

e tipos menos comuns são os mucinosos (20%), endometrioides (2%), de células claras, de Brenner e carcinomas indiferenciados. O propósito de apresentar este relato é definir as neoplasias ovarianas e colocá-las como diagnósticos diferenciais de volumosas massas abdominopélvicas.

C-604: Infecção de remanescente uracal: a propósito de relato de caso.

Matheus Saretta Noal, Diego Ferrasso Zuchi, Rafael Cardoso de Melo, Rubens Gabriel Feijo Andrade, Pedro Martins Bergoli.

IC-FUC/SIDI – Porto Alegre, RS, Brasil.

Introdução: O úraco é uma estrutura tubular localizada na linha média desde a região infraumbilical até o aspecto anterossuperior da bexiga, que normalmente se oblitera antes do nascimento. Seus remanescentes geralmente são assintomáticos, sendo descobertos incidentalmente ou quando infectam. Este relato de caso visa demonstrar que a ultrassonografia e a tomografia computadorizada são métodos de imagem capazes de detectar tais remanescentes. **Material:** Paciente submetido a ecografia e, posteriormente, a tomografia computadorizada abdominal em aparelho *multislice* com 8 detectores antes e após infusão intravenosa de contraste, havendo reconstrução multiplanar das imagens. Foram concedidas fotos do espécime cirúrgico. **Discussão:** Paciente de 46 anos, procurou o serviço de emergência por dor abdominal hipogástrica acompanhada de disúria há cerca de 4 semanas, com piora progressiva, apresentando febre e dor hipogástrica ao exame físico, foi submetido a ecografia abdominal total, complementada por tomografia computadorizada, as quais revelaram formação cística suprapúbica de paredes espessas, aderida ao ápice vesical, sem comunicação luminal, com infiltrado do plano gorduroso perivesical, compatíveis com cisto de úraco infectado. O paciente foi submetido a ressecção cirúrgica e o exame anatomopatológico confirmou cisto de úraco abscedido com aderências fibrosas vesicais e entéricas. A tomografia computadorizada e a ultrassonografia são exames úteis para demonstração das doenças relacionadas aos remanescentes uracais, que podem apresentar-se como úraco remanescente, seio umbílico-uracal, divertículo de úraco ou cisto de úraco. A correta identificação destas patologias requer o conhecimento de suas características anatômicas e de imagem, para realização de um diagnóstico hábil, com manejo adequado.

C-625: Fístulas perianais em RM: como abordar.

Rodrigo Manfro, Jaime Neto, Daniella Braz Parente, Viviane Brandão Amorim, Guilherme Abdalla G. Viana, Antonio Luis Eiras de Araujo.

Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Introdução: A fístula perianal é um trajeto anormal que se origina no canal anal, a partir da inflamação de uma cripta perianal, com trajeto inter ou transesfincteriano, associada ou não a abscessos, com orientação à superfície cutânea. Em casos mais graves, pode atingir órgãos adjacentes, fazendo a comunicação entre eles (p.ex.: fístula retovaginal). O objetivo deste trabalho é descrever a anatomia normal da região perianal, a técnica de realização da ressonância magnética com interesse para o canal anal e, através de casos, ilustrar os aspectos de imagem das diversas fístulas perianais e discutir os procedimentos cirúrgicos propostos. **Material e Métodos:** Foi realizado estudo retrospectivo de 50 exames de ressonância magnética da pelve com diagnóstico de fístula perianal. Foram executadas como protocolo as seqüências ponderadas em T1 com e sem supressão de gordura antes e após contraste venoso, T2 nos planos axial, coronal e sagital, STIR axial e coronal, com FOV pequeno e com angulação com interesse ao canal anal. Os dados de imagem serão utilizados para ilustrar e enfatizar conceitos-chave. **Discussão:** A ressonância magnética é o melhor método de imagem para a avaliação da fístula perianal, pois permite topografar as lesões com segurança, definir suas complicações e

ajudar o cirurgião no mapeamento pré-operatório. Para tanto, o conhecimento da anatomia anorretal e o protocolo adequado de ressonância magnética são importantes para a correta interpretação do exame.

