

histopatológica do espécime cirúrgico. **Resultados:** No exame de RM pré-RF a extensão das lesões variou de 1,0cm a 6,0cm. Houve realce típico em todas as pacientes. Após a RF, desapareceu o realce nas lesões em quatro pacientes, com resultados histopatológicos negativos para tumor viável. Em 2 pacientes foram caracterizadas pequenas áreas de realce ductal e nodular menores que 7 mm, que corresponderam a lesões residuais. Em uma paciente foi evidenciada uma grande área de realce confirmada como tumor viável pela análise histológica. **Conclusões:** A ablação por radiofrequência é uma técnica viável no tratamento do câncer de mama e a RM pode ser utilizada como exame na avaliação pré e pós-tratamento.

## MEDICINA INTERNA

### / PE-030 /

#### ABORDAGEM DA LESÃO FOCAL ESPLÊNICA POR RM.

*Araujo ALE; Silva FD; Andreiulo PA; Pinheiro RA; Carvalho R; Villa GB; Bernardes PMB; Moll AJ; Alves LLF.*  
Rede Labs D'Or – Rio de Janeiro, RJ.

**Introdução:** As alterações esplênicas podem ser classificadas em seguintes categorias: congênitas, trauma, inflamação, distúrbios vasculares, distúrbios hematológicos, tumores benignos, malignos e mistos. A proposta desse trabalho é apresentar a fisiologia vascular do baço e o comportamento de sinal na ressonância magnética das alterações esplênicas demonstrando que o método é uma ferramenta excelente para o diagnóstico e avaliação das lesões que podem acometer o baço. **Descrição do material:** Foi realizado estudo retrospectivo dos exames de ressonância magnética (1,0–1,5 T) do abdome com diagnóstico de alteração esplênica focal nos últimos sete anos. Foram executadas como protocolo as seqüências ponderadas em T1 com supressão de gordura (SG) antes e após contraste venoso (estudo dinâmico), em fase e fora de fase e T2 com e sem supressão de gordura. Os casos escolhidos foram comprovados por punção-biópsia, anatomopatológico ou apresentação típica de imagem na ressonância magnética. **Discussão:** A análise do sinal e do padrão de impregnação deve ser um excelente recurso diagnóstico das várias lesões esplênicas focais e condições patológicas estudadas: alterações congênitas (baço acessório, poliesplenia/asplenia), abscesso piogênico, lesões fúngicas (candidíase), tuberculose, infarto, malformação arterio-venosa, pseudo-aneurisma pós-trauma, tumores benignos (cistos verdadeiros, pseudocistos hemangiomas tipo I/II/III, hamartoma) e tumores malignos (metástase e linfoma). **Referências:** 1. Taylor AJ, Dodds WJ, Erickson SJ, Stewart ET. CT of acquired abnormalities of the spleen. *AJR Am J Roentgenol* 1991;157:1213–1219. 2. Luna A, Ribes R, Caro P, Luna L, Aumente E, Ros PR. MRI of focal splenic lesions without and with dynamic gadolinium enhancement. *AJR Am J Roentgenol* 2006;186:1533–1547. 3. Urban BA, Fishman EK. Helical CT of the spleen. *AJR Am J Roentgenol* 1998;170:997–1003. 4. Ramani M, Reinhold C, Semelka RC, et al. Splenic hemangiomas and hamartomas: MR imaging characteristics of 28 lesions. *Radiology* 1997;202:166. 5. Caslowitz PL, Labs JD, Fishman EK, Siegelman SS. Non-traumatic focal lesions of the spleen: assessment of imaging and clinical evaluation. *Comput Med Imaging Graph* 1990;14:133–141. 6. Rabushka LS, Kawashima A, Fishman EK. Imaging of the spleen: CT with supplemental. MR examination. *RadioGraphics* 1994;14:307–332. 7. Urrutia M, Mergo PJ, Ros LH, Torres GM, Ros PR. Cystic masses of the spleen: radiologic-pathologic correlation. *RadioGraphics* 1996;16:107–129. 8. Elsayes KM, Narra VR, Mukundan G, Lewis JS Jr, Menias CO, Heiken JP. MR imaging of the spleen: spectrum of abnormalities. *RadioGraphics* 2005 ;25:967–982. 9. Freeman MH, Tonkin AK. Focal splenic defects. *Radiology* 1976;121(3 Pt. 1):689–692.

10. Elsayes KM, Narra VR, Mukundan G, Lewis JS Jr, Menias CO, Heiken JP. MR Imaging of the spleen: spectrum of abnormalities. *RadioGraphics* 2005;25:967–982.

### / PE-031 /

#### ACHADOS DE IMAGEM NAS INFECÇÕES RENAI CRÔNICAS.

*Ferreira BDC; Melo ALKO; Amancio FM; Lopes GP; Freitas LF; Souza LRMF; D'Ippolito G.*  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

**Introdução:** As infecções renais crônicas são caracterizadas pela colonização da urina normalmente estéril por bactérias ou fungos. Sua epidemiologia é bastante variável, dependendo da faixa etária do paciente e da presença de fatores complicadores associados. Os objetivos dos métodos de imagem nesses casos são: avaliação e localização de infecções do trato urinário nos pacientes não-responsivos à terapêutica; identificação de anormalidades urinárias anatômicas e caracterização de achados que possam auxiliar no diagnóstico diferencial. Nesse trabalho pretendemos analisar as infecções renais crônicas radiologicamente mais freqüentes: a pielonefrite crônica, a pielonefrite xantogranulomatosa (PXG), a tuberculose (TB) renal e a malacopláquia, através de uma revisão crítica da literatura, com ênfase nas informações pertinentes sobre os achados de imagem destas patologias. **Descrição do material:** Foram selecionadas do arquivo do serviço de radiologia imagens de urografia excretora (UE), ultra-som transabdominal (US) e tomografia computadorizada (TC) de pacientes portadores de infecções renais crônicas com características típicas. **Discussão:** As infecções renais crônicas apresentam características de imagem que, na maior parte dos casos, permite seu diagnóstico diferencial. Na pielonefrite crônica, à UE e TC, observam-se fibrose e atrofia do parênquima, cálices dilatados e baqueteados, excreção tardia do contraste, formato renal pequeno e irregular aproximando as margens retraídas e hipertrofia focal do parênquima interposto. Quando o envolvimento é unilateral, freqüentemente é observada hipertrofia compensatória do rim contralateral. O US caracteriza redução das dimensões renais com ecogenicidade aumentada e perda da diferenciação cortiço-medular. Nos casos de pielonefrite xantogranulomatosa, a UE mostra um rim não-funcionante com um ou mais cálculos, irregularidade das papilas, redução da espessura cortical com deformidade e estreitamento ureteral; freqüentemente são observadas calcificações parenquimatosas em casos avançados. O US é útil para detecção de coleções líquidas e cálculos, sendo TC utilizada para avaliação da extensão da doença. A tuberculose renal, observada 5 a 10 anos após a infecção pulmonar inicial, apresenta-se à UE, em casos moderados e graves, com aspecto de “roído de traça” dos cálices envolvidos, cavidades de abscesso que se conectam, estenose ureteral com retificação por fibrose, ausência de função do rim em virtude da oclusão ureteral completa, parede vesical irregular com paredes grossas. O US pode demonstrar calcificações, dilatação e cavidades pelvicaliciais, mas os aspectos não são específicos enquanto que a TC é reservada principalmente para avaliação da extensão da doença. A malacopláquia, uma infecção rara, mostra nos exames de US e TC massas únicas ou múltiplas, de base mucosa, entre 0,5cm e 3cm, mais comumente visualizadas na base da bexiga. A doença pode ser localmente invasiva. Poucos casos têm envolvimento renal, caracterizado por nódulos confluentes que podem formar abscessos, de difícil diferenciação de seus contornos. **Referências:** 1. Stimac GK. Introdução ao diagnóstico por imagens. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1992;174. 2. Juhl JH, Crummy AB. Interpretação radiológica. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996;562–566. 3. Tanagho EA, McAninch JW. Urologia geral. 13ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994;162–193. 4. Riella MC. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003;304–307. 5. Armstrong P, Wastie ML, Rockall AG. Diagnóstico por imagem. 5ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2006;246–247. 6. Cecil. Tratado de medicina interna. 22ª ed. Rio de Janeiro: Saunders Elsevier, 2005;2228–2234.

/ PE-032 /

**APLICAÇÃO DA RM NOS TUMORES DE RETO.**

Trigo PBS; Cabral FC; Freitas FC.  
Hospital São Lucas.

**Introdução:** A melhora do prognóstico do câncer de reto está relacionada a um diagnóstico precoce permitindo a escolha da conduta terapêutica mais adequada. E os métodos de imagem têm um papel importante na precisão do diagnóstico pré-operatório, particularmente na avaliação das indicações de radioterapia, das possibilidades de cirurgia conservadora e do risco de recidiva local. Nessa perspectiva, a ressonância magnética se impôs como um exame complementar que permite uma avaliação fidedigna da margem de ressecção cirúrgica e também permite o seguimento desses pacientes. **Relato:** Neste trabalho apresenta-se uma casuística de 11 pacientes com tumor de reto, a descrição de suas respectivas imagens na ressonância magnética, bem como das limitações ao método. Cada caso apresenta sua respectiva correlação anatomopatológica. **Discussão:** Serão debatidas e evidenciadas a importância do estadiamento, a diferenciação entre recidiva e as alterações actínicas pós-tratamento, bem como o seguimento de todos esses casos por até 5 anos. **Referências:** 1. Vliegen RFA, Beets-Tan RGH. Magnetic resonance imaging of rectal cancer: technique and pitfalls. *Imaging Decisions MRI* 2003;7:10-16. 2. Rutten H, Kuipers T, Nieuwenhuijzen G, et al. The role of preoperative imaging for the treatment of locally recurrent rectal cancer. *Imaging Decisions MRI* 2003;7:31-38. 3. Kuo LJ, Chen MC, Tsou MH, et al. Interpretation of magnetic resonance imaging for locally advanced rectal carcinoma after preoperative chemoradiation. *Dis Colon Rectum* 2005;48:23-28. 4. Karantanas AH, Yarmenitis S, Papanikolaou N, Gourtsoyiannis N. Preoperative imaging staging of rectal cancer. *Dig Dis* 2007;25:20-32.

/ PE-033 /

**ASPECTOS DE IMAGEM DO ONCOCITOMA RENAL: ENSAIO PICTÓRICO.**

Barcelos ACCS; Gomes EE; Boasquevisque ET.  
Instituto Nacional de Câncer – INCA.

**Introdução:** Oncocitomas são tumores benignos do rim originados de células dos ductos coletores e representam 3% a 7% de todos os tumores renais. São geralmente solitários, mas formas bilaterais ou multifocais já foram descritas. Podem ser sincrônicos com carcinoma de células renais em 2% dos casos. São achados incidentais de exames de imagem realizados para outros fins. **Material e métodos:** Revisão de 554 prontuários do Instituto Nacional de Câncer, no período de janeiro de 2000 a janeiro de 2007. Destes, apenas seis pacientes submetidos a nefrectomia radical tiveram diagnóstico histopatológico de oncocitoma renal. A idade variava entre 42 a 86 anos (mediana, 72), sendo todos os pacientes do sexo feminino. Estudo retrospectivo através de revisão das imagens de arquivo de tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM). **Discussão:** O oncocitoma renal é um tumor benigno sólido de tamanho variável que ocorre em ampla faixa etária. A maioria dos tumores é assintomática, porém hematúria, dor ou massa palpável no flanco podem estar presentes. À TC os oncocitomas são sólidos, levemente hipodensos em relação ao parênquima renal e exibem captação homogênea de contraste. Algumas lesões possuem uma cicatriz central de baixa atenuação e sem realce após contraste. À RM o oncocitoma é hipointenso em relação ao parênquima renal nas imagens pesadas em T1. Entretanto, 27% são isointensos nas imagens pesadas em T2, as lesões exibem alto sinal e, na presença de cicatriz central, esta é hipointensa. A presença de cicatriz central com ausência de calcificações, necrose ou hemorragia deve sugerir o diagnóstico de oncocitoma. No entanto, na maioria das vezes, o oncocitoma não pode ser diferenciado do carcinoma de células renais, sendo realizada cirurgia para confirmação da natureza benigna da lesão. Neste estudo retrospectivo, dos 554 pacientes sub-

metidos a nefrectomia, apenas seis tiveram diagnóstico histopatológico de oncocitoma, demonstrando assim a necessidade de complementação diagnóstica com intervenção cirúrgica.

/ PE-034 /

**ASPECTOS RADIOLÓGICOS DA TUBERCULOSE EM SÍTIOS EXTRAPULMONARES.**

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

**Introdução:** Descoberto seu agente por Robert Koch em 1882, a tuberculose é uma doença infecto-contagiosa que possui evidência de sua existência há séculos. Embora a tuberculose geralmente acometa o tórax, outros órgãos podem ser envolvidos a partir do quadro infeccioso inicial, de acordo com o estado imunológico do paciente. **Descrição:** Esse ensaio pictórico tem como objetivo discutir e ilustrar as características de imagem da tuberculose em sítios extrapulmonares através dos vários métodos de imagem. Serão abordados nesta revisão os achados da tuberculose cardíaca, óssea, gastrointestinal, genitourinária, ocular, nasofaríngea, neurotuberculose, aneurisma tuberculoso, tenossinovite e bursite tuberculosa. Foram utilizados como base de dados alguns casos vivenciados no nosso serviço. **Discussão:** A tuberculose tende a mimetizar outras doenças e em formas extrapulmonares há, via de regra, maior dificuldade no diagnóstico, sendo importante reconhecer seus diversos aspectos de imagem a fim de que seja feito o diagnóstico o mais precocemente possível, lembrando também que não há padrões radiológicos específicos para nenhuma de suas localizações.

/ PE-035 /

**ASPECTOS TOMOGRÁFICOS DO TUMOR DESMOPLÁSICO DE PEQUENAS CÉLULAS REDONDAS DO ABDOME: ENSAIO PICTÓRICO.**

Silveira JS; Magalhães GG; Alves S; Morião A; Barbosa AS; Magalhães GG; Pelandré GL; Morião A; Alves S; Barbosa AS; Magalhães GG.  
Instituto Nacional de Câncer – INCA.

