

/ P-018 /

ASPECTOS DE IMAGEM DO NEUROBLASTOMA.

Santos Junior W; Patrício B; Mendonça FC; Sepulveda D; Taneja AK; Caserta N.

Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas, SP.

evidências crescentes de que a RM representa-se como um método muito sensível à detecção precoce do câncer mamário em mulheres com alto risco para esta doença, o qual pode se apresentar mamograficamente oculto em razão da alta concentração de tecido mamário nestas pacientes⁹. A RM também possui maior acurácia do que a mamografia e o ultra-som em avaliar o tamanho e as características morfológicas do tumor, bem como no diagnóstico de lesões multifocais e multicêntricas¹⁰. Desta forma, o estudo de técnicas para auxiliar tanto na detecção como na classificação e caracterização de estruturas associadas ao câncer de mama em imagens de RM são de grande importância, pois através destes sistemas computadorizados os especialistas podem contar com uma “segunda opinião” no momento do diagnóstico, tornando-o assim mais preciso. **Referências:** 1. Castleman KN. Digital image processing. New Jersey: Prentice-Hall, 1996. 2. Lehman CD, et al. A new automated software System to evaluate breast MR examinations: improved specificity without decreased sensitivity. *AJR Am J Roentgenol* 2006;187:51–56. 3. Szabó BK, et al. Application of artificial neural networks to the analysis of dynamic MR imaging features of the breast. *Eur Radiol* 2004;14:567–570. 4. Jacobs MA, et al. Diagnosis with multiparametric MR imaging. *Radiology* 2003;229:225–232. 5. Gilhuijs KGA, Giger ML, Bick U. Computerized analysis of breast lesions in three dimensions using dynamic magnetic resonance imaging. *Med Phys* 1998;25:1647–1654. 6. Wiener JI, et al. Assessment of suspected breast cancer by MRI: a prospective clinical trial using a combined kinetic and morphologic analysis. *AJR Am J Roentgenol* 2005;184:878–886. 7. Kuhl CK, Schild HH, Morakkabati N. Dynamic bilateral contrast enhanced MR imaging of the breast: trade-off between spatial and temporal resolution. *Radiology* 2005;236:789–800. 8. Kriege M, et al. Efficacy of MRI and mammography for breast-cancer screening in women with a familial or genetic predisposition. *N Engl J Med* 2004;351:427–437. 9. Sardanelli F, et al. Sensitivity of MRI versus mammography for detecting foci of multifocal, multicentric breast cancer in fatty and dense breasts using the whole-breast pathologic examination as a gold standard. *AJR Am J Roentgenol* 2004;183:1149–1157. 10. Boetes C, et al. Breast tumors: comparative accuracy of MR imaging relative to mammography and US for demonstrating extent. *Radiology* 1995;197:743–747.

MEDICINA INTERNA

/ P-017 /

ANGIOSSARCOMA HEPÁTICO PRIMÁRIO: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA.

Botelho MPF; Bastos RM; Racy MCJ; Henares BB; Gallo AS; Araújo MF. Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

Descrevemos um caso de angiossarcoma hepático primário em uma mulher de 42 anos, natural da Bahia, com histórico de exposição a gases de indústria plástica há 12 anos sem uso de equipamentos de proteção individual. O angiossarcoma hepático primário é uma neoplasia vascular que conta por 2% dos tumores hepáticos primários, sendo a neoplasia mesenquimal mais comum do fígado. Já é bem definida a associação da doença com alguns agentes químicos e ocupacionais, destacando-se o dióxido de tório (Thorotrast), arsênico e cloreto de vinil. Tem um prognóstico bastante reservado e quase a totalidade dos pacientes falecem no primeiro ano após o diagnóstico. O transplante hepático já foi tentado algumas vezes com a recorrência da doença na totalidade dos casos. Na literatura existem poucos relatos de caso desta doença principalmente quanto a sua aparência à ressonância magnética. Neste estudo, fazemos uma revisão da literatura e mostramos imagens obtidas da paciente, tanto à ultra-sonografia, quanto à ressonância magnética e à tomografia computadorizada.

/ P-019 /

ASPECTOS TOMOGRÁFICOS DO LINFOMA RENAL.

Macedo Junior LCC; Chaves AFESV; Siciliano A; Almeida S; Lourenço RP; Borborema MAV; Fernandes BLD; Alves PL; Braga FA; Mendes RM; Mattoso MPQ; Sousa MD; Paulino R; Perdigão FJL; Sousa BMM. Clínica Radiológica Luiz Felipe Mattoso – Hospital Samaritano.

