este motivo, detecção e tratamento precoces são decisivos no prognóstico desses pacientes.

/ TL-35 /

DIVERTÍCULO DE MECKEL: SEU DIAGNÓSTICO.

Francisco MC; Barella SM; Balthazar G; Mussi TC; Almeida DB; Reibschheid S; Colleoni Neto R; Szejnfeld J.

Departamento de Diagnóstico por Imagem da Escola Paulista de Medicina/Hospital São Paulo – São Paulo, SP.

Introdução: O divertículo de Meckel é a malformação congênita mais comum do trato digestivo, acometendo 2% da população. Resulta da obliteração incompleta do ducto vitelínico ou onfalomesentérico e localiza-se mais comumente a até 100cm da válvula ileocecal. A incidência de complicações é de aproximadamente 4% a 40%, usualmente assintomático, pode complicar-se com inflamação (diverticulite), hemorragia, intussuscepção, obstrução, formação de cálculos e neoplasias. Seu diagnóstico é difícil e por isto o radiologista precisa estar familiarizado com a patologia e suas complicações. **Descrição do material:** Selecionamos imagens típicas desta doença dos arquivos da Escola Paulista de Medicina e discutiremos sobre os seus achados de maior importância. **Discussão:** Diversos métodos de imagem são usados no diagnóstico do divertículo de Meckel. A radiografia convencional pode demonstrar o divertículo, enterólito, obstrução de delgado, formação de abscesso, líquido livre por perfuração e presença de gás ou nível gás-líquido no divertículo. Nos exames baritados, o divertículo pode ser visto como uma bolsa em fundo cego na borda antimesentérica do íleo distal, separação persistente entre alças de intestino e um divertículo de Meckel inflamado ou defeito de enchimento filiforme no íleo, podendo apresentar falhas de enchimento que sugerem mucosa gástrica ou tumor e suas complicações. A ultra-sonografia possui valor limitado, podendo evidenciar uma estrutura tubular preenchida por líquido com fundo cego no quadrante inferior direito. A tomografia computadorizada

/ TL-36 /

ESOFAGOGRAMA: AINDA FUNDAMENTAL NA AVALIAÇÃO DA ESOFAGOPATIA CHAGÁSICA.

Debs CL; Damian NGC; Tomé RAF; Amorim SB; Tannus JK.

Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG.

A doença de Chagas é uma doença sistêmica causada pelo protozoário *Trypanosoma cruzi*. São descritas duas fases de evolução da doença: uma fase aguda, com duração de 60 dias, e uma fase crônica⁽¹⁾. A infecção aguda resulta na destruição de células neurais do plexo mioentérico, causando distúrbio de motilidade resultando em megaesôfago e acalásia do esfíncter esofágico inferior⁽²⁾. O cólon é mais frequentemente acometido, seguido pelo esôfago e pela associação megacólon-megaesôfago⁽³⁾. O aumento do diâmetro das vísceras ocas é proporcional ao estágio evolutivo dessa afecção. Por ser uma doença endêmica na região do Triângulo Mineiro⁽⁴⁾, o estudo contrastado do esôfago é rotineiramente solicitado e mantém posição de destaque na avaliação de pacientes com doença de Chagas, mesmo após o advento da endoscopia, que substituiu amplamente o estudo baritado do esôfago e estômago. O exame radiológico constitui o método mais importante no diagnóstico da esofagopatia chagásica, apesar deste basear-se em exames clínico-laboratoriais e radiológicos. A classificação de Rezende⁽⁵⁾ é um parâmetro que facilita a reprodutibilidade do estudo contrastado do esôfago nos casos de doença de Chagas, sendo dividida em quatro grupos dependendo do diâmetro do esôfago; retenção de bário no esôfago; grau de motilidade e tônus. Foram avaliados de forma retrospectiva 51 esofagogramas de pacientes com o diagnóstico de doenças de Chagas e idade variando de 42 a 81 anos, realizados no Hospital de Clínicas de Uberlândia. Todos foram classificados de acordo com os quatro grupos descritos por Rezende e cols. Os resultados são citados a seguir em ordem de frequência crescente: grupo I (7,9%), grupo III (15,7%), grupo IV (35,3%), grupo II (41,1%). O conhecimento e a familiarização das alterações esofágicas no exame contrastado são fundamentais na correta propedêutica da doença de Chagas. O esofagograma ainda possui um papel fundamental e talvez insubstituível na avaliação desses pacientes, por ser exame dinâmico que possibilita o estudo da contratilidade e diâmetro esofágico, caracterizando dessa forma o extenso número de possibilidades de apresentação radiológica dessa doença. **Referências:** 1. Rezende JM. Manifestações digestivas da doença de Chagas. In: Dani R, Castro LP, eds. Gastroclínica. 3a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996: 1729–1755. 2. Oliveira EC, Leite MSB, Luquetti AO, Almeida AC, Moreira H. Chagasic megacolon associated with colcancer. Am J Trop Med Hyg 1997;56:596–598. 3. Lopes ER, Rocha A, Meneses ACO, et al. Prevalência de megas em necrópsias realizadas no Triângulo Mineiro no período de 1954 a 1988. Rev Soc Bras Med Trop 1989;22:211–215. 4. J Bras Med 1994;66(3):52–53, 56–58, 60–61. 5. Rezende JM. Classificação radiológica do megaesôfago. Rev Goiania Med 1982;28:187–191.