MUSCULOESQUELÉTICO

C-77: Avaliação por imagem da displasia glenoumeral secundária a paralisia obstétrica do plexo braquial.

Francisco Abaeté das Chagas Neto, Geraldo Dias Ferreira Neto, Michel Daoud Crema, Marcello Henrique Nogueira-Barbosa.

Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto e Radiologia e Diagnóstico por Imagem – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRPUSP) – Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Introdução: As deformidades da articulação glenoumeral secundárias à lesão obstétrica do plexo braquial (LOPB) já foram descritas, incluindo alterações na cavidade glenoide, deslocamento posterior gradual da cabeça umeral, além de hipoplasia da cabeça umeral e atraso de sua idade óssea. Estas alterações têm caráter evolutivo e podem estar associadas a um prognóstico bastante reservado. **Objetivos:** 1) relatar uma série de casos de displasia glenoumeral secundária à LOPB, com ênfase nos achados em tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM); 2) avaliar quantitativamente o grau de deformidade articular e a translação da cabeça umeral; 3) discutir e ilustrar as lesões associadas à POPB e seus diagnósticos diferenciais. **Casuística e Métodos:** Foi realizado levantamento retrospectivo dos casos de displasia glenoumeral diagnosticados em nossa instituição entre 2005 e 2010. Ilustramos oito casos típicos, com ênfase às deformidades encontradas e sua semiologia radiológica. Foram avaliados o grau de retroversão da cavidade glenoide, o grau de translação e o diâmetro da cabeça umeral. **Resultados:** Não houve predomínio de sexo nos pacientes avaliados. A idade média observada nesta casuística foi de cinco anos. O lado esquerdo foi acometido em cinco casos (62,5%). A TC foi o método utilizado em seis casos (75%). Observou-se translação posterior da cabeça umeral em seis casos (75%), metade apresentando luxação total. O ângulo glenoumeral nos membros acometidos foi em média $-16,5^\circ \pm 4,0^\circ$, contra $+2,0^\circ \pm 1,5^\circ$ nos membros contralaterais. A cabeça umeral apresentava assimetria de diâmetro em todos os pacientes avaliados, sendo em média 20% menor no lado acometido. **Conclusão:** A retroversão da cavidade glenoide, a translação posterior e a redução do diâmetro da cabeça umeral foram as principais deformidades encontradas nos casos de POPB. É fundamental que o radiologista esteja familiarizado com essa condição, seus modos de apresentação e os métodos diagnósticos disponíveis para sua detecção e classificação.

C-93: Aspectos radiológicos de deformidades congênicas do antebraço: relato de casos.

Adriana Maria Vasconcelos Machado, Juciany de Sousa Brito, Lia Andréa Costa da Fonsêca, Nayane Bezerra de Menezes Pinho, Odimar Barros Teixeira Filho, Pedro Augusto Pedreira Martins, Pedro Augusto Pedreira Martins Júnior, Thiago Marinho Barbosa.

Maxi Imagem – Teresina, PI, Brasil.

Introdução: Deformidades congênicas do membro superior são definidas pelas diferenças do normal que se apresentam ao nascimento, como a não-formação da borda ulnar, do rádio distal e do carpo. Dentre as deformidades do antebraço citam-se a deficiência ulnar congênita e a deformidade de Madelung, ambas de etiologia ainda não definida na literatura. **Descrição do Material:** Caso 1 – Paciente de oito anos, masculino, com braço esquerdo curto e rodado internamente, que no estudo radiológico demonstrou hipoplasia da ulna com presença das epífises proximal e distal. Caso 2 – Paciente de 20 anos,

