

variações no padrão da imagem diagnóstica, aliado à redução da dose de radiação conferindo melhor atendimento e redução de custos. **Material e método:** Através da coleta dos parâmetros usados rotineiramente, elaborou-se uma carta técnica para cada aparelho de Raios X. Referem-se à tensão do tubo (kVp) de Raios X, ao produto corrente versus tempo (mAs) e ainda contém procedimentos de rotina envolvidos na realização de cada exame, como o tamanho do filme, incidências, posição do raio central, etc. Baseando-se no kVp ótimo para cada estrutura corporal as técnicas coletadas foram otimizadas com o uso da regra dos 15%. Segundo essa regra, para manutenção do padrão de densidade da imagem, a cada 15% de incremento no valor do kVp, é necessária redução de 50% no valor do mAs, em radiografias executadas com o uso de grade antidifusora. **Resultados:** A partir da definição dos biotipos dos pacientes, as técnicas, otimizadas a partir das técnicas sugeridas na literatura. Foram testadas na prática e os resultados analisados pelos médicos radiologistas. Foram adotadas as técnicas que produziam a melhor qualidade da imagem com o menor mAs. **Conclusão:** Com parâmetros técnicos de exposição somados à relação de procedimentos de rotina característicos do serviço, obtiveram-se protocolos para realização de radiografias, servindo de fonte de dados para funcionários e estagiários do setor.

Tórax/Cardiovascular não-invasiva

• Painel •

ACHADOS ATÍPICOS EM PNEUMONIA POR *PNEUMOCYSTIS CARINII* NA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ALTA RESOLUÇÃO DO TÓRAX EM PACIENTE NEUTROPÊNICO FEBRIL – RELATO DE CASO.

Henrique Pereira Faria; Alexandre José Silva Fenelon; Andréa de Lima Bastos; Cid Sérgio Ferreira; Letícia de Mattos Arruda; Marcelo Resende; Willon Garcia de Carvalho.
Santa Casa de Belo Horizonte; Hospital das Clínicas de Belo Horizonte.

A infecção é a principal causa de morbimortalidade em pacientes neutropênicos febris e seu diagnóstico pode ser dificultado pela precariedade da resposta inflamatória. Os achados na tomografia computadorizada de alta resolução (TCAR) antecedem os achados radiológicos e ela é recente recurso propedêutico no manejo destes pacientes. Relatamos um caso de paciente com pneumonia por *Pneumocystis carinii* e discutimos os exames propedêuticos. **Relato de caso:** Paciente de 46 anos, diagnóstico de linfoma de Burkitt, fez uso de quimioterapia, evoluindo com quadro febril. Durante a internação, exames hematológicos mostraram leucopenia. Radiografia de tórax nas primeiras 24 horas sem alterações. Foi realizada TCAR, que mostrou presença predominante de nódulos em lobos inferiores e nódulo circundado por halo de atenuação em vidro fosco – “sinal do halo”. Foi realizado lavado broncoalveolar que revelou pesquisa monoclonal positiva para pneumocistose. Foi instituída antibioticoterapia com sulfametoxazol-trimetoprim com altas doses, evoluindo com melhora do quadro febril. **Discussão:** O sinal do halo na TCAR refere-se à presença de nódulo ou massa pulmonar com densidade de partes moles circundado total ou parcialmente por halo de atenuação em vidro fosco. O sinal do halo já foi descrito em várias patologias, entre elas a aspergilose pulmonar angioinvasiva, a tuberculose, a paracoccidiodomicose, o carcinoma bronquioloalveolar, a pneumonia lipídica e outras. O sinal do halo é um achado inespecífico, podendo ocorrer em várias doenças infecciosas e não-infecciosas, e ser resultado de hemorragia ou de infiltração celular neoplásica ou inflamatória. Portanto, a TCAR de tórax em pacientes neutropênicos febris é um importante método coadjuvante no manejo destes pacientes, porém os achados são pouco específicos e a associação com o lavado broncoalveolar tem mostrado grande benefício.

• Painel •

ACHADOS DE IMAGEM DA ARTERITE DE TAKAYASU NA ANGIOTOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COM MULTIDETECTORES – ENSAIO PICTORIAL.

Narjara Caroline A. Sousa; Mayra Veloso Soares; Rodrigo Abdalla de Vasconcelos; Ana Carolina R. Freitas; Beatriz Roedel; Wagner Diniz de Paula.

Hospital Universitário de Brasília.

Introdução: A arterite de Takayasu (AT) é uma vasculite granulomatosa das artérias de médio e grande calibre, que afeta a artéria aorta e seus ramos principais, podendo também acometer as artérias coronárias e pulmonar. É uma doença relativamente rara, de distribuição mundial. Afeta principalmente mulheres, na proporção de 9:1, geralmente jovens, na faixa etária dos 15 aos 25 anos de idade. **Objetivo:** Descrever os achados de angiotomografia computadorizada (angioTC) de pacientes com AT do Hospital Universitário de Brasília (HUB). **Material e método:** Foram observadas as imagens de angioTC de três pacientes do HUB portadores de AT, obtidas em tomógrafo com quatro multidetectores, utilizando colimação de 2,5 mm e pitch de 1:6. O contraste iodado foi administrado através de bomba de infusão com velocidade de injeção de 4,0ml/s. **Resultados:** Os principais achados radiológicos de angioTC nos pacientes com AT foram: extensa aterosclerose aórtica, com área de estenose e formação de aneurisma sacular pós-estenótico da aorta abdominal; dilatação aneurismática da aorta ascendente; estenose da artéria pulmonar; áreas de estenose e dilatação da artéria renal; estenose severa da artéria subclávia, com formação de colaterais para nutrir a artéria vertebral e axilar; dilatação da artéria mesentérica inferior; e achado incidental de artéria subclávia direita aberrante com divertículo de Kommerel, que apresenta dilatação aneurismática e estenose após a dilatação. **Conclusão:** A familiaridade com os achados de imagem da AT facilita o diagnóstico acurado e permite um tratamento precoce da doença, com melhora do prognóstico dos pacientes.

• Painel •

ACHADOS DE TOMOGRAFIA DE ALTA RESOLUÇÃO DE PULMÃO – PARTE I.

Marcos Rinaldo Manzini; Fernanda da Rós e Silva; Kiyomi Kato Uezumi; Claudio Luiz Lucarelli; Giovanni Guido Cerri.

Departamento de Radiologia – InCor/HC-FMUSP.