/ TL-37 /

LESÕES ÓSSEAS DE SÍFILIS CONGÊNITA TARDIA EM ADOLESCENTE, COM EVOLUÇÃO FAVORÁVEL APÓS TRATAMENTO COM PENICILINA: RELATO DE CASO.

Porto TCD; Braga TC; Queiroz Filho AL; Araujo MMM; Sodré PRS. Hospital Santo Antônio.

Introdução: A sífilis congênita é uma doença infecciosa de transmissão materno-fetal, sistêmica, de evolução crônica, sujeita a surtos de agudização e períodos de latência clínica de menor ou maior tempo de duração. A transmissão vertical da sífilis permanece um grande problema de saúde pública no Brasil. Pode ser prevenida com medidas

simples, de baixo custo e altamente eficazes, devendo ser pesquisada em todas as crianças nascidas de mãe com sífilis (evidência clínica e/ou laboratorial) e em todo indivíduo com menos de 13 anos com suspeita clínica e/ou epidemiológica de sífilis congênita. **Relato de caso:** Adolescente, sexo feminino, 13 anos, que iniciou quadro de artralgia e edema em Joelho esquerdo aos oito anos de idade, tratada como tuberculose óssea. Após cinco anos deu entrada nesta unidade hospitalar com quadro de hepatite e lesões osteolíticas, periostite e osteomielite disseminadas, cujo estudo sorológico foi positivo para sífilis. Evoluiu favoravelmente após uso de penicilina, com redução das lesões ósseas e negatificação sorológica. **Discussão:** A sífilis congênita apresenta dois estágios: o precoce, quando as manifestações clínicas são diagnosticadas até o segundo ano de vida, e o tardio, após este período. Pode cursar com lesões em vários ossos das extremidades, geralmente com acometimento simétrico, caracterizando-se radiologicamente por faixas radiotransparentes e radiopacas, áreas de osteólise metafisária e espessamento periosteal diafisário. Os recém-nascidos contaminados, se não tratados adequadamente, cursarão com as manifestações tardias da doença, muitas vezes irreversíveis. O caso relatado trata-se de apresentação peculiar de sífilis congênita tardia agudizada com lesões ósseas e hepatite, que apresentaram regressão após o tratamento realizado.

/ TL-38 /

RADIOLOGIA ABDOMINAL: APRENDENDO ATRAVÉS DE SINAIS.

Santana LN; Manzella A; Borba Filho P; Albuquerque Filho E; Ribeiro CSG; Viana FOF; Santos Filho JA; Batista KWS; Kaercher JH; Souza CZ; Zelaquett KHV; Gomes AJSF; Sales DC; Siqueira Neto ML; Rodrigues KM; Dourado Filho MG; Aquino ACRF; Peixoto CC; Ó IB; Carneiro CS. Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco – Recife, PE.