**Introdução:** O tumor desmoplásico de pequenas células redondas (TDPCR) é um tumor abdominal altamente agressivo que acomete crianças e adultos jovens, com predominância no sexo masculino. Esta neoplasia foi proposta como entidade nosológica por Gerald et al. em 1991 e caracteriza-se histologicamente pela presença de estroma desmoplásico que envolve as células tumorais e positividade para marcadores epiteliais, mesenquimais e neurais à imunoistoquímica. Descrições dos aspectos radiológicos deste tumor são escassas na literatura dado à raridade dos casos. **Descrição do material:** Serão descritos os aspectos tomográficos característicos do TDPCR e exemplificados com imagens pré-tratamento de 4 casos matriculados no Instituto Nacional de Câncer, obtidos através do Sistema de Informação Hospitalar desta instituição. **Discussão:** Os achados de imagem mais característicos do TDPCR são múltiplas massas com densidade de partes moles nas superfícies peritoneais, omento ou mesentério, sem um órgão distinto de origem. Alguns casos exibem pequenos focos puntiformes de calcificação e massas dominantes de grande volume. Estas massas apresentam densidade heterogênea determinada por focos de baixa atenuação de perimeio que podem corresponder a áreas de fibrose ou necrose. Ascite, linfonodomegalias retroperitoneais e obstrução do trato urinário também foram descritas. Metástases hematogênicas podem estar presentes no momento do diagnóstico e acometem predominantemente o fígado. O prognóstico desta enfermidade é ruim, com uma taxa de sobrevida de 20% em 2 a 3 anos, apesar das estratégias de tratamento que incluem quimioterapia, radioterapia e cirurgia citoredutora. **Referências:** 1. Gerald WL, Miller HK, Battifora H, Miettinen M, Silva EG, Rosai J. Intra-abdominal desmo-

plastic small round-cell tumor: report of 19 cases of a distinctive type of high-grade polyphenotypic malignancy affecting young individuals. *Am J Surg Pathol* 1991;15:499–513. 2. Pickhardt PJ, Fisher AJ, Balfe DM, Dehner LP, Huettner PC. Desmoplastic small round cell tumor of the abdomen: radiologic-histopathologic correlation. *Radiology* 1999;210:633–638. 3. Bellah R, Suzuki-Bordalo L, Brecher E, Ginsberg JP, Maris J, Pawel BR. Desmoplastic small round cell tumor in the abdomen and pelvis: report of CT findings in 11 affected children and young adults. *AJR Am J Roentgenol* 2005;184:1910–1914.

/ PE-036 /

**COLITE NEUTROPÊNICA – TIFLITE.**

*Jung EAC; Natal MRC; Amaral LC; Andrade APDV; Ferraz PM; Cabral FN; Andalécio CA; Santos GV; Paiva JAC; Carvalho IF.*  
Hospital de Base do Distrito Federal.

Existe um grande número de pacientes que se encontram imunossuprimidos, seja por sua própria condição patológica (aids, anemia aplásica) ou por ação medicamentosa (indivíduos transplantados, em tratamento para neoplasias). Uma série de complicações acomete esses pacientes, entre elas a tiflíte, que significa inflamação do ceco. **Materiais e métodos:** Foram selecionados os casos mais ilustrativos de tiflíte do arquivo radiológico do nosso Departamento de Radiologia e descritos os principais achados de imagem. **Discussão:** Uma série de complicações acomete os pacientes imunossuprimidos, entre elas a tiflíte, que significa inflamação do ceco. Descreve um processo inflamatório necrosante do ceco que ocorre usualmente em pacientes que estão em QT. Este é um evento catastrófico, com altas taxas de mortalidade e com tratamento ainda controverso. Caracteriza-se por uma síndrome clínica de inflamação cecal associada a dor e massa na FID. O seu reconhecimento precoce é de grande importância para um melhor prognóstico para o paciente. Desta maneira, os estudos de imagem exercem um papel fundamental no seu reconhecimento precoce.

/ PE-037 /

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DAS LESÕES HIPERVASCULARES DO FÍGADO: UMA PROPOSTA DE AVALIAÇÃO POR TCH E RM.**

*Araújo ALE; Silva FD; Andreiuolo PA; Pinheiro RA; Carvalho R; Villa GB; Bernardes PMB; Moll AJ; Alves LLF.*  
Rede Labs D'Or – Rio de Janeiro, RJ.

**Introdução:** A lesão hepática hipervascular é definida quando o realce pelo meio de contraste ocorre de forma mais intensa do que o fígado circunjacente em mais de 50% de sua área, durante a fase arterial. A proposta desse trabalho é apresentar ilustrativamente um critério diagnóstico baseado na morfologia, impregnação, lavagem e hepatopatia (MILH) na análise das lesões hipervasculares do fígado. **Descrição do material:** Foi realizado estudo retrospectivo dos exames de TCH (1/2/4/16/64 canais de detectores) e RM (1,0/1,5T) com alteração hipervascular nos últimos 7 anos. As fases obtidas no estudo dinâmico foram sem contraste, arterial (25"–30"), portal (60"–70") e tardia (120"–180"). Os casos escolhidos foram comprovados por punção-biopsia, anatomopatológico ou apresentação típica de imagem na TC ou RM. **Discussão:** Os critérios de análise MILH das lesões hipervasculares se basearam na morfologia (redonda ou geográfica), impregnação (homogênea ou heterogênea), lavagem (menor ou igual ao parênquima hepático ou maior do que o fígado) e na presença ou ausência de hepatopatia. Esse critério de avaliação nos pareceu bastante didático na análise das alterações perfusionais primárias e secundárias, no terceiro fluxo hepático, nas obstruções venosa e portal, telangiectasias, aneurisma e pseudoaneurisma, macrofistulas, neoplasias hepáticas (hemangioma, HNF, adenoma, adenomatose, CHC, CHC fibrolamelar, metástases hipervasculares), cirrose, abscesso, colecistite aguda, colangite, trauma e hepatite actínica. **Referências:** 1. Araújo ALE. Ressonância magnética do fígado. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2006. 2. Balci NC, Sirvanci M. MR imaging of in-

fective liver lesions. *Magn Reson Imaging Clin N Am* 2002;10:121–135, vii. 3. Brancatelli G, Federle MP, Grazioli L, Golfieri R, Lencioni R. Large regenerative nodules in Budd-Chiari syndrome and other vascular disorders of the liver: CT and MR imaging findings with clinicopathologic correlation. *AJR Am J Roentgenol* 2002;178:877–883. 4. Ianora AA, Memeo M, Sabba C, Cirulli A, Rotondo A, Angelelli G. Hereditary hemorrhagic telangiectasia: multi-detector row helical CT assessment of hepatic involvement. *Radiology* 2004;230:250–259. Epub 2003 Nov 26. 5. Hussain SM, Terkivatan T, Zondervan PE, Lanjouw E, de Rave S, Ijzermans JN, de Man RA. Focal nodular hyperplasia: findings at state-of-the-art MR imaging, US, CT, and pathologic analysis. *RadioGraphics* 2004;24:3–17; discussion 18–19. 6. Jeong MG, Yu JS, Kim KW. Hepatic cavernous hemangioma: temporal peritumoral enhancement during multiphase dynamic MR imaging. *Radiology* 2000;216:692–697. 7. Pedro MS, Semelka RC, Nagase L. MR imaging of hepatic metastasis. *Magn Reson Imaging Clin N Am* 2002;10:15–29. 8. Scheneider G. MRI of liver. 1ª ed. Milão: Springer-Verlag, p.128–137. 9. Sugihara E, Murakami T, Kim T, et al. Detection of hypervascular hepatocellular carcinoma with dynamic magnetic resonance imaging with simultaneously obtained in-phase and opposed-phase echo images. *J Comput Assist Tomogr* 2003;27:110–116. 10. Semelka RC, Hussain SM, Marcos HB, Woosley JT. Perilesional enhancement of hepatic metastases: correlation between MR imaging and histopathologic findings – initial observations. *Radiology* 2000;215:89–94.

/ PE-038 /

**DOENÇA DE CROHN: ACHADOS EM DIFERENTES MÉTODOS DE IMAGEM.**

*Santos MPL; Ferreira EMPF; Mônaco LS; Silva GOS.*  
Hospital São Rafael.

**Introdução:** A doença de Crohn é uma doença inflamatória crônica do trato gastrointestinal com etiologia precisa desconhecida, que tem como característica o envolvimento transmural e lesão mucosa, acometendo principalmente o íleo terminal e o cólon. O uso de técnicas radiológicas é importante para confirmar ou excluir o diagnóstico, avaliar a atividade, extensão e severidade da doença, bem como suas complicações, sendo importante na escolha da conduta terapêutica e acompanhamento durante o tratamento<sup>(1)</sup>. **Descrição do material:** Pacientes com doença de Crohn do ambulatório de gastroenterologia do Hospital São Rafael. Foram revisados os achados de imagem nas manifestações agudas e crônicas e nas complicações da doença de Crohn em diferentes métodos de imagem (trânsito intestinal, tomografia computadorizada e ressonância magnética). **Discussão:** O trânsito intestinal continua sendo o método de imagem mais utilizado na investigação inicial da doença de Crohn<sup>(1,2)</sup>. A interpretação do exame se baseia nas características da mucosa e alterações na configuração do intestino, podendo ser observadas úlceras aftóides e lineares, espessamento da parede intestinal ou padrão em pedra de calcamento<sup>(1)</sup>. A tomografia computadorizada (TC) assumiu importante papel no manejo da doença, monitorando a sua evolução e resposta ao tratamento, além de orientar sobre a necessidade de intervenção cirúrgica<sup>(2)</sup>. A TC pode ser normal na fase inicial e possui grande habilidade em demonstrar a extensão transmural da inflamação. As complicações da doença também são bem analisadas através desta técnica<sup>(1,2)</sup>. A ressonância magnética (RM), assim como a TC, é um exame de alta sensibilidade na detecção da doença de Crohn<sup>(2)</sup>, sendo um bom método de investigação de trajetos fistulosos<sup>(3)</sup>. O uso do gadolínio mostrou-se bastante sensível na análise das alterações murais, havendo alta correlação entre o realce da parede e a atividade da doença<sup>(4)</sup>. Os estudos baritados ajudam no diagnóstico primário da doença de Crohn, sendo necessária a utilização de outros métodos diagnósticos, como TC e RM, para a adequada avaliação da severidade, extensão e complicações da doença. **Referências:** 1. Furokawa A, Saotome T, Yamasaki M, et al. Cross-sectional imaging in Crohn disease. *RadioGraphics* 2004;24:689–702. 2. Wold PB, Fletcher JG, Johnson CD, Sandborn



WJ. Assessment of small bowel Crohn disease: noninvasive peroral CT enterography compared with other imaging methods and endoscopy – feasibility study. *Radiology* 2003;229:275–278. 3. Beets-Tan RGH, Beets GL, et al. Preoperative MR imaging of anal fistulas: does it really help the surgeon? *Radiology* 2001;218:75–84. 4. Low RN, Sebrecchts CP, Politoske DA, et al. Crohn disease with endoscopic correlation: single-shot fast spin-echo and gadolinium-enhanced fat-suppressed spoiled gradient-echo MR imaging. *Radiology* 2002;222:652–660.

/ PE-039 /

**DOENÇA DIVERTICULAR DO CÓLON: AVALIAÇÃO UTILIZANDO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COM MÚLTIPLOS DETECTORES E REVISÃO DA LITERATURA.**

Teixeira PAG; Esperancinitebar D; Bauab Jr T.  
Ultra-X Instituto de Radiodiagnóstico Rio Preto.

**Introdução:** A doença diverticular do cólon é freqüente no mundo ocidental, acometendo 3–10% da população notadamente acima dos 45 anos. Esta condição acomete preferencialmente o cólon esquerdo notadamente o cólon sigmóide e pode levar a desconforto abdominal, hemorragias e inflamação aguda dos divertículos (diverticulite). A mais freqüente dessas complicações, a diverticulite acomete 12–30% dos pacientes com doença diverticular, é causa de morbidade significativa nesta população de pacientes e representa importante diagnóstico diferencial entre as doenças abdominais inflamatórias agudas. A tomografia computadorizada (TC) é utilizada na avaliação da diverticulite, identificando a extensão do processo inflamatório, permitindo o diagnóstico diferencial com outras condições (apendicite, apendagite, doenças inflamatórias pélvicas, dentre outras) e auxiliando na definição da conduta terapêutica adequada. A TC com múltiplos detectores (TCMD), mais recentemente vem sendo utilizada nesta avaliação. As altas resoluções temporal e espacial permitem a obtenção de voxels isométricos, sendo possível obter imagens multiplanares de alta definição e reformatações tridimensionais. Essas qualidades permitem um diagnóstico diferencial mais preciso e uma melhor avaliação dos limites do processo inflamatório, comprometimento de órgãos adjacentes além de outras complicações (v.g.: fistulas, obstruções). **Descrição do material:** Foram avaliadas imagens de diversos pacientes obtidas em aparelho de TC multidetectores com 16 canais. **Discussão:** A TCMD oferece uma avaliação mais precisa, em relação aos exames convencionais de TC, dos pacientes com doença diverticular do cólon, proporcionando um diagnóstico preciso e avaliação detalhada da doença diverticular do cólon e suas complicações, permitindo um melhor planejamento terapêutico. **Referências:** 1. Singh AK, Gervais DA, Hahn PF, et al. Acute epiploic appendagitis and its mimics. *RadioGraphics* 2005;25:1521–1534. 2. Horton KM, Corl FM, Fishman EK. *RadioGraphics* 2000;20:399–418. 3. Frezoco LB, Raptopoulos V, Silen W. *N Engl J Med* 1998;338:1521–1526. 4. Goh V, Halligan S, Taylor SA, et al. *Radiology* 2007;242:456–462. 5. Balthazar EJ, Megibow A, Schinella RA, et al. *AJR Am J Roentgenol* 1990;154:281–285.

/ PE-040 /

**ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DAS ARTERIOGRAFIAS RENAI REALIZADAS NO HOSPITAL OFIR LOYOLA (BELÉM-PA).**

Tavares MA; Lobo Neto A; Sales PO.  
Hospital Ofir Loyola/Clinica RX Lobo.