Introdução: O interstício peribroncovascular, também chamado de Interstício axial por Weibel, é caracteristicamente formado por um tecido conjuntivo, que atua como envoltório dos brônquios centrais e das artérias pulmonares. Estende-se do nível do hilo pulmonar para o parênquima pulmonar periférico, onde envolve as artérias centrolobulares e os bronquíolos e, mais distalmente, serve de suporte para os ductos alveolares e alvéolos. Seu espessamento ocorre em muitas doenças que causam anormalidade intersticial generalizada, como linfangite carcinomatosa, edema pulmonar, sarcoidose, entre outras. Como o espessamento do interstício peribroncovascular não pode ser diferenciado da opacidade subjacente das paredes brônquicas ou da artéria pulmonar, esta anormalidade é em geral vista na Tomografia Computadorizada de Alta Resolução (TCAR) como um aumento da espessura da parede brônquica ou do diâmetro dos ramos das artérias pulmonares. **Objetivo:** O objetivo deste estudo é demonstrar e caracterizar através da TCAR os diferentes padrões de apresentação deste acometimento intersticial e seus diagnósticos diferenciais, facilitando assim a interpretação desses padrões pelo radiologista. **Material:** Foram analisadas e escolhidas imagens dos arquivos do Departamento de Radiologia e Diagnóstico por Imagem do InCor – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. **Discussão:** Demonstramos neste trabalho os diferentes achados de espessamento intersticial peribroncovascular na TCAR e suas afecções mais comuns. Sua perfeita análise será sempre um desafio, pois muitas vezes teremos padrões semelhantes de apresentação. A familiarização dos achados radiológicos mais característicos de cada doença,

somados aos aspectos clínicos e epidemiológicos, podem nos orientar quanto a formulação do diagnóstico adequado.

• Painel •

ACHADOS DE TOMOGRAFIA DE ALTA RESOLUÇÃO DE PULMÃO – PARTE II.

Marcos Rinaldo Manzini; Fernanda da Rós e Silva; Kiyomi Kato Uezumi; Claudio Luiz Lucarelli; Giovanni Guido Cerri.

Departamento de Radiologia – InCor/HC-FMUSP.

Introdução: Anatomicamente, os septos interlobulares são estruturas de tecido conectivo, onde se encontram no seu interior os vasos linfáticos e as veias pulmonares. São estruturas que margeiam os lóbulos secundários, estendendo-se da superfície pleural para o interior. À Tomografia Computadorizada de Alta Resolução (TCAR) dos Pulmões, numerosos septos interlobulares são vistos com frequência nos pacientes com doença pulmonar intersticial. Contudo, quando encontrado como achado predominante, podemos incluí-lo em uma variedade de patologias que promovem espessamento septal, dentre elas doença linfoproliferativa (PIL), silicose, asbestose. Por essa variação, podemos classificá-los radiologicamente entre espessamentos do tipo liso, nodular ou irregular. **Objetivo:** Demonstrar os achados em TCAR desses padrões bem como os diagnósticos diferenciais, buscando com isso familiarizar os radiologistas a esses aspectos de imagem. **Material:** Dos arquivos do Departamento de Radiologia e Diagnóstico por Imagem do InCor – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, foram selecionados casos típicos de espessamento dos septos interlobulares, analisados pela TCAR de Pulmão, com comprovação clínica da doença em curso. **Discussão:** Este trabalho tem como objetivo ilustrar os aspectos tomográficos de alta resolução dos diferentes padrões de espessamento septal, buscando enfatizar os mais representativos de cada etiologia. Torna-se de fundamental importância o conhecimento desses padrões pelo radiologista, pois isso permite aumentar seu grau de confiança e sua eficácia diagnóstica.

• Painel •

ACHADOS RADIOLÓGICOS DE HÉRNIA PULMONAR PÓS-TRAUMÁTICA.

Liana Lie Nishida; Graziela Ratton Kummer; Irene Tomoko Nakano; Mariana Damian Mizerkowski; Cecília Pelissari dos Santos; Iwan Augusto Collaço; Adonis Nasr; Andreia Magri Gusso; Sílvia Cristiane Gusso Scremin.

Hospital do Trabalhador.

Introdução: Hérnia pulmonar é uma entidade incomum que pode ser causada por anormalidades congênitas, trauma ou cirurgia torácica. Hérnia intercostal pós-traumática consiste em complicação rara e pode ser resultado de trauma direto ou ocorrer em locais prévios de drenagem torácica. O local mais comumente relatado é na porção paraesternal, medial à junção costovertebral, onde a musculatura intercostal é mais frágil. **Objetivo:** Relatar um caso de hérnia pulmonar pós-traumática e descrever sua apresentação clínica e radiológica. **Relato do caso:** Paciente do sexo feminino, 55 anos, com trauma torácico contundente e fratura de arcos costais inferiores à direita, que apresenta como complicação tardia massa crepitante palpável em região torácica posterior direita que desaparece ao repouso e evidencia-se à manobra de Valsalva. Realizadas radiografias tangenciais associadas à manobra de Valsalva que demonstraram herniação de parênquima pulmonar por pertuito na cavidade torácica. Complementou-se o estudo com TCAR associado à manobra de Valsalva para melhor avaliação do parênquima pulmonar que demonstrou hérnia pulmonar não-encarcerada, sem evidências de lesão pulmonar. **Conclusão:** A hérnia pulmonar é uma complicação pouco descrita e o conhecimento de sua apresentação clínica e radiológica permitem diferenciá-la das demais complicações tardias pós-traumáticas. Quando assintomática, a hérnia pulmonar pode receber tratamento conservador associado à acompanhamento clínico. Dentre os

fatores que determinam o reparo cirúrgico estão seu tamanho, a presença de encarceramento e insuficiência respiratória.

• Painel •

ACHADOS TOMOGRÁFICOS DE TROMBOEMBOLIA PULMONAR – ENSAIO PICTÓRICO.

Cleyverton Garcia Lima; Ana Carolina R. Freitas; Raphael P. Calmon; Narjara Caroline Sousa; Ana Fabiola da Vila; Mayra Veloso Soares; Wagner Diniz de Paula; Edgar A. Franco Neto.

Hospital Universitário de Brasília.

A tromboembolia pulmonar (TEP) é a terceira causa de mortalidade cardiovascular e pode alcançar taxas de mortalidade de 15 a 30% a depender do tempo de avaliação e tratamento. Os êmbolos podem apresentar as mais variáveis etiologias, destacando-se os de origem gordurosa, séptica, neoplásica, hidática, amniótica e aérea, sendo a trombótica a mais comum. O diagnóstico de TEP é realizado correlacionando-se dados clínicos, laboratoriais e imaginológicos, dentre os quais identifica-se como padrão-ouro a angiotomografia computadorizada (angio-TC) de tórax, também importante para excluir outras causas de dor torácica e dispnéia. A identificação e exemplificação dos achados diagnósticos de TEP agudo ou crônico são os objetivos deste trabalho. Os defeitos de enchimento dos vasos – completo, parcial ou periférico, a diminuição da vascularização periférica (sinal de Westermarck), as opacidades com base pleural (sinal de Hampton) e o aumento do tronco da pulmonar (sinal de Fleischner) são considerados achados específicos para tromboembolia pulmonar. Os achados primários na doença crônica são oclusão completa de vaso com calibre menor que os adjacentes, defeito intraluminal em crescente, sinais de recanalização, hipertensão pulmonar e cor pulmonale. O diagnóstico inadequado de tromboembolia pulmonar pode decorrer de algumas dificuldades anatômicas e relacionadas ao paciente ou à técnica, dentre elas bifurcação vascular, impação mucóide, edema perivascular e trombo in situ. O conhecimento adequado dos achados diagnósticos de TEP, finalmente, facilita também a determinação do índice de embolia pulmonar, que propõe correlacionar os achados de imagem à gravidade do quadro clínico.