Introdução: A extensão do linfoma extranodal frequentemente afeta o sistema geniturinário, sendo o rim, o órgão mais comumente envolvido. Existe, então, por parte de alguns autores, um questionamento quanto à existência do linfoma primário renal, visto que este não possui tecido linfóide. Desta forma, o envolvimento secundário deste órgão costuma ser mais freqüente, sendo visto no acometimento sistêmico e disseminado do linfoma, principalmente por metástases hematogênicas ou invasão direta do tumor ocorrendo no espaço perirrenal. Os principais diagnósticos diferenciais a ser considerados incluem as metástases, carcinoma de células renais na forma hipovascular, carcinoma uroepitelial e as infecções atípicas. **Materiais e métodos:** Neste ensaio, através da utilização da tomografia computadorizada, iremos discutir e apresentar as principais formas do envolvimento do linfoma renal: multinodular, massa solitária, invasão renal da doença

retroperitoneal contígua, doença perirrenal e infiltração difusa. **Conclusão:** Devemos estar familiarizados quanto às formas de apresentação típicas e atípicas do linfoma renal, a fim de evitar biópsia percutânea ou nefrectomia desnecessária.

/ P-020 /

CISTO DO DUCTO DE SKENE: ASPECTOS RADIOLÓGICOS.

Amim B; Monteiro F; Hidalgo EF; Monteiro AMV; Antunes E.
Casa de Saúde São José – Rio de Janeiro, RJ.

Introdução: As glândulas e os ductos de Skene são estruturas rudimentares femininas homólogas à próstata, localizadas lateralmente ao meato uretral, sendo a abertura dos ductos diretamente no lúmen uretral. Os cistos dos ductos de Skene são raros e apresentam incidência desconhecida, podendo ser congênicos ou secundários à obstrução inflamatória. **Relato de caso:** A.J.T.B.M, nascida em 15/5/2005, sexo feminino, foi internada na UTI logo após seu nascimento por dificuldade respiratória. Ao exame físico observou-se um pequeno cisto na vulva. Realizada US abdominal, que demonstrou formação cística com ecos em seu interior, anterior à vagina e sem provável sem aparentes comunicações entre estas. A uretrrocistografia não demonstrou alterações e a RM evidenciou uma formação expansiva cística na linha média com plano de clivagem com a uretra em correspondência, que se encontra deslocada anteriormente. Confirmado ser um cisto do ducto de Skene, a paciente foi encaminhada para cirurgia, a qual foi realizada com sucesso. **Discussão:** Em neonatos, o cisto do ducto de Skene (raro em qualquer idade) é visto como uma massa próxima ao meato uretral, fazendo diagnóstico diferencial com outras massas congênicas como o cisto do ducto de Muller, cisto de Gartner e divertículo de uretra. As técnicas de imagem tradicionais como cistoscopia, cistouretrografia e uretrografia com cateter de duplo balão são limitadas no diagnóstico de lesões que são contíguas com o lúmen uretral. A RM vem se tornando importante técnica de imagem no estudo da uretra feminina, principalmente por avaliar os tecidos moles periuretrais, tendo porém ainda poucos estudos na literatura. Geralmente aparecem como massas ovais ou redondas com hipersinal em T2, localizadas lateralmente ao meato uretral. Os cistos dos ductos de Skene são geralmente achados acidentais e assintomáticos. Quando infectados, apresentam-se como massa flutuante e devem ser excisados cirurgicamente.

/ P-021 /

CORRELAÇÃO ENTRE ANGIO-TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTI-SLICE E ANGIO-RESSONÂNCIA MAGNÉTICA, REALIZADA COM A TÉCNICA BOLUS-CHASE, NA AVALIAÇÃO DA DOENÇA ARTERIAL OBSTRUTIVA DOS MEMBROS INFERIORES.

Ferreira AM; Musegante AR; Rocha GGL; Porto KS; D'Almeida FR; Araujo Neto C.
Clínica Image Memorial.

Introdução: A doença arterial obstrutiva dos membros inferiores acomete, de forma assintomática, cerca de 5% dos homens acima de 50 anos de idade, podendo evoluir desfavoravelmente, inicialmente com claudicação e posteriormente com amputação e até morte. Historicamente, o mapeamento arterial periférico vinha sendo feito pela arteriografia por cateter, que é um método invasivo e relacionado a complicações. Na última década, a evolução dos equipamentos de diagnóstico por imagem permitiu a realização de estudos por angio-ressonância magnética com a técnica *bolus chase* e angio-tomografia computadorizada *multislice*, ambos os métodos avaliando toda a árvore arterial periférica de forma ambulatorial, rápida e minimamente invasiva. **Descrição do material:** O presente estudo descreve e ilustra o papel de cada um desses métodos na avaliação das artérias dos membros inferiores, contrapondo as vantagens e desvantagens de cada um. **Discussão:** O surgimento dos exames de angio-tomografia computadorizada *multislice* e angio-ressonância magnética tornou a avaliação das artérias dos membros inferiores menos invasiva, permitindo não só o

estudo pré-operatório, bem como em casos menos graves de doença obstrutiva arterial, como por exemplo em pacientes claudicantes. Dessa forma, quando se dispõe de equipamentos de tomografia computadorizada e ressonância magnética de última geração, a arteriografia por cateter pode apenas ser utilizada para terapêutica endovascular.