feminino, com dor no punho, sem história de traumatismo ou infecção, que no estudo radiológico demonstrou formato triangular da epífise distal do rádio, subluxação dorsal da ulna, aumento da cabeça ulnar, configuração triangular do carpo com o semilunar no ápice. **Discussão:** As malformações associadas aos membros superiores apresentadas foram: a deficiência ulnar congênita (caso 1) acometendo a borda ulnar, rara, predominantemente unilateral, sem predileção por sexo, observando-se encurtamento da ulna, arqueamento da diáfise do rádio e luxação da cúpula radial. Clinicamente atinge mão, punho, antebraço e cotovelo, mas ocasionalmente, quando existe sinostose radioumeral ou ulnoumeral, o braço poderá estar encurtado e rodado internamente, e radiologicamente classifica-se em quatro tipos, neste caso observando-se o tipo 1 (hipoplasia da ulna com a presença das epífises); e a deformidade de Madelung (caso 2), que se caracteriza pela subluxação do carpo em relação ao antebraço, devido ao fechamento parcial da fise distal do rádio na sua porção medial e volar, acarretando aumento da inclinação da superfície articular do rádio, observado tanto na incidência radiográfica posteroanterior (em torno de 60 graus) quanto na inclinação volar, na incidência em perfil (em torno de 35 graus), verificando-se o alongamento da ulna, que se torna proeminente no dorso do punho, com o crescimento.

C-117: Disostose cleidocraniana: relato de dois casos.

Lydia Maria Pereira Vaz de Magalhães¹, Juliana Santos Bayerl de Oliveira², Bruna Emmanuelle Linhares F. Mata², Rovena Scardini¹, André Ribeiro Nogueira de Oliveira¹, Gabriel Antônio de Oliveira³.

¹ Centro de Diagnóstico por Imagem; ² Universidade Federal do Espírito Santo (UFES); ³ Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG) – Vitória, ES, Brasil.

Introdução: A disostose cleidocraniana é uma doença rara que é causada por uma alteração genética autossômica dominante, sem predominância entre os sexos. Clinicamente apresenta-se com defeito de fechamento das suturas cranianas, hipoplasia ou aplasia clavicular e várias anormalidades dentárias. **Descrição do Material:** Relato de caso de dois irmãos, de 1 e 4 anos, ambos do sexo masculino, que apresentavam macrocrania e hiper mobilidade em flexão da cintura escapular. História familiar semelhante no pai e avô paterno. Foram realizadas radiografias de crânio, tórax, bacia e coluna vertebral nas duas crianças. **Discussão:** O diagnóstico desta alteração é baseado no quadro clínico e nos achados radiográficos, que incluem imagens do crânio, tórax, pelve e mãos. Os achados clínicos mais frequentes são fontanelas amplas para a idade, que podem permanecer abertas por toda a vida, hipoplasia central da face, dentição anormal, hipoplasia clavicular, resultando em estreitamento da cintura escapular, com aposição dos ombros e, nas mãos, alterações como braquidactilia, dedos cônicos, curtos e polegar largo. Além disso, esses indivíduos estão propensos a desenvolverem outras alterações ortopédicas, como pés planos e escoliose, além de outras afecções clínicas, como sinusite e otite de repetição. Até o momento, o gene RUNX2 é o único associado com a disostose cleidocraniana, embora nem todos os casos clínicos diagnosticados tenham esta mutação. Nos dois pacientes deste relato foi encontrado alargamento das suturas cranianas, com presença de ossos wormianos e células mastoideas não-pneumatizadas. No tórax observaram-se ausência das clavículas, costelas com direção mais caudal que o habitual e escápulas de dimensões reduzidas. Na pelve, ausência dos ramos isquiopúbicos, alargamento da sínfise púbica, acetábulo raso e presença de coxa vara.

C-128: Aspectos por ressonância magnética da capsulite adesiva do ombro.

Ariel Filipe Wuerges Aquino, Olavo Kyosen Nakamura, Marcel Vieira da Nóbrega, Carlos Henrique Longo, Laércio Alberto Rosemberg, Jan Stefan Lundberg, Hamilton Picolo Guidorizzi, Marcelo Buarque de Gusmão Funari.

Hospital Israelita Albert Einstein – São Paulo, SP, Brasil.