O diagnóstico por imagem de determinadas patologias é, muitas vezes, facilitado pela existência de sinais radiológicos que auxiliam no reconhecimento de alterações anatômicas e possibilitam sua memorização. A radiologia abdominal apresenta muitos destes sinais, referentes a diversos órgãos. O presente ensaio tem como objetivo descrever e ilustrar através de desenhos esquemáticos e dos métodos de imagem (particularmente ultra-som e radiologia convencional) alguns dos sinais radiológicos relacionados ao trato gastrointestinal. Selecionamos entre estes clássicos sinais, alguns para serem abordados nesta revisão: sinal do Mercedes-Benz; sinal do “bico de pássaro” ou “rabo de rato”; sinal do menisco de Carman; linha de Hampton; imagem de “folha de trevo” ou “borboleta”; sinal do diamante; sinal do duplo/tríplo trato; sinal do cogumelo; sinal do ombro; sinal do bico; sinal do alvo; sinal do colo; sinal da dupla bolha; sinal da tripla bolha; sinal das moedas empilhadas; sinal de Stierlin; sinal do sanduíche ou pseudo-rim; imagem de mola em espiral; sinal do grão de feijão; sinal do V invertido; sinal do úraco; sinal de Rigler; sinal da bola de futebol; e lesão em alvo ou olho de boi.

/ TL-39 /

RADIOLOGIA APLICADA À AVALIAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA BARIÁTRICA.

Panizza L; Silva MFB; Specian MR; Peixoto LF; Lisboa JPR; Santos BFDLF; Pontes BCN; Mello MAR. Hospital Alvorada – São Paulo, SP.

Introdução: A obesidade se tornou uma epidemia mundial, e a cirurgia bariátrica surgiu como uma forma de tratamento para os pacientes com obesidade mórbida. Apesar dos riscos cirúrgicos, tal tratamento está se tornando cada vez mais difundido. Nesse contexto, a radiologia tem um papel fundamental no seguimento pós-operatório imediato, através da radiologia convencional com contraste iodado ou tomografia computadorizada, analisando complicações como estenose ou fístulas da anastomose. **Materiais e métodos:** Avaliações radiológicas

no pós-operatório de cirurgias bariátricas (principalmente Capella modificada, duodenal-Switch e banda gástrica) realizadas no Hospital Alvorada Moema, através da radiologia convencional com contraste iodado iônico ou tomografia com multidetectores. **Discussão:** No Centro de Diagnósticos por Imagem do Hospital Alvorada existe uma avaliação radiológica de rotina no pós-operatório imediato (primeiras 24 horas) em todos os pacientes que realizaram cirurgias bariátricas, para avaliar as complicações precoces mais frequentes como estenoses ou fístulas. Também se realiza estudo radiológico se há suspeita clínica de complicações tardias como coleções, hematomas, intussuscepção e estenoses de banda.

/ TL-40 /

DIAFRAGMA: ASPECTOS DE IMAGEM.

Guido DAR; Silva MLB; Rosa RM; Faria MR; Rugani LB. FHEMIG e Axial Centro de Imagem.

Introdução: Existem diversos métodos de imagem para o estudo da anatomia e lesões do diafragma. Selecionamos alguns casos mais ilustrativos da anatomia e dos principais grupos de afecções, incluindo anomalias congênitas, anormalidades na posição e movimentação diafragmática, hérnias, lesões traumáticas e neoplásicas, analisando os principais achados imagiológicos de cada diagnóstico. **Objetivo:** Demonstrar as vantagens de cada técnica e aspectos de imagem na avaliação do diafragma e suas lesões e a revisão da literatura. **Material e métodos:** Análise dos aspectos radiológicos, principalmente através da tomografia computadorizada *multislice* e da ressonância magnética de pacientes com lesões diafragmáticas. **Conclusão:** É importante o conhecimento dos diversos métodos e técnicas de imagem na avaliação do diafragma. O avanço dos métodos de imagem como a tomografia computadorizada com reconstruções multiplanares, tridimensionais, a ressonância magnética e ainda com o estabelecimento de protocolos direcionados, tem aumentando a sensibilidade e a especificidade no diagnóstico das lesões do diafragma, anteriormente consideradas de diagnóstico difícil e tardio.

/ TL-41 /

PARACOCCIDIOIDOMICOSE: ESTUDO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO E DAS ALTERAÇÕES TELERRADIOGRÁFICAS DO TÓRAX DE PACIENTES ATENDIDOS NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS.

Freitas RMC; Paula IB; Figueiredo MTA; Ferreira CS; Pedrosa ERP. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte, MG.