• Tema Livre e Painel •

ANGIO-RM UTILIZANDO A TÉCNICA TRICKS COM ASSET.

Alexandre Peroni Borges; Paulo R. de Lima Hatschbach; Eduardo M. de Oliveira Jr.; André Munhoz; Angelo Turret; Beatriz C.B. Kaniak; Luiz Frederico Paiva Prado; Eduardo Figueiredo; Adilson Prado.

Hospital Vera Cruz – Campinas; General Electric Medical System Brasil.

Os autores apresentam estudo prospectivo original sobre a técnica de Angiorressonância (Angio-RM) da Aorta Torácica e Abdominal e seus ramos com gadolínio em 15 pacientes que apresentavam dificuldade de manter-se em apnéia. Os artefatos de respiração geralmente inviabilizam a obtenção de Angio-RM com qualidade diagnóstica satisfatória. Foram utilizadas as técnicas Time Resolved Imaging Contrast KineticS (TRICKS) e aquisição paralela de imagem (ASSET), em aparelho da General Electric Excite II de 1,5 T, com bobina de corpo de 8 canais. A técnica TRICKS se baseia na aquisição compartilhada de diversos segmentos do espaço K entre as 15 fases de aquisição do exame. A técnica ASSET permite a redução do tempo de aquisição pela metade, em detrimento da redução de 40% do sinal. Os parâmetros de imagem utilizados foram: espessura de corte 3,6 mm, matrix 288x160, FOV 48 cm, largura de banda 62,5 Hz, “flip angle” de 25, fazendo com que cada uma das 15 fases tenha somente 2,1s de tempo de aquisição. O cálculo do tempo para o início da aquisição foi feito após a injeção de 2,0 ml de gadolínio à 1,5 ml/s. Em seguida, a aquisição foi feita injetando-se um volume de 0,2 ml/kg de peso com “flush” de 20,0 ml de soro fisiológico à 1,5 ml/s. Em todos os 15 casos, foi observada ótima contrastação da Aorta Torácica e Abdominal e dos seus ramos com resolução satisfatória, mesmo em pacientes que não se mantinham em apnéia durante a aquisição. A experiência inicial dos autores mostra que esta técnica é útil não apenas

na avaliação de pacientes dispnéicos e não colaborativos, mas também na demonstração da velocidade e direção do fluxo sanguíneo, em especial nos casos de dissecação. Nota-se, gostaria de possível, apresentá-lo com tema livre para demonstração do Cine.

• Tema Livre e Painel •

ANGIOTOMOGRAFIA CORONARIANA: COMO NÓS FAZEMOS A INJEÇÃO DO MEIO DE CONTRASTE? UMA ANÁLISE DE PROTOCOLOS EM TRÊS DIFERENTES CENTROS DIAGNÓSTICOS.

Julie Mari Abe; Roberto Sasdelli Neto; Ibraim M.F. Pinto; Walther Y. Ishikawa.

InRad/HC-FMUSP; Hospital do Coração; Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia.

Introdução: O sistema de injeção do meio de contraste é rotineiramente usado em protocolos de tomografia computadorizada e permite adequada contrastação vascular em exames de angiogramia coronariana (ATC). Em alguns serviços, principalmente em hospitais públicos, como no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, utiliza-se o sistema único de injeção do meio de contraste (SUIMC), apesar de a maioria dos especialistas em imagem cardiovascular indicar o sistema duplo de injeção do meio de contraste (SDIMC) para melhor avaliação do exame. **Objetivo:** Descrever os protocolos de injeção do meio de contraste por diferentes sistemas injetores em três centros diagnósticos. **Materiais e métodos:** Os protocolos para injeção do meio de contraste usados em três hospitais diferentes são descritos. Essas diferenças de metodologia são demonstradas como um ensaio pictórico, sendo exemplificadas com imagens de exames de ATC a partir de reconstruções MPR (multiplanar reformation); MIP (maximum intensity projection) e 3D-VR (tridimensional-volume rendering) em diferentes aparelhos de tomografia computadorizada multislice de 16 e 64 detectores. **Discussão:** Ambos os sistemas de injeção do meio de contraste podem ser usados para a realização de ATC, apresentando diferenças a serem discutidas nos resultados finais em exames tomográficos, no entanto, sem apresentar diferenças significativas entre eles na análise de doença arterial coronariana.

• Tema Livre e Painel •

ANGIOTOMOGRAFIA DAS ARTÉRIAS CORONÁRIAS POR TC MULTISLICE COM 64 DETECTORES – COMO FAZER?

Carolina Elisa de Rezende; Elaine Ferreira da Silva; Fernanda Marques; Karina Watanabe Alberto; Silvana de Amorim; Fernando Freitas Oliveira; Antonia Flávia Silva.

Hospital Israelita Albert Einstein.

Introdução: Com o advento dos mais modernos tomógrafos “multislice”, os quais permitem aquisição de 8, 16, 32 e mais recentemente 64 imagens a cada rotação do tubo de Raio X, a tomografia “multislice” com 64 detectores tem se tornado método diagnóstico muito utilizado na avaliação das artérias coronárias, por possibilitar a identificação de obstruções e/ou estenose das artérias coronárias, quantificação do cálcio coronariano (escore de cálcio) e análise do tipo de placa, bem como a avaliação de stent coronariano. A angiogramia das artérias coronárias não substitui o cateterismo, pois não é método terapêutico, mas sim diagnóstico. Quando comparada à cinecoronariografia, a angiogramia coronariana alcança níveis de sensibilidade e especificidade superiores a 90%, no que se refere a detecção e quantificação de obstrução coronariana, com a vantagem de ser método rápido, mais barato e menos invasivo. **Objetivos:** Demonstrar a técnica de realização da angiogramia das artérias coronárias utilizando tomógrafo “multislice” de 64 detectores. **Material e métodos:** Foram obtidas imagens das artérias coronarianas em tomógrafo “multislice” Aquilion com 64 detectores (Toshiba), sem contraste (escore de cálcio) e com contraste iodado não-iônico a 370 mg I/ml em sistema de injeção de duas seringas Stellant D (Medrad). As imagens foram adquiridas com aquisição volumétrica em

0.5 mm com tempo de rotação de 0.4 segundos. Antes da injeção do contraste endovenoso é necessário que o paciente esteja com uma frequência cardíaca inferior a 70 batimentos por minuto, por isso em alguns casos utiliza-se uma droga beta-bloqueadora via-endovenosa para estabilizar o batimento cardíaco (Seloken 5 mg EV). Após a injeção do contraste é realizada reconstrução cardíaca em diferentes fases do intervalo R-R que serão utilizadas no pós-processamento. As reconstruções multiplanares e tridimensionais são realizadas na “workstation” Vítrea (Toshiba). **Conclusão:** A técnica utilizada na angiogramia das artérias coronárias em tomógrafo “multislice” com 64 canais de detectores é prática e rápida. O pós-processamento das imagens é minucioso e requer a presença de um profissional experiente e qualificado.

• Painel •

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DAS RADIOGRAFIAS DAS PNEUMOCONIOSES.