**Introdução:** A arteriografia renal representa um importante objeto de estudo e muito realizada nas mais diversas afecções que acometem os rins. O método foi introduzido pela primeira vez por Santos, Lamas e Caldas de Portugal no ano de 1929 e foi um avanço na época. Até o momento a angiografia constitui o melhor método para avaliação vascular renal, sendo um meio de tratamento menos invasivo pela implantação de stents ou em embolizações que as cirurgias convencionais. Por todas estas características este exame continua sendo uma

importante arma na radiologia, assim como na urologia e nefrologia. **Objetivos:** O objetivo desta pesquisa foi determinar os resultados das arteriografias renais no Hospital Ofir Loyola (HOL) no período de outubro de 2004 a outubro de 2005, observando as alterações anatômicas da vasculatura renal, determinando as indicações do exame no HOL e comparando as medidas das artérias renais dos exames realizados com a literatura. **Método:** Neste trabalho foi realizado um estudo descritivo e retrospectivo. Como amostragem foram selecionados todos os pacientes que realizaram arteriografia renal com subtração digital no Serviço de Hemodinâmica da Divisão de Diagnóstico por Imagem (DDI) do HOL (total de 30 pacientes). A idade dos pacientes variou de 10 a 78 anos. As indicações dos exames foram avaliação da anatomia renal para possíveis doadores renais, 19 no total, 5 para investigação de hipertensão arterial, 2 estudos de vascularização de tumores renais, 2 possíveis embolizações e 2 estenoses renais. **Discussão:** Observaram-se 17 exames sem alterações significativas, 7 artérias polares, 2 tumores renais, 2 estenoses renais, 1 com dupla artéria renal bilateralmente, 1 paciente com aorta e ilíacas tortuosas somente, 1 displasia fibromuscular e 1 arterite possivelmente de Takayasu. As medidas das artérias renais variaram de 2,0mm a 7,8mm. As medidas dos homens foram maiores que a das mulheres e de acordo com a idade o diâmetro foi diminuindo. **Conclusão:** Conclui-se que a angiografia digital continua sendo exame essencial para estudo de causas renovasculares de hipertensão arterial, planejamento cirúrgico de ressecção de tumores renais e para possíveis doadores renais, além de ser técnica intervencionista difundida mundialmente para implantação de stents e realização de embolizações.

/ PE-041 /

**FREQÜÊNCIA DE NEOPLASIA INTRA-EPITELIAL PROSTÁTICA EM PACIENTES SUBMETIDOS A BIÓPSIA TRANSRETAL.**

Franco VC; Muglia VF; Trad CS; Secaf PA; Simão GN; Simão MN; Trad HS.  
CEDIRP.

**Introdução:** A neoplasia intraepitelial prostática de alto grau é considerada uma lesão pré-carcinomatosa. A sua ocorrência em uma biópsia tem importantes implicações como indicação de re-biópsia e risco aumentado de se encontrar um adenocarcinoma de próstata. O propósito deste estudo foi verificar a freqüência de aparecimento de PIN alto grau em pacientes submetidos a biópsia transretal. **Material e métodos:** Foram revisados os achados de imagens, dados clínicos e exame histopatológico das biópsias transretais de próstatas realizadas em nosso serviço, no período de janeiro de 2005 a junho de 2007. **Resultados:** No período de observação descrito, foram realizadas 212 biópsias de próstata. Sete casos eram de re-biópsias (3,3%). A idade dos pacientes variou de 39 a 85 anos, média de 64,6 anos. Sessenta e quatro pacientes apresentaram PIN grau 2 ou 3, com freqüência de 30,18%; PIN alto grau associado a adenocarcinoma foi encontrado em 13 casos, com freqüência de 6,13%, que corresponde a 20,31% dos pacientes com PIN alto grau. **Conclusão:** A ocorrência de PIN alto grau em um amostra de pacientes submetidos a biópsia prostática foi de 30,18%. Em 20,31% esteve associado a adenocarcinoma.

/ PE-042 /

**GORDURA NO FÍGADO – DIFUSA, FOCAL, MULTIFOCAL, ÁREA POU-PADA E ASSOCIADA À LESÃO. A CONTRIBUIÇÃO DA RM ATRAVÉS DAS SEQÜÊNCIAS.**

Araújo ALE; Silva FD; Andreiuolo PA; Pinheiro RA; Carvalho R; Villa GB; Bernardes PMB; Moll AJ; Alves LL F  
Rede Labs D'Or – Rio de Janeiro, RJ.

**Introdução:** A avaliação através das seqüências em fase e fora de fase é altamente sensível e específica para o diagnóstico do depósito gorduroso. O objetivo do trabalho é demonstrar a sensibilidade ele-

vada da RM através dessas técnicas na avaliação da presença de esteatose hepática difusa, focal, multifocal, área poupada e associada a lesão. **Descrição do material:** Foi realizado estudo retrospectivo dos exames de RM do abdome com diagnóstico de esteatose hepática nos últimos 7 anos. Apresentamos vários casos ilustrando as diferentes formas de apresentação da infiltração gordurosa. Os exames foram realizados nos aparelhos de 1.0T e 1.5T usando as técnicas seqüências T1 em fase e fora de fase, T1 antes e após contraste (estudo dinâmico) e T2. **Discussão:** Observamos queda do sinal nas seqüências fora de fase (quantitativamente e qualitativamente) nas áreas de esteatose hepática, possibilitando a caracterização de esteatose difusa, focal e área poupada de esteatose. A RM é sensível e específica para o diagnóstico do depósito gorduroso. As regiões de esteatose focal ou de área poupada em esteatose foram mapeadas sendo definido um mecanismo fisiopatogênico para as diferentes formas de apresentação, sempre que possível. **Referências:** 1. Araújo ALE. Ressonância magnética do fígado. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2006. 2. Lwakatare F, Yamashita Y, Nakayama M, Takahashi M. SPIO-enhanced MR imaging of focal fatty liver lesions. *Abdom Imaging* 2001;26:157-160. 3. Yoshimitsu K, Honda H, Kuroiwa T, et al. Unusual hemodynamics and pseudolesions of the noncirrhotic liver at CT. *RadioGraphics* 2001 Spec No:S81-96. 4. Yoshimitsu K, Honda H, Kuroiwa T, Irie H, Tajima T, Jimi M, Masuda K. Pseudolesions of the liver possibly caused by focal rib compression: analysis based on hemodynamic change. *AJR Am J Roentgenol* 1999;172:645-649. 5. Yoshimitsu K, Honda H, Kaneko K, et al. Anatomy and clinical importance of cholecystic venous drainage: helical CT observations during injection of contrast medium into the cholecystic artery. *AJR Am J Roentgenol* 1997;169:505-510. 6. Couinaud C. The parabiliary venous system. *Surg Radiol Anat* 1988;10:311-316. 7. Sohn J, Siegelman E, Osiason A. Unusual patterns of hepatic steatosis caused by the local effect of insulin revealed on chemical shift MR imaging. *AJR Am J Roentgenol* 2001;176:471-474. 8. Khalili K, Lan FP, Hanbidge AE, Muradali D, Oreopoulos DG, Wanless IR. Hepatic subcapsular steatosis in response to intraperitoneal insulin delivery: CT findings and prevalence. *AJR Am J Roentgenol* 2003;180:1601-1604. 9. Sabate JM, Bourrier P, Vital JL, Cordoliani F, Lemann M, Zagdanski AM. Images in hepatology: multinodular focal fatty infiltration of the liver in acquired porphyria cutanea tarda. *J Hepatol* 2000;33:1022. 10. Van Vlierberghe H, Duyck P, Bernard P, Braxel C, Versieck J, Elewaut A. Multifocal fatty infiltration of the liver; an aspecific presentation form of hepatitis C infection. *Acta Gastroenterol Belg* 1998;61:379-381.

/ PE-043 /

#### FUSÃO DE IMAGENS DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO CORPO INTEIRO E FDG-PET NA AVALIAÇÃO DE PACIENTES COM NEOPLASIAS MALIGNAS.

*Domingues RC; Domingues RC; Carneiro MP; Antunes E; Gasparetto EL. CDPI; Multi-Imagem; Departamento de Radiologia da UFRJ.*

**Objetivo:** Comparar as imagens de ressonância magnética (RM) do corpo inteiro com imagens de FDG-PET e imagens co-registradas de RM do corpo inteiro e PET em pacientes com neoplasias malignas. **Material e método:** Foram estudados 18 pacientes (10 masculinos e 8 femininos; idade média de 34 anos) com neoplasias malignas, os quais foram submetidos a RM do corpo inteiro e FDG-PET para estadiamento e controle pós-tratamento. Foi realizada na *workstation* a fusão entre as imagens de RM do corpo inteiro e FDG-PET, sendo que um radiologista e um especialista em medicina nuclear avaliaram todas as imagens, comparando as técnicas de imagem. Foram avaliados o tumor primário, linfonodomegalias e lesões à distância. **Resultados:** Todos os tumores primários foram avaliados de forma semelhante com as três técnicas. Em relação às linfonodomegalias, vistas em 12 casos, aspectos semelhantes foram observados em nove casos. Nos demais casos (n=3), o PET não demonstrou a lesão em um caso

(linfonodo para-ilíaco menor que 10mm) e a RM isolada não caracterizou as lesões em dois pacientes (linfonodos torácicos menores que 3mm). As lesões à distância, vistas em 11 casos, foram bem avaliadas com as três técnicas em quatro casos. Em quatro casos, o PET não demonstrou as lesões (duas lesões ósseas e duas lesões cerebrais). Em dois casos a RM isolada não caracterizou as lesões (duas lesões ósseas), e em um caso uma lesão não foi vista no PET e outra na RM isolada. Em todos os casos, os tumores primários, as linfonodomegalias e as lesões à distância foram bem demonstradas nas imagens co-registradas de PET e RM. **Conclusão:** A fusão de imagens de RM do corpo inteiro e FDG-PET é uma técnica promissora para a avaliação e acompanhamento de pacientes com neoplasias malignas, sendo superior à RM e ao PET de forma isolada.

/ PE-044 /

#### HIDRONEFROSE SEQÜELAR A ESPONDILODISCITE: RELATO DE CASO.

*Vilela TT; Daher RT; Nóbrega MDA; Lima TT; Bittencourt LL; Daher RT; Ximenes CA.*

Departamento de Radiologia e Diagnóstico por Imagem do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC-UFG).

**Introdução:** Espondilodiscite séptica é um processo inflamatório-infeccioso que acomete o espaço discal e os corpos vertebrais adjacentes. A coluna lombar é o segmento mais acometido, seguido pela coluna torácica. O principal agente etiológico é o *Staphylococcus aureus*, sendo fatores predisponentes: procedimentos cirúrgicos, alcoolismo, drogas intravenosas, hemodiálise, diabetes e imunossupressão. O quadro clínico é composto por lombalgia, rigidez e febre. As alterações radiográficas ocorrem 2 a 3 semanas após o início dos sintomas e incluem redução do espaço discal, irregularidades e esclerose dos platôs vertebrais adjacentes. A biópsia confirma o diagnóstico, no entanto, é negativa em 30% dos casos. Complicações são raras, dentre elas as mais comuns são anquilose do segmento acometido, osteofitose, cifose e espondilolistese. O presente relato apresenta um caso de espondilodiscite que evoluiu com uma complicação rara: fibrose em região retroperitoneal, levando a distorção do trajeto ureteral e conseqüente hidronefrose. **Relato do caso:** A.A.S., masculino, 52 anos. Espondilodiscite estafilocócica tratada há um ano. Apresentou dor abdominal insidiosa em flanco direito, com cinco meses de evolução. Exame de tomografia computadorizada (TC) evidenciou anquilose do segmento L3-L4, importante ectasia pielo-calico-ureteral até terço médio do ureter direito, acentuada redução da espessura parenquimatosa do rim homolateral e das dimensões do músculo psoas direito. Achados intra-operatórios mostraram sinais de fibrose em região retroperitoneal, levando a distorção do trajeto ureteral e conseqüente ectasia do sistema coletor. **Discussão:** Fibrose retroperitoneal é uma condição rara, caracterizada pela substituição da gordura retroperitoneal por tecido fibroso. Raramente pode ser secundária a um processo inflamatório crônico, podendo distorcer a arquitetura ureteral e levar a hidronefrose (conforme relatado neste caso). Dor em flanco, lombalgia, náuseas e vômitos são comuns. A dor apresenta piora progressiva, acompanhando o quadro obstrutivo ureteral. A TC é fundamental nestes casos, sendo os achados mais frequentes: lesão retroperitoneal (massa fibrótica), desvio medial dos ureteres, hidronefrose e estenose ureteral. Atenção especial deve ser dada ao uso de contraste endovenoso, já que os pacientes costumam apresentar algum grau de insuficiência renal. Opções medicamentosas têm sido utilizadas no tratamento, no entanto, um número significativo de pacientes necessita ser submetido a procedimento cirúrgico, que objetiva preservar a função renal. A hidronefrose secundária a espondilodiscite é uma condição rara, podendo ocorrer por compressão extrínseca nos casos complicados (abscessos paravertebrais) ou por natureza seqüelar (fibrose). Os exames de imagem, nesse caso, foram importantes para o diagnóstico e definição da conduta resolutiva.

/ PE-045 /

**IMAGENS DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO CORPO INTEIRO NA AVALIAÇÃO DE PACIENTES COM DOENÇAS ACOMETENDO O SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO.**

Domingues RC; Domingues RC; Domingues RC; Antunes E; Gasparetto EL.  
CDPI; Multi-Imagem; UFRJ.

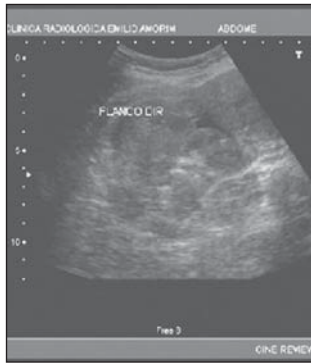
**Objetivo:** Descrever, na forma de ensaio pictórico, as aplicações das imagens de ressonância magnética (RM) do corpo inteiro na avaliação de doenças com acometimento do sistema músculo-esquelético. **Descrição:** Baseados nos arquivos de imagem de nossas instituições realizamos um estudo descritivo e ilustrativo de diferentes formas de acometimento do sistema músculo-esquelético em pacientes com as seguintes doenças: sarcoidose, leucemia aguda, linfoma, mieloma múltiplo, dermatomiosite e síndrome de Klippel-Trenaunay. Os aspectos de imagem na RM do corpo inteiro no momento do diagnóstico e durante o acompanhamento da resposta ao tratamento serão caracterizados neste estudo. **Discussão:** A RM de corpo inteiro tem papel importante na avaliação da extensão das lesões e no acompanhamento do tratamento de pacientes com doenças sistêmicas acometendo o sistema músculo-esquelético.