Descrição do propósito do estudo: A paracoccidiodomicose (PCM) é doença sistêmica causada por um fungo, o *Paracoccidioides brasiliensis*. A doença é endêmica na América Latina, sobretudo no Brasil. Este trabalho tem como objetivo avaliar os aspectos clínico-radiológicos pulmonares de 44 pacientes com paracoccidiodomicose atendidos no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG). **Materiais e métodos:** Sessenta e um pacientes com paracoccidiodomicose atendidos no HC-UFMG foram avaliados. Excluíram-se 17 pacientes com história atual ou pregressa de tuberculose, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica ou pneumoconioses. Os 44 pacientes restantes foram analisados quanto à presença ou ausência de alterações à telerradiografia do tórax, respectivamente em grupos de 23 e 21 indivíduos. **Resultados:** Predominaram os pacientes do sexo masculino, adultos jovens, feodérmicos, tabagistas e trabalhadores do meio rural. As manifestações respiratórias mais frequentes foram a tosse produtiva e a dispnéia. A comparação dos sinais e sintomas de cada grupo por meio do teste qui-quadrado não apresentou diferenças significativas entre os mesmos, indicando dissociação clínico-radiológica. As alterações radiológicas predominantes foram os infiltrados intersticiais nodulares, bilaterais e difusos. **Conclusões:** Os achados radiológicos observados foram comparados aos dados exis-

tentes na literatura, e foi sugerida a simplificação da classificação radiológica pulmonar da paracoccidiodomicose.

/ TL-42 /

PET-CT COM FDG NO CÂNCER DE PULMÃO NÃO-PEQUENAS CÉLULAS: ENSAIO PICTÓRICO.

Netto JP; Meirelles GSP

Universidade Federal de São Paulo; Memorial Sloan Kettering Cancer Center – New York.

Introdução: O câncer de pulmão é a principal causa de morte relacionada a neoplasias tanto em homens quanto em mulheres no mundo ocidental. No Brasil, foi o segundo câncer mais incidente em homens e o quarto mais incidente em mulheres em 2006. Está muito associado ao tabagismo, sendo este o principal fator de risco. Apesar de vir diminuindo progressivamente nas últimas décadas, a mortalidade pelo câncer de pulmão continua alta, com taxas de sobrevida geral em cinco anos variando de 5% a 16%. Depois de diagnosticado, o câncer de pulmão deve ser adequadamente estadiado, sendo este o principal norteador do tratamento a ser seguido e do prognóstico. No estadiamento do câncer de pulmão não-pequenas células é adotado o sistema TNM. Tradicionalmente o estadiamento é feito com utilização de métodos não-invasivos (radiografia convencional, ultra-sonografia, tomografia computadorizada, cintilografia) associados a métodos invasivos quando necessário, entretanto, a taxa de subestadiamento é alta. A tomografia por emissão de pósitrons associada à tomografia computadorizada (PET-CT), com utilização de fluorodesoxiglicose (FDG), é um método de imagem que associa a resolução de imagem da tomografia computadorizada à capacidade de caracterização da taxa metabólica das diferentes estruturas, e se vale da hipótese de que tecidos neoplásicos apresentam alta taxa de utilização da glicose quando comparados à maioria dos tecidos saudáveis. **Material apresentado:** São apresentadas imagens de PET-CT com FDG em alguns pacientes com câncer de pulmão não-pequenas células, ilustrando a utilização deste método nas diferentes fases do manejo desta doença. **Discussão:** O PET-CT com FDG tem se mostrado uma ferramenta importante na avaliação pré-operatória no câncer de pulmão não-pequenas células, alterando o estadiamento em um número expressivo de pacientes e evitando ressecções desnecessárias em outros (cerca de 20%). Quanto à avaliação das características do tumor primário, o fator T, é necessária uma caracterização anatômica detalhada da lesão, sendo este o papel da tomografia computadorizada. O PET-CT é utilizado com sucesso na avaliação de dois critérios do fator T, a avaliação de outros nódulos no mesmo lobo pulmonar e na caracterização do derrame pleural. O PET-CT é importante principalmente no fator N, com um valor preditivo negativo alto o suficiente para evitar procedimentos invasivos quando não detectar linfonodos suspeitos de doença metastática. Na avaliação do fator M, o PET-CT tem mostrado valores superiores ou iguais na detecção e caracterização de metástases para adrenais, fígado e ossos em relação aos métodos tradicionais, porém, a taxa de detecção de metástases cerebrais com este método ainda é baixa. Outras utilizações do PET-CT com FDG na avaliação do câncer de pulmão são o reestadiamento tumoral pós-quimioterapia neo-adjuvante, avaliação de tumor residual pós-cirurgia e avaliação pré e pós-radioterapia.

