

## TÓRAX

/ PE-179 /

### A TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA NAS DOENÇAS AGUDAS DA AORTA TORÁCICA.

Furtado VS; Carvalho FG; Borges JA; Medina RA; Durão RA; Calmon TR; Quintela DC; Guerreira Júnior CR.  
IPGMCC – VOT Imagem.

**Introdução:** As doenças emergenciais da aorta torácica incluem: aneurisma roto, hematoma intramural, úlcera aterosclerótica penetrante e dissecação. São lesões vasculares graves, que na maioria das vezes possuem um curso fatal quando não-diagnosticada precocemente. Este trabalho tem como objetivo mostrar o estudo destas patologias através da angiotomografia helicoidal, contribuindo para um diagnóstico rápido e seguro, através de uma técnica relativamente não-invasiva. **Revisão:** Vários métodos de imagem podem ser utilizados para o diagnóstico das doenças emergenciais da aorta, como a aortografia, o ecocardiograma trans-esofágico, a ressonância magnética e a tomografia computadorizada (helicoidal ou *multislice*), mas a escolha de uma técnica individual depende não apenas da precisão diagnóstica da técnica, mas também de muitos outros fatores, tais como: nível de suspeita clínica e urgência presumida do diagnóstico; estabilidade hemodinâmica; possíveis contra-indicações à técnica (intolerância grave ao iodo, disfunção renal, marca-passo, claustrofobia); disponibilidade da técnica e rapidez com que pode ser realizada; e informações anatómicas consideradas importantes pelo cirurgião antes da operação. **Discussão:** A TC helicoidal, sobretudo os equipamentos com multidetectors é um excelente método diagnóstico, podendo ser obtidas imagens multiplanares e reformatadas tridimensionais mais detalhadas e não-degradadas. A avaliação eficiente da aorta pela TC requer uma técnica meticulosa. O exame contrastado deve ser precedido por uma aquisição de imagens sem contraste, que pode revelar sinais importantes, como hemorragias agudas na parede do vaso (hematoma intramural) ou no mediastino, dissecação aguda ou ruptura, calcificação da íntima, entre outras, que após o uso de contraste não são bem identificadas. Ao contrário da TC convencional, a aquisição volumétrica reduz expressivamente os artefatos, e a rapidez dos cortes permite um alto nível de realce vascular pelo meio de contraste. Reconstruções por superposição das imagens podem resultar na redução do efeito de volume parcial, permitindo a visualização de pequenas anormalidades, como o *flap* da íntima. Permite o estudo de uma região do tórax, com apenas um período de apnéia, e pela rapidez de seus cortes, imagens com alta qualidade são obtidas com volumes menores do meio de contraste. Deste trabalho, conclui-se que a tomografia computadorizada *multislice* proporciona um diagnóstico e acompanhamento pós-cirúrgico rápido e seguro das doenças da aorta, com alta especificidade, mas que outros fatores já mencionados anteriormente, vão nortear o método diagnóstico cabível para cada paciente.

/ PE-180 /

### ACHADOS DE IMAGEM EM 38 PACIENTES COM PNEUMONIA EM ORGANIZAÇÃO.

Santana PRP; Bonamigo DR; Fortuna FP; Irion KL; Hochegger B; Geyer G; Porto NS.  
Santa Casa de Porto Alegre.

**Objetivo:** Descrever os achados de imagem em pacientes com pneumonia em organização (PO) com ou sem bronquiolite obliterante. **Material e métodos:** Análise retrospectiva dos exames de imagem de 38 pacientes com diagnóstico histopatológico de pneumonia em orga-

nização. Os pacientes foram classificados em duas categorias: pneumonia em organização criptogênica (POC) e pneumonia em organização secundária (POS). Em ambos os grupos a presença ou não de bronquiolite obliterante também foi observada. A descrição dos achados de imagem foi baseada nos radiogramas convencionais do tórax de todos os pacientes e nas tomografias computadorizadas do tórax de 25 destes pacientes. **Resultados:** Quatorze (37%) dos 38 pacientes apresentaram outras condições clínicas relacionadas a PO e foram classificados em POS, sendo que 8 (57%) destes revelaram bronquiolite obliterante. Os demais 24 (63%), após exclusão de qualquer causa ou doença associada a PO, foram classificados no grupo de POC, com 5 pacientes apresentando bronquiolite obliterante. O achado radiológico mais comum em todo o grupo foi o de consolidação, presente em 22 (58%) pacientes. Destes, 13 (59%) demonstravam consolidação focal e 9 (41%) apresentavam consolidações múltiplas. Os outros achados radiológicos presentes foram infiltrado intersticial bilateral e nódulos. Um grupo de pacientes apresentou padrões mistos (21%). Em 17 (45%) pacientes, os achados foram localizados. Dos 13 (34%) pacientes que revelaram bronquiolite obliterante associada com a pneumonia em organização (BOOP), apenas dois tinham achados de imagem localizados. **Conclusões:** Os achados radiológicos dos pacientes com pneumonia em organização são variáveis. Consolidação é o padrão mais comum. A ausência de bronquiolite obliterante associada pode ser sugerida quando os exames de imagem demonstram alterações localizadas. Esta forma da doença pode ser confundida com neoplasias pulmonares, e deve ser mais freqüentemente diferenciada na prática clínica.

/ PE-181 /

### ACOMETIMENTO PULMONAR NA DERMATOPOLIMIOSITE INFANTIL: RELATO DE CASO.

Matta MA; Pereira MBD; Araújo LM; Fonseca MM.  
Hospital das Clínicas da UFMG.

**Introdução:** Relata-se um caso de acometimento pulmonar grave pela dermatopolimiosite infantil, com ênfase nos achados encontrados à telerradiografia do tórax e à tomografia computadorizada de alta resolução dos pulmões (TCAR). **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, sete anos de idade, admitido no Hospital das Clínicas da UFMG com máculas violáceas em pálpebras superiores (heliotrópico), nódulos endurecidos no tronco e membros superiores, placas eritematosas em superfícies extensoras das articulações metacarpo-falangeanas (sinal de Gottron), febre, emagrecimento, artrite, e tetraparesia proximal simétrica. A biopsia muscular evidenciou miosite inflamatória. A telerradiografia do tórax revelou alterações intersticiais basais bilaterais e a TCAR evidenciou espessamento irregular de septos interlobulares, opacidades em vidro fosco e áreas esparsas de consolidação com broncogramas aéreos, predominantes nos segmentos póstero-basais dos lobos inferiores. Firmou-se o diagnóstico de dermatopolimiosite e iniciou-se terapia com corticosteróides e, em seguida, imunodepressores com evolução clínica desfavorável, atualmente sendo necessário oxigenioterapia domiciliar. **Discussão:** A dermatopolimiosite é uma doença do tecido conjuntivo, de etiologia desconhecida e que afeta cerca de três em um milhão de crianças anualmente. Manifesta-se por alterações cutâneas e musculares típicas. Anormalidades da função pulmonar estão presentes em 30% dos casos. Cinco por cento dos pacientes apresentam alterações à telerradiografia de tórax. O padrão histológico de comprometimento pulmonar envolve a pneumonite intersticial usual e a bronquiolite obliterante com pneumonia em organização. A TCAR é indicada para a caracterização das alterações pulmonares. Opacidades em vidro fosco, consolidações e fibrose com faveolamento infreqüente, predominantemente periféricos e subpleurais, nas regiões póstero-basais dos pulmões são os achados mais comuns. Algum grau de regressão destas alterações pode ocorrer após instituição de terapia.

/ PE-182 /

**ALTERAÇÕES RADIOLÓGICAS DA COLUNA VERTEBRAL EM PACIENTES PORTADORES DE NEUROFIBROMATOSE.**

Muniz MP; Cardoso LV; Santiago LN.

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (Famerp).

**Descrição do propósito do estudo:** A neurofibromatose (NF) é uma doença genética de acometimento sistêmico que se manifesta por deformidades físicas e comprometimento das funções neurológicas<sup>(1)</sup>. Portadores de NF apresentam alta prevalência de alterações ósseas, sendo as deformidades da coluna vertebral responsáveis pela maior porcentagem. Os achados mais comuns são escoliose, cifoescoliose, erosão das paredes anterior e posterior do corpo vertebral (EPACV e EPPCV ou *scalloping*) e alargamento dos forames intervertebrais<sup>(2-4)</sup>. O objetivo do presente estudo é caracterizar as alterações ósseas nas radiografias simples da coluna vertebral que sugerem diagnóstico de NF. Propor a inclusão da EPPCV como critério radiológico para o diagnóstico de NF quando associada a um dos critérios definidos pelo National Institute of Health<sup>(5)</sup>. **Material e métodos:** Foi realizado estudo radiográfico prospectivo da coluna vertebral em posições ântero-posterior e perfil de 143 pacientes com NF atendidos no Serviço de Radiologia do Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, SP, com idade entre dois a 72 anos (média de 33,1±18,2 anos), encaminhados pelo Centro de Pesquisa e Atendimento em Neurofibromatose (CEPAN), serviço multidisciplinar para atendimento de indivíduos portadores da doença. **Resultados:** 66,4% dos pacientes apresentaram alterações ósseas na coluna vertebral. Escoliose foi a alteração óssea mais freqüente nos pacientes com NF (43,3%). Cifoescoliose esteve presente em 3,5%. EPACV foi observada em 25,9%. O alargamento dos forames intervertebrais representou 18,9%. EPPCV foi observada em 28%, e esses achados foram comparados com um grupo controle de 2.652 casos na população geral, com especificidade de 100% e sensibilidade de 28%. **Conclusões:** A radiografia da coluna é um método acessível, rápido e eficiente que auxilia o diagnóstico das alterações ósseas. A inclusão da EPPCV como lesão óssea característica é segura e consistente como critério para diagnóstico radiológico da NF. **Referências:** 1. Riccardi VM. Von Recklinghausen neurofibromatosis. *N Engl J Med* 1981;305:1617-1627. 2. Rossi, et al. Thoracic manifestations of neurofibromatosis-I. *AJR Am J Roentgenol* 1999;173:1631-1638. 3. Alwan S, Tredwell SJ, Freedman JM. Is osseous dysplasia a primary feature of neurofibromatosis 1. *Clin Genet* 2005;67:378-390. 4. Muniz MP, Almeida JRM, Aires AS, França FC, Goloni-Bertollo EM. Prevalência de achados radiográficos da neurofibromatose tipo 1: estudo de 82 casos. *Radiol Bras* 2002;35:65-70. 5. National Institute of Health (NIH). Consensus Development Conference. Neurofibromatosis. *Arch Neurol* 1988;45: 575-578.

/ PE-183 /

**ANOMALIAS PULMONARES CONGÊNITAS.**

Natal MRC; Amaral LC; Andrade APDV; Silva LP; Ferraz PM; Cabral FN; Andalécio CA; Santos GV; Paiva JAC. Hospital de Base do Distrito Federal.

**Introdução:** As anomalias pulmonares congênicas precisam ser reconhecidas pela sua importância no diagnóstico diferencial de lesões pulmonares. Embora sejam muitas vezes descobertas incidentalmente quando assintomáticas, as mesmas podem causar uma variedade de sintomas. Este ensaio tem como objetivo a revisão dos principais achados radiográficos das patologias pulmonares congênicas. **Material e métodos:** Foram selecionados a partir do arquivo do departamento da radiologia, os casos mais ilustrativos de anomalias pulmonares congênicas. **Discussão:** As entidades congênicas pulmonares necessitam serem reconhecidas precocemente pela necessidade de intervenção nos casos sintomáticos. O reconhecimento das alterações pulmonares na radiografia de tórax é importante por ser este o

primeiro método de imagem solicitado, sendo muitas vezes suficiente para o diagnóstico e em outros casos podendo ajudar no seguimento da investigação. Dentre as anomalias do desenvolvimento descritas destacam-se aplasia, agenesia e hipoplasia pulmonares; o seqüestro pulmonar; os cistos broncogênicos; as malformações adenomatóides císticas; a atresia brônquica; o enfisema lobar congênito; e outras.

/ PE-184 /

**BÓCIO TIREOIDIANO ECTÓPICO: AVALIAÇÃO POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COM MÚLTIPLOS DETECTORES – ASPECTOS DE IMAGEM E REVISÃO DA LITERATURA.**

Teixeira PAG; Daugster MF; Netto PVS; Toscano SM; Souza LS; Ferraz Filho JRL; Souza Jr AS; Bastos P.