Introdução: A capsulite adesiva do ombro pode ter origem idiopática ou secundária a alterações intrínsecas ao ombro (status pós-operatório, lesões de manguito rotador, tenossinovite do cabo longo do bíceps, artrose, bursite) ou extrínsecas (por exemplo, outras lesões do membro superior, doenças neurológicas, patologias cardiopulmonares), ou mesmo sistêmicas (destacando-se diabetes, tireoidopatias e alcoolismo). Caracteriza-se por dor e importante limitação da movimentação. É uma doença relativamente comum e seu tratamento pode ser difícil e prolongado. Objetivamos demonstrar suas apresentações por imagem, destacando o papel da ressonância magnética. **Casuística e Métodos:** Retrospectivamente, foram selecionados casos de capsulite adesiva do ombro. Dados clínicos do pedido médico e suspeita diagnóstica inicial foram correlacionados com os achados de imagem, com ênfase aos achados de ressonância magnética. **Resultados:** Os achados principais por ressonância magnética na capsulite adesiva do ombro consistiram em obliteração da gordura no espaço rotatório, espessamento do ligamento cócavo-umeral, espessamento cápsulo-sinovial de predomínio anteroinferior e processo inflamatório periarticular. O método permitiu avaliar outras patologias simultâneas. A ressonância magnética foi capaz, inclusive, de indicar o diagnóstico quando a suspeita clínica inicial indicava outra patologia. **Conclusão:** A ressonância magnética é um importante método para o correto diagnóstico da capsulite adesiva, permitindo o diagnóstico diferencial de patologias concomitantes, orientando o adequado planejamento terapêutico.

C-138: Pseudocondroplasia: relato de caso.

Aline Pimentel Amaro, Fernando Meira de Faria, Eugênia Ribeiro Valadares, Reginaldo Figueiredo, João Paulo Kawakita Matushita, José Nelson Mendes Vieira.

Hospital das Clínicas de Minas Gerais e Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução: A pseudocondroplasia é uma osteocondrodisplasia caracterizada por baixa estatura pós-natal, com membros curtos, fácies e desenvolvimento neuropsicomotor normal. É uma doença autossômica dominante que resulta de uma mutação estrutural no gene COMP, que codifica a proteína da matriz da cartilagem oligomérica, localizado no cromossomo 19. A prevalência é de cerca de 1:20.000. Os pacientes apresentam comprimento adequado ao nascimento, frouxidão ligamentar nas mãos, joelhos e tornozelos, e limitação da extensão dos cotovelos e quadris. Em torno de dois anos de idade há uma redução da velocidade de crescimento. **Relato do Caso:** Paciente do sexo feminino, cinco anos de idade, parto domiciliar. É a quinta filha do casal, pais e irmãos com estatura normal. Baixa estatura foi notada a partir de 11 meses de idade, quando iniciou a deambulação. Desenvolvimento neuropsicomotor adequado. Encaminhada com suspeita clínica de acondroplasia. Ao exame físico, estatura de 84,8 cm, baixa estatura desproporcional, com membros curtos, fácies normal, lordose lombar moderada, punhos alargados e desviados ulnarmente, limitação da extensão dos cotovelos e da abdução do quadril. O estudo radiográfico demonstrou crânio normal, corpos vertebrais com protrusão da área centro-anterior, alargamento metafisário dos ossos longos, epífises proximais do rádio pequenas, metatarsos pequenos e alargado. **Discussão:** Pacientes com pseudocondroplasia são confundidos com acondroplásicos, porém não apresentam alterações faciais. O diagnóstico diferencial radiológico pode ser feito com displasias espondilometapifisárias, mas as alterações radiológicas são suficientes para o diagnóstico de pseudocondroplasia. As alterações das vértebras são típicas, mas normalizam com a idade, motivo da importância da obtenção das radiografias na infância. Trata-se de mutação nova, já que os pais da criança têm estatura normal. A altura média final dos adultos com pseudocondroplasia é de 116 cm no sexo feminino e 120 cm no masculino. As alterações radiológicas nos quadris, joelhos, mãos e coluna são típicas e suficientes para o diagnóstico em pré-púberes.

C-167: Aspectos diagnósticos das lesões ósseas do pé e tornozelo.

Lúcio Buzolin, Elisa Pacheco, Nelson Caserta, Daniel Ferreira, Maurício Etchebehere.

Departamento de Radiologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM-Unicamp) – Campinas, SP, Brasil.