Brites M.G.; Souza T.G.B.; Bertaglia V.; Nisticó K.N.; Martins P.S.L.; Queiroz S.M.; Dumalakis G.A.; Pereira D.C.S.; Burigo R.G.

Tomovale; Dr. Brites Diagnóstico por Imagem.

Introdução: A classificação radiológica das pneumoconioses é um instrumento fundamental para a interpretação de radiografias do tórax de indivíduos expostos a poeiras. Esta classificação aborda a extensão do comprometimento pulmonar, com padronização da nomenclatura. O esquema mais amplamente usado é o da Organização Internacional do Trabalho (OIT). O objetivo desta classificação é codificar as alterações radiológicas das pneumoconioses, com a vantagem de fornecer um método semiquantitativo e uniforme que relata o tipo e a extensão da doença, de modo que as estatísticas internacionais podem ser comparadas. **Objetivo:** Demonstrar os termos e as normas radiológicas da OIT. **Material e métodos:** Foram selecionadas radiografias com achados de pneumoconioses e classificadas segundo as normas da OIT. **Discussão:** Através do emprego da Classificação Radiológica da OIT, a análise da radiografia de tórax torna-se um método fundamental na detecção precoce das pneumoconioses, aumentando sua sensibilidade e sendo útil em estudos epidemiológicos e para fins de indenização trabalhista.

• Painel •

CORPO ESTRANHO INTRATORÁCICO.

Fernando Coelho Goulart de Andrade; Thiago Carneiro da Cunha Bosi; Daniela Candido; Roberto Antônio Rosalen Junior; Cristiane Zanqueta; Luis Ronan Marquez Ferreira de Souza; Marcelo Cunha Fatureto; Marcelo Rodrigues Pinto de Oliveira; Pedro Paulo Saad Costa.

Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Introdução: Os autores relatam três casos de corpos estranhos intratorácicos (compressa cirúrgica) como uma das raras causas de complicação das cirurgias torácicas. Gossypiboma, textiloma ou tecidoma são alguns dos termos criados para descrever uma massa composta de uma matriz de algodão, compressa ou gaze cirúrgica, deixada involuntariamente dentro do corpo. Vários artigos na literatura descrevem achados radiológicos de “gossypiboma” principalmente no abdome, porém poucas descrições foram encontradas sobre os achados de imagem de compressas retidas no tórax. Possivelmente pela maior facilidade na avaliação da cavidade pleural ao final da operação, e também pelo menor número de toracotomias realizadas em relação às laparotomias em todo o mundo. **Objetivo:** Avaliação e caracterização radiológica de massa intratorácica (corpo estranho). **Material e método:** As massas pulmonares (corpos estranhos) descritas neste relato de caso foram observadas em três pacientes por meio de radiografia de tórax, tomografia computadorizada e os resultados confirmados por lobectomia pulmonar e estudo anatomopatológico. **Conclusão:** Embora certas características radiográficas e tomográficas serem descritas na literatura, as imagens de uma compressa retida podem ser variáveis com qualquer técnica de imagem e o diagnóstico pode ser de difícil conclusão. Visto que certas características como: calcificações, densidades atípicas e parede infla-

matéria irregular podem mimetizar uma infecção crônica (bolas fúngicas) ou mesmo neoplasia cavitada. Em resumo, devido ao fato de que compressas intratorácicas retidas não serem frequentes, e de não terem apresentações radiológicas típicas como nas compressas intra-abdominais, pode não ser fácil seu reconhecimento mesmo em um paciente com cirurgia prévia.

• Painel •

DOENÇA RELACIONADA AO ASBESTO: ASPECTOS NA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA.

Grégory Vinícius Périco; Georgina de Melo Cardoso; Luis Felipe Nobre; Fernanda da Silva Mota; Ronie Cleverson Fernandes Cardoso; Maria Cláudia Vieira; Tatiana de Araújo Fernandes.

Hospital Universitário – UFSC.

Asbesto e amianto são nomes comerciais de um grupo heterogêneo de minerais facilmente separáveis em fibras. Por causa de suas propriedades são utilizados para diversos fins, incluindo materiais isolantes, pastilhas de freio, fiação elétrica, produtos têxteis, tintas e cimentos. O risco da exposição ao asbesto é causado pela inalação de suas fibras. Propriedades físicas e químicas são determinantes da distribuição das fibras no pulmão e da severidade da doença. As alterações pulmonares relacionadas ao asbesto incluem derrame, placas e fibrose pleurais, atelectasias, asbestose, mesotelioma e câncer broncogênico. O presente estudo tem por objetivo caracterizar os principais aspectos da doença relacionada ao asbesto na tomografia computadorizada de 6 pacientes e correlacioná-los com os achados da literatura. Foi realizado estudo retrospectivo de 6 casos, em pacientes com idades entre 62 e 80 anos, que procuraram a Clínica DMI no período de maio de 1999 a junho 2006 para realização de tomografia computadorizada, sem diagnóstico prévio. Os pacientes apresentavam queixas respiratórias e/ou alterações nas radiografias de tórax. Ao serem indagados foi confirmado contato prévio com o asbesto por todos. As alterações tomográficas observadas nestes pacientes foram: 1 paciente com espessamento pleural, 2 pacientes com atelectasia, sendo uma atelectasia redonda, todos 6 apresentavam placas pleurais, com apenas um não apresentando calcificações na pleura diafragmática, 4 com lesões intersticiais caracterizadas por bandas parenquimatosas, nódulos centrolobulares, árvore em brotamento e/ou bronquiectasias de tração e 1 com fibrose intersticial difusa. Não foram observados derrame pleural ou lesões compatíveis com mesotelioma ou carcinoma. Os achados encontrados neste estudo correlacionam-se com os descritos na literatura. A realização da tomografia computadorizada mostrou-se de fundamental importância na suspeição de doenças relacionadas ao asbesto, sendo que a identificação de um padrão radiológico com placas, espessamento ou derrame pleurais e/ou fibrose, deve obrigatoriamente levar a uma verificação da história ocupacional e do contato prévio com o mesmo.

• Painel •

ENSAIO PICTÓRICO DA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ALTA RESOLUÇÃO NAS COMPLICAÇÕES PULMONARES NO TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA.

Sergio Eiji Ono; Dante Luiz Escuisato; Cristian Saievicz de Moraes; Christiane Sayuri Kawasaki; Paulo Benites Filho; Rúbia Stela da Costa; Susan Muraoka; Fernanda Talitha Moreira.

HC – UFPR.

Introdução: O transplante de medula óssea (TMO) é atualmente uma terapia estabelecida para determinadas doenças hematológicas, imunológicas e genéticas. As complicações pulmonares ocorrem em cerca de 70% dos transplantes, acarretando em alta morbidade e mortalidade, estando relacionadas em cerca de 30% das mortes. A TCAR tem papel importante neste contexto, pois na presença de uma radiografia de tórax normal a TCAR mostra alguma anormalidade em cerca de 10% dos pacientes imunodeprimidos, sendo que uma TCAR sem anormalidades não exclui a presença de alguma complicação pulmonar, principalmente

infeciosa. Muitos dos achados na TCAR são inespecíficos, sendo importante a correlação clínico-temporal, pois as complicações tendem a seguir um padrão de incidência de acordo com o período pós-TMO.