Ultra X Instituto Radiodiagnóstico Rio Preto.

**Introdução:** O bócio tireoidiano ectópico é uma condição geralmente benigna, mas pode estar associada a sintomas compressivos, obstrutivos e entra no diagnóstico diferencial com outras lesões expansivas. De acordo com o desenvolvimento embriológico da glândula tireóide, o tecido tireoidiano ectópico pode ocorrer na linha média desde a base da língua até o mediastino. O tecido ectópico também pode ocorrer em outros sítios como laringe, canal tireoglosso e árvore traqueobrônquica. No entanto a etiologia do bócio ectópico nessas localidades ainda não está bem definida. A tomografia computadorizada com múltiplos detectores (TCMD) proporciona grande contraste tecidual, obtenção de imagens multiplanares de alta qualidade que demonstram com precisão o tecido ectópico e ajudam na diferenciação do tecido tireoidiano de outros tecidos moles. A localização e o conhecimento dos aspectos de imagem destas condições são importantes para o diagnóstico diferencial de massas cervicais e mediastinais sendo útil para o manejo correto desses pacientes. Apresentamos os aspectos de imagem da tireóide lingual, bócio mediastinal primário e tireóide traqueal, que são formas raras de bócio tireoidiano ectópico. **Descrição do material:** Foram avaliadas imagens de pacientes com bócio tireoidiano ectópico lingual, traqueal e intratorácico primários obtidas através de TCMD. **Discussão:** O estudo por TCMD proporciona uma avaliação completa dos pacientes com bócio ectópico, ajudando na diferenciação do tecido tireoidiano de outros tecidos, determinando com precisão a localização do tecido ectópico e sua relação com as estruturas adjacentes. Foi possível também através desses métodos avaliar se havia presença de tecido tireoidiano em topografia anômica e relação do tecido ectópico com a glândula tireóide. **Referências:** 1. Brown-Wright HE, Jonklaas J. Ectopic intratracheal thyroid: an illustrative case report and literature review. *Thyroid* 2005;15:478-484. 2. Buckley JA, Stark P. Intrathoracic mediastinal thyroid goiter: imaging manifestations. *AJR Am J Roentgenol* 1999;173:471-475. 3. Hollander EF, Visser MT, Baalen JM. Accessory thyroid gland at carotid bifurcation presenting as a carotid body tumor: case report and review of the literature. *J Vasc Surg* 2004;39:260-262. 4. Kawakami M, Ito K, Yoshimura K, et al. A case of mediastinal goiter. *Auris Nasus Larynx* 2004;31:183-187. 5. Lee CC, Chen ChY, Lee GW, et al. Imaging of huge lingual thyroid gland with goiter. *Neuroradiology* 1998;40:335-337. 6. Takashima S, Ueda M, Shibata A, et al. MR imaging of the lingual thyroid. *Acta Radiol* 2001;42:376-382.

/ PE-185 /

**CALCIFICAÇÃO DA ARTÉRIA PULMONAR E RAMOS PRINCIPAIS: UM CASO DE SÍNDROME DE EISENMENGER.**

Souza RR; Fiuza SH; Fontes MHG; Silva Filho R; Souza BL; Caires GC; Vieira CC; Magalhães FP. Hospital Felício Rocho.

**Introdução:** A calcificação associada à dilatação da artéria pulmonar e seus ramos principais é uma manifestação não-habitual da

hipertensão arterial pulmonar grave, mais freqüentemente encontrada na síndrome de Eisenmenger. A síndrome consiste na elevação da pressão pulmonar a níveis sistêmicos, causada pelo aumento da resistência vascular pulmonar, com shunt reverso (direita-esquerda) ou bidirecional, através de um grande defeito congênito, intra ou extracardíaco, não-reparado. Na radiografia simples do tórax e na tomografia computadorizada (TC), a calcificação da artéria pulmonar e de seus ramos, associada a dilatação desses e de câmaras cardíacas direitas, geralmente está relacionada a comunicação interatrial, persistência do *ductus arteriosus* ou comunicação interventricular. **Relato de caso:** Paciente de 53 anos, sexo masculino, foi internado no Hospital Felício Rocho em dezembro de 2006 com história de edema importante e intermitente dos membros inferiores e massa abdominal no hipocôndrio direito. Negou dispnéia ou palpitações. Ao exame físico, apresentava-se eufnéico, emagrecido, com edema dos MMII e jugulares ingurgitadas. À palpação, observou-se fígado a 5cm do RCD. À ausculta cardíaca, havia desdobramento e hiperfonese de B2 em foco pulmonar e sopro sistólico II/VI na borda esternal externa. *Ictus cordis* em posição usual. Na radiografia simples de tórax, observou-se cardiomegalia, dilatação e calcificação da artéria pulmonar e seus ramos. Na TC convencional foram realizados cortes de 5mm de espessura pela técnica helicoidal evidenciando-se: ausência de consolidações pulmonares e lesões pleurais, aumento difuso das câmaras cardíacas; tronco das artérias pulmonares principais e seus ramos lobares e alguns ramos segmentares dilatados com calcificações parietais difusas, traduzindo acentuada hipertensão pulmonar. Aorta de calibre normal. Ausência de derrame pericárdico. O ecodopplercardiografia evidenciou comunicação intratrial do tipo *ostium secundum* ampla (37mm) com fluxo bidirecional, aumento das câmaras direitas e átrio esquerdo, hipertensão arterial pulmonar e dilatação importante do tronco da artéria pulmonar. O estudo hemodinâmico comprovou o resultado do ecocardiograma. **Discussão:** Na hipertensão arterial pulmonar, é incomum a calcificação da artéria pulmonar, sendo que, quando observada, está mais freqüentemente relacionada com a síndrome de Eisenmenger. Neste relato de caso, notou-se calcificação difusa não só da artéria pulmonar, como também das artérias lobares e, ainda mais raramente relatado na literatura, das artérias segmentares. A calcificação da artéria pulmonar dilatada com aumento do ventrículo direito deve alertar o radiologista para a doença cardíaca congênita, dado a possibilidade do diagnóstico incidental na radiografia de tórax, visto que muitos pacientes apresentarão sintomas após 40–50 anos, como nosso paciente. **Referências:** 1. Steinberg I. Calcification of the pulmonary artery and enlargement of the right ventricle: a sign of congenital heart disease. Eisenmenger syndrome – pulmonary hypertension, increased pulmonary resistance, and reversal of blood flow. *Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med* 1966;98:369–377. 2. Diller GP, Gatzoulis MA. Pulmonary vascular disease in adults with congenital heart disease. *Circulation* 2007;115:1039–1050. 3. Mallamo JT, Baum RS, Simon AL. Diffuse pulmonary artery calcifications in a case of Eisenmenger's syndrome. *Radiology* 1971;99:549. 4. Sheehan R, Perloff JK, Fishbein MC, Gjertson D, Aberle DR. Pulmonary neovascularity: a distinctive radiographic finding in Eisenmenger syndrome. *Circulation* 2005;112:2778–2785. 5. Vongpatanasin W, Brickner E, Hillis LD, et al. The Eisenmenger syndrome in adults. *Ann Intern Med* 1998;128:745.

/ PE-186 /

**CALCIFICAÇÃO PULMONAR METASTÁTICA: CORRELAÇÃO DA TCAR COM A ANATOMOPATOLOGIA.**

Marchiori E; Viana ATP; Azevedo FB; Escuissato D; Souza Júnior AS; Cerqueira EM; Miranda BJP; Gasparetto TD; Nunes SL.  
Hospital Universitário Antônio Pedro – UFF.

**Introdução:** Calcificação metastática é a deposição de sais de cálcio em tecidos previamente normais, estando em geral associada a doenças que afetam o metabolismo do cálcio e do fosfato. A causa

mais comum é a insuficiência renal crônica. O pulmão é o sítio visceral mais freqüente de deposição de cálcio. Esse artigo tem como objetivo correlacionar os achados na tomografia computadorizada de alta resolução de tórax com a anatomopatologia na calcificação pulmonar metastática. **Metodologia:** Estudo retrospectivo das TCAR e do material anatomopatológico obtido por biópsia pulmonar em dois pacientes com calcificação pulmonar metastática. **Resultados:** Em dos pacientes mostrou nódulos centrolobulares, com atenuação periférica em vidro fosco e calcificação central, que corresponderam na histopatologia à calcificação nos septos alveolares, com formação de aglomerados calcificados em algumas regiões. O outro apresentou como principal achado consolidações densas, que corresponderam à calcificações nos septos alveolares associadas a proliferação de tecido fibroso no interior dos espaços alveolares. **Conclusão:** A identificação na TCAR de nódulos em vidro fosco com calcificação central, ou de consolidações densas, faz com que a calcificação pulmonar metastática seja incluída entre as principais hipóteses diagnósticas. **Referências:** 1. Marchiori E, Souza Jr AS, Escuissato AL, et al. Calcificação pulmonar metastática. *Pulmão RJ* 2006;15:235–238. 2. Müller NL, Fraser RF, Colman N, Paré PD. Radiologic diagnosis of diseases of the chest. Philadelphia: WB Saunders, 2001;639–647. 3. Lingam RK, Teh J, Sharma A, Friedman E. Metastatic pulmonary calcification in renal failure: a new HRCT pattern. *Br J Radiol* 2002;75(889):74–77. 4. Marchiori E, Müller NL, Souza Jr AS, Escuissato DL, Gasparetto EL, Cerqueira EMFP. Unusual manifestations of metastatic pulmonary calcification: high resolution CT and pathologic findings. *J Thorac Imaging* 2005;20:66–70.

/ PE-187 /

**CRÍPTOCOCOSE PULMONAR EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE: RELATO DE CASO.**

Machado AA; Bomfim P; Santos NS; Nader M; Faria RCS; Faria GS.  
IDI – Santa Casa.

A criptococose (torulose) é causada pelo *Cryptococcus neoformans*, um fungo que existe no ambiente natural. Não existe evidência dessa doença ser transmitida de animais para humanos ou de pessoa para pessoa. Acredita-se que seja causada pela inalação desse fungo decorrente da presença do mesmo em excrementos de animais. Ocasionalmente pode estar associado à história de contato com pombos. A criptococose freqüentemente se apresenta como uma infecção oportunista em pacientes imunodeprimidos, sendo rara a ocorrência em pacientes imunocompetentes. Relatamos um caso de criptococose em um paciente imunocompetente, de 53 anos, sexo masculino, funcionário público (serviços gerais), natural de Pirassununga, SP, que deu entrada no serviço de pneumologia com história de pneumonia de repetição. Antecedentes pessoais de tabagismo há 48 anos e etilismo há 15 anos. Na internação foram realizados RX de tórax, tomografia computadorizada (TC) do tórax, TC de abdome superior, broncofibroscopia e punção guiada por TC. A radiografia simples evidenciou opacidade arredondada, razoavelmente bem-delimitada em ápice do pulmão esquerdo. A TC de tórax evidenciou massa sólida, com espículas periféricas, sem calcificação, medindo cerca de 4,8cm x 3,6cm, associada a espessamento pleural e diminutos nódulos pulmonares contralaterais. A TC de abdome evidenciou nefrolitíase e colecistopatia calculosa. A broncofibroscopia não mostrou lesão endobrônquica. O exame histopatológico de material colhido através de punção transtorácica guiada por TC fez o diagnóstico de criptococose pulmonar. Foi realizado o tratamento com antifúngico com melhora clínica dos sintomas e radiológica da lesão. Pela escassez de casos, a literatura é divergente, mostrando que em pacientes imunocompetentes a criptococose tanto se apresenta como massas pulmonares, bem definidas, com margens lisas e regulares, necessitando algumas vezes de diagnóstico diferencial com neoplasia, como com nódulos múltiplos e bilaterais. Relata também diferença de apresentação entre pacientes imunocompetentes e imunocomprometidos.

/ PE-189 /

**DRENAGEM VENOSA ANÔMALA PARCIAL PULMONAR COM DRENAGEM PARA A VEIA CAVA SUPERIOR ASSOCIADA A PULMÃO HIPOGENÉTICO: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA.**

Dauster MF; Teixeira PG; Toscano SM; Netto PVS; Souza Jr AS; Souza AS.