/ TL-43 /

RECORRÊNCIA DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO APÓS INVESTIGAÇÃO NEGATIVA COM TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA HELICOIDAL COM DETECTOR ÚNICO DE TÓRAX E MEMBROS INFERIORES EM PACIENTES COM SUSPEITA DE EMBOLIA PULMONAR.

Darze ES; Araújo EP; Almeida RV; Braghioroli JFM; Toscano SM; Araújo Neto CA.

Hospital Aliança.

Introdução: Tromboembolismo pulmonar (TEP) e trombose venosa profunda (TVP) são manifestações diferentes de um mesmo pro-

cesso patológico. Para exclusão com segurança do diagnóstico de TEP após investigação negativa do tórax, as diretrizes internacionais recomendam a realização do duplex de membros inferiores (MMII). O objetivo desse trabalho é investigar o valor da tomografia computadorizada helicoidal (TCH) com detector único de tórax e membros inferiores na exclusão do diagnóstico de TEP. **Métodos:** Estudo de coorte retrospectivo composto por 181 pacientes com suspeita de TEP submetidos a TCH com detector único de tórax e MMII entre 2003 e 2005. Dados clínicos e demográficos foram obtidos retrospectivamente através de revisão de prontuários. Todos os pacientes foram contatados por via telefônica com o objetivo de obter informações em relação a possíveis recorrências de TEP ou TVP diagnosticadas nos seis meses subsequentes a realização da TCH. **Resultados:** Dos 181 pacientes estudados a maioria era de mulheres (65%) e a média de idade foi 56 ± 19 anos. A probabilidade clínica de embolia pulmonar de acordo com o critério de Wells foi baixa em 45% dos pacientes, moderada em 45% e alta em 10%. A TCH confirmou o diagnóstico de TEP e/ou TVP em 32 dos 181 pacientes (17,7%). Desses, 21 tinham TEP com TVP (66%), 7 tinham TEP sem TVP (22%) e 4 tinham TVP isolada (12%). Dos 149 pacientes que tiveram a TCH inicial negativa para TEP/TVP, apenas 1 apresentou TVP ao duplex (0,7%) e 2 apresentaram recorrência de TEP confirmadas em nova TCH (1,3%) ao longo de 6 meses de seguimento. A mortalidade desse grupo em seis meses foi de 10,7% (16/149), sendo que nenhuma das mortes foi atribuída a TEP. O valor preditivo negativo da TCH para recorrências de TEP/TVP foi de 98%. **Conclusão:** A TCH de tórax e MMII negativa em pacientes com suspeita de TEP está associada a um baixo risco de recorrência, e, portanto, pode ser usada como método único para exclusão do diagnóstico de TEP, prevenindo investigações adicionais e tratamentos desnecessários.

/ TL-44 /

SISTEMA DE AUXÍLIO NO DIAGNÓSTICO DE PNEUMONIAS NA INFÂNCIA UTILIZANDO TÉCNICAS DE VISÃO POR COMPUTADOR.

Oliveira LLG; Andrade ALSS; Cruvinel WM; Silva SA; Oliveira RM.

Universidade Católica de Goiás.

Introdução: A relevância das pneumonias como causa de mortalidade infantil no Brasil encontra-se devidamente comprovada em documentos recentes do Ministério da Saúde⁽¹⁾. A pneumonia é a causa mais importante de mortalidade na infância em países em desenvolvimento, ocupando a segunda causa de óbitos infantis incluindo o Brasil^(2,3). A radiografia de tórax é considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o melhor método atualmente disponível para o diagnóstico de pneumonia na prática clínica diária⁽⁴⁾. Este trabalho apresenta uma nova abordagem metodológica, baseada em sistema de diagnóstico auxiliado por computador^(5,6) (*computer-aided diagnosis – CAD*) e em transformadas *wavelets*, para auxiliar no diagnóstico de pneumonia em crianças. O sistema, denominado Pneumo-CAD, foi desenvolvido para classificar imagens de radiografia de tórax em presença (PP) ou ausência (PA) de pneumonia. **Material e métodos:** Para construção da base de conhecimento do Pneumo-CAD selecionaram-se 40 imagens previamente confirmadas como PP (20) ou PA (20) por dois radiologistas treinados segundo diretrizes da OMS⁽⁴⁾. A seguir 40 novas imagens (10 PP, 10 PA e 20 indeterminadas) foram utilizadas para avaliar a performance do Pneumo-CAD (Figura 1). A recuperação das imagens similares foi realizada por meio de extração de características, utilizando os coeficientes *wavelets* de alta frequência. A energia dos coeficientes *wavelets* de alta frequência até o nível três foi calculada e utilizada para construir o vetor de característica para classificação das imagens em PP ou PA. Os testes foram realizados com oito tipos de *wavelets* e com duas metodologias de classificação. A metodologia I utilizou um número fixo de imagens, e para a metodologia II criou-se um valor mínimo de distância baseado na distância euclidiana para compor o resultado da classificação. A acurácia da classificação fornecida pelo Pneumo-CAD foi estimada por meio da curva ROC. **Resultados:** Das transformadas *wavelets* testadas, a transfor-