Objetivo: O objetivo deste trabalho é ilustrar em um ensaio iconográfico algumas das principais e comuns complicações no pós-TMO, com relatos sucintos dos casos apresentados. **Material e métodos:** Os casos descritos são do serviço de TMO do hospital e as imagens foram obtidas do arquivo de imagens do serviço de tomografia. São apresentadas descrições sucintas dos casos e das imagens de TCAR. **Conclusão:** A TCAR tem grande importância no pós-TMO, nos pacientes com sintomatologias respiratórias, auxiliando no diagnóstico presuntivo quando correlacionado com a história clínica e com o período pós-TMO, permitindo em muitos casos o início imediato de terapêutica, reduzindo assim a morbi-mortalidade do paciente.

• Tema Livre e Painel •

FATORES PREDITIVOS DE COMPLICAÇÕES RELACIONADAS A BIÓPSIAS PERCUTÂNEAS PULMONARES GUIADAS POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA.

Marcos Duarte; Marcony Queiroz Andrade; Alexandre Calabria da Fonte; Gustavo Benevides; Rubens Chojniak; Jefferson Gross.

Hospital do Câncer – A.C. Camargo.

Introdução: A biópsia pulmonar percutânea (BPP) vem sendo realizada por mais de um século e apesar de ser considerado um método seguro, existe o risco de complicações (pneumotórax, hemotórax, hematoma, hemoptise), variando na literatura de 8% a 49%. São descritos vários fatores preditivos para estas complicações, porém poucos estudos têm sido publicados em nosso meio. **Objetivos:** Avaliar a taxa de complicações e os valores preditivos de complicações entre as BPPs (PAAFs e “Core Biopsy”). **Material e métodos:** Estudo retrospectivo onde foram avaliadas todas BPPs realizadas no período de 1999-2004 realizadas no Departamento de Diagnóstico por Imagem do Hospital do Câncer – A.C. Camargo. **Resultados:** Foram estudados 459 procedimentos, 97 (21,1%) “Core Biopsy” e 362 (78,9%) PAAFs, sendo relatadas 61 (14,4%) complicações: 43 (70,5%) pneumotórax, 11 (18,0%) hematomas, 5 (8,2%) hemotórax e 2 (3,3%) casos de dores intensas. Não houve diferença significativa ($p > 0,05$) entre a proporção de complicações das Core (9,8%) e PAAFs (15,3%), mas foi observado maior proporção de hematoma entre as “Core Biopsy” (40,0% x 13,7%) e de pneumotórax nas PAAFs (78,4% x 30,0%) ($p = 0,001$). Não foi observada diferença na proporção de complicações entre os grupos com obesidade, hipertensão, tabagismo ou diabetes. Também não houve diferença entre as médias de idade ou profundidade das lesões ($p > 0,05$). Observou-se maior proporção ($p = 0,036$) de complicações entre os pacientes portadores de DPOC (28,6% x 14,4%). No grupo que realizou Core a média do diâmetro de lesões foi menor ($p = 0,03$) no grupo que apresentou complicações (37,0 mm x 59,5 mm). Diâmetro menor que 30mm apresentou uma maior chance de complicações (23,5% x 6,7%; $p = 0,035$). **Conclusões:** BPPs apresentam uma taxa aceitável de complicações estando relacionadas com o tipo de procedimento, sendo o maior diâmetro da lesão fator preditivo para o índice de complicações nas Core Biopsy.

• Tema Livre e Painel •

FATORES PREDITIVOS DE SUCESSO E INSUCESSO DA PUNÇÃO ASPIRATIVA POR AGULHA FINA DE LESÕES PULMONARES GUIADAS POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA.

Marcos Duarte; Marcony Queiroz Andrade; Alexandre Calabria da Fonte; Joel Lusa; Gustavo Benevides; Rubens Chojniak; Jefferson Gross.

Hospital do Câncer – A.C. Camargo.

Introdução: Atualmente a Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF) é a técnica mais comumente usada para determinar a natureza de lesões pulmonares. A acurácia diagnóstica da PAAF varia em diferentes estudos, de 46% a mais de 90%. Essa variação pode estar relacionada

a características radiológicas das lesões e clínicas dos pacientes. **Objetivo:** Avaliar o impacto de fatores preditivos (clínico-radiológicos) nas taxas de sucesso e insucesso da PAAF de lesões pulmonares guiadas por tomografia computadorizada. **Material e métodos:** Estudo retrospectivo, onde foram avaliadas todas PAAF de lesões pulmonares realizadas no Departamento de Diagnóstico por Imagem do Hospital do Câncer – A.C. Camargo. **Resultados:** Foram estudados 362 procedimentos, sendo 58,6% em pacientes do sexo masculino. A idade variou de 2,5 a 93 anos, com média de 61 (± 16) anos. O número de esfregaços obtidos variou de 1 a 36 (mediana de 7). Dos 357 laudos citopatológicos avaliados, em 304 (85,1%) procedimentos o material foi considerado suficiente para diagnóstico (63,5% adequado e 20,4% pouco, mas suficiente), 44 (12,2%) insuficiente e 9 (2,5%) inadequado. Não foi observada diferença estatística ($p > 0,05$) em relação a sexo, idade, co-morbidades (hipertensão, diabetes, obesidade, tabagismo, etilismo, DPOC, insuficiência coronariana), pulmão direito ou esquerdo, profundidade ou número de esfregaços em relação ao material suficiente ou insuficiente/inadequado. A frequência de material suficiente foi maior nas lesões puncionadas nos lobos superiores (91,0%) que médios/inferiores (78,7%) ($p = 0,005$). A média do maior diâmetro (43,2 x 33,2mm; $p = 0,007$) foi estatisticamente maior nas lesões com material suficiente. Lesões com diâmetro maior ou igual a 40mm apresentaram maior proporção de material suficiente (90,1% x 79,7%; $p = 0,016$). **Conclusão:** A PAAF de lesões pulmonares apresenta baixa taxa de material inadequado/insuficiente para diagnóstico, mostrando associação com local de punção e diâmetro da lesão.

• Painel •

GLOSSÁRIO ILUSTRADO DOS TERMOS PARA A TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ALTA RESOLUÇÃO DO TÓRAX (ENSAIO ICONOGRÁFICO).

Sergio Eiji Ono; Dante Luiz Escuissato; Cristian Saievicz de Moraes; Christiane Sayuri Kawasaki; Paulo Benites Filho; Rúbia Stela da Costa; Susan Muraoka; Fernanda Talitha Moreira.

HC – UFPR.