Ultra X Instituto de Radiodiagnóstico Rio Preto.

**Introdução:** A síndrome venolobar pulmonar congênita (SVPC) constitui um grupo raro de anomalias que podem associar malformações cardiovasculares e parenquimatosas pulmonares sendo fonte de morbidade significativa nos pacientes acometidos. Habitualmente a drenagem venosa anômala parcial pulmonar (DVAPP) quando associada à pulmão hipogenético se faz para a veia cava inferior (VCI) supra ou infra diafragmática (síndrome da cimitarra) ou mais raramente para as veias supra hepáticas, porta ou ainda sistema ázigo. Neste relato apresentamos a associação de pulmão hipogenético com DVAPP para a veia cava superior (VCS). Esta situação é extremamente rara, não sendo encontrado na revisão de literatura ocidental. **Relato de caso:** Paciente sexo feminino, 54 anos, dona de casa, apresentando dispnéia aos médios esforços há aproximadamente 20 anos. Refere correção de cardiopatia congênita há 10 anos e episódio de tromboembolismo pulmonar (TEP) há 1 ano. Desde então faz uso contínuo de AAS, anticoagulante oral e anti-hipertensivos. Nega tabagismo. A paciente foi submetida à avaliação por imagem para controle de tratamento de TEP, tendo realizado radiografia e posterior tomografia computadorizada com múltiplos detectores (TCMD) do tórax. Na radiografia do tórax, foi identificada discreta redução volumétrica do pulmão direito. Na avaliação por tomografia observou-se vaso anômalo, de dimensões aumentadas, que se estendia desde as porções inferiores do pulmão direito e correspondia à veia pulmonar direita drenando para a VCS. Havia redução do volume e da vascularização pulmonar, além de hipoplasia da árvore brônquica, caracterizando pulmão hipogenético à direita. Identificaram-se ainda sinais de correção de defeito do septo atrial e aumento do calibre das artérias pulmonares principais. **Discussão:** Neste relato apresentamos um tipo raro de síndrome venolobar, caracterizada por drenagem anômala da veia pulmonar direita para a VCS associada a pulmão hipogenético, situação não-encontrada na literatura ocidental pesquisada. A TCMD proporcionou alta qualidade de imagem com reformatações multiplanares e tridimensionais demonstrando fielmente o trajeto das estruturas venosas anômalas e das anormalidades parenquimatosas e brônquicas associadas. **Referências:** 1. White CS, Baffa JM, Harney PJ, et al. MR imaging of congenital anomalies of the thoracic veins. *RadioGraphics* 1997;17:595–608. 2. Konen E, Raviv-Zilka J, Cohen RA, et al. Congenital pulmonary venolobar syndrome: spectrum of helical CT findings with emphasis on computerized reformatting. *RadioGraphics* 2003; 23:1175–1184. 3. Gilkeson RC, Haaga JR, Ciancibello CM. Anomalous unilateral single pulmonary vein: multidetector CT findings. *AJR Am J Roentgenol* 2000;175:1464–1465. 4. Woodring JH, Howard TE, Kanga JF. Congenital pulmonary venolobar syndrome revisited. *RadioGraphics* 1994;14:349–369. 5. Kylak CF, Eyles WR, Spizarny DL. Developmental lung anomalies in the adult: radiologic-pathologic correlation. *RadioGraphics* 2002;22:S25–S43.

/ PE-190 /

**EMPIEMA PLEURAL: ASPECTOS RADIOLÓGICOS E SUA ABORDAGEM CIRÚRGICA.**

Gontijo Junior GF; Carvalho EA; Pontinha TFBS; Silva AN; Dib Filho BK; Preti BM; Carvalho JBV.

Faculdade de Ciências Médicas da Unifenas – Alfenas, MG.

**Introdução:** O empiema pleural é uma infecção piogênica ou supurativa, podendo ser encapsulada ou comprometer todo o espaço pleural. Em certos casos pode ser necessária a toracotomia para a

retirada do material e realizada a biópsia pleural para o diagnóstico definitivo. **Objetivo:** Relatar um caso de empiema crônico em que foi indicado o tratamento cirúrgico e enfatizar seus aspectos radiológicos e as suas complicações. **Materiais e métodos:** Relato de caso e revisão de literatura. **Resultados:** Paciente J.B.A.S., 52 anos, masculino, deu encaminhado pelo departamento de clínica médica com história de derrame pleural crônico e drenagem torácica de repetição. Como co-morbidades apresenta endocardite, ICC e suspeita de TB pleural, com ADA=118,8u/l (até 40u/l). Ao exame apresentou dispnéia intensa e PA 90x60mmHg, no raio X mostrou volumoso derrame pleural a direita e TC de tórax que mostrou volumosas coleções hipodensas com níveis hidroaéreos no espaço pleural sugestivo de empiema. Foi tentada novamente drenagem torácica, mas sem sucesso. Ocorreu descompensação das co-morbidades que depois foram se estabilizando. Em virtude do insucesso das drenagens, foi indicada a toracotomia para retirada do derrame. Realizada a toracotomia com retirada de material purulento, comprovando o empiema, e fragmento para biópsia, porém houve complicações cardíacas que infelizmente levou o paciente ao óbito. O resultado da biópsia evidenciou pleurite crônica inespecífica com abundante material necro-fibrino-leucocitário (empiema) e pericardite inespecífica. **Conclusão:** O empiema pleural é comprovado pelo raio X e pela tomografia computadorizada, sendo importantes armas para o acompanhamento e também para o diagnóstico, e quando ocorre insucesso nas drenagens têm indicação cirúrgica, porém certos paciente com graves co-morbidades tem risco aumento nas cirurgias, causando risco para o procedimento.

/ PE-191 /

**ESTUDO ICONOGRÁFICO DOS ACHADOS IMAGINOLÓGICOS DA TUBERCULOSE NOS SEUS MAIS VARIADOS SÍTIOS ORGÂNICOS EXTRAPULMONARES.**

Pires ACDC; Ceratti S; Pires MAC; Morad Filho JFM; Pontes ABG; Pontes AL; Nastro R.

Clínica Radiológica Radmed – São Roque, SP.

**Introdução:** A tuberculose é uma doença crônica, infecto-contagiosa, produzida pelo *Mycobacterium tuberculosis* e que se caracteriza anatomopatologicamente pela presença de granulomas e de necrose caseosa central. Também chamada em português de tísica pulmonar ou “doença do peito”, é uma das doenças infecciosas documentadas desde mais longa data e que continua a afligir a humanidade nos dias atuais, ainda representando grande problema em saúde pública. Normalmente, associa-se o termo tuberculose com doença pulmonar. Na realidade, apesar de a tuberculose pulmonar ser a mais comum, ela pode afetar outros órgãos, pela disseminação linfo-hematogênica que é responsável por várias formas de tuberculose extrapulmonar, genitourinária, intestinal, peritoneal, osteoarticular, ganglionar periférica, pericárdica, oftálmica, cutânea, meníngea e tuberculose do sistema nervoso central. Outra forma de disseminação é por contigüidade que ocorre na tuberculose pleural. **Objetivo:** Expor algumas das diversas formas de apresentação da tuberculose extrapulmonar, mostrando variados aspectos desta patologia. **Descrição do material:** Estudo revisional e iconográfico de pacientes portadores de tuberculose extrapulmonar, avaliados por radiografias simples, ultra-sonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética. **Discussão:** A tuberculose é uma doença que pode acometer qualquer parte do organismo humano. As formas extrapulmonares mais freqüentes da doença são a pleural, a linfática, a genitourinária, a osteoarticular e a intestinal. A forma extrapulmonar representa cerca de 18% do total de casos notificados. Por ser muitas vezes associada a pacientes imunodeprimidos, vem tendo significativo aumento da sua prevalência desde a década passada. Atualmente, os métodos de imagem vêm sendo aperfeiçoados, assim como é o caso da ultra-sonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética, possibilitando o diagnóstico e início terapêutico precoce com redução da morbidade dos pacientes.

/ PE-192 /

**HAMARTOMA MESENQUIMAL DE PAREDE TORÁCICA: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA.**

*Pelandré GL; Lira JP; Alves S; Curzio GM; Oliveira ME.*  
Instituto Nacional de Câncer – INCA.

**Introdução:** O hamartoma mesenquimal de parede torácica é uma lesão tumoral geralmente única que ocorre predominantemente durante a infância. Manifesta-se clinicamente como deformidade da parede torácica, associada a sintomas respiratórios. Apesar de sua aparência agressiva e da propensão a atingir grandes dimensões, trata-se de uma lesão tumoral benigna. **Relato de caso:** Paciente feminino, 10 anos, apresentando quadro de dor no braço direito. Ao exame físico observou-se abaulamento da parede torácica e diminuição do murmúrio vesicular, à direita, com roncocalcos discretos. Realizada radiografia de tórax que evidenciou formação expansiva com densidade de partes moles, de contornos bem definidos, ocupando quase a totalidade do hemitórax direito. Tomografia computadorizada mostrou volumosa massa mista, predominantemente cística, com componente de partes moles e septos no interior, com vários focos calcificados de perimeio, medindo 14,0cm x 13,0cm x 9,5cm, ocupando os dois terços superiores do hemitórax direito. Realizada mediastinostomia transversa com biópsia, cujo laudo histopatológico foi compatível com hamartoma mesenquimal de parede torácica. **Discussão:** O hamartoma mesenquimal de parede torácica é extremamente raro, com apenas 61 casos publicados até o momento. Radiologicamente se manifesta como massa sólida ou parcialmente cística, com áreas de calcificação em seu interior, que cresce da porção média de uma ou mais costelas, com erosão da cortical e destruição dos arcos costais vizinhos. O diagnóstico diferencial deve ser feito com sarcoma de Ewing, PNET, neuroblastoma, paraganglioma e teratoma. O tratamento pode ser expectante, nos casos assintomáticos, ou cirúrgico.

/ PE-193 /

**HEMATOPOIESE EXTRAMEDULAR EM PACIENTE PORTADORA DE TALASSEMIA.**

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

**Introdução:** É considerada um mecanismo fisiológico compensatório que ocorre quando a medula óssea é incapaz de suprir a demanda corporal de células sanguíneas em que áreas difusas de tecido hematopoiético podem ser encontradas. Geralmente está associada a hemoglobinopatias congênitas ou adquiridas. **Descrição do caso:** Paciente M.C.A., 51 anos, sexo feminino, negra, procedente da Ceilândia, DF, é acompanhada na Hematologia do HBDF por  $\beta$ -talassemia. As alterações ao exame físico eram icterícia e esplenomegalia. Foi indicada esplenectomia e na radiografia solicitada para o exame pré-operatório observou-se massa arredondada paravertebral direita. Complementou-se o exame com tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM), que demonstraram massa paravertebral direita com realce de contraste homogêneo. A cintilografia óssea não demonstrou captação em região mediastinal. Realizou-se punção torácica guiada por TC. O exame histopatológico demonstrou fragmento de tecido mimetizando um corte de medula óssea em eritropoiese. **Discussão:** É considerada um mecanismo fisiológico compensatório que ocorre quando a medula óssea é incapaz de suprir a demanda corporal de células sanguíneas em que áreas difusas de tecido hematopoiético podem ser encontradas. Geralmente está associada a hemoglobinopatias congênitas ou a desordens de substituição medular adquiridas. Os achados de imagem consistem em massa arredondada, no mediastino posterior, na radiografia simples. Na TC observam-se massas com densidade de partes moles, em sua maioria homogêneas, com características semelhantes às descritas na radiologia convencional. Na RM observa-se alto sinal em T1 e T2 na presença de

tecido gorduroso. A cintilografia realiza-se através de pesquisa com agentes colóides específicos, porém pode não haver captação nos casos de células imaturas. O diagnóstico diferencial faz tumor neurogênico, linfoma ou tumor mesenquimal. O diagnóstico é confirmado com a associação da história clínica de doença de base associado aos achados de imagem e cintilográficos. Caso não haja compatibilidade dos achados pode ser realizada a biópsia.