/ P-022 /

DIAGNÓSTICO DE CARCINOMA DE PRÓSTATA: MARCADOR SEROLÓGICO E ULTRA-SOM MODO-B E DOPPLER.

Scoppetta LCD; Cohen MP; Scoppetta LRPD; Scoppetta TLPD; Contrucci AC; Lapeiz FA.

Hospital e Maternidade São Camilo – São Paulo, SP.

Descrição do propósito: Avaliar o valor do antígeno prostático específico (PSA), da ultra-sonografia transretal de próstata modo-B e Doppler no diagnóstico do câncer de próstata. **Material e método:** Foram revisados retrospectivamente os dados dos pacientes encaminhados ao serviço de Diagnóstico por Imagem entre os meses de maio/2000 e fevereiro/2006 para a realização de biópsia prostática guiada por ultra-som (US). Foram incluídos no estudo 333 pacientes entre 40 e 94 anos de idade, com dados completos de PSA e dos achados anatomopatológicos. Em todos os pacientes foram realizados US modo-B e Doppler, e biópsias a sextante estendida e de áreas suspeitas. **Resultados:** A sensibilidade e a especificidade do US modo-B e Doppler foram, respectivamente: 41,8% e 86,8%, e 25,6 e 93,2%; e os valores preditivos positivos e negativos: 63,0% e 73,5%, e 66,6% e 70,3%. Valores de corte de PSA, através da curva ROC, acima de 2,5ng/ml e 4,0ng/ml apresentaram sensibilidade e especificidade de 97,3% e 5,0%, e 81,8% e 19,6%, respectivamente, e densidade de PSA menor que 0,10, sensibilidade de 86,1% e especificidade de 35,0%. **Conclusão:** Na nossa população, a associação do US Doppler ao modo-B acrescentou na detecção do câncer de próstata, e a especificidade deste recurso apresentou valores altos (93,2%). O US modo-B e Doppler é uma arma útil para guiar biópsia prostática a sextante, devendo ser valorizadas áreas suspeitas. Os valores de PSA e densidade de PSA encontrados são concordantes com os da literatura.

/ P-023 /

ESTADIAMENTO TOMOGRÁFICO DA PANCREATITE AGUDA E SUAS COMPLICAÇÕES.

Ferreira BDC; Melo ALKO; Oliveira A; Candido D; Andrade FCG; Lopes GP; Oliveira LRP; Souza LRMF; Rosalen Junior RA; Bosi TCC.
Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Introdução: A mortalidade por pancreatite aguda foi reduzida nas últimas décadas em função do melhor conhecimento da história natural da doença, dos avanços na terapêutica intensiva e, principalmente, graças aos métodos seccionais de imagem que possibilitaram sua visualização direta. Os exames de imagem são realizados para se detectar cálculos biliares, identificar pacientes com pancreatite de alto risco e suas complicações (pseudocistos, pseudo-aneurismas e abscessos). Dentre as classificações radiológicas destacam-se os critérios de Balthazar que demonstram, através de escore tomográfico, estreita relação entre a presença e o grau de necrose com a mortalidade. Nesse trabalho, selecionamos imagens típicas de pancreatite aguda e suas complicações, ilustrando as características que definem a classificação de Balthazar, associada a uma revisão crítica da literatura. **Descrição do material:** Foram selecionados do arquivo do serviço de radiologia imagens de tomografia computadorizada (TC) com e sem contraste em pacientes com pancreatite em sua forma leve (intersticial) e grave (necrosante), de acordo com os critérios de Balthazar. **Discussão:** O exame por imagem é sempre indicado quando a causa da dor abdominal não está clara. Na suspeita de pancreatite aguda, a TC, por sua alta sensibilidade no diagnóstico (90% a 95%) e na detecção do processo inflamatório, tornou-se padrão-ouro no estudo da doença sendo indicada para pacientes com quadros graves (Ranson \geq 3 ou