Introdução: A tomografia computadorizada de alta resolução (TCAR) é um dos recursos de imagem mais utilizados para auxiliar no diagnóstico de diversas lesões pulmonares, pois fornece imagens detalhadas do parênquima pulmonar e livre de artefatos, tornando-a em muitos aspectos superior à radiografia de tórax e à tomografia convencional. Consideramos de suma importância a precisão do uso dos termos no laudo de um exame, evitando interpretações errôneas e conseqüentemente, prejuízo para o paciente. A terminologia para descrever os achados da TCAR já está estabelecida na literatura, porém existem detalhes e sutilezas que às vezes dificultam a descrição dos achados nos exames. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho é apresentar os termos mais utilizados na descrição de lesões pulmonares na TCAR, com imagens típicas e bases anatômicas. **Material e métodos:** As imagens de TCAR foram obtidas do arquivo digital do serviço de tomografia do hospital, sendo apresentado uma descrição sucinta da terminologia seguindo as recomendações do Comitê de Nomenclatura da Sociedade Fleischner (1996) e do Grupo de Tórax do Colégio Brasileiro de Radiologia (2002). Nas apresentações típicas de TCAR de algumas patologias uma breve descrição do caso é relatada. **Conclusão:** O uso de uma linguagem em comum se faz necessária para que se facilite a leitura e interpretação em exames de controle subsequentes, além de propiciar melhor comunicação entre o radiologista e as outras especialidades médicas.

• Painel •

LACERAÇÕES PULMONARES EM TRAUMA TORÁCICO FECHADO: RELATO DE 4 CASOS E REVISÃO DE LITERATURA.

Fabio L. Stahlschmidt; Carla M.M. Stahlschmidt; Maurizio Pedrazzani; Heraldo de O. Mello Jr.; Jorge Ledesma; Fernando V. Rocha; Viviane S. Sassaki.

Hospital Universitário Cajuru-aliança Saúde – PUC-PR.

Introdução: Lacerações pulmonares são rupturas traumáticas do parênquima pulmonar com conseqüente formação de lesão que ocupa espaço contendo sangue, ar ou ambos. As lacerações pulmonares são classificadas em quatro tipos: O tipo 1 como secundário à compressão súbita de local flexível da parede torácica no parênquima pulmonar; o tipo 2 causado por mecanismo de inércia com balanço do lobo inferior, o qual desloca-se contra a coluna torácica promovendo a laceração; o tipo 3 ocasionada pela perfuração pulmonar de uma costela fraturada e o tipo 4 quando existe uma aderência pleuro-pulmonar prévia que promove a laceração após o trauma. Este artigo relata quatro casos de laceração pulmonar por trauma torácico fechado com classificações e evoluções clínicas distintas bem como apresenta uma revisão bibliográfica sobre o tema. **Objetivo:** Descrever uma série de quatro casos de laceração pulmonar em trauma torácico fechado com revisão da literatura sobre este tema. **Material e método:** Quatro pacientes admitidos no Hospital Universitário Cajuru-aliança Saúde – PUC-PR em Curitiba, PR, com trauma fechado e laceração pulmonar tiveram acompanhamento clínico e imaginológico documentado e descrito. Foi revisada literatura indexada dos últimos 30 anos sobre o tema com a base de dados da “National Library of Medicine” (MEDLINE). **Conclusão:** Lacerações pulmonares são componentes freqüentes do trauma torácico fechado e representam grande importância clínica considerando as possíveis complicações imediatas e tardias das mesmas. O exame complementar com melhor sensibilidade e acurácia para o diagnóstico de lacerações pulmonares é a tomografia computadorizada devendo esta ser realizada na suspeita clínico-radiológica de lesões lacerantes do pulmão. O reconhecimento precoce das lacerações pulmonares e de seu mecanismo produtor permite manejo mais adequado do trauma torácico fechado e conseqüentemente menor índice de morbi-mortalidade.

• Painel •

LINFANGITE CARCINOMATOSA EM TUMORES GONADAIS: RELATO DE DOIS CASOS E REVISÃO DA LITERATURA.

Benites-Filho P.R.; Brighente D.; Kawasaki C.S.; Rocha G.M.; Baggio H.C.C.; Escuissato D.L.

Hospital de Clínicas da UFPR – Curitiba, PR, Brasil.

Objetivo: Descrever dois casos de tumores gonadais associados à linfangite carcinomatosa, enfatizando a revisão de literatura e os achados da tomografia computadorizada de alta resolução. **Relato do caso:** Descrever os achados de tomografia computadorizada de alta resolução em dois pacientes com tumores gonadais, sendo um deles um tumor testicular e o outro ovariano, previamente tratados. Os pacientes apresentavam dispnéia como queixa principal e para elucidação do quadro clínico foram submetidos à tomografia computadorizada de alta resolução, que evidenciou espessamento nodular de septos interlobulares e do interstício peribroncovascular central, além de nódulos centrolobulares; imagens compatíveis com linfangite carcinomatosa que foi confirmada por biópsia. **Discussão:** Linfangite carcinomatosa é a disseminação de uma neoplasia relacionada aos vasos linfáticos pulmonares. Essa forma de disseminação neoplásica é vista, mais freqüentemente, em carcinomas de mama, pulmão, estômago, pâncreas, tireóide, próstata e colo de útero. A linfangite carcinomatosa ocorre em 1,8% das metástases pulmonares de câncer ovariano e não pudemos encontrar relatos desse tipo de disseminação a partir de câncer de testículo. **Conclusão:** A disseminação pulmonar de neoplasias de ovário e testículo na forma de linfangite carcinomatosa, embora rara, pode ser considerada quando o padrão de tomografia computadorizada de alta resolução for compatível, como nos casos aqui apresentados.

• Painel •

LIPOBLASTOMA MEDIASTINAL: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA.

Henrique Pereira Faria; Alexandre Pereira Rabelo; Flávia Leite Avelino Pereira; Frederico Guimarães de Abreu Braga; Isabella Mourão Soares;

Taísa Faria e Silva; Lílian Márcia Freitas Campos; Agnella Massara Viggiano; Willon Garcia de Carvalho.
Santa Casa de Belo Horizonte.

Introdução: O lipoblastoma mediastinal, tumor raro com poucos relatos na literatura, tem sua origem em tecido adiposo embrionário, de crescimento rápido com potencial invasão local. O diagnóstico pré-operatório, entretanto, é incorreto na grande maioria dos casos. A exérese completa da lesão é o tratamento definitivo. Relatamos um caso de lipoblastoma mediastinal, cuja apresentação clínica e exames propedêuticos são discutidos. **Relato de caso:** M.R.R.T., 1 ano e 3 meses, sexo masculino, história de taquipnéia, sibilância e pneumonia de repetição desde os 6 meses de idade, sem resposta com antibioticoterapia. Radiografia convencional de tórax evidenciava opacidade bem delimitada, arredondada, em hemitórax direito. A Tomografia de tórax revelava lesão expansiva heterogênea, com atenuação predominantemente de partes moles localizada em região póstero-medial do hemitórax direito. Realizada toracotomia, encontrada tumoração amarela esbranquiçada, mixóide e bem encapsulada. Realizada exérese total do tumor. Exame histológico revelava tecido mixóide e adiposo imaturo, com infartamento intratumoral e extensa degeneração cística e mucóide. **Discussão:** Lipoblastoma é um tumor raro, benigno, originário do tecido adiposo embrionário, ocorre quase que exclusivamente na infância, correspondendo a menos de um por cento das neoplasias desta faixa etária. Aproximadamente 90% são diagnosticados abaixo dos 3 anos de idade. Setenta por cento dos lipoblastomas ocorrem nas extremidades e apenas 3,6% no mediastino. Predominância masculina na proporção de 3:2 a 4:1. A grande variedade histológica da lesão torna sua apresentação imagiológica bastante diversificada. Numerosos casos de lipoblastomas simulando outras lesões são relatados, sendo os principais diagnósticos diferenciais hemangioma, lipoma, teratoma e lipossarcoma. O tratamento de escolha é cirúrgico. A ressecção completa da lesão pode prevenir complicações secundárias como invasão e compressão de estruturas adjacentes. A recidiva local após a ressecção cirúrgica é incomum. Metástases não foram relatadas.