Introdução: As lesões ósseas tumorais e pseudotumorais do pé e tornozelo são relativamente raras e representam um grupo diverso com lesões de diferentes tipos histológicos. A apresentação clínica destas lesões (edema e/ou dor) geralmente é inespecífica e a avaliação por imagem é de grande importância no diagnóstico e na escolha da conduta terapêutica a ser adotada. O trabalho visa a apresentar o aspecto radiológico das diferentes lesões ósseas tumorais e pseudotumorais que acometem a região do pé e tornozelo, demonstrando seus sinais mais característicos, que permitam sua adequada elucidação diagnóstica. **Descrição do Material:** A partir do arquivo didático da nossa instituição e da casuística pessoal dos autores, foram selecionados os casos mais ilustrativos de lesões ósseas acometendo a região do pé e tornozelo, incluindo osteoma osteoide, osteoblastoma, encondroma, condroblastoma, osteocondroma, tumor de células gigantes, fibroma condromixoide, fibroma não ossificante, displasia fibrosa (forma polioestótica), lipoma intraósseo, cisto ósseo aneurismático primário e secundário, cisto ósseo simples, cistos subcondrais, sarcoma de Ewing e metástase. Foram destacados os aspectos por imagem mais importantes para a caracterização de cada lesão. **Discussão:** Lesões tumorais ósseas do pé e tornozelo são relativamente raras e predominantemente benignas. A radiografia convencional é método de imagem imprescindível para a elaboração diagnóstica. Uma abordagem sistemática para a avaliação dessas lesões é sempre conveniente, pois permite a adequada decisão terapêutica, evitando-se procedimentos desnecessários nos casos de patologias caracteristicamente benignas e erros de diagnóstico e aumento da morbidade nos pacientes com doença maligna.

C-192: Tumor miofibroblástico inflamatório retrouterino.

Sílvia Amélia Prado Burgos Madeira Campos, Leonardo Robert de Carvalho Braga, Daniel Lopes da Cunha, Lorena Rosa Vasconcelos de Araújo, Carol Cavalcante de Vasconcelos, Kaline Silva Santos.

Serviço de Radiologia e Diagnóstico por Imagem da UDI – Teresina, PI, Brasil.

Introdução: Os tumores miofibroblásticos inflamatórios são um grupo de lesões que frequentemente confundem diagnóstico com neoplasias malignas, principalmente sarcomas. São mais comuns no pulmão em crianças e adultos jovens, sendo o segundo sítio, a cavidade abdominal. Sua etiologia é desconhecida, podendo ser decorrente de infecções, processo inflamatório ou autoimune. **Descrição do Material:** Paciente do sexo feminino, 29 anos, funcionária pública, com passado de cirurgia para retirada de abscesso anal, realizou ultrassom transvaginal de rotina em que foi constatada imagem nodular, hipoeoica, de aspecto sólido, margens lobuladas, localizada em região retrouterina. A paciente seguia assintomática, sendo a lesão um achado incidental. Prosseguiu-se investigação diagnóstica com tomografia computadorizada e ressonância magnética da pelve. A paciente foi submetida à ressecção cirúrgica da lesão e estudo histopatológico, com o diagnóstico de tumor miofibroblástico inflamatório pré-sacral. **Discussão:** Os tumores miofibroblásticos inflamatórios são lesões benignas. Por definição, esse tumor é composto por proliferação de células fusiformes, com diferenciação miofibroblástica, um estroma de colágeno e infiltrado inflamatório de linfócitos, eosinófilos e plasma. Esta é a razão para a atual denominação para a doença. Apesar de diversos fatores patogênicos serem propostos, sua etiologia ainda é incerta. O tumor é mais comum em mulheres. O tratamento consiste em retirada cirúrgica da lesão.

C-228: Sinais da cabeça em risco na doença de Legg-Perthes.

Marcio Marques Moreira, Livia Consorti, Denise Tokechi Amaral.

Med Imagem – Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo, Hospital São Joaquim, Hospital São José e Hospital Santa Catarina – São Paulo, SP, Brasil.