/ PE-046 /

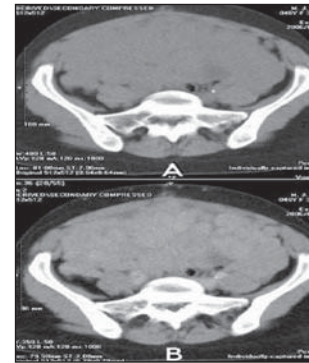
**LEIOMIOMATOSE PERITONEAL DISSEMINADA.**

Gedda MAM; Piantavinha GA; Coutinho TR; Mendonça SM.  
Clínica Emílio Amorim.

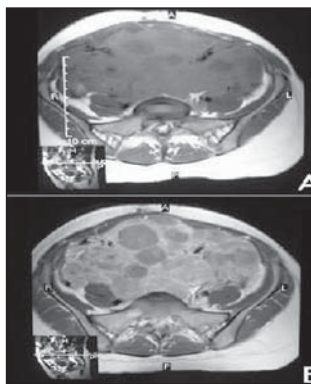
**Introdução:** A leiomiomatose peritoneal disseminada é doença rara, com pouco mais de 100 casos descritos, porém, como muitos pacientes são assintomáticos, e o achado é acidental, é possível que seja mais freqüente que o número de casos publicados<sup>(1)</sup>. Sua etiologia não é conhecida completamente. Suspeita-se que seja originada de uma metaplasia de células submesoteliais mesenquimais multipotenciais<sup>(2)</sup>. Alguns autores sustentam que a exposição ao estrogênio seja o principal mecanismo no desenvolvimento da doença<sup>(3,4)</sup>. Aparentemente não é doença de origem familiar ou hereditária, apesar de haver o caso de uma família com vários membros portadores desta patologia<sup>(5)</sup>. Existem cinco casos relatados em homens, sendo três dessa mesma família<sup>(5)</sup> e outros dois com degeneração maligna<sup>(6)</sup>. É condição usualmente benigna, caracterizada por múltiplos nódulos de músculo liso na superfície peritoneal, principalmente em mulheres em idade reprodutiva, geralmente associada à gravidez ou ao uso de anticoncepcionais orais, porém cerca de 10% dos casos podem sofrer degeneração maligna<sup>(2,4,7,8)</sup>. **Imagem: Ultra-som** – Podem se apresentar como pequenos nódulos agrupados ou não. Quando agrupados, podem simular massa lobulada. Apresentam ecogenicidade variável, podendo conter áreas císticas em seu interior (Figura 1). **Tomografia computadorizada** – Observamos imagens nodulares, com densidade de partes moles, que podem confluir dando a impressão de ser massa única. Nos casos de grandes massas, encontramos áreas hipodensas, que podem corresponder à degeneração cística ou hemática. Os nódulos apresentam captação homogênea de contraste (Figura 2). **Ressonância magnética** – Nota-se mais facilmente o aspecto de múltiplos nódulos da lesão. São localizados no mesentério e omento. As lesões apresentam hipo ou isossinal nas aquisições ponderadas em T1 com hipersinal em T2. Há realce da lesão após contraste. Podem ocorrer áreas de degeneração hemática (Figuras 3 e 4). **Diagnóstico:** O diagnóstico por imagem pode ser difícil em alguns casos pois o aspecto radiológico pode sugerir uma condição maligna<sup>(9)</sup>. Pelo aspecto macroscópico (múltiplos nódulos < 2cm), pode-se suspeitar de metástase tumoral durante o ato cirúrgico<sup>(9)</sup>. Geralmente o diagnóstico é facilmente obtido por biópsia<sup>(4)</sup>, onde encontramos feixe regular de miócitos com núcleo oval e prolongamentos citoplasmáticos bipolares finos e longos em peças retiradas do peritônio (Figura 5). **Referências:** 1. Borsellino G, Zante P, Ciraldo MC. Minerva Ginecol 1997;49:53-



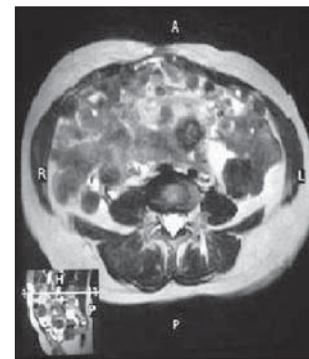
**Figura 1.** Ultra-sonografia abdominal: nódulos de ecogenicidade heterogênea, predominando hipoecóico, com dimensões variadas. Observa-se a confluência dos nódulos em alguns pontos.



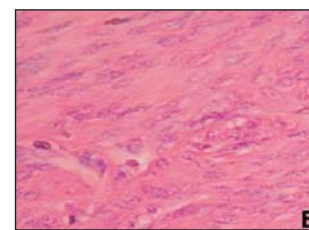
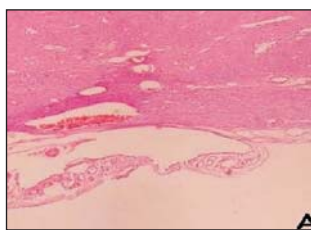
**Figura 2.** Tomografia computadorizada sem (A) e com contraste (B) mostra múltiplos nódulos, confluentes na região da pele, que apresentam captação do meio de contraste iodado.



**Figura 3.** Ressonância magnética do abdome torna evidente a característica nodular da lesão. Os nódulos são isointensos ao músculo na imagem ponderada em T1 (A) e apresentam captação homogênea do meio de contraste (B).



**Figura 4.** Na ressonância magnética com imagem ponderada em T2 observam-se lesões com sinal heterogêneo, com predomínio de áreas com hipersinal.



**Figura 5.** Biópsia de lesão intra-abdominal. Feixe regular de miócitos com núcleos ovais e prolongamentos citoplasmáticos bipolares, finos e longos.

57. 2. Abulafia O, Angel C, Sherer DM, Fultz PJ, Bonfiglio TA, DuBeshter B. Am J Obstet Gynecol 1993;169:52–54. 3. Sobiczewski P, Bidzinski M, Radziszewski J, et al. Ginekol Pol 2004;75:215–220. 4. Bekkers RL, Willemsen WN, Schijf CP, Massuger LF, Bulten J, Merkus JM. Gynecol Oncol 1999;75:158–163. 5. Halama N, Grauling-Halama SA, Daboul I. BMC Gastroenterol 2005;5:33. 6. Yu RS, Wang ZK, Sun JZ, Chen LR. Computed tomography of pancreatic implantation with malignant transformation of leiomyomatosis peritonealis disseminata in a man. Dig Dis Sci 2007;52:1954–1957. 7. Fulcher AS, Szucs RA. Abdom Imaging 1998;23:640–644. 8. Yamaguchi T, Imamura Y, Yamamoto T, Fukuda M. Pathol Int 2003;53:179–185. 9. Butnor KJ, Burchette JL, Robboy SJ. Int J Gynecol Pathol 1999;18:259–264.



/ PE-047 /

**LESÕES NEOPLÁSICAS RETROPERITONEAIS NA INFÂNCIA: CORRELAÇÃO DOS ACHADOS TOMOGRÁFICOS E HISTOPATOLÓGICOS.**

Safatle PPN; Freitas ACR; Neves PO; Brandão MB; Maia LB; Cabral MA. Hospital Universitário de Brasília.

**Introdução:** As neoplasias retroperitoneais na infância são representadas por um amplo grupo de tumores, alguns relativamente frequentes como o tumor de Wilms e o neuroblastoma que correspondem aos tumores malignos abdominais mais comuns da infância e outros raros como neoplasias pancreáticas, a exemplo o tumor sólido pseudopapilar (tumor de Frantz), mais comum no sexo feminino, geralmente diagnosticado em adolescentes ou jovens. **Métodos:** Neste trabalho serão apresentados casos de neoplasias retroperitoneais na infância, dentre elas neuroblastoma, tumor de Wilms, ganglioneuroblastoma, rhabdomyosarcoma embrionário metastático, linfoma, tumor de Frantz, entre outros. Os achados de imagem serão correlacionados com os estudos anatomopatológicos, além de uma abordagem a respeito do sítio primário de cada neoplasia e os principais aspectos de imagem que podem sugerir determinada patologia. **Discussão:** O estudo das neoplasias retroperitoneais através da correlação tomográfica e histopatológica se mostra de suma importância, visto que embora os aspectos imagiográficos sugiram na maioria das vezes um diagnóstico provável, nem sempre é possível uma precisão baseando-se apenas nos aspectos de imagem. A análise histopatológica, por sua vez, também tem limitações devido às sobreposições de seus achados. Portanto, o trabalho conjunto do médico radiologista e patologista possibilita visão mais ampla e, conseqüentemente, maior precisão diagnóstica.

/ PE-048 /

**LESÕES RETROPERITONEAIS: ASPECTOS POR IMAGEM E DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.**

Safatle PPN; Neves PO; Roedel B; Freitas ACR; Brandão MB; Veloso MS.

Hospital Universitário de Brasília.

**Introdução:** As lesões retroperitoneais podem apresentar as mais diversas etiologias, merecendo destaque os processos neoplásicos e inflamatórios. Processos inflamatórios primários ou secundários incluem doenças infecciosas e granulomatosas, como a tuberculose, causa comum no nosso meio, podendo ocorrer sem outros comemorativos clínicos expressivos, sobretudo em pacientes idosos. Dentre as causas idiopáticas, a fibrose retroperitoneal pode se apresentar como lesão extensa que envolve estruturas vasculares, como a aorta e veia cava inferior, e classicamente os ureteres, podendo determinar seu desvio medial e uretro-hidronefrose bilateral. As neoplasias, por sua vez, podem ser primárias – grupo raro de doenças malignas e benignas, ou secundárias – por invasão tumoral direta ou à distância para o retroperitônio. A avaliação por imagem muitas vezes não permite a definição de diagnósticos específicos, porém muitas destas lesões exibem peculiaridades que, em conjunto com os achados clínicos, permitem a suspeição e correta caracterização de algumas doenças. **Descrição do material:** Foram selecionados casos ilustrativos de lesões retroperitoneais avaliados por tomografia computadorizada e ressonância magnética, inseridos nos grupos de doenças inflamatórias, como abscessos bacterianos e tuberculose confirmados, idiopáticas, como a fibrose retroperitoneal, e tumorais, destacando-se linfoma, sarcoma e metástase de neoplasia de mama. Na avaliação destas lesões, foram considerados os principais aspectos que auxiliem no diagnóstico diferencial, abordando características relacionadas à localização, extensão e relação com estruturas adjacentes. **Discussão:** Lesões de localização retroperitoneal apresentam uma vasta gama de diagnósticos diferenciais, que nem sempre podem ser caracterizados com simplicidade e precisão do ponto de vista imagiográfico. A apresentação clínica e os antecedentes patológicos, bem como o conhecimento dos achados mais característicos muitas vezes apresentados por algumas le-

sões, representam um papel importante no auxílio da definição destes diagnósticos.

/ PE-049 /

**MICOBACTERIOSE NÃO-TUBERCULOSA NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA VIDEOLAPAROSCÓPICA: ACHADOS DE IMAGEM.**

Alves LLF; Araújo ALE; Andreiuolo PA; Pinheiro RA; Carvalho R. Rede Labs D'Or – Rio de Janeiro, RJ.

**Introdução:** As micobactérias que infectam feridas cirúrgicas são classificadas como micobactérias de crescimento rápido (MCR), formando colônias de 7 em 7 dias. Estão presentes no ambiente e frequentemente isoladas na água dos reservatórios hospitalares e domésticos. São pouco exigentes para o seu crescimento, podendo ser resistentes às soluções desinfetantes como o gluteraldeído. Há no ano de 2007, uma epidemia no Estado do Rio de Janeiro, com mais de 100 casos confirmados pela ANVISA até o momento. Esses casos envolvem grandes hospitais e estão relacionados principalmente a cirurgias videolaparoscópicas, associados ao reprocessamento inadequado de acessórios e uso de gluteraldeído para os instrumentais cirúrgicos, com identificação de *M. abscessus* nas lesões. As infecções cirúrgicas apresentam-se como abscessos frios, de apresentação lenta (> 30 dias de pós-operatório), algumas vezes com fístulas, formação de nódulos e ulceração, geralmente localizados nos orifícios de entrada dos trocateres. Não existem sinais patognomônicos e a suspeita é levantada devido à falta de resposta aos antibióticos usados para patógenos habituais da pele. A base do tratamento é o desbridamento cirúrgico associado à antibioticoterapia, e a retirada das próteses deve preceder o tratamento. O papel do radiologista consiste no auxílio para realização do diagnóstico das coleções, no acompanhamento durante o tratamento clínico (antibioticoterapia), na programação da ressecção e no acompanhamento pós-procedimento. **Descrição do material:** Nesse trabalho analisamos exames (TC e RM) de 20 pacientes com suspeita clínica de infecção de parede abdominal por micobactérias. Os exames de tomografia computadorizada foram realizados em aparelho *multislice* de 64 canais e os de ressonância magnética em aparelho de alto campo (1,5 T). **Discussão:** Em todos os casos analisados, os pacientes apresentavam coleção em pelo menos um dos portais de introdução do instrumental cirúrgico. O principal achado além da coleção foi o granuloma de parede. Em um único caso, de artroscopia do ombro, a infecção não ficou restrita aos planos superficiais (pele e subcutâneo), causando destruição muscular e intra-articular. O papel do radiologista foi importante nesses casos, na confirmação do diagnóstico e na avaliação da extensão da lesão, ajudando o cirurgião na programação da ressecção cirúrgica da área acometida. **Referências:** 1. Nontuberculous mycobacterial infections of the skin: a retrospective study of 25 cases. *J Am Acad Dermatol* 2007 Mar 15. 2. Skin and soft tissue infections due to rapidly growing mycobacteria: comparison of clinical features, treatment, and susceptibility. *Arch Dermatol* 2006; 142:1287–1292. 3. Mycobacterium abscessus: an emerging rapidly growing potential pathogen. *APMIS* 2006;114:319–328. 4. Mycobacterium abscessus wound infection. *Australas J Dermatol* 2001;42: 26–29. 5. Non-tuberculous mycobacterial tenosynovitis: a review. *Scand J Infect Dis* 1999;31:221–228. 6. Cutaneous infection with Mycobacterium abscessus. *Br J Dermatol* 1995;132:800–804. 7. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. ([www.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br))

/ PE-050 /

**NEOPLASIAS PANCREÁTICAS MALIGNAS – LESÕES SÓLIDAS. AVALIAÇÃO POR TC E RM.**

Araújo ALE; Silva FD; Andreiuolo PA; Pinheiro RA; Carvalho R; Villa GB; Bernardes PMB; Moll AJ; Alves LLF.