• Painel •

LÓBULO PULMONAR SECUNDÁRIO: VOLTANDO AO PASSADO PARA ENTENDER O PRESENTE.

Felipe Padoin; Vinicius Laureano; Ronaldo Carvalho Araujo Filho; Andrea Costa; Edgar Golebioviski; Juliana Clemente Duran; Leonardo Pereira; Adriana Dias Barranhas.
LAB'S; HCE; IPGMCC.

Introdução: Os conceitos que envolvem a importância do lóbulo pulmonar secundário (LPS) são motivos de cerca de 300 anos de estudo. Durante esses séculos, os conhecimentos adquiridos a respeito da anatomia pulmonar têm fornecido as bases para o entendimento dos processos fisiopatológicos do pulmão. **Objetivo:** Demonstrar os avanços históricos na descrição da anatomia do lóbulo pulmonar secundário (LPS) e sua correlação com os achados de imagem, na tomografia computadorizada de alta resolução. **Material e métodos:** Revisão, na literatura, de diversos estudos a cerca da anatomia do LPS, com ênfase aos que se constituíram marcos históricos. **Resultados:** As citações mais longínquas do lóbulo pulmonar secundário datam de 1676, quando Thomas Willis injetou mercúrio e outros fluidos nos brônquios e vasos pulmonares. Assim, ele encontrou os “pequenos lobos”. Georg Rindfleisch em 1875 foi o primeiro a utilizar o termo “ácino”, para indicar uma unidade pulmonar sublobular. Quase um século após, em 1947, no seu livro “O Pulmão”, Willian Snow Miller revisou a anatomia pulmonar em detalhes, sendo muitos dos seus conhecimentos ainda hoje aplicáveis à interpretação de cortes tomográficos. Heitzman e colegas, em 1969, na publicação “O Pulmão: Correlações Radiológicas e Patológicas” proveram os alicerces do estudo radiográfico das patologias do LPS. Na publicação, foram demonstrados aspectos de espessamento septal, consolidações panlobulares, além de nódulos peribronquiolares e opacidades

sublobulares; as duas últimas, descritas atualmente como alterações “centrolobulares”. **Conclusão:** A noção dos passos históricos na definição da anatomia do LPS fornece os alicerces atuais para o estudo radiológico da anatomia pulmonar e também de suas alterações, permitindo assim melhor acurácia no estabelecimento de diagnósticos definitivos ou diferenciais.

• Painel •

MULTIPLICIDADE DE ACHADOS NA SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR.

Narjara Caroline A. Sousa; Wagner D. de Paula; Mayra Veloso Soares; Ana Carolina R. Freitas; Mychell Batista de Melo; Renata F. dos Anjos; Cleyverton G. Lima; Rosane R. Martins.
Hospital Universitário de Brasília.

Introdução: A síndrome de veia cava superior (VCS) é caracterizada por uma série de sinais e sintomas determinados por impedimento ao fluxo normal pela VCS. A obstrução da VCS pode ser causada por invasão tumoral, compressão extrínseca ou trombose. É uma complicação de muitas doenças mediastinais, e dentre os principais sintomas estão a cianose, rubor facial, dispnéia e edema de membros superiores. As principais causas de obstrução de VCS são as neoplasias intratorácicas, sendo o carcinoma broncogênico o mais prevalente, e o uso de cateteres intravasculares. **Material e método:** Foram descritos os principais achados radiológicos em pacientes com síndrome de VCS do Hospital Universitário de Brasília. **Resultados:** Os principais achados radiológicos encontrados em pacientes com síndrome de VCS do Hospital Universitário de Brasília foram: falha de enchimento da veia cava superior por trombo tumoral, trombose da veia subclávia direita, trombose da veia inominada, compressão extrínseca da veia cava superior por massa intratorácica, formação de extensas redes de colaterais superficiais na parede abdominal e torácica, extensas redes de colaterais paravertebrais e periepáticas, alteração do fluxo pelas veias ázigo e hemiáximo, com enchimento precoce da veia cava inferior pelo meio de contraste, edema difuso da tela subcutânea dos membros superiores e da parede torácica. **Conclusão:** O conhecimento dos achados radiológicos da síndrome de VCS, tanto causais como secundários, são importantes para o correto manejo da síndrome, melhorando o prognóstico do paciente.

• Tema Livre e Painel •

PADRÕES DE CALCIFICAÇÃO NO NÓDULO PULMONAR E SUAS CORRELAÇÕES COM MALIGNIDADE E BENIGNIDADE.

Patrick Nunes Pereira; Flavio dos Reis Albuquerque Cajaraville; Rafael Ferracini Cabral; Juliano Nunes Pereira.
Universidade Federal do Rio de Janeiro; Universidade Estácio de Sá – RJ.

Introdução: Este painel busca expor, analisar e compor relações entre os principais padrões de calcificação pulmonar encontrados nos nódulos pulmonares: padrão central, concêntrico, difuso, em “pipoca”, salpicado e periférico e os riscos de malignidade e benignidade oriundos de cada modalidade de calcificação. **Objetivo:** Verificar associações entre os padrões de calcificação e risco de neoplasia pulmonar, demonstrando quais calcificações, estatisticamente, são mais frequentemente encontradas em tumores malignos e quais são encontradas em lesões benignas. **Materiais e métodos:** Realização de vasta meta-análise de artigos de revisão de jornais, periódicos e da literatura em geral, com demonstração iconográfica dos variados padrões de calcificações pulmonares através de cortes tomográficos de alta resolução e de radiografia simples de tórax, com os respectivos laudos histopatológicos das imagens expostas. Exposição de tabelas que correlacionam o grau e morfologia calcífica dos nódulos com outros fatores (idade do paciente, carga tabágica, tamanho e velocidade de crescimento do nódulo) também importantes na avaliação não invasiva dos nódulos pulmonares. **Resultados:** Há padrões de calcificação mais característicos de nódulos benignos, como a calcificação em “pipoca” ou com padrão central, enquanto isso, há

padrões de depósitos de cálcio como deposição periférica de cálcio, sugestivos de malignidade. **Conclusão:** Há uma forte relação estatística entre determinados tipos de calcificação e benignidade do nódulo, sendo esse parâmetro fator preditivo considerável de risco ou ausência de risco dependendo do padrão calcífico encontrado no nódulo pulmonar. A correlação desse fator com outras variáveis não-invasivas aumenta a sensibilidade e especificidade dos achados.

• Painei •

PRINCIPAIS ACHADOS PULMONARES NA TOMOGRAFIA DE ALTA RESOLUÇÃO EM PACIENTES COM ESCLEROSE SISTÊMICA PROGRESSIVA: ENSAIO PICTÓRICO.