/ PE-194 /

**HÉRNIA DE MORGAGNI: RELATO DE CASO.**

*Ferreira BDC; Amâncio FM; Andrade FCG; Lopes GP; Freitas LF; Souza LRMF; Fatureto MC; Oliveira MRP; Bosi TCC.*  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

**Introdução:** A hérnia de Morgagni é uma rara hérnia diafragmática congênita na qual ocorre a passagem de estruturas e/ou de vísceras abdominais através do triângulo esternocostal (forame de Morgagni/ espaço de Larrey). **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 25 anos de idade, branco, portador de síndrome de Down, hipertensão, asmático e obeso mórbido (IMC > 40kg/m<sup>2</sup>) com dispnéia a pequenos esforços há alguns meses, ortopnéia e edema de membros inferiores. Na admissão hospitalar apresentava broncoespasmo moderado, redução dos sons e submacicez na metade do hemitórax direito. O raio-X (RX) de tórax evidenciou opacidade no hemitórax inferior direito, que se acentuava com o decúbito dorsal. Foi tratado para provável pneumonia. Como não se obteve melhora do quadro clínico, foi indicada a realização de uma tomografia computadorizada (TC), que caracterizou processo expansivo de origem pleural ocupando 70% do hemitórax direito, com densidade de tecido adiposo, o que poderia sugerir uma lipomatose pleural. O paciente foi submetido alguns dias depois à toracotomia direita submamária, durante a qual se identificou volumosa herniação do epíplon por um forame de cerca de 8cm lateralmente ao esterno. **Discussão:** A hérnia de Morgagni ocorre devido à falha da fusão embriológica das porções costal e esternal do diafragma, anterior à linha média (posição retroesternal), criando o chamado forame de Morgagni. Esse defeito pode ocorrer em ambos os lados, mas predomina à direita, possivelmente pelo fato de que o coração protege o forame no lado esquerdo, podendo ser total ou parcial. O conteúdo abdominal encontrado é representado, em ordem decrescente, por omento, cólon, estômago, fígado e intestino delgado. A conduta diagnóstica deve ser direcionada nos achados radiográficos do tórax (PA e perfil), devido ao quadro clínico inespecífico ou ausente. No RX em PA podem ser visualizadas alças (cólon, estômago) no tórax ou massa cheia de ar dentro do mediastino anterior (fortemente indicativo de hérnia de Morgagni). No RX em perfil identifica-se uma opacidade bem definida no ângulo cardiofrênico direito, homogênea (lobo acessório do fígado, por exemplo) ou heterogênea, devido à presença de ar em uma alça intestinal. Em casos de dúvida pode-se complementar o estudo com contraste (EED ou enema opaco). A TC e a RM são ótimas ferramentas diagnósticas, com imagens nos planos sagital e coronal que demonstram os defeitos diafragmáticos e identificam a natureza do conteúdo herniado. Cabe ressaltar ainda alguns diagnósticos diferenciais, como os tumores da pleura, cisto pericárdico e coxim gorduroso pericárdico. O tratamento é cirúrgico, de caráter eletivo e indicado mesmo nos pacientes assintomáticos, com o objetivo de evitar complicações, como hérnias encarceradas e estrangulamento intestinal, além de tratar a sintomatologia, quando presente. **Referências:** 1. Galé ME. Anterior diaphragm: variations in the CT appearance. *Radiology* 1986; 161:635–639. 2. Gaerte SC, Meyer CA, Winer-Muram HT, Tarver RD, Conces DJ. Fat-containing lesions of the chest. *RadioGraphics* 2002;22 (Special Issue):S61–S78. 3. Murahovschi J. *Pediatria diagnóstico e tratamento*. 6ª ed. São Paulo, Sarvier, 2003;86. 4. Fraser and Pare. *Diagnosis of diseases of the chest*. Philadelphia, London, Toronto: WB Saunders, 1970;1229–1230. 5. Way LW, Doherty GM. *Cirurgia diagnóstico e tratamento*. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004;1099–1100.

/ PE-195 /

**INFECÇÕES PULMONARES PÓS-TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA: ACHADOS DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ALTA RESOLUÇÃO EM PACIENTES PEDIÁTRICOS.**

Marchiori E; Gasparetto TD; Escuiçatto D; Pinto MVR; Borges R; Nunes SL; Azevedo FB; Vianna ATP.

Universidade Federal do Paraná e Universidade Federal Fluminense.

**Objetivo:** Este estudo objetivou descrever os achados de tomografia computadorizada de alta resolução (TCAR) em 35 pacientes pediátricos que apresentaram infecções pulmonares após o transplante de medula óssea (TMO) alogênico. **Material e métodos:** Foram estudados 35 casos consecutivos de pacientes que desenvolveram infecção pulmonar pós-TMO, documentada com TCAR dentro de 24 horas após o início dos sintomas e com comprovação diagnóstica em até uma semana do início dos sintomas. **Resultados:** As infecções pulmonares foram causadas por vírus (n=16), bactérias (n=9), fungos (n=9) e protozoários (n=1). Dois radiologistas analisaram as TCAR, determinando os achados por consenso. Quatro pacientes com pneumonia confirmada tiveram resultados normais na TCAR. Nos pacientes com infecção viral, os achados mais frequentes foram áreas de atenuação em vidro fosco (43,7%) e pequenos nódulos centrolobulares (31,2%). Consolidação do espaço aéreo (88,9%), pequenos nódulos centrolobulares (22,2%) e atenuação em vidro fosco (22,2%) foram os achados principais em pacientes com pneumonia bacteriana pós-TMO. Nódulos grandes foram vistos em 66,7% dos pacientes com pneumonia fúngica e em apenas um caso de infecção viral. O “sinal do halo” (n=5) foi identificado apenas em pacientes com pneumonia fúngica. **Conclusão:** As principais causas de infecção pulmonar em pacientes pediátricos pós-TMO apresentaram achados de TCAR similares. Entretanto, nódulos grandes e “sinal do halo” foram mais comuns em pacientes com infecção fúngica. **Referências:** 1. Hollingsworth CL. Thoracic disorders in the immunocompromised child. *Radiol Clin N Am* 2005;43:435-447. 2. Meyer S, Reinhard H, Gottschling S. Pulmonary dysfunction in pediatric oncology patients. *Pediatr Hematol Oncol* 2004;21:175-195. 3. Escuiçatto DL, Gasparetto EL, Marchiori E, et al. Pulmonary infections after bone marrow transplantation: high-resolution CT findings in 111 patients. *AJR Am J Roentgenol* 2005;185:608-615. 4. Reittner P, Ward S, Heyneman L, Johkoh T, Müller NL. Pneumonia: high-resolution CT findings in 114 patients. *Eur Radiol* 2003;13:515-521.

/ PE-196 /

**LESÕES EXPANSIVAS DO MEDIASTINO ANTERIOR: SINAIS TOMOGRÁFICOS ESPECÍFICOS PARA O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.**

Vieira MMD; Santos NS; Vieira DC; Floss PM; Faria GS; Faria RCS; Contrera JD.

IDI – Instituto de Diagnóstico por Imagem da Santa Casa de Ribeirão Preto.

O mediastino anterior é sítio de lesões expansivas, múltiplas, de diferentes e variadas origens, neoplásicas ou não. As estruturas normais encontradas nesse compartimento incluem timo, artérias e veias mamárias, linfonodos, gordura e ligamento esternopericárdico inferior. É limitado anteriormente pelo esterno e posteriormente pelo pericárdio, aorta e vasos braquiocefálicos, sendo revestido pela pleura parietal. As lesões expansivas no mediastino anterior apresentam incidência e prognóstico variados, de acordo com a idade, local de origem e componente histopatológico. A tomografia computadorizada é o método comumente utilizado para estudo dessas lesões, no sentido de detecção, caracterização e localização. As lesões mais comuns incluem as de origem tímica, tireoidianas, linfonodais e tumores de células germinativas. É de especial importância clínico-radiológica o diagnóstico diferencial das lesões conhecidas como 4Ts: timoma, teratoma, tireóide ectópica e “terrível” linfoma. Apresentamos casos de lesões expansivas do mediastino anterior com ênfase em achados tomográficos es-

pecíficos que auxiliam no diagnóstico diferencial e permitem uma definição mais acurada.

/ PE-197 /

**LIPOSSARCOMA MIXÓIDE DO MEDIASTINO: RELATO DE CASO.**

Pereira BAF; Ferrão G; Lima ECA; Pegoretti KR; Oliveira ME; Coelho LS; Haddad R; Freias CB; Nardi AG; Souza LAM; Almeida M. Hospital São Vicente de Paulo.

**Introdução:** Os sarcomas primários do tórax são raros. O diagnóstico diferencial deve ser realizado com os tumores primários do pulmão com aspecto sarcomatóide e as neoplasias pulmonares secundárias, bem mais frequentes. São classificados de acordo com os achados histológicos e constituem um grupo amplo de neoplasias que acomete pulmões, mediastino, pleura e parede torácica. **Relato do caso:** N.S.B., feminino, 75 anos, iniciou quadro de dor retroesternal atípica. Passou por uma avaliação cardiológica, quando foi detectado um aumento da área cardíaca na radiografia de tórax. A tomografia computadorizada demonstrou massa no mediastino anterior, com uma parte sólida de maior densidade à direita e outra área homoganeamente hipodensa com tênue realce difuso pelo meio de contraste, com maior componente tumoral à esquerda, com densidade entre 5UH e 18UH, densidade cística. A ressonância mostrou a natureza sólida da lesão e foi realizada biópsia por mediastinoscopia anterior, com diagnóstico de lipossarcoma mixóide. A paciente está realizando quimioterapia. **Discussão:** O lipossarcoma é a neoplasia mesenquimal mais comum, representando 6% das massas mediastinais. Estes tumores são classificados em quatro subtipos histológicos: bem diferenciado, mixóide, de células arredondadas e pleomórfico. Um dos componentes da variedade mixóide é a matriz mucopolissacarídea, que aparece como massa heterogênea na tomografia computadorizada. Os valores de atenuação destas massas encontram-se entre os valores de gordura e partes moles. Quanto mais indiferenciada é a lesão, mais os valores de atenuação são semelhantes ao de tecidos sarcomatosos e de líquidos. Na ressonância magnética, a presença de grande quantidade de matriz mixóide é a causa de tempo de relaxamento longo e homogêneo em T1 e T2. O padrão clássico é de tumores hipointensos em T1 e hiperintensos em T2. O tumor apresentado localizava-se no mediastino anterior, com uma pequena parte sólida de maior densidade e outra, maior, homoganeamente hipodensa, com densidade entre 5UH e 18UH, sugerindo aspecto cístico da lesão, entretanto com tênue realce difuso pelo meio de contraste. A ressonância demonstrou natureza sólida da massa. A mediastinoscopia anterior com ressecção de material demonstrou tratar-se de lipossarcoma mixóide.

/ PE-198 /

**MALFORMAÇÃO ADENOMATÓIDE CÍSTICA CONGÊNITA: RELATO DE CASO.**

Schmitz RF; Carli CS; Pinto Filho DR; Santos VC; Garcia FBA. Hospital Geral de Caxias do Sul.

**Introdução:** A malformação adenomatóide cística congênita (MACC) descreve um grupo de várias lesões histopatologicamente distintas, caracterizadas por tecido pulmonar de arquitetura anormal, com ou sem formação de cistos. A maioria dos casos é descoberta ainda em tenra idade, e, geralmente, os pacientes se apresentam com dificuldade respiratória crescente no período neonatal. O aspecto é de uma massa com densidade de partes moles, com numerosos cistos, os quais podem conter líquido, ar ou ambos. A tomografia computadorizada (TC) é superior à radiografia de tórax para demonstrar os componentes císticos e sólidos da lesão. **Relato de caso:** K.L., sexo feminino, 32 dias, apresentava insuficiência respiratória progressiva, havendo suspeita de hérnia diafragmática congênita (HDC). Em ultrassonografia (US) pré-natal, evidenciavam-se imagens císticas agrupadas no lobo inferior direito, achado confirmado por radiografia e TC de tórax, sendo compatível com MACC. A paciente foi encaminhada para

o serviço de cirurgia torácica e, posteriormente, submetida a uma lobectomia inferior direita. O aspecto macroscópico da peça cirúrgica era de uma MACC tipo 2, e a análise histopatológica demonstrou numerosos cistos com epitélio mucinoso, semelhante ao epitélio gástrico. **Discussão:** A MACC trata-se de uma anormalidade embrionária que ocorre antes da sexta semana de gestação, caracterizada por um crescimento exagerado dos bronquíolos terminais, sem predileção lobar. Quando presentes, os cistos geralmente têm comunicação com as vias aéreas normais. Insuficiência respiratória progressiva no período neonatal é a forma mais comum de apresentação. No período pré-natal, pode ocorrer polidrâmnio, anasarca, eclâmpsia e morte fetal. A US pré-natal e a radiografia de tórax demonstram achados sugestivos, mas o padrão-ouro para o diagnóstico é a TC de tórax. Os principais diagnósticos diferenciais são: seqüestro pulmonar, HDC, e pneumonia complicada por necrose cavitária. Na presença de sintomas, o tratamento definitivo é cirúrgico e, na ocorrência de hidropisia fetal, é necessária cirurgia intra-útero. Em casos de MACC assintomática, a conduta é controversa. Muitos preferem a ressecção cirúrgica, devido ao pequeno risco de degeneração maligna.