Rede Labs D'Or – Rio de Janeiro, RJ.

**Introdução:** As neoplasias sólidas do pâncreas podem ser divididas, didaticamente, em dois grupos: adenocarcinoma e não-adenocarcinoma.

carcinoma (tumor de ilhota, linfoma, metástase, pseudolesões). O objetivo deste trabalho é ilustrar as neoplasias sólidas do pâncreas e os seus aspectos por tomografia computadorizada helicoidal (TCH) e ressonância magnética (RM). **Descrição do material:** Foi realizado estudo retrospectivo dos exames de TCH (detectores simples e múltiplos) e RM (1,0T e 1,5 T) do abdome com diagnóstico de tumor sólido pancreático nos últimos sete anos. Os casos escolhidos foram comprovados por punção-biopsia, anatomopatológico ou apresentação típica de imagem na TC ou RM. **Discussão:** No adenocarcinoma é necessário identificar o tumor, a invasão vascular e as metástases. O tumor é hipodenso, hipointenso e hipovascular. Os tumores de ilhota pancreática podem ser divididos em funcionante e não-funcionante, sendo hipodensos, hipointensos em T1, hiperintensos em T2 e hipervasculares. O funcionante é pequeno e o não-funcionante é maior do que 5cm. O linfoma pancreático é raro, sólido e hipovascular, podendo se apresentar como nódulo, massa ou infiltrativo. As metástases pancreáticas são infrequentes e o principal tumor primário é o carcinoma de células renais. As pseudolesões mais usuais são a pancreatite crônica pseudotumoral e a lipomatose desigual do pâncreas. **Referências:** 1. Dong DJ, Zhang SZ. Solid-pseudopapillary tumor of the pancreas: CT and MRI features of 3 cases. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int* 2006;5:300–304. 2. Sohn TA, Yeo CJ, Cameron JL, et al. Intraductal papillary mucinous neoplasms of the pancreas: an updated experience. *Ann Surg* 2004;239:788–797, discussion 797–799. 3. Serikawa M, Sasaki T, Fujimoto Y, Kuwahara K, Chayama K. Management of intraductal papillary-mucinous neoplasm of the pancreas: treatment strategy based on morphologic classification. *J Clin Gastroenterol* 2006;40:856–862. 4. Lim JH, Lee G, Oh YL. Radiologic spectrum of intraductal papillary mucinous tumor of the pancreas. *RadioGraphics* 2001;21:323–337, discussion 337–340. 5. Fukukura Y, Fujiyoshi F, Sasaki M, Inoue H, Yonezawa S, Nakajo M. Intraductal papillary mucinous tumors of the pancreas: thin-section helical CT findings. *AJR Am J Roentgenol* 2000;174:441–447. 6. Sahani DV, Kadavigere R, Blake M, Fernandez-Del Castillo C, Lauwers GY, Hahn PF. Intraductal papillary mucinous neoplasm of pancreas: multi-detector row CT with 2D curved reformations – correlation with MRCP. *Radiology* 2006;238:560–569. 7. Kim SY, Lee JM, Kim SH, et al. Macrocystic neoplasms of the pancreas: CT differentiation of serous oligocystic adenoma from mucinous cystadenoma and intraductal papillary mucinous tumor. *AJR Am J Roentgenol* 2006;187:1192–1198. 8. Sata N, Kurihara K, Koizumi M, Tsukahara M, Yoshizawa K, Nagai H. CT virtual pancreatoscopy: a new method for diagnosing intraductal papillary mucinous neoplasm (IPMN) of the pancreas. *Abdom Imaging* 2006;31:326–331. 9. Zapiach M, Yadav D, Smyrk TC, et al. Calcifying obstructive pancreatitis: a study of intraductal papillary mucinous neoplasm associated with pancreatic calcification. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2004;2:57–63. 10. Kawamoto S, Lawler LP, Horton KM, Eng J, Hruban RH, Fishman EK. MDCT of intraductal papillary mucinous neoplasm of the pancreas: evaluation of features predictive of invasive carcinoma. *AJR Am J Roentgenol* 2006;186:687–695.

/ PE-051 /

#### NEUROFIBROMA ABDOMINAL VOLUMOSO: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA.

Silveira JS; Vianna MIPS; Leda EC; Depianti AA; Vergolino IHVD; Queiroz CC; Camisão CC.

Instituto Nacional de Câncer – INCA.

**Introdução:** Os autores apresentam um caso de paciente jovem com volumosa massa ocupando pelve e retroperitônio com suspeita etiológica inicial de neoplasia avançada de colo uterino que obteve diagnóstico histopatológico de neurofibroma. **Relato de caso:** Paciente de 16 anos, sexo feminino, estudante, foi matriculada no Instituto Nacional de Câncer com história de dor abdominal em quadrantes inferiores de 9 meses de evolução e aparecimento recente de massa abdominal palpável. Ao exame físico apresentava colo uterino hiper-

trofiado e endurecido sem alterações na mucosa e parede vaginal anterior bastante espessada ao toque. Apresentava também manchas café-com-leite disseminadas pelo corpo e exames laboratoriais normais. Foram solicitados exames de tomografia computadorizada e ressonância magnética da região abdomino-pélvica que exibiram a presença de uma formação expansiva ocupando o espaço retrovesical e pré-sacral englobando o útero, colo e vagina circunferencialmente, além de lesões de aspecto semelhante no interior do canal sacral. Laudo de biópsia de parede vaginal lateral revelou proliferação fusocelular mesenquimal benigna, compatível com neurofibroma. **Discussão:** A neurofibromatose é uma desordem caracterizada pela existência de múltiplos neurofibromas e manchas café-com-leite e divide-se em tipos 1 e 2. O acometimento do abdome pode ocorrer sob a forma de neurofibromas gastrintestinais, geniturinários, hepáticos e retroperitoneais. Estas lesões localizam-se mais comumente nas regiões paraespinhal e pré-sacral ao longo da distribuição do plexo lombossacral. Radiologicamente apresentam-se sobre a forma de massas paraespinhais hipotenuantes, simétricas ou não, associadas a alargamento de forames neurais em 30% dos casos. **Referências:** 1. Levy AD, Patel N, Dow N, Abbott RM, Miettinen M, Sobin LH. From the Archives of the AFIP. Abdominal neoplasms in patients with neurofibromatosis type 1: radiologic-pathologic correlation. *RadioGraphics* 2005;25:455–480. 2. van Sandick JW, van Coevorden F. Plexiform neurofibroma with intraspinal extension. *J Am Coll Surg* 2002;195:572. 3. Bass JC, Korobkin M, Francis IR, Ellis JH, Cohan RH. Retroperitoneal plexiform neurofibromas: CT findings. *AJR Am J Roentgenol* 1994;163:617–620.

/ PE-052 /

#### OSTEOSSARCOMA METASTÁTICO PARA PÂNCREAS E RINS: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA.

Andrade MQ; Pasin F; Senaga C; Pinto PNV; Gonçalves CM; Chojniak R. Hospital A.C. Camargo – São Paulo, SP.

**Introdução:** Metástases extrapulmonares de osteossarcoma é um achado raro porém com tendência a aumento em sua frequência devido a maior sobrevida atual dos pacientes. Lesão pancreática secundária a esse tipo de patologia raramente tem sido relatada na literatura bem como seus aspectos diagnósticos. Por sua vez, lesões renais, apesar de também raras, são um pouco mais comuns sendo encontrados relatos com maior frequência. **Relato de caso:** Criança do sexo feminino com história de osteossarcoma tratado 2 anos antes e com metástase única pulmonar tratada há um ano, sendo acompanhada com tomografias de tórax de rotina. Durante a realização do último exame foi observado nódulo pancreático com densidade de partes moles na região da transição corpo-caudal. Exame complementado com avaliação de abdome e pelve que constatou nódulo com densidade de partes moles, hipodenso em relação ao parênquima pancreático nas fases pós-contraste apresentando realce tardio, medindo cerca de 61mm x 55mm (AP x LL) com focos císticos de perimeio. Observou-se ainda dois nódulos renais um pólo inferior direito medindo cerca de 18mm x 15mm e outro no terço médio esquerdo medindo 23mm x 23mm. As lesões não apresentavam matriz cálcica. Foi realizada biópsia percutânea guiada por tomografia da lesão pancreática, com diagnóstico anatomopatológico de metástase de osteossarcoma. **Discussão e revisão da literatura:** Durante revisão da literatura na base de dados do PubMed foram encontrados apenas três trabalhos referentes a metástases pancreáticas de osteossarcoma: um relato de lesão envolvendo pâncreas e duodeno; outro relato contendo dois casos e um artigo retrospectivo de lesões extrapulmonares citando um caso. Em relação a relatos de metástases renais bilaterais foram encontrados dois relatos. Não encontramos nenhuma referencia citando metástases pancreática e renal no mesmo paciente. Em relação aos aspectos de imagem, na maioria das vezes há relatos de lesões hiperdensas na tomografia com focos de calcificação diferentemente do observado neste relato de caso.



/ PE-053 /

**OTIMIZAÇÃO DAS DIFERENTES VARIÁVEIS TÉCNICAS UTILIZADAS NOS EXAMES DE ANGIOTOMOGRAFIA EM EQUIPAMENTO DE 64 DETECTORES.**

Silva EF; Alves CP; Marques F; Pereira FL; Augusto F; Tachibana A; Funari MBG.

Hospital Israelita Albert Einstein – São Paulo, SP.

**Introdução:** Os tomógrafos com 64 fileiras de detectores revolucionaram a maneira como são realizados os estudos de angiotomografia. O principal benefício foi o grande aumento na velocidade de aquisição de imagens. Para que se possa aproveitar o máximo essa tecnologia é imprescindível o conhecimento da farmacocinética do contraste com o objetivo de se obter a contrastação adequada do vaso de interesse. Além disso, com um bom conhecimento da circulação do contraste, pode-se otimizar a dose empregada, reduzindo o risco de indução de nefropatia e também os custos. **Objetivo:** Descrição crítica das diferentes variáveis técnicas envolvidas na realização de exames de angiotomografia em equipamento de 64 detectores. **Material e métodos:** Foram analisados exames de angiotomografia cervical, intracraniana, coronárias, vasos torácicos, abdominais e de membros inferiores, tendo como enfoque a demonstração das variáveis técnicas envolvidas: concentração do contraste, fluxo de injeção, detecção automática do contraste (atenuação para o disparo e local da área de interesse para detecção) e utilização de soro fisiológico após ou em conjunto com a injeção do contraste. Analisaram-se os erros técnicos mais comuns e suas soluções e foram descritos os parâmetros considerados mais adequados pelo nosso serviço. Todos os exames foram realizados em tomógrafo de 64 detectores (Aquilion 64, Toshiba), com utilização de bomba de dupla injeção (Stellant D, Medrad), contraste iodado de 300mg/mL e 350mg/mL (Henetix, Guerbet) e reconstruções em estação de trabalho (Vítrea, Vital). **Conclusão:** O conhecimento preciso das diferentes variáveis técnicas de um tomógrafo de 64 detectores e da farmacocinética do contraste permitem a obtenção de estudos de qualidade, otimização da dose do contraste, redução de erros e facilita o pós-processamento das imagens.

/ PE-054 /

**PANICULITE MESENTÉRICA: ACHADOS NA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTIDETECTORES.**

Maurício ALM; Marques LN; Miranda ATB; Cabral MA; Guimarães ML; Bonadio Filho PC.

Hospital Santa Lúcia – Brasília, DF.

**Introdução:** Paniculite mesentérica é um termo que engloba um espectro de condições que cursam com espessamento fibroadiposo do mesentério intestinal, desde inflamação à fibrose, em graus variados. Vários termos são utilizados para descrever esta entidade, como mesenterite retrátil, paniculite mesentérica, manifestações mesentéricas da doença de Weber-Christian, lipogranuloma mesentérico, paniculite nodular sistêmica, esclerose subperitoneal multifocal, lipodistrofia mesentérica isolada, lipomatose mesentérica, entre outros. Sua etiologia é desconhecida, sendo condição rara, relacionada a alguns fatores como isquemia, resposta auto-imune, pancreatite, infecção, cirurgia prévia e corpos estranhos. **Material e métodos:** Foi feita a análise de casos diagnosticados no Hospital Santa Lúcia por meio de tomografia computadorizada multidetectores no ano de 2007, comparando-os com casos do arquivo do Centro Radiológico de Brasília e da literatura. **Discussão:** A paniculite mesentérica e seus espectros são entidades que apesar de consideradas raras são diagnosticadas cada vez mais freqüente devido à evolução tecnológica dos métodos de imagem, com destaque para a tomografia computadorizada. Por cursar com quadro clínico de dor abdominal que pode ser aguda e por vezes recorrente, entra como diagnóstico diferencial de abdome agudo. Pode regredir espontaneamente, estabilizar ou evoluir com curso agres-

sivo e fatal em alguns casos. **Referências:** 1. Horton KM, Lawler LP, Fishman EK. CT findings in sclerosing mesenteritis (panniculitis): spectrum of disease. *RadioGraphics* 2003;23:1561. 2. Pickhardt PJ, Bhalla S. Unusual nonneoplastic peritoneal and subperitoneal conditions: CT findings. *RadioGraphics* 2005;25:719–730. 3. Moreira LBM, Pinheiro RA, Melo ASA, Alves JRD, Noro F, Marchiori E. Paniculite mesentérica: aspectos na tomografia computadorizada. *Radiol Bras* 2001;34:135–140. 4. Patel N, Saleeb SF, Teplick SK. Cases of the day: General case of the day. *RadioGraphics* 1999;19:1083. 5. Lawler LP, McCarthy DM, Fishman EK, Hruban R. Sclerosing mesenteritis: depiction by multidetector CT and three-dimensional volume rendering. *AJR Am J Roentgenol* 2002;178:97–99.

/ PE-055 /

**PREPARO DE CÓLON PARA COLONOSCOPIA VIRTUAL: PROPOSTA DE UTILIZAÇÃO DE POLIETILENOGLICOL (PEG) EM QUANTIDADE REDUZIDA ASSOCIADA A DIETA RESTRITA.**

Silva LC; Bauab Jr T.

Ecoar Medicina Diagnóstica – Belo Horizonte, MG; Ultra-X Instituto de Radiodiagnóstico Rio Preto – São José do Rio Preto, SP.