APACHE II \geq 8). Os critérios de Balthazar utilizados no estadiamento tomográfico qualificam a doença em graus de A a E com pontuação de 0 a 4 pontos, sendo: A (0 pontos) pâncreas de morfologia normal; B (1 ponto) aumento focal ou difuso da víscera; C (2 pontos) inflamação peripancreática; D (3 pontos) coleção líquida única; E (4 pontos) presença de duas ou mais coleções. Associa-se a estes critérios o índice de gravidade que quantifica o grau de necrose pancreática em: nula (0 pontos); até 33% (2 pontos); 33% a 50% (4 pontos); superior a 50% da víscera acometida (6 pontos). O escore final qualifica a doença em forma leve (0 a 3 pontos), forma moderada (4 a 6 pontos) e forma grave (7 a 10 pontos). É importante considerar que os pacientes classificados como forma leve têm chance de evolução mórbida em até 8% com mortalidade de 3%, enquanto os com forma grave têm morbidade de 92% e mortalidade de até 17%. Após revisão crítica da literatura, desenvolvemos em nosso serviço um protocolo para investigação de pancreatite aguda: 1 – na admissão, paciente com diagnóstico suspeito de pancreatite aguda leve: realização de ultra-som de abdome superior para detecção de líquido livre e litíase biliar; 2 – paciente estável com quadro clínico-ultra-sonográfico duvidoso: TC de abdome superior sem contraste; repetir após 72 horas com contraste venoso nos casos piora clínica para avaliação de necrose parenquimatosa; 3 – pacientes com quadro clínico sugestivo de pancreatite grave: realizar ultra-som de abdome superior e TC de abdome superior com contraste.

Referências: 1. Balthazar EJ, Freeny PC, vanSonnenberg E. Imaging and intervention in acute pancreatitis. *Radiology* 1994;193:297–300. 2. Balthazar EJ, Robinson DL, Megibow AJ, Ranson JH. Acute pancreatitis: value of CT in establishing prognosis. *Radiology* 1990;174:331–336. 3. Munoz A, Katem Dahl DA. Diagnosis and management of acute pancreatitis. *Am Fam Physician* 2000;62:164–174. 4. Rifkind KM, Lawrence LR, Ranson JH. Acute pancreatitis. Initial roentgenographic signs. *N Y State J Med* 1976;76:1968–1972.

/ P-024 /

HEMANGIOPERICITOMA RETROPERITONEAL: APRESENTAÇÃO DE UM CASO E REVISÃO DA LITERATURA.

Mendes RM; Chaves AFESV; Macedo Junior LCC; Sousa BMM; Sousa MD; Fernandes BLD; Braga FA; Borborema MAV; Alves PL; Mattoso MPQ; Paulino R.

Clinica Radiológica Luiz Felipe Mattoso – Hospital Samaritano.

Introdução: Os hemangiopericitomas são raros tumores vasculares (1%) que são derivados dos pericitos de Zimmermann. Na localização retroperitoneal, costumam ser freqüentemente volumosos, bem encapsulados, hemodinamicamente hipervasculares e sem calcificação na maioria das vezes. Os achados clínicos são normalmente inespecíficos, a depender de seu tamanho e sua localização. Não há predileção por sexo e atingem com maior freqüência adultos entre a 4ª e 6ª décadas. Seu comportamento tende a ser *borderline*, muitas vezes malignos, podendo recidivar localmente e metastatizar para outros órgãos. O retroperitônio é seu segundo local mais freqüente, seguido pelas extremidades nos membros inferiores. **Relato de caso:** Apresentaremos um caso, sexo masculino, 52 anos, em investigação de leve dor abdominal no flanco direito e quadro de anemia. O estudo tomográfico revelou lesão expansiva sólida heterogênea, contornos lobulados e limites parcialmente definidos, que se impregna pelo meio de contraste na fase arterial, medindo 10cm x 5cm x 4 cm (L x AP x T), localizada em situação retroperitoneal à direita dos músculos psoas e ilíaco. **Discussão:** O hemangiopericitoma deve ser considerado no diagnóstico diferencial tanto das massas retroperitoneais como pélvicas, principalmente quanto ao seu comportamento hipervascular, a respeito da sua relativa raridade quando comparada a outros tumores de origem mesenquimal mais comum nesta localização, tais como o lipossarcoma, fibrohistiocitoma maligno e o leiomiossarcoma. Os achados tomográficos permitiram caracterizar o seu padrão morfológico, avaliar o grau da extensão e o estadiamento local da lesão, proporcionando um correto planejamento e abordagem cirúrgica, quando possível.

/ P-025 /

IMAGENS QUE SIMULAM LESÕES NO ENEMA OPACO.

Sauma ACLV; Soares AH; Vergílio FS; Vergílio CS; Leonardi L; Pentead CAC; Zanata CA; Mattar G; Santos TS; Abreu FMM.

Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo.

Introdução: O enema opaco ainda é um método de grande auxílio no diagnóstico de diversas patologias colônicas. É importante detectar as lesões tanto quanto saber diferenciar as imagens que a simulam, visto que podem levar a falsos diagnósticos e a condutas inadequadas. **Objetivo:** Reconhecer as principais imagens que simulam lesões no enema opaco e diferenciá-las de lesões verdadeiras. **Descrição do material:** A análise do enema opaco requer bastante atenção do radiologista, pois as pseudolesões são freqüentes e podem levar a falsos diagnósticos. Dentre as mais comuns, observa-se a presença de material intraluminal, tais como: resíduos fecais, sementes de frutas e corpos estranhos. Nestes casos é importante que haja um bom preparo intestinal antes da realização do exame. Durante a fluoroscopia, o aspecto e a mobilidade desses materiais podem ser de auxílio. Outro exemplo é a floculação do bário, que simula processo inflamatório na mucosa, que pode ser evitado reduzindo o tempo de execução do exame. Muitas vezes a própria válvula ileocecal visualizada de face poderá mimetizar uma falha de enchimento do ceco. O enema opaco continua sendo usado com freqüência na avaliação das alças colônicas e suas patologias. É necessário reconhecer as pseudolesões, para evitar erros de diagnóstico e conduta.