/ PE-199 /

### NEUROFIBROMATOSE TIPO 1 COM NEUROFIBROMAS TRAQUEOBRÔNQUICOS.

Marchiori E; Gasparetto TD; Nunes SL; Irion KL; Hochhegger B; Azevedo FB; Viana ATP

Universidade Federal Fluminense e Pavilhão Pereira Filho.

**Introdução:** Neurofibromatose tipo 1 (NF1) é uma facomatose comum caracterizada pela tendência à formação de tumores ectodérmicos e mesodérmicos. O envolvimento das vias aéreas superiores na NF1 é raro e o diagnóstico através das manifestações clínicas pode ser difícil<sup>(1,2)</sup>. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de NF1, com ênfase nos achados de tomografia computadorizada *multislice*. **Relato de caso:** Paciente masculino de 65 anos de idade com NF1 apresentando quadro de dispnéia, tosse e febre, com evolução de três meses. Apresentava como história prévia infecções pulmonares de repetição. A tomografia computadorizada *multislice* evidenciou múltiplos neurofibromas na árvore traqueobrônquica. **Discussão:** As manifestações clínicas de pacientes com neurofibromas da árvore traqueobrônquica estão na sua maioria relacionadas à obstrução das vias aéreas. Como um resultado dos sintomas pouco específicos, o diagnóstico de neurofibromas traqueobrônquicos é geralmente feito tardiamente no curso da doença<sup>(1,2)</sup>. Nosso caso ilustra o valor da tomografia computadorizada *multislice* na definição anatômica dessa rara manifestação da neurofibromatose. **Referências:** 1. Willmann JK, Weishaupt D, Kestenholz PB, von Smekal A, Marincek B. Endotracheal neurofibroma in neurofibromatosis type 1: an unusual manifestation. *Eur Radiol* 2002;12:190–192. 2. Cranshaw JH, Morgan C, Knowles G, Nicholson AG, Goldstraw P. Intramural neurofibroma of the trachea treated by multiple stents. *Thorax* 2001;56:583–584.

/ PE-200 /

### NOCARDIOSE PULMONAR EM PACIENTE COM DPOC E BRONQUIECTASIAS APRESENTANDO MÚLTIPLOS NÓDULOS NA TC.

Nunes SSL; Marchiori E; Aidé M; Gasparetto TD; Viana ATP; Azevedo FB; Ceotto LC.

Hospital Universitário Antônio Pedro – UFF.

**Introdução:** A nocardiose pulmonar é uma enfermidade pouco freqüente causada pelo actinomiceto grampositivo *Nocardia asteroides*. Fatores de predisposição são pacientes com DPOC em terapia com corticosteróides, quimioterapia e SIDA<sup>(1-8)</sup>. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 89 anos, com passado de bronquiectasias e DPOC. Foi realizada radiografia e tomografia computadorizada de tórax que apresentou lesões nodulares difusas nos pulmões. A amostra de

escarro foi positiva para *Nocardia spp.* **Discussão:** A radiografia de tórax e a tomografia computadorizada apresentam consolidação alveolar, nódulos pulmonares e derrame pleural. Tais achados devem chamar a atenção para esse diagnóstico em pacientes imunossuprimidos com corticosteróides e com bronquiectasias<sup>(1,2,5,8,9)</sup>. A apresentação radiológica mais comum é consolidação<sup>(1-5,8)</sup>. No estudo de Feigin e cols.<sup>(1)</sup> foram descritas escavações em 8 de 21 casos de nocardiose pulmonar estudados e se enfatizou que a presença de escavações se deve à formação de abscessos. É provável que as alterações dos mecanismos de defesa pulmonar e a utilização de corticosteróides por via sistêmica ou inalatória sejam fatores que possam contribuir para a colonização brônquica por *Nocardia spp.* em pacientes com bronquiectasias<sup>(5)</sup>. **Referências:** 1. Feigin DS. Nocardiosis of the lung: chest radiographic findings in 21 cases. *Radiology* 1986;159:9–14. 2. Mari B, Monton C, Mariscal D, Lujan M, Sala M, Domingo C. Pulmonary nocardiosis: clinical experience in ten cases. *Respiration* 2001;68:382–388. 3. Menendez R, Cordero PJ, Santos M, Gobernado M, Marco V. Pulmonary infection with *Nocardia* species: a report of 10 cases and review. *Eur Respir J* 1997;10:1542–1546. 4. Matulionyte R, Rohner P, Uçkay I, Lew D, Garbino J. Secular trends of nocardia infection over 15 years in a tertiary care hospital. *J Clin Pathol* 2004;57:807–812. 5. Ferrer A, Lloren V, Codina G, Garcia-Roldán J. Nocardiosis y bronquiectasias. Una asociación infrecuente? *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2005;23:62–66. 6. Diez-Garcia MJ, Andreu AL, Chiner E. Bronchopneumonia due to *Nocardia asteroides* in a man with chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Bronconeumol* 2005;41:642–643. 7. Stratakos G, Kalomenidis I, Papas V, et al. Cough and fever in a female with Crohn's disease receiving infliximab. *Eur Respir J* 2005;26:354–357. 8. Hwang J, Koh W, Suh G, et al. Pulmonary nocardiosis with multiple cavitary nodules in a HIV-negative immunocompromised patient. *Intern Med* 2004;43:852–854. 9. Pifarre R, Teixido B, Vila M, Duran M, Garcia J, Morera J. Pulmonary nocardiosis as a cause of radiographic imaging of multiple pulmonary nodules. *Arch Bronconeumol* 2001;37:511–512.

/PE-201 /

### O PAPEL DO PET-CT NA AVALIAÇÃO DO MESOTELIOMA PLEURAL.

Caserta NMG; Dragosavac S; Cunha ML.

PET-CT Campinas.

**Introdução:** O mesotelioma maligno da pleura (MMP) é uma neoplasia mais comum na população exposta ao asbesto e seu prognóstico é muito ruim. Os métodos de imagem são particularmente úteis na investigação pré-operatória e o PET-CT tem se demonstrado de grande valor para estadiar pacientes com MMP. O objetivo deste trabalho é, a partir de caso documentado, revisar as principais contribuições do PET-CT na avaliação do MMP. **Relato da revisão:** Os objetivos do estadiamento do MMP são definir a operabilidade e fornecer informações prognósticas. Os relatos documentam que o PET é mais preciso que a tomografia computadorizada para estadiar pacientes com MMP. Com o exame integrado de PET-CT, tem se demonstrado ser este um excelente método para esta avaliação. Por esta modalidade se demonstra acometimento mais extenso da doença do que aquele mostrado por outros métodos, sendo particularmente útil em identificar metástases à distância, ocultas. A partir de caso comprovado, a comparação com os achados citados na literatura, permitiu revisar as vantagens do PET-CT, salientando seu papel promissor no estudo desta grave neoplasia do tórax. **Discussão:** Os métodos de diagnóstico por imagem são particularmente úteis no estadiamento do MMP. Tem se demonstrado que o PET-CT é um método promissor na avaliação desta neoplasia, fornecendo melhores informações para a definição da sua extensão e prognóstico. A revisão efetuada permite ressaltar o papel relevante do PET-CT em: a) documentar a extensão da doença pleural; b) definir acometimento de linfonodos mediastinais; c) avaliar invasão do tumor no pulmão e na parede torácica; d) diagnosticar metástases extra-torácicas; e) avaliar resposta à quimioterapia; f) auxiliar no planejamento da

radioterapia; g) diagnosticar recorrência. O exame de PET-CT é ainda útil para identificar o melhor local para realizar biópsia, aumentando portanto a acurácia diagnóstica do exame histopatológico. Tratando-se de modalidade recente, o PET-CT demonstra ter um papel promissor na investigação pré-operatória e do tratamento de pacientes com este tipo de neoplasia pleural maligna.

/ PE-202 /

**OBSTRUÇÃO DO BRÔNQUIO-FONTE ESQUERDO POR ANEURISMA DE AORTA TORÁCICA DESCENDENTE ASSOCIADA A COARCTAÇÃO: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA.**

*Pereira FLA; Faria HP; Silva TF; Soares IM; Braga FGA; Rabelo AP; Oliveira ASG; Bastos AL; Bijos GD.*

Santa Casa de Belo Horizonte e Centro de Pesquisa e Pós-Graduação da FCMMG.

**Introdução:** A compressão traqueobrônquica é uma das complicações do aneurisma de arco aórtico, devido às relações anatômicas entre essas estruturas. Porém, é rara esta associação com aneurismas da aorta torácica descendente. Relatamos um caso de paciente com compressão do brônquio principal esquerdo por aneurisma da aorta torácica descendente, associada a pneumonia e bronquiectasias. **Relato de caso:** Paciente de 11 anos, sexo feminino, admitida com história de febre, prostração e pneumonia, sem resposta a antibioterapia. História progressiva de infecção de vias aéreas recorrente, sem internações anteriores. Ao exame físico apresentava sopro sistólico em foco mitral e murmúrio vesicular diminuído no hemitórax esquerdo. A radiografia (RX) de tórax evidenciou opacidade homogênea, de contornos bem definidos, localizada em topografia da croça da aorta, associada a redução do calibre do brônquio inferior, atelectasia lobar inferior e bronquiectasia na metade inferior do pulmão à esquerda. A ultra-sonografia torácica demonstrou aspecto compatível com condensação nos terços médio/inferior do hemitórax esquerdo, sem derrame pleural. A tomografia computadorizada (TC) de tórax com contraste mostrou dilatação aneurismática da aorta torácica descendente comprimindo a parede posterior do brônquio principal esquerdo, associada a importante redução volumétrica e bronquiectasias no pulmão esquerdo (notadamente no lobo inferior), bem como aumento da área cardíaca. Foi realizado um ecocardiograma que evidenciou válvula aórtica bicúspide, insuficiência aórtica leve, coarctação aórtica moderada, grande dilatação aneurismática da aorta descendente, insuficiência valvar mitral leve e canal arterial persistente. A broncoscopia mostrou compressão extrínseca do brônquio principal esquerdo que se inicia junto à carina, com oclusão subtotal da luz brônquica e impedindo a passagem do aparelho. Realizada toracotomia e correção cirúrgica da coarctação da aorta, da persistência do canal arterial e do aneurisma. Atualmente encontra-se em controle periódico. **Discussão:** Compressões de traquéia, brônquios e artéria pulmonar são frequentemente descritas na literatura, sendo rara a compressão extrínseca por aneurisma de aorta torácica<sup>(1)</sup>. DeBakey e cols. relataram uma incidência de 8% de compressão de vias aéreas associadas a aneurisma de aorta torácica<sup>(2)</sup> e, desde então, casos isolados têm sido descritos na literatura<sup>(2,3)</sup>. Os achados clínicos da compressão traqueobrônquica incluem estridor, tosse, resfriado e pneumonite obstrutiva<sup>(2)</sup>. No RX de tórax observa-se massa mediastinal (com ou sem calcificação periférica), que pode estar associado a deslocamento ou compressão de estruturas adjacentes. A TC tem sido amplamente utilizada para avaliação da aorta torácica e diferenciação entre aneurisma aórtico e neoplasia mediastinal. Além disso, demonstra com precisão o tamanho e extensão do aneurisma e sua relação com estruturas anatômicas adjacentes. Recentemente a ressonância magnética passou a ser realizada nos pacientes com contra-indicação ao uso de contraste iodado<sup>(4,5)</sup>. Entre os diagnósticos diferenciais destacam-se neoplasia mediastinal, corpo estranho, tampão mucoso e compressão extrínseca por neoplasia ou infecção<sup>(4)</sup>. As opções de terapêuticas incluem trata-

mento clínico com antibióticos e fisioterapia respiratória, *stent* brônquico ou reparo cirúrgico do aneurisma<sup>(4)</sup>. **Referências:** 1. Duke RA, Barrett MR II, Payne SD, Salazar JE, Winer-Muram HT, Itonkin IL. Compression of left main bronchus and left pulmonary artery by thoracic aortic aneurysm. *AJR Am J Roentgenol* 1987;149:261–263. 2. Kalkat MS, Bonser RS. Obstructive pneumonia: an indication for surgery in mega aorta syndrome. *The Society of Thoracic Surgeons* 2003;75:1313–1315. 3. Charrette EJ, Winton TL, Salerno TA. Acute respiratory insufficiency from an aneurysm of the descending thoracic aorta. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1983;85:467–470. 4. Miller GA, Heaston DK, Moore AV, Korobkin M, Braun SD, Dunnick NA. CT differentiation of thoracic aortic aneurysms from pulmonary masses adjacent to the mediastinum. *J Comput Assist Tomogr* 1984;8:437–442. 5. Glazer HS, Gutierrez FR, Lee JKT, Murphy WA. The thoracic aorta studied by MR imaging. *Radiology* 1985;157:149–155. 6. Godwin JD. Conventional CT of the aorta. *J Thorac Imaging* 1990;5:18–31. 7. Godwin JD, Herfkens RL, Skioldebrand CG, Federle MP, Lipton MJ. Evaluation of dissections and aneurysms of the thoracic aorta by conventional and dynamic CT scanning. *Radiology* 1980;136:125–133.