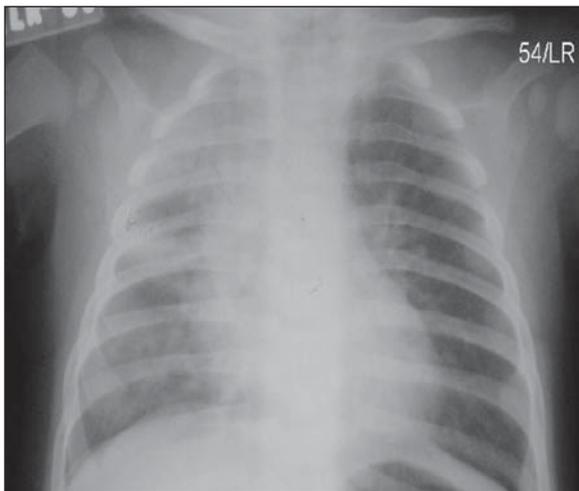
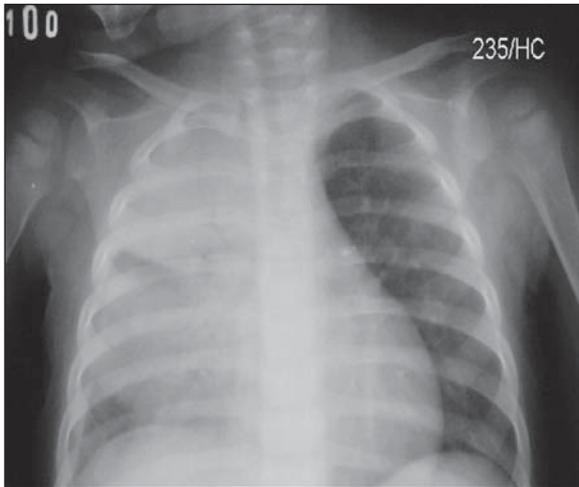


Figura 1. Exemplos de imagens dos casos potenciais de pneumonia. Imagens fotografadas de acordo com padrões estabelecidos pela OMS.

mada de Haar apresentou melhor performance com acurácia de 97% e 94%, respectivamente, para as metodologias I e II. Utilizando as metodologias I e II, 20 imagens com diagnóstico indeterminado foram submetidas ao Pneumo-CAD para análise da possível presença de pneumonia. Foram classificadas como normais 100% e 75% das imagens respectivamente com as metodologias I e II. **Conclusão:** Considerando-se os altos índices de acurácia alcançados pelo Pneumo-CAD na detecção de imagens radiológicas compatíveis com pneumonia, este estudo sugere que o Pneumo-CAD poderá ser uma ferramenta útil para: (i) triagem de crianças com suspeita clínica de pneumonia para o programa de controle, e (ii) padronização da interpretação das imagens de raio-X de tórax no contexto de avaliação de vacinas. **Referências:** 1. Saúde Brasil 2004 – Uma análise da situação de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 2. Andrade ALSS, Andrade JG, Martelli CM, et al. Effectiveness of Haemophilus influenzae b conjugate vaccine on childhood pneumonia: a case-control study in Brazil. *Int J Epidemiol* 2004;33:173–181. 3. World Health Organization. Recommended Surveillance Standards. Acute lower respiratory infections (ALRTI) and pneumonia. Geneva, SW: WHO; 1999. 4. World Health Organization. Standardization of interpretation of chest radiographs for the diagnosis of pneumonia in children. Geneva, SW: WHO, 2001. 5. Pelschus K, Herzog P, Wood SA, Cheema JI, Costello P, Schoepf UJ. Computer-aided diagnosis as a second reader: spectrum of findings in CT studies of the chest interpreted as normal. *Chest* 2005;128:1517–1523. 6. Van

Ginneken B, Ter Haar Romeny BM, Viergever MA. Computer-aided diagnosis in chest radiography: a survey. *IEEE Trans Med Imaging* 2001; 20:1228–1241.