/ P-026 /

MANIFESTAÇÕES RADIOLÓGICAS DAS DOENÇAS TROPICAIS.

Batista KWS; Manzella A; Borba Filho P; Albuquerque Filho E; Santana LN; Ribeiro CSG; Santos Filho JA; Kaercher JH; Siqueira Neto ML; Peixoto CC; Souza CZ; Zelaquett KHV; Sales DC; Gomes AJSF; Rodrigues KM; Aquino ACRF; Dourado Filho MG; Viana FOF; Ó IB; Carneiro CS.

Hospital das Clínicas da UFPE – Recife, PE.

Introdução: As doenças tropicais são patologias clínicas transmissíveis, produzidas por diferentes agentes etiológicos, bem definidas quanto a sua natureza morfológica e que ocorrem em regiões tropicais ou subtropicais. Os microrganismos causadores de doenças tropicais incluem vírus, bactérias fungos e parasitas intestinais. Essas enfermidades podem apresentar durante o seu curso evolutivo sinais e sintomas por ação direta ou indireta dos microrganismos ou de seus componentes. O objetivo do presente estudo foi demonstrar as manifestações radiológicas de tais doenças através dos diferentes métodos de imagem. **Descrição do material:** Neste ensaio são discutidas e ilustradas as principais manifestações radiológicas de doenças consideradas “tropicais”, tais como leishmaniose, esquistossomose, tuberculose na sua forma extrapulmonar, doença de Chagas, ascariíase, es-trongiloidíase, filariose, clonorquiase e dengue. **Discussão:** Embora muitas destas doenças não sejam essencialmente diagnosticadas através dos métodos de imagem, os autores enfatizam a importância do conhecimento de tais manifestações para auxiliar no diagnóstico, no acompanhamento bem como flagrar possíveis complicações dessas morbidades.

/ P-027 /

PAPEL DOS MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM NÃO-INVASIVOS NO PLANEJAMENTO CIRÚRGICO DA DOENÇA OBSTRUTIVA CAROTÍDEA.

Ferreira AM; Musegante AR; Porto KS; Rocha GGL; D Almeida FR; Araújo Neto C.

Clinica Image Memorial.

Introdução: A doença ateromatosa carotídea é a principal causa de acidentes vasculares cerebrais, sendo o tratamento cirúrgico precoce

por via aberta ou endovascular, importante na redução da morbi-mortalidade. Os métodos de diagnósticos por imagem não-invasivos exercem papel fundamental, tanto no diagnóstico quanto no planejamento terapêutico da doença aterosclerótica carotídea. **Descrição do material:** O objetivo do presente estudo é mostrar a contribuição dos diferentes métodos de diagnóstico por imagem não-invasivos (dúplex scan, angio-tomografia computadorizada *multislice* e angio-ressonância magnética) na escolha e programação da terapêutica cirúrgica. No presente trabalho os autores expõem uma sistematização dos parâmetros mais importantes para o planejamento cirúrgico. **Discussão:** A programação cirúrgica na doença obstrutiva carotídea será influenciada por aspectos anatômicos do paciente, como por exemplo, altura da bifurcação carotídea, tipo de arco aórtico, presença de variantes anatômicas, bem como informações a respeito da composição da placa, os quais podem dificultar ou inviabilizar determinada opção terapêutica.

/ P-028 /

PATOLOGIAS APENDICULARES: UM ENSAIO PICTÓRICO.

Barroso VA; Carvalho CS; Rocha GCM; Maia LAM; Braga HJV; Fonseca RS.

Hospital Aliança.

Introdução: O envolvimento patológico do apêndice cecal pode ser bem variado, sendo a principal forma de acometimento a por processos inflamatórios. Os métodos de imagem geralmente ajudam no diagnóstico diferencial com outras entidades, o que pode mudar a abordagem terapêutica. **Descrição do material:** Foram extraídos do arquivo patológico desta instituição casos selecionados e confirmados histologicamente de patologias inflamatórias e neoplásicas do apêndice cecal. Os exames realizados foram ultra-sonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética. **Discussão:** Os processos inflamatórios do apêndice cecal são uma das principais causas de abdome agudo e atualmente seu tratamento é feito na maioria dos casos com cirurgia laparoscópica. A identificação de patologias tumorais pelos diversos métodos de imagem pode mudar a conduta cirúrgica optando-se pela laparotomia exploradora como primeira opção.