**Descrição do propósito do estudo:** A colonoscopia virtual, também denominada colonografia por tomografia computadorizada, é um método que tem sido amplamente estudado para o rastreamento de pólipos adenomatosos colônicos (precursores do carcinoma colorretal), bem como para complementação de colonoscopias endoscópicas incompletas, principalmente em casos de carcinoma colorretal distal oclusivo, à procura de pólipos ou lesões sincrônicas proximais. O preparo de cólon é etapa essencial para o sucesso das colonoscopias virtuais e a qualidade destas encontra-se diretamente relacionada à adequada limpeza do cólon. Existem vários tipos de preparo de cólon descritos para realização de CV, dentre eles citam-se a utilização de substâncias como o polietilenoglicol (PEG), a fosfossoda, o citrato de magnésio, o manitol e o picossulfato de sódio. **Material e métodos:** Apresentaremos formulação de preparo de cólon utilizando dieta restrita durante as 48 horas que antecedem o exame. Em 98,8% dos casos, para o preparo de cólon a substância utilizada, além da dieta acima citada, foi de polietilenoglicol (PEG), em quantidade reduzida (2.000ml), quando comparada a mesmo preparo habitualmente utilizado para preparos de colonoscopias endoscópicas (4.000ml). Foram estudados 164 pacientes, com faixa etária média de 64,0 anos (mínimo de 15 anos, máximo de 97 anos, DP de  $\pm 13,8$  anos), sendo 55,4% do sexo feminino. As principais indicações foram rastreamento de carcinoma colorretal e complementação diagnóstica em casos de colonoscopia incompleta. Tais indicações corresponderam a respectivamente 62,8% e 25,0% dos casos. **Resultados:** Houve boa tolerância para o preparo aplicado por parte dos pacientes. Não ocorreram efeitos colaterais em nenhum caso, principalmente relacionados a desidratação. Em 76,8% dos casos, a análise do exame mostrou preparo colônico de excelente qualidade, sem resíduos líquidos ou fecais significativos em todos os segmentos colônicos estudados. Em 14,6% dos casos, o preparo foi de boa qualidade, existindo apenas pequena quantidade de resíduos líquidos nos segmentos do intestino grosso, no entanto, com mobilização adequada às mudanças de decúbito, não prejudicando a análise do estudo. Em 6,1% dos casos, observou qualidade mediana da limpeza intestinal, prejudicando a análise completa dos segmentos intestinais. Em 2,4% dos pacientes, o preparo colônico foi insatisfatório impossibilitando a análise do exame. **Conclusão:** Preparo colônico com PEG, em quantidade reduzida (2.000ml), com a formulação por nós proposta, associada a dieta líquida nas 48 horas que precedem a realização de colonoscopias virtuais, é efetivo em proporcionar adequada limpeza colônica, com boa tolerância por parte dos pacientes, sem efeitos colaterais. Em 91,5% dos casos, a qualidade do preparo foi boa ou excelente. O preparo apresentado também se mostrou seguro em todos os pacientes.

/ PE-056 /

**PROCESSOS PATOLÓGICOS DAS CAVIDADES E MEMBRANAS PERITONEAIS AVALIADOS POR TCMD E RM.**

Fidelman CB; Fidelman CB; Bauab Jr T; Tebar DE; Araújo Neto C.  
Image Memorial-Dasa – Salvador, BA; Ultra-X – São José do Rio Preto, SP.

**Introdução:** O peritônio é a maior membrana serosa do corpo humano, apresentando uma estrutura bastante complexa. Uma membrana de peritônio livre ou conectando vísceras, servindo de suporte para vasos sanguíneos, etc., é chamada de omento ou epiplon. O omento maior é composto por dupla camada de peritônio que entende-se da grande curvatura gástrica e reveste anteriormente o cólon transversal e alças delgadas, enquanto que o omento menor conecta o estômago e o duodeno proximal ao fígado. O omento que liga o estômago ao baço é mais conhecido por ligamento gastroesplênico. A compartimentalização destas membranas peritoneais cria duas cavidades, a grande e a pequena cavidades peritoneais. Já uma dobra do peritônio que une vísceras (delgado, sigmóide, apêndice) à parede abdominal é chamada de mesentério. Quando usado genericamente, o termo mesentério se refere às dobras que prendem as alças delgadas à parede abdominal posterior. As membranas peritoneais, suas dobras e cavidades são freqüentemente envolvidas por processos inflamatórios, infecciosos, neoplásicos, vasculares e traumáticos. Ainda que tumores primários do peritônio sejam raros, é muito freqüente a disseminação secundária de tumores localizados em vísceras. Além disso, processos como pancreatite aguda provocam a formação de coleções intraperitoneais, que quando infectadas, transformam-se em abscessos. **Descrição do material:** Foram coletados casos ilustrativos de lesões peritoneais avaliadas através de tomografia computadorizada multidetectores e ressonância magnética de alto campo. **Discussão:** O peritônio é freqüentemente sede de processos patológicos e o diagnóstico destas condições é dificultado pela superposição dos achados clínicos e de imagem, sendo necessária correlação entre os mesmos para o correto diagnóstico e tratamento. São mostrados exemplos destes processos avaliados através de TCMD e RM.

/ PE-057 /

**PROTOCOLOS E MANOBRAS DINÂMICAS NO ESTUDO DAS VIAS URINÁRIAS EM APARELHO DE TOMOGRAFIA MULTISLICE.**

Bragante A; Funabashi S; Resende CE; Rodrigues FS; Silva EF; Garcia MRT; Moron RA; Funari MBG.

SBIB-Hospital Israelita Albert Einstein – São Paulo, SP.

**Introdução:** O estudo das vias urinárias por tomografia computadorizada deve ser direcionado de acordo com a hipótese clínica ou a região a ser estudada. Para que tenhamos o máximo de informações, devemos utilizar diferentes protocolos que serão descritos detalhadamente, como os protocolos específicos para pesquisa de litíase do trato urinário, para o estudo de nódulos renais, para avaliação de cistoceloses e de lesões primárias ou secundárias da bexiga. A aquisição volumétrica em poucos segundos de todo o aparelho urinário, só é possível em aparelhos *multislice*, permite que façamos reconstruções multiplanares e tridimensionais de alta resolução, que possibilitam uma melhor análise da alteração urinária e da anatomia topográfica pelo médico radiologista, além de facilitar a visualização e o planejamento cirúrgico por um médico urologista. Outra grande vantagem dos aparelhos *multislice* é a de nos permitir realizar manobras dinâmicas durante o estudo, sem perder a qualidade ou o tempo de utilização do meio de contraste. **Objetivo:** Descrever detalhadamente os diferentes protocolos técnicos utilizados para a avaliação das vias urinárias em aparelho de tomografia *multislice*, bem como as manobras dinâmicas empregadas para otimizar e aprimorar o estudo. **Materiais e métodos:** Foram selecionadas imagens de diferentes exames das vias urinárias em aparelho de tomografia *multislice* de 4 detectores (Siemens Somatom Volume Zoom) e de 16 e 64 detectores (Toshiba Aquilion) do nosso

arquivo digital entre 2005 e 2007. O meio de contraste utilizado é o iodado não-iônico a 300mg/ml (via endovenosa) em sistema de injeção por bomba de infusão com uma seringa Vistron CT (Medrad) no aparelho Siemens e sistema de injeção de duas seringas Stellant D (Medrad) nos aparelhos Toshiba. As imagens foram adquiridas com cortes de 3,0mm (Siemens) e 0,5mm (Toshiba) de espessura em aquisição volumétrica. Foi administrada água pura por via oral aos pacientes para distender as alças intestinais e administrado soro fisiológico (250ml) por via endovenosa para hidratar o paciente, melhorar a excreção e, respectivamente, aumentar o volume urinário. **Conclusão:** O estudo correto das vias urinárias em aparelhos de tomografia *multislice* requer atualmente o emprego de manobras e protocolos específicos para determinadas patologias, auxiliando um diagnóstico mais preciso, rápido e satisfatório com benefícios para o paciente durante o exame e no seu tratamento futuro.

/ PE-058 /

**RABDOMIOSARCOMA DO TRATO GENITURINÁRIO NA INFÂNCIA: APRESENTAÇÃO NA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E RESSONÂNCIA MAGNÉTICA.**

Neves PO; Freitas ACR; Brandão MB; Safatle PPN; Holanda MAT.  
Hospital Universitário de Brasília.

**Introdução:** O rabdomiossarcoma é um tumor relativamente freqüente na infância, sendo responsável por 5% a 10% dos tumores malignos sólidos nesta faixa etária. O acometimento do trato geniturinário representa 15% a 30% dos rabdomiossarcomas, podendo envolver bexiga, próstata, testículos, pênis, região paratesticular, vagina e útero. É a neoplasia mais comum do trato geniturinário até a segunda década de vida, com pico de incidência próximo dos 7 anos de idade. A variante botríide é a forma mais comum de rabdomiossarcoma e determina suas características típicas nos achados de imagem, mas não-patognomônicas. **Descrição do material:** Foram selecionados casos de rabdomiossarcoma do trato geniturinário, subtipos embrionário e botríide, de próstata, bexiga e vagina em crianças, com imagens de tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM) na ocasião do diagnóstico e de controle após tratamento. Os principais achados de imagem são destacados, bem como a importância destes métodos de imagem na avaliação da invasão local, metástases e resposta terapêutica. **Discussão:** Os achados do rabdomiossarcoma do trato geniturinário na tomografia computadorizada ou ressonância magnética são inespecíficos, podendo se apresentar como um tumor caracteristicamente polipóide mal delimitado e infiltrante ou com uma pseudocápsula formada pelo tecidos adjacentes. Deve-se considerar na avaliação por imagem o local da lesão, idade do paciente, dados clínicos e laboratoriais, assim como evidências de invasão local ou à distância para determinação de diagnósticos diferenciais. A TC e RM têm importante papel na avaliação da extensão local e linfática do tumor e da presença de metástases à distância, sendo fundamentais no estadiamento pré-operatório da lesão, orientando assim o tratamento e avaliação da resposta terapêutica.

/ PE-059 /

**RARO TUMOR RETROPERITONEAL DE APRESENTAÇÃO ATÍPICA.**

Nunes SSL; Azevedo FB; Viana ATP; Santos DBG; Fernandes PA; Gasparetto TD; Nacif MS.

Hospital Universitário Antônio Pedro – UFF.

**Introdução:** Os tumores retroperitoneais primários são raros e possuem um amplo espectro de apresentação clínica. O presente relato irá descrever um raro caso de tumor desmoplásico de pequenas células redondas e azuis realizado pela imuno-histoquímica, abordando todos os seus achados de imagem. **Relato do caso:** Paciente T.N.S., sexo masculino, branco e com 16 anos de idade, apresentou dor abdominal com 3 meses de evolução associada a discreto crescimento do volume abdominal com episódios isolados de elevação da pressão

/ PE-061 /

**SCHWANNOMA RETROPERITONEAL: ENSAIO PICTÓRICO.**

Silva LN; Shigueoka DC; Santos JEM; Ajzen SA; Colleoni Neto R. Unifesp – São Paulo, SP.

**Introdução:** As neoplasias retroperitoneais primárias abrangem um variado grupo de tumores, que não se originam dos órgãos desse compartimento. Os tumores do eixo neural são uma subclasse dessas neoplasias e incluem os schwannomas e os neurofibromas. Os schwannomas podem ocorrer em qualquer órgão ou nervo periférico e a sua localização retroperitoneal representa cerca de 6% dentro deste espectro de tumores. A associação com a doença de Von Recklinghausen ocorre em 5% a 18% dos casos, sendo freqüente nesta condição a localização no retroperitônio. Apenas 3% dos schwannomas retroperitoneais não estão associados a esta doença (tanto malignos quanto benignos). Os pacientes têm geralmente entre 20 e 60 anos quando aparecem manifestações clínicas. A distinção entre benignidade e malignidade é difícil. Os métodos de imagens são úteis na caracterização e localização dessas neoplasias. **Descrição do material:** Apresentamos três casos de schwannomas retroperitoneais confirmados por estudo anatomopatológico da peça cirúrgica ou biópsia percutânea guiada, com estudo por imagem por ultra-sonografia (US), tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM). **Discussão:** A maioria dos tumores neurogênicos aparece como massas de limites bem definidos, contornos regulares ou lobulados e forma alongada ou seguindo trajeto de nervos periféricos. São sintomáticas somente quando muito grandes, promovendo deslocamento dos órgãos e estruturas retroperitoneais, porém sem invadi-los. Nas séries de casos consultadas suas dimensões variaram entre 6,5cm a 20 cm de diâmetro. Histologicamente, os schwannomas apresentam regiões alternadas de células compactas (Antoni tipo A) e tecido hipocelular frouxo, com áreas mixóides e espaços microcísticos (Antoni tipo B). O tamanho do tumor não aparenta correlação com o grau de agressividade ou potencial de malignização. Quando maiores, os tumores podem apresentar áreas císticas (até 66%), calcificação, hemorragia e hialinização. Na US apresenta-se como imagem heterogênea com áreas anecóicas. À TC o schwannoma pode apresentar degeneração cística e calcificações; apresenta realce homogêneo ou heterogêneo pelo contraste endovenoso. O papel da TC é localizar, dimensionar e caracterizar a relação dos tumores com as estruturas adjacentes. Nos tumores maiores, a RM apresenta melhor visualização da origem da massa, da arquitetura vascular e do acometimento de órgãos, incluindo a medula espinhal. A massa tem hipossinal em T1 e sinal heterogêneo em T2, pela alternância de áreas Antoni tipo A e B e degenerações secundárias. Pode apresentar realce heterogêneo pelo contraste paramagnético com áreas císticas e sólidas. A biópsia guiada por US ou TC pode ser útil quando existem células de Schwann suficientes, porém nem sempre ela é confiável, pelo pleomorfismo celular nas áreas de degeneração. A abordagem desses tumores deve considerar idade e aspecto clínico do paciente. O melhor tratamento continua sendo a ressecção cirúrgica do tumor.

/ PE-062 /

**SÍNDROME DE MAURIAC: CAUSA RARA DE AUMENTO DE ATENUAÇÃO HEPÁTICA.**

Araujo LKS; Nora TF; Tamellini AM; Moraes Neto HP; Buriche M; Silva MHFS.

Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes/CDI – Vitória, ES.