/ PE-203 /

**PARAGANGLIOMA PULMONAR MULTICÊNTRICO: RELATO DE CASO.**

*Pereira BAF; Pegoretti KR; Lima ECA; Coelho LS; Oliveira ME; Ferreira TD; Nardi AG; Souza LAM.*

Hospital São Vicente de Paulo.

**Introdução:** Feocromocitomas são tumores derivados das células cromafínicas, altamente vascularizados e categorizados como os tumores dos 10%, porque 10% são bilaterais, 10% são malignos ou múltiplos, 10% são familiares e 10% se apresentam em localização extra-adrenal, e por isso são chamados paragangliomas. Tanto os tumores funcionantes como os não-funcionantes (chemodectomas) podem originar-se nas proximidades de qualquer área da cadeia neural simpática, e menos de 2% dos tumores secretores de catecolaminas são originários do tórax. O presente trabalho tem como finalidade apresentar o caso de uma paciente com paraganglioma pulmonar multicêntrico, cuja opção de tratamento foi cirúrgica. **Relato de caso:** S.C.F., feminino, 56 anos, branca, natural do Rio de Janeiro, com história de tabagismo e hipertensão arterial crônica. Radiografia de tórax no pós-operatório de cirurgia neurológica apresentou nódulo pulmonar a esclarecer. A tomografia computadorizada de tórax realizada constatou imagem nodular hipercaptante, no segmento posterior do lobo superior direito. Foi submetida à lobectomia superior direita radical. O estudo anatomopatológico evidenciou paraganglioma pulmonar multicêntrico. **Discussão:** Pouco mais de 150 casos de paragangliomas intratorácicos foram descritos na literatura, e dois terços deles eram localizados no mediastino anterior e médio. Paragangliomas torácicos são tumores raros, altamente vascularizados, de origem neuroendócrina e que são tratados pela ressecção cirúrgica quando possível. São neoplasias de crescimento lento, localmente invasivas e com alto índice de recidiva. Os paragangliomas podem ser multicêntricos em 43% dos casos e não parece haver uma distribuição específica.

/ PE-204 /

**PNEUMONIA LIPOÍDICA EM CRIANÇAS APÓS ASPIRAÇÃO DE ÓLEO MINERAL USADO NO TRATAMENTO DE CONSTIPAÇÃO: ACHADOS DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ALTA RESOLUÇÃO EM 17 PACIENTES.**

*Marchiori E; Zanetti G; Gasparetto TD; Souza Junior AS.*

Universidade Federal Fluminense; Universidade Federal do Rio de Janeiro; Universidade Federal do Paraná; Escola de Medicina de São José do Rio Preto.

**Objetivo:** Descrever os achados de tomografia computadorizada de alta resolução (TCAR) em 17 crianças com pneumonia lipídica



após aspiração de óleo mineral. **Material e métodos:** Foram avaliados os exames de TCAR de nove meninos e oito meninas, com idades entre dois meses e nove anos, com média de 3,4 anos. Dois radiologistas analisaram as TCAR, determinando os achados por consenso. O critério de inclusão usado foi a presença de radiografia alterada, história de uso de óleo mineral e a presença de lipídios intrapulmonares, comprovado pelo lavado broncoalveolar ou por achados histológicos. **Resultados:** Os achados de TCAR mais freqüentes foram consolidação do espaço aéreo (100%), usualmente com áreas de atenuação de gordura (70,6%), atenuação em vidro fosco (52,9%) e padrão de pavimentação em mosaico (17,6%). As lesões tinham distribuição com predomínio bilateral, acometendo as regiões posteriores e inferiores dos pulmões. **Conclusão:** Os principais achados de TCAR em pacientes pediátricos com pneumonia lipídica exógena foram consolidação do espaço aéreo e atenuação em vidro fosco, ocasionalmente com áreas de pavimentação em mosaico. As lesões apresentaram distribuição bilateral, acometendo as regiões posteriores e inferiores dos pulmões. **Referências:** 1. Lee KS, Müller NL, Hale V, et al. Lipoid pneumonia: CT findings. *J Comput Assist Tomogr* 1995;19:48–51. 2. Lee KH, Kim WS, Chen JE, et al. Squalene aspiration pneumonia in children: radiographic and CT findings as the first clue to diagnosis. *Pediatr Radiol* 2005;35:619–623. 3. Franquet T, Giménez A, Bordes R, Rodriguez-Arias JM, Castella J. The crazy-paving pattern in exogenous lipid pneumonia: CT-pathologic correlation. *AJR Am J Roentgenol* 1998;170:315–317. 4. Bandla HPR, Davis SH, Hopkins NE. Lipoid pneumonia: a silent complication of mineral oil aspiration. *Pediatrics* 1999;103:E19. 5. Agarwal R. Low-attenuation consolidation: the most characteristic finding in lipid pneumonia. *Eur J Intern Med* 2006;17:307.

## / PE-205 /

**PSEUDOCISTO PULMONAR TRAUMÁTICO.**

Nunes SSL; Azevedo FB; Viana ATP; Santos DBG; Fernandes PA; Gasparetto TD; Aidé M.

Hospital Universitário Antônio Pedro – UFF.

**Introdução:** O pseudocisto pulmonar traumático (PPT) é uma lesão rara resultante de trauma torácico fechado. O principal mecanismo de lesão é a aceleração e desaceleração, que podem resultar na laceração do parênquima pulmonar. Nesse local ocorre a formação de um hematoma que, quando em comunicação com as vias aéreas promove drenagem do sangue resultando na formação do pseudocisto. O PPT ocorre mais freqüentemente em adultos jovens devido à maior flexibilidade do tórax. **Relato de caso:** Paciente masculino, 17 anos, vítima de acidente automobilístico procurou a emergência com história de dor na face anterior do hemitórax direito do tipo pleurítica e no estérno, seguindo-se de náuseas, vômitos e síncope. Ao exame físico, queixava-se de dor à palpação na face anterior dos arcos costais direitos. Na radiografia de tórax PA e perfil observam-se imagem escavada de aspecto triangular com nível hidroaéreo localizada no segmento póstero-basal do lobo inferior do pulmão direito e aumento de densidade de permeio a lesão. A tomografia computadorizada de tórax evidenciou áreas de vidro fosco uma localizada no lobo médio e outra no segmento apical do lobo inferior do pulmão direito. Observam-se ainda nesta última, imagens cavitadas de paredes finas e níveis hidroaéreos. Realizou punção transtorácica com agulha fina que evidenciou líquido sero-hemorrágico. O diagnóstico foi fundamentado na história clínica, achados radiográficos e melhora evolutiva do paciente. **Discussão:** Apesar de rara, esta lesão desenvolve-se na primeira semana do trauma e ocorre em 2,9% dos traumas de parênquima pulmonar e deve ser lembrado nas vítimas de acidentes automobilísticos. Neste caso, descrevemos um paciente vítima de trauma torácico fechado que após sofrer acidente de carro, apresentou dor na face anterior do hemitórax direito do tipo pleurítica. A tomografia e o estudo seriado foram diagnósticos. **Referências:** 1. Guerrero-Lopez F. Evaluation of the utility of computed tomography in the initial assessment of the critical care

patient with chest trauma. *Crit Care Med* 2000;28:1370–1375. 2. Offner PJ, Moore EE. Management of chest trauma. In: Albert RK, Spiro SG, Jett JR, eds. *Comprehensive respiratory medicine*. 1st ed. London: Mosby, 1998;68.1–8. 3. Monteiro, AS, et al. Pseudocisto pulmonar traumático *J Bras Pneumol* 2005;31:80–82.

## / PE-206 /

**RADIOGRAFIA CONVENCIONAL: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DAS OPACIDADES TORÁCICAS EM PEDIATRIA.**

Britto AVO; Oliveira MCG; Waechter D; Miranda JC; Ramos PS; Gomes CSB.

Hospital Barão de Lucena.

**Introdução:** A radiografia de tórax é um método diagnóstico auxiliar das patologias pulmonares ainda bastante utilizado na atualidade. Entretanto, inúmeras lesões torácicas podem apresentar-se de forma semelhante e confundir o examinador na sua interpretação. Cabe ao radiologista reconhecer essas condições para sugerir ou limitar as possibilidades diagnósticas. **Descrição do material:** Realizamos revisão das radiografias torácicas na faixa etária pediátrica arquivadas no serviço de Radiologia do Hospital Barão de Lucena, PE, com diagnóstico confirmado de suas patologias. **Discussão:** Há uma grande variedade de lesões torácicas que podem apresentar-se como opacidades na radiografia. Nem sempre patológicas, podem confundir o examinador dificultando o diagnóstico definitivo. O timo pode causar dúvidas na interpretação radiológica do tórax de lactentes e crianças pequenas. Muitas pneumonias são freqüentes nessa faixa etária, além da tuberculose primária. Tumores primários como granuloma plasmocitário, adenomas e hamartomas brônquicos e sarcomas também podem se apresentar como densidades torácicas. Leucemias envolvem primariamente os linfonodos hilares e mediastinais, mas também podem acometer o parênquima pulmonar. Menos de 1% dos linfomas acometem isoladamente os pulmões. Hérnias diafragmáticas e até mesmo a paralisia diafragmática podem entrar no diagnóstico diferencial das opacidades torácicas.

## / PE-207 /

**SEQÜESTRO PULMONAR: RELATO DE TRÊS CASOS E REVISÃO DA LITERATURA.**

Bello RM; Colares C; Bello RM; Hatwig FJ; Dini SA; Bertani S; Sesti F. Hospital Dom Vicente Scherer – Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre.