/ TL-45 /

TUMOR CARCINÓIDE BRONCOPULMONAR: PADRÕES TOMOGRÁFICOS E CORRELAÇÃO ANATOMOPATOLÓGICA.

Pelandré GI; Oliveira ME; Lira JP; Souza AMC; Silveira JS; Lira JP
Instituto Nacional de Câncer – INCA.

Introdução: Os tumores carcinóides são neoplasias raras derivadas de células neuroendócrinas, com capacidade de sintetizar, armazenar e liberar hormônios e aminas biogênicas. A incidência aproximada nos EUA é de 1 a 2 casos por 100.000 habitantes. Embora apresente distribuição difusa pelo corpo, essa neoplasia tem sido classicamente descrita no trato gastrointestinal (65-85%) e trato broncopulmonar (25%). Outros sítios, tais como timo e gônadas, são raramente descritos. O tumor carcinóide broncopulmonar representa 1 a 2% de todas as neoplasias pulmonares e costuma se manifestar em faixas etárias mais jovens, constituindo a neoplasia pulmonar primária mais comum de crianças e adolescentes. O objetivo do presente estudo é identificar os aspectos tomográficos do tumor carcinóide broncopulmonar, correlacionando com os achados anatomopatológicos. **Método:** De janeiro de 1997 a dezembro de 2006, foram selecionados 20 pacientes admitidos no Instituto Nacional de Câncer (INCA), com diagnóstico histológico e imuno-histoquímico de tumor carcinóide broncopulmonar, que apresentavam tomografia computadorizada de tórax realizada anteriormente ao tratamento oncológico. Foram revisados os exames de imagem e os laudos anatomopatológicos de cada paciente. **Resultados:** Entre os pacientes estudados 12 (60%) eram do sexo feminino e 8 (40%) do sexo masculino. A idade variou entre 14 e 79 anos, com média de 56 ± 20 anos (média \pm desvio-padrão). Com relação à lesão tumoral, 6 pacientes apresentaram nódulo/massa hilar ou perihilar (30%), 4 apresentaram nódulo endobrônquico (20%) e 10 apresentaram nódulos periféricos (50%). Entre os que apresentaram lesão hilar/peri-hilar, foi observado tumor com diâmetro médio de 2,53cm, de conteúdo e realce homogêneo (100%), com linfonodomegalias hilares/mediastinais (83%) e alterações parenquimatosas em 66% dos casos (atelectasias, consolidações). Entre os nódulos endobrônquicos, o tamanho médio foi de 1,43cm, com alterações parenquimatosas (100%) e nenhum caso de linfonodomegalia. Entre os nódulos periféricos, foram observados tamanho médio de 2,47cm, conteúdo homogêneo (100%), contornos regulares ou lobulados (70%) e realce homogêneo pelo meio de contraste venoso (100%). **Conclusão:** No presente estudo, os tumores carcinóides broncopulmonares se apresentaram, predominantemente, como nódulos periféricos, homogêneos, de contornos regulares/lobulados e realce intenso pelo meio de contraste venoso. Embora seja um tumor incomum, o aspecto tomográfico permite ao radiologista estabelecer a hipótese diagnóstica e auxiliar no planejamento terapêutico.

ULTRA-SONOGRAFIA GERAL

/ TL-46 /

TENOSSINOVITE ESTENOSANTE DE DE QUERVAIN: RELATO DE 102 CASOS.

Silva MG; Ferreira Júnior AM; Gama Júnior TS; Bessa IU; Queiroz Filho AL; Araújo MMM; Braga TC.
Hospital Santo Antônio.

Introdução: Tenossinovite estenosante de De Quervain é a lesão mais freqüente do compartimento extensor do punho, estando relacio-