/ P-029 /

PSEUDOTUMOR INFLAMATÓRIO ABDOMINAL: APRESENTAÇÃO DE DOIS CASOS E REVISÃO DA LITERATURA.

Chaves AFESV; Mendes RM; Macedo Junior LCC; Borborema MAV; Sousa BMM; Sousa MD; Alves PL; Braga FA; Fernandes BLD; Mattoso MPQ; Paulino R.

Clínica Radiológica Luiz Felipe Mattoso – Hospital Samaritano.

Introdução: O pseudotumor inflamatório (PTI), também denominado de tumor inflamatório miofibroblástico, é uma lesão “quase-neoplásica” que mais comumente envolve os sítios pulmonar e orbitário, sendo descrito também em qualquer parte do corpo, inclusive abdominal. As causas do PTI são ainda desconhecidas. Alguns autores acreditam que este tumor é um fibrossarcoma de baixo grau com células inflamatórias (linfomatosas). A propensão do PTI ser localmente agressivo e freqüentemente multifocal, e até progredir ocasionalmente para um verdadeiro tumor maligno, suporta essa idéia. Os achados clínicos costumam ser inespecíficos, a depender de sua localização e extensão. **Relato de caso:** Foram analisados dois casos quase simultâneos, de duas irmãs gêmeas, 19 anos, com um quadro de dor abdominal agudo, exames laboratoriais inespecíficos, onde os achados de imagens revelaram múltiplas lesões de aspecto nodular, de densidade de partes moles, de tamanhos variados, sem calcificação, com impregnação pelo meio de contraste, esparsos na cavidade abdominal e pélvica, sem acometimento dos órgãos-alvo. Os autores ilustram estas lesões através da utilização da tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM). **Discussão:** Na localização abdominal, embora

seja bastante raro, o PTI deve ser considerado no diagnóstico diferencial de qualquer massa de densidade de partes moles, bem como visceral. Segundo a literatura, os achados na RM e TC são variáveis, podendo ser muitas vezes inespecíficos. Devido ao PTI poder simular tumores malignos, tanto através dos achados clínicos como radiológicos, deve-se estar atento com esta entidade, a fim de possibilitar um adequado planejamento clínico e cirúrgico, quando necessário.

/ P-030 /

RESSONANCIA MAGNÉTICA DO ESFÍNCTER ANAL COM BOBINA ENDORRETAL NA AVALIAÇÃO DE PACIENTES COM INCONTINÊNCIA FECAL.

Sousa BMM; Brandão A; Lima MT; Basílio P; Chaves AFESV; Macedo Junior LCC.

Clínica Radiológica Luiz Felipe Mattoso.

Introdução: A incontinência fecal é um problema médico e social importante. Aproximadamente 2% das pessoas acima dos 45 anos de idade sofrem desta doença. Os defeitos do esfíncter anal são a causa principal da incontinência fecal. Estes defeitos são freqüentemente resultado do parto vaginal ou da cirurgia anal. Menos freqüentemente, podem ser causados por uma deficiência esfíncteriana após uma cirurgia para atresia anal ou trauma. Os defeitos do esfíncter anal podem ser ocultos clinicamente. Além do exame clínico, a ultra-sonografia era um dos poucos métodos de imagem que permitia a avaliação do esfíncter anal. Ultimamente a RM do esfíncter anal, com a utilização de bobina endorretal, tem sido utilizada em pacientes incontinentes para melhor estudo esfíncteriano. **Materiais e métodos:** Foram avaliados os exames de RM do arquivo digital de uma clínica particular. Os pacientes que apresentavam clínica de incontinência fecal foram submetidos a RM em aparelho de alto campo (GE Excite 1,5 T) com utilização de bobina endorretal com especial interesse para o esfíncter anal. **Resultados:** A RM evidenciou de forma bastante clara e com imagens de alta resolução a anatomia esfíncteriana, as principais lesões do esfíncter anal interno e externo e suas variações permitindo melhor diagnóstico e decisão terapêutica em pacientes com incontinência fecal.

/ P-031 /

TRAUMA PANCREÁTICO: ASPECTOS RADIOLÓGICOS.

Brino PET; Mello C; Sugano GT; Pedro LLB.

Conjunto Hospitalar do Mandaqui.