**Introdução:** O seqüestro pulmonar é uma desordem pulmonar congênita caracterizada por massa de tecido pulmonar anômalo, não-funcionante, sem comunicação com a árvore brônquica e com suprimento sanguíneo sistêmico. **Relato dos casos:** São apresentados três casos de seqüestro pulmonar diagnosticados através de tomografia computadorizada *multislice* com reconstruções multiplanares e em 3D. Dois casos foram conformados cirurgicamente como seqüestro intralobar e um com extralobar. **Discussão:** O seqüestro pulmonar (SP) é encontrado mais comumente no segmento posterior do lobo inferior esquerdo (65%) e com menor freqüência no lobo inferior direito. Há duas formas distintas (intralobar e extralobar), classificadas por suas características morfológicas. A intralobar (75% a 86% dos casos) pode ser congênita ou mesmo adquirida, caracterizando-se por porção de tecido anômalo contido dentro do revestimento pleural, com comunicação normal com a árvore traqueobrônquica, recebendo suprimento sanguíneo arterial sistêmico e com sua drenagem em veias pulmonares. Neste subtipo o diagnóstico é geralmente feito no início da fase adulta por infecções crônicas recorrentes, hemoptise e asma. Nos métodos de imagem se caracteriza por consolidação ou massa de contornos lobulados situada no segmento posterior do lobo inferior esquerdo mais comumente ('pneumonia recorrente'), podendo haver

bronquiectasias, cavitação e raramente derrame pleural. O tratamento para o SPIL entidade é cirúrgico (segmentectomia/lobectomia), sendo a TC de tórax o método de escolha para o diagnóstico diferencial e orientação pré-operatória. A forma extralobar é somente congênita, mais rara do que a primeira e representa porção de tecido pulmonar aprisionada dentro de seu próprio revestimento pleural (lobo acessório), sem comunicação com a árvore brônquica. A mesma tem suprimento sanguíneo arterial e drenagem venosa sistêmicos e usualmente situa-se no sulco diafragmático posterior, mediastino ou pericárdio e pode estar associada a outras malformações congênitas que auxiliam o diagnóstico, como as hérnias diafragmáticas. O tratamento do SPIL também é cirúrgico como no intralobar e a TC de tórax tem seu papel de grande importância no diagnóstico diferencial e na detecção da coexistência com outras anomalias congênitas pulmonares, entre elas a malformação adenomatóide cística, o que prediz o prognóstico.

/ PE-208 /

**SINDROME DE KARTAGENER.**

Medina RA; Borges JA; Carvalho FG; Furtado VS; Calmon TR; Quintella DC; Durão RA; Guerreiro CR; Teixeira RA.  
Instituto de Pós-Graduação Médica Carlos Chagas – VOT Imagem – Rio de Janeiro, RJ.

**Introdução:** A síndrome de Kartagener é um defeito autossômico recessivo e consiste de uma tríade clássica: *situs inversus* ou dextrocardia, sinusite crônica e bronquiectasia. Kartagener em 1933 reconheceu essa tríade com uma síndrome congênita onde seus sintomas resultam da anormalidade da motilidade ciliar, levando a estase de secreções nas vias aéreas, conseqüentemente infecção de repetição. A incidência na população global e de 1:32.000 pessoas, não havendo preferência por sexo. Nos homens pode afetar a fertilidade devido a imotilidade dos espermatozoides. O prognóstico é bom, compatível com uma vida normal. **Relato do caso:** A.L.M., 26 anos, do sexo masculino, com história de pneumonia e sinusite de repetição desde a infância, apresentando dor torácica, tosse produtiva com expectoração mucopurulenta e febre alta. Foi realizada tomografia computadorizada de tórax de alta resolução para uma melhor investigação, evidenciando *situs inversus*, bronquiectasias em ambas as basais pulmonares caracterizando a síndrome de Kartagener. **Discussão:** Destacaram-se no caso achados clínico-radiológicos que eram compatíveis com a literatura. Os principais sinais e sintomas da síndrome de Kartagener são: tosse produtiva, dispnéia aos esforços, rinite crônica, sinusite recorrente, pólipos nasais, otite média, bronquite recorrente, bronquiectasias, doenças das pequenas vias aéreas, pneumonias (principalmente por *Haemophilus* ou *Pseudomonas*), infertilidade masculina e redução da sensibilidade do olfato. Nos achados da tomografia computadorizada observamos: espessamento de parede brônquica, sinal do anel de sinete (dilatação brônquica com diâmetro maior que a artéria adjacente correspondente), bronquiectasias de vários graus de severidade (cilíndrica, varicosas e císticas), principalmente nos lobos médio e inferiores, árvore em brotamento, opacidades no espaço aéreo confluentes ou peribrônquicas, áreas de baixa atenuação sugerindo doença das vias aéreas que em inspiração demonstram aprisionamento aéreo. À tomografia computadorizada em alta resolução mostram melhor nódulos centrolobulares difusos maiores que 2cm de diâmetro, representando bronquiolite. É importante lembrar dos diagnósticos diferenciais, tais como: síndrome de Young, fibrose cística, panbronquiolite difusa. Porém, o achado do *situs inversus* é altamente sugestivo do diagnóstico de Kartagener. **Referências:** 1. Gurney JW, et al. Diagnostic imaging chest. 1st ed. Utah: Amirsys Inc., 2006;1:3-10 to 1:3-12. 2. Bent III JP. Kartagener syndrome. Emedicine Jan 2007. 3. Webb RW. Thoracic imaging: pulmonary and cardiovascular radiology. 1st ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005;23:527-552. 4. Armstrong P, Wilson AG, Dee P, Hansell DM. Imaging of diseases of the chest. 2nd ed. St. Louis: Mosby, 1995;17:817-868.

/ PE-209 /

**SÍNDROME DE KARTAGENER: CONHECER E DIAGNOSTICAR.**

Guidi GB; Fialho SM; Mendonça A; David MS; Paulain C; Brito R; Ramos LC; Bassi MR.  
Centro de Medicina Nuclear da Guanabara.

A síndrome de Kartagener tem causa hereditária e se deve a uma desordem autossômica recessiva rara, que se caracteriza por tríade composta por pansinusite crônica, bronquiectasia e *situs inversus* com dextrocardia. A sua incidência na população geral é de 1/30.000 a 1/32.000 nascidos vivos e atinge igualmente ambos os sexos. **Relato de caso:** Paciente de 14 anos, sexo feminino, com história progressiva de inúmeras infecções respiratórias apresentando quadro agudizado de sinusite e tosse crônica. Foram realizadas radiografia do tórax em PA e tomografia computadorizada (TC) do tórax e dos seios da face. Identificamos na radiografia a dextrocardia e imagens sugestivas de bronquiectasias, confirmadas posteriormente pela TC; na TC dos seios da face, diagnosticamos o quadro de pansinusite. **Discussão:** A primeira descrição da associação de *situs inversus*, sinusite e bronquiectasias aconteceu em 1904 por Siewert, mas somente em 1933 Kartagener a reconheceu como uma entidade clínica distinta. A síndrome de Kartagener tem como substrato anátomo-funcional uma alteração na estrutura dos cílios e flagelos, em particular através da alteração ou anulação da estrutura da dineína (ATPase responsável pela hidrólise de ATP em ADP, necessária para o funcionamento ciliar), modificando seu raio radial e perdendo a parte central de seus microtúbulos, tornando-os discinéticos. Como resultado, todos os epitélios ciliados, bem como os espermatozoides têm sua função prejudicada, formando a síndrome dos cílios imóveis ou discinesia ciliar primária. A síndrome dos cílios imóveis é uma entidade clínica mais abrangente (prevalência de 1/16.000) que envolve como subgrupo a síndrome de Kartagener. Segundo Afzelius, a motilidade ciliar também é responsável pela rotação das vísceras durante a embriogênese, e a sua disfunção seria responsável pelo *situs inversus*. A apresentação clínica dos pacientes, tipicamente é de infecções no trato respiratório desde a infância, como pneumonia crônica, sinusite/otite média crônica, pólipos nasais, tosse produtiva, hemoptises, e eventual falência respiratória e cardíaca. Didaticamente divide-se a síndrome de Kartagener em completa e incompleta. A forma completa apresenta sinusite/otite média crônica, bronquiectasia e dextrocardia. Já a forma incompleta, somente bronquiectasia e dextrocardia.

/ PE-210 /

**TERATOMA MEDIASTINAL: RELATO DE CASO.**

Pereira BAF; Pegoretti KR; Lima ECA; Coelho LS; Oliveira ME; Nardi AG; Souza LAM.  
Hospital São Vicente de Paulo.

**Introdução:** Teratomas mediastinais representam 8% a 13% dos tumores nesta região. Ocorrem primariamente no mediastino anterior e em adultos jovens. São descobertos freqüentemente quando uma radiografia de tórax de rotina é feita. Normalmente surgem como massas bem circunscritas e são ressecadas geralmente sem muita dificuldade. **Relato de caso:** D.A.S.S., 15 anos, feminino, natural do Rio de Janeiro, branca, solteira. Tosse e dispnéia progressiva. Realizou radiografia de tórax, que mostrou volumosa massa na topografia do mediastino anterior, justa-hilar à esquerda, e tomografia computadorizada e ressonância magnética de tórax, que apresentaram lesão predominantemente cística com áreas de gordura no mediastino ântero-superior à esquerda e derrame pleural ipsilateral, sendo o diagnóstico compatível com teratoma. **Discussão:** O mediastino é um sítio raro para a ocorrência de teratomas, sendo mais freqüentes os de origem ovariana. Teratomas do mediastino originam-se de células germinativas pluripotentes e são compostos de uma grande diversidade de tecidos originados das três camadas embrionárias. Podem conter vários tipos de tecidos: epiteliais, musculares, cartilagens e até dentes. Os teratomas

benignos são geralmente de crescimento lento, assintomáticos por longos períodos ou demonstrando sintomas mínimos, muitas vezes não-valorizados tanto pelo paciente quanto pelo médico.

/ PE-211 /

#### **TOMOGRAFIA MULTISLICE DE TÓRAX: ACHADOS FREQUENTES E COM POUCO OU NENHUM SIGNIFICADO PATOLÓGICO.**

*Figueiredo CM; Meirelles GSP; Maciel RP; Szarf G; Chi CK; Macedo Neto AC; Jasinowodolinski D.*  
Fleury Medicina e Saúde.

**Introdução:** Com o advento da tomografia de múltiplos detectores (*multislice*) houve um aumento na detecção de pequenos achados com pouco ou nenhum significado patológico na tomografia de tórax, que serão descritos pelos autores. **Descrição do material:** Foram revisadas as tomografias de tórax *multislice* realizadas no Fleury Medicina e Saúde no período de 1/1/2006 a 1/1/2007, em pacientes referidos como assintomáticos, tabagistas e não-tabagistas, para a realização de check-up. **Discussão:** Os achados de pouco significado patológico mais frequentemente observados foram: diminutos nódulos pulmonares incomuns, opacidades gravidade-dependentes, espessamento focal das fissuras, ilhotas ósseas, hemangiomas vertebrais, elastofibromas, recessos pericárdicos proeminentes, e pequenos cistos aéreos paratraqueais. Serão incluídas também, com posterior discussão, as alterações compatíveis com bronquiolite respiratória relacionada ao tabagismo.

/ PE-212 /

#### **TOMOGRAFIA MULTISLICE DE TÓRAX: ACHADOS NAS ANOMALIAS DO DESENVOLVIMENTO PULMONAR.**

*Maciel RP; Meirelles GSP; Figueiredo CM; Jasinowodolinski D; Macedo Neto AC; Chi CK; Szarf G.*  
Fleury Medicina e Saúde.

**Introdução:** Anomalias do desenvolvimento pulmonar são habitualmente descobertas no período neonatal ou na infância precoce. Entretanto, algumas vezes, só são evidenciadas mais tarde, inclusive na vida adulta. O conhecimento de seus aspectos, notadamente na tomografia *multislice*, ajuda a diferenciá-las de outros processos patológicos adquiridos, inflamatórios ou tumorais. **Objetivo:** Descrever os principais achados das anomalias do desenvolvimento pulmonar na tomografia *multislice*. **Método:** Foram revisadas as tomografias *multislice* de tórax realizadas no Fleury Medicina e Saúde no período de 14/11/2002 a 26/06/2007, em pacientes portadores de anomalias do desenvolvimento pulmonar. **Resultados:** As anomalias do desenvolvimento pulmonar encontradas puderam ser divididas em: – broncopulmonares (agenesia; atresia brônquica congênita; enfisema lobar congênito; malformação adenomatóide cística congênita; cisto broncogênico; brônquio traqueal e brônquio cardíaco); – vasculares (interrupção ou ausência de uma artéria pulmonar; origem anômala da artéria pulmonar esquerda na artéria pulmonar direita; drenagem venosa pulmonar anômala completa ou incompleta e malformação arteriovenosa pulmonar); – combinação de anomalia broncopulmonar com anomalia vascular (síndrome do pulmão hipogênico ou síndrome da cimitarra e seqüestro pulmonar intra e extralobar). **Conclusão:** Os aspectos destacados apresentados ajudam no diagnóstico diferencial entre as anomalias de desenvolvimento e outras patologias adquiridas.