Vanessa Gregorin Coelho; Gustavo Garcia; Pedro Vieira Santana-Netto; Luciana Vargas Cardoso; Arthur Soares Souza Junior.
Hospital de Base/Famerp.

A Esclerose Sistêmica Progressiva (esclerodermia) é uma doença sistêmica crônica de patogênese desconhecida, caracterizada por produção excessiva de colágeno que leva a alterações inflamatórias, fibróticas e degenerativas do tecido conjuntivo. Os principais órgãos afetados são pele, pulmões, rins e sistema músculo-esquelético. Acomete três mulheres para cada homem, ocorrendo principalmente na faixa etária de trinta a cinquenta anos, com incidência de aproximadamente dez casos por milhão de habitantes/ano. O envolvimento pulmonar é mais comum e severo do que nas outras doenças do colágeno. As manifestações clínicas iniciais são artralgia, mialgia, fenômeno de Raynaud, disfagia e alterações cutâneas. A doença pulmonar é a principal causa de mortalidade, cursa com dispnéia sem dor torácica e resulta de dois processos: alveolite fibrosante ou vasculopatia obliterativa dos médios e pequenos vasos. O presente estudo tem como objetivo mostrar as diversas formas de envolvimento do pulmão em pacientes com esclerodermia. Foram analisados retrospectivamente exames de Tomografia Computadorizada de Alta Resolução (TCAR) de 24 pacientes com diagnóstico de esclerodermia, no serviço de radiologia do Hospital de Base/FAMERP no período de julho de 2004 a março de 2006. O presente trabalho aplica-se no reconhecimento dos achados pulmonares na esclerodermia possibilitando maior acurácia no diagnóstico radiológico, bem como, revisão breve da literatura atual. Os principais achados tomográficos foram opacidade em “vidro-fosco”, faveolamento, bronquiectasias de tração, espessamento intersticial intralobular e espessamento septal interlobular irregular. As anormalidades descritas envolveram principalmente as zonas pulmonares inferiores e posteriores com predominância periférica e subpleural. Outro achado associado é a dilatação do esôfago. A TCAR é de grande importância no diagnóstico da esclerodermia por demonstrar alterações da fibrose intersticial associada á esclerodermia.

• Painei •

SILICOSE: PADRONIZAÇÃO DA LEITURA DA RADIOGRAFIA DO TÓRAX PARA O DIAGNÓSTICO MAIS PRECISO, SEGUNDO AS NORMAS DA OIT.

Brites M.G.; Souza T.G.B.; Vieira V.B.M.; Nisticó K.N.; Martins P.S.L.; Queiroz S.M.; Dumalakas G.A.; Santos A.R.M.; Brites J.C.
Tomovale; Dr. Brites Diagnóstico por Imagem.

Introdução: A silicose é a principal pneumoconiose no Brasil, sendo causada por inalação de poeira de sílica livre cristalina (quartzo). Caracteriza-se por um processo de fibrose, com formação de pequenas opacidades nodulares isoladas nos estágios iniciais, e nódulos conglomerados e insuficiência respiratória nos estágios mais avançados. É uma doença irreversível, de evolução lenta e progressiva. O diagnóstico é feito com base na história ocupacional e radiografias de tórax. Estas deverão ser realizadas de acordo com a técnica preconizada pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), sendo sua leitura feita segundo a classificação internacional das radiografias das pneumoconioses. **Objetivo:** Demonstrar a importância das normas da OIT para a detecção da silicose nas radiografias de tórax. **Material e métodos:** Foram selecionados

30 pacientes com radiografias de tórax compatíveis com silicose, segundo a padronização da OIT, prosseguindo a propedêutica com tomografia computadorizada que confirmou 85% dos casos. **Discussão:** A silicose é uma doença freqüente em grupos efetivamente expostos, assim sua detecção em radiografias de tórax é de grande importância para a saúde do trabalhador. Entretanto, para aumentar a sensibilidade do método é necessário o uso das normas da OIT, que preconiza técnica e classificação adequadas para registrar as alterações radiológicas do tórax destes indivíduos.

US Geral e Doppler

• Painei •

ACHADOS INCIDENTAIS NA ULTRA-SONOGRAFIA TRANSVAGINAL.

Roberto Castello; Paula Ricci Arantes; Manoel Orlando Gonçalves; Luciana Pardini Chamie.
Laboratório Fleury.

Introdução: A ultra-sonografia transvaginal é uma técnica de exame por imagem que aumentou enormemente a sensibilidade e acurácia diagnóstica das patologias ginecológicas. Transdutores ultra-sonográficos posicionados na vagina permitem observar as estruturas da cavidade pélvica sem a interferência das alças intestinais com conteúdo gasoso ou do tecido adiposo subcutâneo que normalmente interferem na avaliação pela técnica suprapúbica. Além disso, por estar em íntimo contato com as estruturas pélvicas, os transdutores podem ser de freqüências maiores permitindo uma avaliação de alta resolução das vísceras pélvicas, tanto as do sistema genital como porções do intestino, da bexiga e ureter distal, além do peritônio pélvico e das paredes laterais da cavidade pélvica. Estas características levaram a utilização da ultra-sonografia transvaginal para além das avaliações ginecológicas, incluindo a investigação de apendicite pélvica, diverticulite intestinal, complicações retais e perianais da doença de Crohn, cálculos ureterais e vesicais e tumores destas estruturas, isto é, áreas que possam ser acessadas pelo ultra-som a partir da cúpula vaginal. **Incidentaloma:** Incidentaloma é a denominação que se dá a tumores encontrados por acidente em pacientes assintomáticos em relação a esta patologia, durante investigação de rotina ou então durante investigação de outra patologia não relacionada. São apresentados quatro casos de tumores extraginecológicos achados incidentalmente em exames de ultra-som transvaginal. Três deles foram encontrados durante exame anual de prevenção ginecológica e um encontrado em paciente sob investigação de possível endometriose, que foi confirmada além do achado incidental.

• Tema Livre e Painei •

ASPECTOS DO DOPPLER ESPECTRAL NA VEIA PORTA EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA.

Neto M.F.; Kim M.H.; Almeida A.P.F.; Andrade J.R.; Freitas F.J.C.; Gobbo R.G.; Maurano A.; Mendes G.F.; Ozaki M.A.; Funari M.B.G.
Hospital Israelita Albert Einstein.

Introdução: A comunicação direta entre o átrio direito e o sistema venoso (considerando-se a veia cava inferior, as veias hepáticas e a veia renal) determina algumas características que têm influência no estabelecimento da velocidade e da direção do fluxo sanguíneo sistêmico em cada ciclo cardíaco. A pressão encontrada no átrio direito é a principal responsável pelo padrão típico de fluxo encontrado nas veias sistêmicas. O sistema porta tem conexão anatômica com o coração direito, tendo em condições normais, fluxo monofásico e de baixa velocidade. No entanto, tem sido observado fluxo pulsátil, de padrão trifásico e às vezes, até mesmo reverso em pacientes com quadro clínico de insuficiên-