Introdução: Em crianças o trauma é considerado a principal causa de pancreatite, mas é rara em adultos. Na imensa maioria dos casos há acometimento de outros órgãos abdominais, associado à lesão pancreática. No trauma abdominal contuso esta ocorre por impacto contra a vértebra adjacente. **Revisão de literatura:** Em adultos ocorre em 2–2% dos traumas fechados e 11% dos penetrantes. A lesão do pâncreas é incomum pela sua localização retroperitoneal. Nos penetrantes a lesão usualmente é diagnosticada durante a laparotomia exploradora. Nos fechados os sintomas são inespecíficos, o que evita o diagnóstico precoce e favorece a ocorrência de complicações, que são principalmente as fístulas, os abscessos, a sepse e a hemorragia. A taxa de mortalidade chega a 20–218% no total e a 28% nas lesões da cabeça, sendo maior nas primeiras 48 horas por choque hemorrágico. Após esse período relaciona-se com choque séptico e disfunção de múltiplos órgãos. **Discussão:** A principal causa de morbidade nos pacientes é a lesão do ducto de Wirsung. O risco de complicações chega a 50% nesses casos e a menos de 10% naqueles em que não houve lesão do ducto. A integridade do Wirsung pode ser avaliada até a cabeça do pâncreas em 97% e até a cauda em 83% dos casos pela RM. A TC *multislice* é o exame de escolha observada na fase portal com cortes de 3–5mm. Os sinais radiológicos principais são a laceração, a transecção e a cominuição. Podem ser observados, também aumento focal pancreático

líquido próximo ao órgão ou linhas de fratura e coleções comunicando-se com a lesão. Os sinais secundários são a heterogeneidade da gordura peripancreática, a hemorragia e o líquido entre a veia esplênica e o pâncreas. A lesão pode ser classificada, segundo Moore: grau 1 – hematoma ou laceração superficial sem lesão ductal principal; grau 2 – hematoma maior ou laceração sem lesão ductal principal ou perda tecidual; grau 3 – transecção distal ou lesão parenquimatosa com lesão do ducto principal; grau 4 – transecção proximal ou lesão de pâncreo envolvendo a ampola de Vater; grau 5 – destruição da cabeça pancreática. Em 90% dos casos há lesão associada de órgãos adjacentes, e a lesão grau 3 é a mais comum (60%). O tratamento geralmente é conservador nos graus 1 e 2 e cirúrgico nos graus 3 e 4.

/ P-032 /

TÉCNICAS AVANÇADAS DE ANGIO-RM: ENSAIO PICTÓRICO.

Santos JEM; Shigueoka DC; Nakano EM; Sales DM; Pinetti RZ; Benveniste MFK; Hernandez SF; Idagawa MH; Uemura L.
Diagnósticos da América – São Paulo, SP.

Introdução: A isquemia do membro inferior com risco de amputação é uma das complicações mais graves das doenças arteriais oclusivas periféricas, com uma incidência que varia de 500–1.000 novos casos por um milhão de pessoas por ano nos países industrializados⁽¹⁾, resultando em milhares de amputações e enxertos arteriais cirúrgicos anualmente nos Estados Unidos⁽²⁾. As alternativas de tratamento para estas oclusões arteriais periféricas expandiram, necessitando de imagens arteriais de alta qualidade⁽³⁾. A angiografia digital continua sendo o padrão ouro, porém com limitações, e a angio-RM tornou-se uma importante ferramenta que pode substituí-la na avaliação dos membros inferiores. Novas técnicas de angio-RM têm se mostrado importantes nesta avaliação^(4,3-5). Destacamos aqui a *time-resolved three-dimensional contrast-enhanced MR angiography*^(3,5). **Descrição do material:** Apresentamos casos ilustrativos de pacientes com diversos graus de doença arterial oclusiva periférica, utilizando as técnicas de angio-RM híbrida e *time-resolved three-dimensional contrast-enhanced MR angiography*, mostrando suas vantagens e discutindo os princípios físicos, parâmetros de RM e os artefatos possíveis. **Discussão:** Durante os últimos anos a angio-RM utilizando contraste paramagnético tornou-se uma opção bastante atrativa para os métodos de imagem invasivos na avaliação da doença arterial oclusiva periférica⁽⁶⁾. O resultado de vários estudos mostrou que as técnicas de angio-RM com contraste paramagnético, usando injeção única com rastreamento de contraste ou técnica de mesa móvel (*bolus-chase* ou *moving-table technique*)⁽⁶⁾ e com três estações de aquisição (*three-station*), visualizam oclusões e estenoses arteriais hemodinamicamente significativas, com uma sensibilidade de 92–94% e uma especificidade de 90–99%. No entanto, estas técnicas possuem limitações na avaliação dos vasos infragênicos⁽⁶⁾. A técnica *time-resolved three-dimensional contrast-enhanced MR angiography* possui uma excelente resolução temporal, permitindo a visualização das artérias infragênicas, principalmente as do pé, apresentando boa sensibilidade e especificidade na avaliação destes vasos^(5,7). A combinação de técnicas de angio-RM na avaliação dos vasos proximais e distais dos membros inferiores utilizando injeção única com rastreamento de contraste e *time-resolved three-dimensional contrast-enhanced MR angiography* tem se mostrado a melhor opção atualmente disponível, com bons resultados quando comparado ao padrão ouro (angiografia digital)⁽⁵⁾. **Referências:** 1. Meissner AO, Rieger J, Weber C, et al. Critical limb ischemia: hybrid MR angiography compared with DSA. *Radiology* 2005;235:308–318. 2. Swan JS, Carroll TJ, Kennell TW, et al. Time-resolved three-dimensional contrast-enhanced MR angiography of the peripheral vessels. *Radiology* 2002;225:43–52. 3. Mell M, Tefera G, Thornton F, et al. Clinical utility of time-resolved imaging of contrast kinetics (TRICKS) magnetic resonance angiography for infraglenular arterial occlusive disease. *J Vasc Surg* 2007;45:543–548. 4. Lapeyre M, Kobeiter H, Desgranges P, et