**Introdução:** A síndrome de Mauriac é uma forma rara de diabetes mellitus tipo 1, caracterizada pela tríade hepatomegalia, retardo de crescimento e diabetes mellitus mal controlado. Estima-se que uma em cada 2.500 crianças com menos de 5 anos e uma em cada 300 pessoas abaixo dos 18 anos são portadoras da doença. Neste painel será feita a demonstração dos achados de imagens na síndrome de Mauriac, ressaltando a dificuldade diagnóstica específica na imagino-

arterial. A ultra-sonografia mostrou volumosa imagem cística lobulada na face inferior e posterior do fígado medindo 11cm de diâmetro e sinais de ectasia do sistema coletor. Na tomografia computadorizada (TC) foi observada volumosa lesão expansiva, com epicentro no espaço de Morrison, heterogênea com predomínio cístico e componentes sólidos onde se identificava realce pelo contraste venoso. Exames laboratoriais eram normais (incluindo as catecolaminas). O paciente foi encaminhado para a cirurgia que ressecou a lesão de consistência gordurosa, muito vascularizada e que envolvia parcialmente a veia cava retro-hepática, desde o flanco até hipocôndrio direito. O estudo histopatológico relatou neoplasia maligna de células redondas e com classificação por imuno-histoquímica de tumor desmoplásico. **Discussão:** Os tumores de células pequenas e redondas, também chamados de células redondas e azuis, é um termo genérico para um grupo de tumores malignos altamente agressivos compostos por células indiferenciadas com alta relação núcleo-citoplasma. Os tumores desmoplásicos de pequenas células (DSRCT) fazem parte deste grupo. Os primeiros relatos de DSRCT intra-abdominal são de 1989. Ocorrem mais em crianças e adultos jovens com forte predominância masculina. A maioria tem envolvimento peritoneal difuso. O presente caso teve a TC como um instrumento muito importante para o planejamento cirúrgico, mas o diagnóstico de tumor desmoplásico de células redondas só foi possível pela imuno-histoquímica. **Referências:** 1. Devoe K, Weidner N. Immunohistochemistry of small round-cell tumors. *Semin Diagn Pathol* 2000;17:216–224. 2. Fletcher CDM. *Diagnostic histopathology of tumors*. 2nd ed. Lovndon: Churchill Livingstone, 2000;698–700. 3. Kempson RL, Fletcher CDM, Evans HL, Hendrickson MR, Sibley RK. *Tumors of the soft tissues. Atlas of tumor pathology. 3rd Series, Fascicle 30*. Washington, DC: Armed Forces Institute of Pathology, 2001;444–452.

/ PE-060 /

**SÁCULA DE HUTCH: UMA CAUSA IMPORTANTE DE REFLUXO VÉSICO-URETERAL NA CRIANÇA.**

Caserta NMG; Caserta GC; Bolinelli AP; Faroni RM; Ikari L; Machado GO. Departamentos de Radiologia e Urologia da FCM-Unicamp – Campinas, SP, e da Faculdade de Medicina de Sorocaba, PUC-SP – Sorocaba, SP.

**Introdução:** Sácula de Hutch ou divertículo periureteral, embora incomum, está freqüentemente associado com refluxo vésico-ureteral, sendo importante alertar para esta anomalia vesical quando da avaliação de infecção urinária na criança. O objetivo deste trabalho é demonstrar as características anatômicas e de imagem da sácula de Hutch, revisando, a partir de caso comprovado, sua ocorrência e mecanismos que ocasionam a facilitação do RVU. **Revisão:** Divertículos congênitos da bexiga não-associados com válvula de uretra posterior ou bexiga neurogênica são incomuns, ocorrendo em cerca de 1,7% dos pacientes. O divertículo que ocorre na junção vésico-ureteral é denominado divertículo ou sácula de Hutch, sendo ainda mais raro e freqüentemente associado a RVU. É mais comum em lactentes maiores e crianças, geralmente decorrentes da elevação da pressão intravesical por algum tipo de obstrução do trato urinário inferior. A sácula de Hutch propicia o RVU devido alterar a inserção oblíqua normal do ureter na bexiga. **Discussão:** A sácula de Hutch está freqüentemente associada a RVU, sendo causa importante de infecção urinária na criança. Pela alteração anatômica provocada na inserção do ureter na bexiga, quase sempre seu acompanhamento clínico não conduz a resolução, o que a torna geralmente causa de tratamento cirúrgico. Assim é importante que pediatras, urologistas e radiologistas tenham conhecimento desta anomalia congênita para sua detecção precoce e interferir no seguimento de crianças com infecção urinária. Os métodos de imagem, particularmente a uretrocistografia miccional e eventualmente a ultra-sonografia são importantes para demonstrar sua presença, devendo ser considerada como fator causal de RVU sempre que o trajeto do ureter e o divertículo se associam.



logia, visto a escassez de referências na literatura desses achados radiológicos. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, nove anos de idade, diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 desde os seis anos de idade, com uso irregular de insulina. História de internações prévias no HUCAM por cetoacidose diabética, infecções intercorrentes e investigação de hepatomegalia. Foi atendida do ambulatório de pediatria com relato de aumento do volume abdominal e edema de membros inferiores. Ao exame físico, peso e estatura compatíveis com desnutrição crônica e fígado palpável a 8cm do rebordo costal direito. Realizada ultra-sonografia abdominal, que mostrou fígado de volume e ecogenicidade aumentada, contornos preservados, sistema porta e veias hepáticas com arquitetura preservada, ausência de dilatação das vias biliares, ausência de líquido livre abdominal. Tomografia computadorizada de abdome revelou hepatomegalia e aumento difuso da densidade hepática. Resultado do histopatológico de biópsia hepática mostrou alterações sugestivas de glicogenose. Após alta hospitalar, apresentou-se com melhora do estado geral, compensada metabolicamente, controle glicêmico adequado, em uso regular do esquema insulínico, apresentando redução do volume abdominal e fígado impalpável. **Discussão:** Pacientes com síndrome de Mauriac podem ser adultos ou crianças com hiperglicemia marcante ou prolongada que são tratados com insulina, sempre no contexto do diabetes mellitus tipo 1. A hepatomegalia nesta síndrome é reversível, se deve ao acúmulo do glicogênio ocasionado pela hiperglicemia secundária ao mau controle glicêmico. A deficiência de insulina com consequente elevação da glicose sanguínea impede o *feedback* necessário para inibição da gliconeogênese hepática. O parênquima hepático normal sem contraste tem o valor de atenuação de 40UH a 70UH; normalmente a atenuação do fígado é de 7UH a 8UH maior que baço. As causas mais comuns de aumento de atenuação hepática difusa são hemocromatose, uso de amiodarona, depósito do Thorostat, sais de ouro, doença de Wilson e mais raramente as doenças de armazenamento de glicogênio. A síndrome de Mauriac deve ser lembrada como uma das causas de aumento de atenuação hepática nos pacientes com diabetes mellitus tipo 1 mal controlado, hepatomegalia e retardo de crescimento.

/ PE-063 /

#### TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA NA INVESTIGAÇÃO DO CARCINOMA DE CÉLULAS DE TRANSIÇÃO DO TRATO URINÁRIO SUPERIOR: ENSAIO PICTÓRICO.

Caserta NMG; Prando A; Prando P; Caserta GC; Bolinelli AP; Furon RM; Machado GO.

Departamento de Radiologia da FCM-Unicamp – Campinas, SP, da Faculdade de Medicina da PUC-SP – Sorocaba, SP, e do Centro Radiológico Campinas, Hospital Vera Cruz – Campinas, SP.

**Introdução:** A principal manifestação do carcinoma de células de transição (CCT) é a hematúria e no trato urinário superior a tomografia computadorizada (TC) tem se tornado o principal método de investigação por permitir o estudo do urotélio, do parênquima renal e dos tecidos perirrenais em um único exame. O objetivo deste trabalho é avaliar as diferentes formas de apresentação do CCT na tomografia computadorizada, ressaltando sua relevância como método pouco invasivo para o diagnóstico e estadiamento desta forma de neoplasia. **Material:** A partir dos arquivos didáticos e da casuística pessoal dos autores, foram selecionadas imagens ilustrativas de TC, de diferentes pacientes com o diagnóstico de CCT ocorrendo no trato urinário superior. São demonstrados tumores em diferentes graus de invasão e de número de lesões. São também incluídos exemplos de avanços diagnósticos como a TC de multicortes e a ureteroscopia virtual. **Discussão:** O carcinoma de células de transição (CCT) corresponde a 10% das neoplasias do trato urinário superior e se manifesta geralmente com hematúria. Na bexiga, onde é mais comumente encontrado, o CCT é geralmente diagnosticado com cistoscopia, enquanto que no trato urinário superior, os métodos de imagem são preferíveis. Devido a natureza multicêntrica do CCT, é muito importante a avaliação de todo o urotélio

antes do tratamento, pois o estadiamento preciso do tumor é obrigatório para a determinação da terapia apropriada. A tomografia computadorizada já está bem definida como excelente opção neste estadiamento no trato urinário superior, sendo superior à urografia excretora e à ultra-sonografia. A TC-urografia está se tornando rapidamente a melhor escolha na investigação de pacientes com suspeita de CCT e nestes pacientes com hematúria o urotélio, o parênquima renal e os tecidos perirrenais podem ser avaliados em um único exame. Tratando-se de procedimento pouco invasivo, é importante a divulgação das formas de apresentação desta neoplasia pela TC, já que a avaliação adequada do CCT está estritamente relacionada ao prognóstico, visto que possibilita a classificação da extensão da doença, o número e tamanho das lesões, a configuração do tumor e a presença de um tumor precoce.

/ PE-064 /

#### TOMOGRAFIA MULTIDETECTORES: QUAL A MELHOR FASE PARA DETECÇÃO DE NEOPLASIAS UROTELIAIS VESICAIS?

Fidelman CB; Fidelman CB; Bauab Jr T; Tebar DE; Araújo Neto C.

Image Memorial – Salvador, BA; Ultra-X – São José do Rio Preto, SP.

**Propósito do estudo:** Avaliar qual das fases da tomografia computadorizada multidetectores é a mais apropriada para a detecção de neoplasias uroteliais vesicais. **Material e métodos:** Foram estudados 12 pacientes com neoplasias uroteliais na bexiga. Os exames foram realizados em equipamento de tomografia computadorizada multidetectores de 16 canais. Foram obtidos cortes axiais com 1,25mm de espessura das cúpulas diafragmáticas à sínfise púbica, sendo posteriormente reconstruídos, obtendo-se imagens contíguas com 5,0mm de espessura. Os cortes foram realizados antes e após a injeção venosa de 120ml de meio de contraste não-iônico endovenoso à velocidade de 4ml/seg. Após a injeção venosa, os cortes foram obtidos com retardo de 30 segundos (fase arterial), 60 segundos (fase venosa) e 240 segundos (fase tardia). A avaliação das neoplasias vesicais foi feita objetivamente, através da medida da densidade das lesões nas quatro fases, e subjetivamente, através da avaliação visual dos tumores por dois radiologistas experientes, que atribuíam de 1 a 5 pontos (do mínimo ao máximo de visualização) a cada tumor. **Resultados:** Nos 12 pacientes estudados a densificação das lesões atingiu o pico na fase arterial. Subjetivamente, os tumores também foram melhor visualizados na fase arterial que nas demais fases. **Conclusão:** A fase arterial é a que permite melhor visualização dos tumores uroteliais vesicais. A pobre visualização nas outras fases indica que a fase arterial é imprescindível nos exames realizados em tomógrafos multidetectores e sugere que exames realizados em equipamentos monodetectores ou convencionais podem estar subavaliando estas neoplasias.

/ PE-065 /

#### TRATAMENTO PERCUTÂNEO DE ABSCESSO PÉLVICO POR DIVERTICULITE: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA.

Freitas RMC; Pires TEA; Marota CP; Martins T.

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais.

**Introdução:** Apresenta-se um caso de drenagem percutânea transglútea de abscesso pélvico secundário a diverticulite e discute-se suas indicações e vantagens. **Relato de caso:** Paciente idosa, do sexo feminino, admitida no pronto-socorro com sepse causada por abscesso pélvico diverticular evidenciado por tomografia computadorizada helicoidal. Submetida a drenagem percutânea transglútea, evoluiu com remissão completa dos sintomas 72 horas após o início do tratamento. Após a retirada do cateter de drenagem, a paciente recebeu alta hospitalar, assintomática. **Discussão:** A drenagem percutânea transglútea de abscessos pélvicos guiada por tomografia computadorizada é técnica segura e eficaz. A via de acesso é bem caracterizada, o que confere precisão e rapidez ao método. Os índices de complicação são baixos, o procedimento em geral evita o tratamento cirúrgico e não conta

com os inconvenientes das abordagens transvaginal ou transretal, como a dificuldade na fixação dos cateteres.

/ PE-066 /

#### TRAUMA DIAFRAGMÁTICO.

Guido DAR; Silva MLB; Faria MR.

FHEMIG e Axial Centro de Imagem.

**Introdução:** A ruptura traumática do diafragma é uma condição incomum, resultante de impacto, com distorção da parede torácica, aumento da pressão intra-abdominal, e conseqüente lesão frênica, sendo muitas vezes o diagnóstico difícil e tardio. Atualmente, a tomografia computadorizada *multislice* (TC), com seus cortes finos, aquisição volumétrica e reconstruções multiplanares e a ressonância magnética (RM), permite uma melhor abordagem desta condição. **Objetivo:** Análise dos aspectos radiológicos e a importância clínico-cirúrgica de pacientes com ruptura diafragmática comprovadas cirurgicamente, sendo realizada também uma revisão da literatura. **Material e métodos:** Análise de exames de TC e RM por radiologistas especializados, de pacientes com lesões diafragmáticas atendidos no Hospital João XXIII (nível I) que é um centro de referência no atendimento ao trauma. **Conclusão:** A ruptura traumática do diafragma é uma condição incomum, porém cada vez mais freqüentemente diagnosticada pela TC especialmente associada às reconstruções multiplanares e RM, possibilitando a adoção de conduta terapêutica cirúrgica rápida e eficiente, influenciando na sobrevida dos pacientes.

/ PE-067 /

#### TRAUMA E SANGRAMENTO ATIVO: SINAIS TOMOGRÁFICOS E IMPORTÂNCIA CLÍNICO-CIRÚRGICA.

Guido DAR; Silva MLB; Faria MR.

FHEMIG e Axial Centro de Imagem.