/ PE-213 /

#### **TRAQUEOBRONCOMALÁCIA: AVALIAÇÃO COM TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MÚLTIPLOS DETECTORES.**

*Bello RM; Araujo AG; Silva TB; Muller RS; Porto NS.*  
Hospital Mãe de Deus de Porto Alegre – Porto Alegre, RS.

**Introdução:** A traqueobroncomalácia (TBM) é uma patologia caracterizada por fraqueza (“amolecimento”) das paredes da traquéia e

dos brônquios devido a redução e/ou atrofia das fibras elásticas longitudinais e/ou dano a integridade da cartilagem. Essas alterações promovem maior susceptibilidade ao colapso. Esta patologia é definida como redução de mais de 50% da área transversa da luz da traquéia-brônquio durante a expiração, sendo uma condição extremamente subdiagnosticada. A porção intratorácica é a mais comumente envolvida, sendo a forma extratorácica mais rara. A TBM pode ser classificada em congênita ou adquirida. A forma congênita é uma das anomalias mais comuns nas crianças, principalmente em recém nascidos, prematuros e lactentes. A principal anomalia congênita associada é a fistula traqueoesofágica. A forma adquirida é mais freqüente que a congênita e acomete mais o sexo masculino. As causas são inúmeras e a intubação orotraqueal é a principal. Os adultos podem ser afetados, porém com menor freqüência. Os principais sintomas são estridor e tosse. **Revisão:** O exame “padrão-ouro” para o diagnóstico da TBM é a broncoscopia direta, que permite a avaliação dinâmica da via aérea durante a inspiração e expiração. A tomografia computadorizada (TC) é um método não-invasivo e rápido que é utilizado como primeiro exame na análise dos pacientes com estridor e tosse. O surgimento da TC com multidetectores permitiu maior rapidez, reconstruções em 3D, broncoscopia virtual e estudo dinâmico. A desvantagem deste método é a exposição dos pacientes a radiação ionizante, por isso que alguns estudos consideram a fibrobroncoscopia mandatória. Entretanto, vários trabalhos comparando a TC com multidetectores e a endoscopia, demonstram alta sensibilidade dos métodos, sendo que a TC tem a vantagem de não ser um exame invasivo. **Conclusões:** A tomografia computadorizada com múltiplos detectores, incluindo a broncoscopia virtual e as reconstruções multiplanares e em 3D são uma ferramenta importante no diagnóstico da traqueobroncomalácia. **Referências:** 1. Carden, et al. Tracheomalacia and tracheobronchomalacia in children and adults – an in-depth review. *Chest* 2005;127:984–1005. 2. Boisselle, et al. Multislice helical CT of the central airway. *Radiol Clin North Am* 2003;41:561–574. 3. Lee, et al. Comparison of dynamic expiratory CT with bronchoscopy for diagnosing airway malacia: a pilot evaluation. *Chest* 2007;131:758–764.

/ PE-214 /

#### **TROMBOEMBOLISMO PULMONAR: RELATO DE CASO.**

*Pereira BAF; Lima ECA; Pegoretti KR; Coelho LS; Oliveira ME; Nardi AG; Souza LAM.*  
Hospital São Vicente de Paulo.

**Introdução:** Terceira causa cardiovascular de morte. O diagnóstico e o tratamento do tromboembolismo pulmonar demandam uma abordagem interdisciplinar, combinando aspectos clínicos, cirúrgicos e radiológicos. Os sintomas variam na dependência do tamanho, número e localização dos êmbolos. Esta complicação apresenta como fatores predisponentes imobilização prolongada no leito, obesidade, uso de anticoncepcional, insuficiência vascular, entre outros. **Relato de caso:** J.E.S., 64 anos, com história prévia de *cor pulmonale*, hipertensão arterial sistêmica e trombose venosa profunda de membro inferior esquerdo, evoluiu com dor torácica súbita e dispnéia. Doppler de membros inferiores com trombo organizado ocluindo vaso esquerdo. Ecocardiograma: *cor pulmonale* crônico. Tomografia computadorizada de tórax mostra trombo no ramo direito da artéria pulmonar comum. Cintilografia pulmonar: V/P compatível com enfisema pulmonar. Paciente submetido à tromboendartectomia pulmonar. **Discussão:** O tromboembolismo pulmonar se desenvolve a partir de um estado de hipercoagulabilidade, com formação de trombos nas veias, principalmente dos membros inferiores, estes se fragmentam e embolizam para a artéria pulmonar. A obstrução da artéria pulmonar e o aumento de plaquetas com liberação de agentes vasoativos, como a serotonina, levam ao aumento da resistência vascular pulmonar e conseqüentemente altera a relação ventilação/perfusão. O padrão ouro para diagnóstico é a arteriografia.

/ PE-215 /

**TUMORES DE MEDIASTINO.**

Natal MRC; Amaral LC; Silva LP; Ferraz PM; Cabral FN; Andalécio CA; Santos GV; Paiva JAC; Carvalho IF.  
Hospital de Base do Distrito Federal .

**Introdução:** Os tumores mediastinais compreendem um grupo heterogêneo de lesões com origem distinta. O tipo e a incidência destas lesões variam de acordo com a localização e a idade do paciente. O presente trabalho tem como objetivo caracterizar os principais achados radiológicos destas lesões. **Materiais e métodos:** Foram selecionadas radiografias convencionais e tomografias computadorizadas do arquivo radiológico do nosso Departamento de Radiologia e descritos os principais achados de imagem. **Discussão:** É fundamental o reconhecimento das alterações dos tumores mediastinais à radiografia, visto que este é geralmente o primeiro exame realizado nos pacientes sintomáticos e muitas vezes pode revelar anormalidades em pacientes assintomáticos submetidos a este exame de rotina. A tomografia computadorizada é o método de escolha para a avaliação das massas do mediastino observadas à radiografia simples do tórax, sendo também útil na detecção da patologia em pacientes com radiografia do tórax normal, mas com suspeita clínica de doença do mediastino. Além disso, a localização e o aspecto de imagem nos permitem um melhor direcionamento para um diagnóstico específico.

/ PE-216 /

**VIDRO FOSCO COMO ACHADO DE TOMOGRAFIA DE ALTA RESOLUÇÃO NA PRÁTICA DIÁRIA: ENSAIO PICTÓRICO.**

Silva RMCC; Braga HJV; Barroso VA; Almeida JRM; Rocha GC; Sobral C.  
Hospital Aliança – Salvador, BA.

**Introdução:** A atenuação em “vidro fosco” é o aumento do coeficiente de atenuação pulmonar sem obscurecimento das marcas vasculares, freqüentemente é padrão único ou predominante em tomografias de alta resolução no cotidiano e pode representar desde doenças infecciosas e inflamatórias, a processo de natureza neoplásica. **Descrição do material:** Os autores demonstram os 12 processos patológicos, confirmados pela evolução clínica e resolução com tratamento específico e por anatomopatológico, causadores de atenuação em “vidro fosco” em 22 tomografias. As doenças mais freqüentes foram a pneumonia intersticial usual secundária a esclerodermia e a fibrose cística. **Discussão:** Alteração comum que representa enfermidade alveolar ou intersticial, infecciosa ou inflamatória, ou por aumento do volume sanguíneo capilar, o “vidro fosco” pode estar presente como única alteração ou predominante e associada a outras alterações, devendo ser conhecida e nortear a semiologia radiológica para orientação dos diagnósticos diferenciais, sempre correlacionados à clínica.

**ULTRA-SONOGRAFIA GERAL**

/ PE-217 /

**AValiação ULTRA-SONOGRÁFICA DO REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO EM CRIANÇAS.**

Santos AASMD; Santos VGM; Santos TCCRS; Santos MLO; Alves JRD.  
Hospital de Clínicas de Niterói; Instituto de Pós-Graduação Médica Carlos Chagas (IPGMCC).

O refluxo gastro-esofágico (RGE) é uma condição que pode acometer tanto adultos como crianças normais, porém quando associado a quadros clínicos os mais variados, passa a ser considerado como doença do refluxo gastroesofágico, e as crianças, em sua maioria, são as mais comprometidas. Este estudo faz uma revisão dos exames ul-

tra-sonográficos realizados para a pesquisa de RGE em um hospital geral. Foram estudadas 290 crianças, com idades variando entre 6 dias e 3 anos, onde foi demonstrado refluxo pela ultra-sonografia (US) em 246 pacientes; destes, 136 eram meninos (55,28%) e 110 meninas (44,72%). Quanto a sua freqüência, houve predomínio de três episódios por exame, dentre os pacientes estudados. Outro fator importante, foi a medida da abertura da cárdia, cujo intervalo prevalente foi entre 7,1mm e 9,0mm (40,86%). Assim, com base nestes resultados, pode-se estabelecer a US como um bom método para avaliação do RGE, já que permite além da confirmação da presença do refluxo, uma avaliação anatômica (especificamente da cárdia e esôfago intra-abdominal. Por ser ainda inócu a saúde da criança (uma vez que não utiliza radiação ionizante), a US é o método que atualmente pode ter seu uso rotineiro, como método inicial de pesquisa e também como exame de acompanhamento das crianças com RGE.

/ PE-218 /

**OSTEOMIELITE EM ESTERNO: COMPLICAÇÃO DE BIÓPSIA PROSTÁTICA GUIADA POR ULTRA-SONOGRAFIA TRANSRETAL.**

Tavares FCC; Alves JT; Cardoso PC; Alves RA.  
Hospital Márcio Cunha

**Introdução:** A biópsia transretal da próstata, devido à sua simplicidade e objetividade, é largamente utilizada na prática clínica na obtenção de tecido prostático para avaliação histopatológica. Complicações significativas deste procedimento têm sido relativamente baixas e, em geral, autolimitadas. Complicações maiores, que necessitam da intervenção médica são incomuns e ocorrem em menos de 1% a 2% dos casos. Com o uso de antibióticos profiláticos, a incidência de complicações sépticas que requerem terapia deve ser menor que 1%. **Relato de caso:** Paciente masculino, 54 anos, sabidamente diabético, em uso de metformina, sem outras co-morbidades, em investigação propedêutica de prostatismo. Foi realizada biópsia prostática guiada por ultra-sonografia transretal, com adequada antibioticoprofilaxia previamente ao procedimento. Foram retirados 14 fragmentos de biópsia com agulha 18-G. O peso prostático estimado foi de aproximadamente 44g. Após 2 dias, iniciou taquicardia, febre e cefaléia, evoluindo posteriormente com dor torácica difusa, não-precordial, sem irradiações. O paciente relatou prática de atividade sexual cerca de 24 horas após a realização da biópsia. Estado geral manteve-se preservado, não sugerindo quadro séptico. Ao exame apresentava dor à mobilização e palpação de manúbrio, junção manúbrio esternal e parede torácica paraesternal esquerda e protrusão, sem sinais flogísticos, de parede paraesternal esquerda. A investigação laboratorial demonstrou leucograma sem leucocitose, porém, com desvio para a esquerda. Hemocultura positiva para *E. coli*. A radiografia de tórax não apresentou evidência de lesões osteolíticas. Na ultra-sonografia de parede torácica observou-se espessamento e perda do padrão fibrilar usual da musculatura da parede torácica anterior esquerda, com aspecto de processo inflamatório, sugestivo de mioosite. A tomografia computadorizada evidenciou pequeno aumento de volume de partes moles em músculo peitoral maior esquerdo e densificação da gordura subjacente com celulite em manúbrio esternal. A cintilografia óssea evidenciou presença de processo inflamatório em junção manúbrio esternal e terço superior do esterno. Submetido à tratamento clínico com antibioticoterapia, recebeu alta com critério de cura após seis semanas de tratamento, com PCR e VHS normais. **Discussão:** A biópsia transretal da próstata apresenta baixos índices de complicações, porém, é um procedimento invasivo e apresenta riscos inerentes ao método. Daí a importância de se reconhecer os fatores de risco relacionados a este procedimento, visando a prevenção de complicações infecciosas, e de maior gravidade como a osteomielite. De relevante neste caso, além da gravidade e raridade de apresentação desta complicação, são os possíveis fatores de risco envolvidos, como o peso prostático elevado, o número de fragmentos retirados na biópsia e até mesmo a prática de ato sexual poucas horas após o intercurso da biópsia.