al. Assessment of critical limb ischemia in patients with diabetes: comparison of MR angiography and digital subtraction angiography. *AJR Am J Roentgenol* 2005;185:1641–1650. 5. Andreisek G, Pfammatter T, Goepfert K, et al. Peripheral arteries in diabetic patients: standard bolus chase and time-resolved MR angiography. *Radiology* 2007;242:610–620. 6. Higgins CB, Roos A. MRI and CT of the cardiovascular systems. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2006;514–537. 7. Hany TF, Carroll TJ, Omary RA, et al. Aorta and runoff vessels: single-injection MR angiography with automated table movement compared with multi-injection time-resolved MR angiography – initial results. *Radiology* 2001;221:266–272.

MEDICINA NUCLEAR

/ P-033 /

ASPECTOS DA CINTILOGRAFIA ÓSSEA TRIFÁSICA COM MDP-^{99m}Tc EM FIBRO-HISTIOCITOMA MALIGNO.

Melo AS; Boente LA; Pereira NP; Barreto LGS; Nery MS; Guedes A.
Hospital Português da Bahia, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

Introdução: Cintilografia óssea é uma ferramenta muito útil na avaliação de lesões ósseas primárias de difícil diagnóstico. A realização da etapa de fluxo sanguíneo (estudo trifásico) adiciona ao exame a capacidade de avaliar a vascularização do tumor. Apresentação de um caso de fibro-histiocitoma maligno (FHM) na ulna direita e seus aspectos à cintilografia óssea trifásica. **Relato do caso:** Paciente do sexo feminino, 64 anos, que apresentou massa endurecida palpável nos 2/3 distais da ulna direita em junho de 2006. Realizou raio-X na época, que mostrou tumoração. Prosseguiu para realização de biópsia em julho/06, que não foi conclusiva. Cintilografia óssea trifásica realizada em setembro/06 mostrava lesão acentuadamente hipercaptante e vascularizada nos 2/3 distais da ulna direita. Uma segunda biópsia, realizada em setembro/06, apresentou achados que sugeriram tumor miofibroblástico inflamatório. Paciente foi submetida a quimioterapia e radioterapia adjuvantes e uma ressecção alargada, porém conservadora, da ulna direita em dezembro/06. O estudo anatomopatológico mostrou neoplasia indiferenciada de partes moles com envolvimento de segmento ósseo em ulna direita. Estudo imuno-histoquímico da peça demonstrou tratar-se de sarcoma pleomórfico indiferenciado de alto grau/fibro-histiocitoma maligno pleomórfico. **Discussão:** Na última classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS) de tumores de tecidos moles foi indicado que o fibro-histiocitoma maligno (FHM) melhor representa um sinônimo para sarcomas pleomórficos indiferenciados, formando uma distinta entidade clínico-patológica⁽¹⁾. O FHM é o tumor maligno mais comum de tecidos moles em idades avançadas⁽²⁾. A maioria dos casos aparece em pacientes de idades entre 50 e 70 anos, sendo raro seu surgimento em pacientes menores de 40 anos^(3,4). Apresenta uma taxa de recorrência de 44% e metastatiza em aproximadamente 42% dos casos. Microscopicamente, essas lesões tendem a ser muito heterogêneas, contudo compartilham o marcado pleomorfismo apresentando-se comumente com células gigantes misturadas com células fusiformes e um variável número de histiócitos. Análise imuno-histoquímica é pouco relevante⁽⁵⁾. Tem sido descrito que esse tumor têm alta afinidade pelo Ga-67 e apenas 38% pelo MDP-^{99m}Tc, ainda que poucos casos clínicos foram publicados⁽²⁾. O mecanismo de concentração de MDP-^{99m}Tc no FHM ainda não está claro⁽²⁾. Foi descrita presença de calcificações neste tumor em 7–20% dos pacientes^(6,7). Rosenthal⁽⁸⁾ sugeriu que a captação não dependia de cálcio no tumor, mas sim da invasão de tecido ósseo adjacente. Spencer e cols.⁽⁹⁾ observaram que casos de FHM de partes moles com grande captação do