**Introdução:** A tomografia computadorizada (TC) permite uma avaliação eficaz dos pacientes vítimas de trauma. Os aparelhos de TC cada vez mais sofisticados e rápidos permitem o diagnóstico de lesões com sangramento ativo (extravasamento e borramento do contraste iodado), que necessitam ser diagnosticadas precocemente, por se tratar de lesões graves, que necessitam de tratamento rápido, freqüentemente cirúrgico ou através de embolização. **Objetivo:** Análise através da TC de pacientes politraumatizados, demonstrando casos de lesões com sangramento ativo, os aspectos radiológicos e sua importância clínico-cirúrgica. **Material e métodos:** Análise tomográfica por radiologista especializado, de pacientes com ferimentos com sangramento ativo, atendidos no Hospital João XXIII (nível I) que é um centro de referência no atendimento ao trauma. **Conclusão:** Lesões traumáticas que apresentam sangramento ativo são lesões graves, que necessitam de tratamento rápido, e o seu diagnóstico precoce pela TC é importante, influenciando na conduta e sobrevida dos pacientes.

/ PE-068 /

#### TUMOR DE FRANTZ (NEOPLASIA SÓLIDO-CÍSTICA PSEUDOPAPILAR DO PÂNCREAS): RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA.

Scoppetta LCD; Scoppetta LRPD; Scoppetta TLPD; Lapeiz FA; Fraile NMP; Rodrigues RM.

Hospital e Maternidade São Camilo – São Paulo, SP.

**Introdução:** Descrito pela primeira vez por Frantz em 1959, é uma neoplasia rara, representando 0,17–2,7% dos tumores não-entócrinos do pâncreas. Apresenta etiopatogenia desconhecida e é encontrada, na maioria dos casos, em mulheres jovens, ao redor da segunda ou terceira décadas de vida. **Relato de caso:** É apresentado um caso deste tumor pancreático, em uma paciente do sexo feminino, 26 anos, encaminhada ao Serviço de Diagnóstico por Imagem de nosso hospital com queixas dispépticas e dor na região epigástrica. Foi solici-

tada uma tomografia abdominal na qual evidenciou-se uma massa de aproximadamente 12,5cm por 9,5 cm, de características sólido-cística na região corpo-caudal do pâncreas. Paciente foi submetido a uma laparotomia, onde foi encontrada uma volumosa massa de consistência sólido-cística, realizando-se uma pancreatectomia corpo-caudal, com esplenectomia. Diagnóstico confirmado pelo anatomopatológico. **Discussão:** A apresentação clínica freqüentemente é de uma tumoração abdominal, podendo ocorrer sintomas dispépticos e icterícia. Dois terços destes tumores ocorrem no corpo e cauda do pâncreas e, apesar do crescimento para fora dos limites pancreáticos, raramente invadem estruturas vasculares ou órgãos adjacentes. Por isso, devido ao baixo grau de malignidade e excelente prognóstico, é recomendada a ressecção completa do tumor. Observamos que, no caso apresentado, tanto a apresentação clínica quanto radiológica apontam para o tumor de Frantz, confirmado pelo estudo histopatológico.

/ PE-069 /

#### TUMOR DE FRANTZ: ENSAIO PICTORIAL E CORRELAÇÃO CLÍNICO-RADIOLÓGICO-PATOLÓGICA.

Neves PO; Freitas ACR; Brandão MB; Safatle PPN; Gimenez JC; Veloso MS.

Hospital Universitário de Brasília.

**Introdução:** O tumor sólido pseudopapilar do pâncreas ou tumor de Frantz é uma neoplasia rara, que ocorre mais freqüentemente em pacientes do sexo feminino na segunda e terceira décadas. Sua apresentação clínica é variável e geralmente inespecífica, sendo comumente um achado incidental nos estudos por imagem. Caracteriza-se por massa sólido-cística encapsulada no corpo e cauda do pâncreas, com baixo potencial de agressividade biológica e prognóstico geralmente favorável. **Descrição do material:** Foram avaliados por tomografia computadorizada e/ou ressonância magnética quatro pacientes com tumores pancreáticos sólido-císticos, com correlação histopatológica, em pacientes jovens do sexo feminino. A apresentação mais comum foi de massa mista encapsulada e volumosa no corpo e cauda do pâncreas, exceto em um dos casos, em que a lesão encontrava-se na região da cabeça pancreática. Não havia alterações laboratoriais pertinentes. Do mesmo modo, a apresentação clínica variável e pouco expressiva não possibilitou o diagnóstico prévio nestes casos, como esperado. Porém, os achados por imagem e a consideração desta entidade como potencial diagnóstico motivaram o prosseguimento cirúrgico da investigação, e por conseguinte confirmação histopatológica. **Discussão:** Os achados à tomografia computadorizada e à ressonância magnética são inespecíficos. Embora estes tumores apresentem baixo potencial de malignidade, deve-se destacar que o tumor de Frantz apresenta possibilidade de cura com a remoção cirúrgica completa. Neste sentido, a avaliação por imagem torna-se fundamental, pois o conhecimento desta lesão incomum e sua consideração como diagnóstico diferencial com outras massas pancreáticas sólido-císticas é decisivo para o manejo correto da doença.

/ PE-070 /

#### TUMOR SÓLIDO PSEUDOPAPILÍFERO DO PÂNCREAS: AVALIAÇÃO POR IMAGEM.

Morião A; Morais ARM; Pelandrê GL; Silveira JS; Crescente GJ; Nogueira RA.

Instituto Nacional de Câncer – INCA.

**Introdução:** O tumor sólido pseudopapilífero do pâncreas (TSPP) é uma neoplasia rara, ocorrendo em 0,2–2,7% de todas as neoplasias pancreáticas<sup>(1)</sup>. Apresenta maior incidência em adolescentes e adultos jovens do sexo feminino. **Objetivo:** Correlacionar os aspectos clínicos e anatomopatológicos com os achados por tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM) no TSPP. **Material e métodos:** No período de junho de 1996 a julho de 2006 foram estudadas retrospectivamente 12 pacientes com diagnóstico histopatológico de

TSPP e efetuadas análises de oito tomografias e uma RM. **Resultados:** Todas as pacientes eram do sexo feminino. A variação de idade foi entre 10–56 anos (média de 16 anos), excetuando-se as duas pacientes com tumores associados. Os sintomas iniciais mais prevalentes foram: dor abdominal em 58% (n=7) e aumento do volume abdominal em 41% (n=5). Os casos avaliados por TC antes e após a administração do meio de contraste venoso mostraram que o maior diâmetro variou de 2,5cm a 14,0cm e a média de volume tumoral foi de 204cc. Em todos os casos os tumores eram bem delimitados, com arquitetura heterogênea, apresentando componente sólido-cístico. Em cinco havia realce pelo meio de contraste nas porções sólidas e realce capsular. Apenas dois apresentaram focos de calcificação e em quatro evidenciou-se área central hipodensa. Nenhum caso apresentou dilatação das vias biliares ou invasão das estruturas adjacentes, apenas compressão quando o tumor atingiu grandes dimensões. A RM mostrou massa heterogênea apresentando realce periférico e capsular pelo contraste paramagnético, centro com hipersinal em T1 e T2, que pode corresponder à hemorragia. Os tumores tinham localização na cabeça do pâncreas em 46% (n=6), cauda em 23% (n=3) e corpo-cauda em 23% (n=3). O tratamento cirúrgico foi ressecção capsular em 41% (n=5), gastroduodenopancreatectomia em 33% (n=4) e pancreatetectomia parcial nas outras três sendo uma associada à esplenectomia. Em todos os casos a lesão foi totalmente ressecada e em nenhum havia invasão venosa. As duas pacientes mais idosas foram a óbito, uma por infarto agudo do miocárdio e outra por complicações pós-operatórias. O seguimento médio foi de 50 meses (6–109 meses) e não houve nenhum caso com metástases ou recorrência do tumor. **Conclusão:** O reconhecimento do tumor sólido pseudopapilífero do pâncreas é importante uma vez que apresenta baixo grau de malignidade, crescimento lento e prognóstico favorável após a ressecção cirúrgica completa<sup>(2)</sup>. A imagem de grande massa encapsulada, heterogênea, com componente sólido e cístico em uma mulher jovem sugere fortemente o diagnóstico. **Referências:** 1. Chen X, Zhou GW, Zhou HJ, Peng CH, Li HW. Diagnosis and treatment of solid-pseudopapillary tumors of the pancreas. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int* 2005; 4:456–459. 2. Dong DJ, Zhang SZ. Solid-pseudopapillary tumor of the pancreas: CT and MRI features of 3 cases. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int* 2006;5:300–304. 3. Frantz VK. Tumors of the pancreas. In: *Atlas of tumor pathology*. Section VII, fascicles 27 and 28. Washington, DC: Armed Forces Institute of Pathology, 1956. 4. Buetow PC, Buck JL, Pantongrag-Brown L, et al. Solid and papillary epithelial neoplasm of the pancreas: imaging-pathologic correlation on 56 cases. *Radiology* 1996;199:707–711. 5. Yu CH, Tseng JH, Yeh CN, Hwang TL, Jan YY. Clinicopathological study of solid and pseudopapillary tumor of pancreas: emphasis on magnetic resonance imaging findings. *World J Gastroenterol* 2007;13:811–815.

/ PE-071 /

#### VENOGRAFIA POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COM INJEÇÃO DE CONTRASTE NA VEIA PEDIOSA.

Tseng S; Kawano F; Yang JH; Freitas SMC; Denardi MR; Fernandes ARC. Unifesp-EPM – São Paulo, SP.

**Introdução:** A insuficiência venosa crônica se refere à incompetência das valvas venosas nas veias superficiais, profundas e/ou perforantes. A avaliação desta pela venografia tem como desvantagens o uso de radiação ionizante e do contraste iodado. A ultra-sonografia, apesar de não ser invasiva, é um método inteiramente dependente da experiência do operador. A formação da veia cava inferior é resultante da combinação entre as veias veteinais direita, subcardinais e supra-cardinais. Isso pode originar um amplo espectro de variantes anatômicas. A sua complexidade anatômica, e a diluição do meio de contraste até a sua chegada ao sistema venoso são fatores que dificultam a sua avaliação por tomografia computadorizada e por ressonância magnética com injeção na veia cubital. Demonstramos neste trabalho a utilização da venografia por ressonância (VRM) com injeção de gadolínio

na veia pediosa. **Descrição do material:** Foram realizadas venografias por ressonância magnética em 8 pacientes: 5 com suspeita de insuficiência venosa nos membros inferiores (3 bilaterais e 2 unilaterais, totalizando 8 membros inferiores); 2 com alterações anatômicas na veia cava inferior e 1 com síndrome de May-Thurner. Os pacientes foram posicionados em um aparelho de ressonância magnética de 1,5T de campo (GE Signa HD; Milwaukee, EUA), em decúbito dorsal, com garrote na parte inferior da perna. Foram injetados 15ml de contraste paramagnético na veia dorsal do pé seguido de 20ml de soro fisiológico. Para o estudo da veia cava inferior, o meio de contraste foi injetado em ambos os membros inferiores simultaneamente. Foram adquiridas imagens no plano coronal conforme seguintes parâmetros: TR/TE: 4,6/1,0ms; campo de estudo (“FOV”): 43cm; matriz de aquisição de 288x196, interpolada para 512x512. Em 7 dos 8 membros inferiores houve veias perfurantes insuficientes: 6 na perna e 1 na coxa. Houve um caso de veia cava inferior dupla, com circulação colateral através das veias lombares e medulares e, através e pela veia renal esquerda. Houve um caso de agenesia da veia cava inferior, no segmento hepático e intratorácico, com drenagem através da veia ázigos. Na síndrome de May-Thurner foi demonstrado o segmento estenótico devido a compressão da veia íliaca comum esquerda pela artéria íliaca comum direita, seguido pelo segmento dilatado pré-estenótico. **Discussão:** Apresentamos alguns casos de insuficiência venosa dos membros inferiores e de variações anatômicas da veia cava inferior demonstrados através da venografia por ressonância magnética com injeção de contraste na veia dorsal do pé. A técnica tem resultados comparáveis a venografia convencional com a vantagem de não utilizar radiação ionizante. **Referências:** 1. *Radiology* 2003;226:630–632. 2. *Eur Radiol* 2001; 11:102–112. 3. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2005;28:795–805. 4. *Radiology* 2000;215:421–427. 5. *Eur Radiol* 2003;13:229–230. 6. *AJR Am J Roentgenol* 1999;173:999–1003. 7. *J Magn Reson Imaging* 2005;8:630–633. 8. *Int Angiol* 2007;26:171–182. 9. *Eur Radiol* 1993;3:53–61.

## MEDICINA NUCLEAR

/ PE-072 /

#### A IMPORTÂNCIA DA MEDICINA NUCLEAR NO TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO DE NEOPLASIA AGRESSIVA E RARA DA TIREÓIDE COM METÁSTASES À DISTÂNCIA.

Kalinauskas PF; Pereira M; Moriguchi SM; Boldrini Junior D; Santos MJ. Hospital de Câncer de Barretos, Fundação Pio XII – Barretos, SP.

**Introdução:** Carcinoma insular da tireóide é tumor epitelial agressivo, raro, pouco diferenciado, entre os bem diferenciados e anaplásicos. Caracterizado histologicamente por ilhas de células neoplásicas pequenas, núcleos pequenos e uniformes e citoplasma escasso, com imuno-histoquímica (IMH) positiva para tireoglobulina e negativa para calcitonina. Estádio avançado ao diagnóstico, alto índice de recidiva e elevada taxa de óbito são comuns. Metástases em gânglios cervicais e mediastinais ocorrem em 48%, 20% para o pulmão e 25% para osso. Em geral, o tecido metastático capta iodo radioativo, sendo a radioiodoterapia complementar, indicada para diminuir os riscos de recorrência, altamente recomendado para estádios II, III e IV e em grupo seleto do estágio I, com doença multifocal, metástases ganglionares, invasão extratireoidiana ou vascular ou tipos histológicos mais agressivos. **Objetivo:** Relatar um caso de neoplasia rara e agressiva da tireóide com metástases à distância conduzido pela medicina nuclear. **Relato de caso:** M.L.F., mulher, 22 anos, dor e claudicação coxo-femoral esquerda há 18 meses e suspeita de tumor ósseo. A TC mostrou grande lesão expansiva sólida no íliaco esquerdo com extensão para partes moles, lesões osteolíticas no acetábulo esquerdo, L<sub>4</sub> e L<sub>5</sub>, com biópsia de metástase de carcinoma. A cintilografia óssea trifásica (COT) mos-