Introdução: A doença de Legg-Calvé-Perthes é definida pela necrose isquêmica da epífise proximal do fêmur, cuja etiologia continua desconhecida. A hipótese mais aceita baseia-se na vulnerabilidade do suprimento sanguíneo para a cabeça femoral, devido a variações fisiológicas de acordo com a idade, principalmente entre 3 e 7 anos, período em que somente os vasos laterais irrigam a cabeça do fêmur. A prevalência é maior no sexo masculino (4:1), podendo ser bilateral em 10% dos casos. A história natural desta afecção é a necrose, fragmentação, reossificação e remodelamento. O objetivo deste estudo é descrever a propedêutica dos achados precoces e quais os sinais da cabeça em risco no Legg-Calvé-Perthes, segundo Catterall. **Casuística e Métodos:** Realizada revisão bibliográfica (PubMed) desde 2005, referente aos principais sinais de cabeça em risco na doença de Legg-Calvé-Perthes, com ilustração através de exames de imagem (radiografias e ressonância magnética) do arquivo digital dos últimos 12 anos. **Resultados:** A avaliação radiográfica do quadril auxilia no diagnóstico, classificação, prognóstico e seguimento da doença. A ressonância magnética é importante na identificação precoce da doença (na ausência de alterações radiográficas), na avaliação do grau de deformidade da cabeça femoral e num eventual planejamento cirúrgico. **Conclusões:** O tratamento ainda é tema controverso, mas as indicações para abordagem cirúrgica dependem de fatores radiológicos, idade do paciente, amplitude de movimento, dor e outros sintomas. Portanto, o radiologista deve estar atento ao diagnóstico precoce e os sinais da cabeça em risco, importantes na decisão cirúrgica, quais sejam: calcificação lateral à epífise, sinal de Gage, subluxação lateral da cabeça do fêmur, alterações císticas metafisárias e inclinação horizontal da placa de crescimento.

C-244: Neurofibroma plexiforme da coxa.

Cecília Gabriela de Arruda Castelo Branco Brito, Alessandra Patrício da Costa Mendes, Galba Leite Oliveira, Caio Cezar Henrique de Siqueira, Paulo Sérgio Régis Toscano, Vamberto Augusto Costa Filho.

CEDRUL – Centro de Diagnóstico por Imagem – João Pessoa, PB, Brasil.

Introdução: O neurofibroma plexiforme (NP), condição quase patognômica da neurofibroose tipo 1 (NF1), representa o envolvimento tumoral difuso ao longo de um grande nervo ou plexo e seus ramos, frequentemente determinando expansão além do epineuro, invadindo os tecidos adjacentes. O NP dos membros pode cursar com expansão desfigurante da extremidade acometida, condição chamada de elefantíase neuromatosa, que comumente se associa a hipertrofia óssea, devido ao aumento crônico do fluxo vascular, e hiperromia cutânea, causando limitação da deambulação e grande dano estético e social ao paciente. **Descrição do Material:** Realizado estudo por ressonância magnética da pelve e membro inferior esquerdo de uma paciente do sexo feminino, 21 anos de idade, portadora de NF1, com queixa de aumento volumétrico da coxa, parestesia, hiperromia cutânea e limitação parcial da deambulação. Os principais achados de imagem são apresentados e discutidos de forma didática e, ainda, confrontados com casos da literatura. **Discussão:** No contexto da NF1, desordem genética comum caracterizada por displasia mesodérmica associada com múltiplos tumores neurogênicos e anormalidades esqueléticas, o reconhecimento clínico e radiológico precoce desta apresentação pouco usual da doença e o estudo por ressonância magnética, com descrição focalizada às estruturas neurovasculares envolvidas e extensão do processo, são imprescindíveis a fim de se obterem melhores resultados cirúrgicos.

C-260: Achados radiológicos de eumicetoma do pé simulando tumor de partes moles: relato de caso e revisão da literatura.

Ana Célia Baptista Koifman, Verônica Castello Branco, Carmen Lúcia Arantes P. Azevedo, Ciça Maria Delbons B. Araújo Guimarães, Alfredo Guarisch, Rodrigo Basílio de Oliveira.

Diagnósticos da América e Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UniRio) – Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Introdução: Micetomas são doenças crônicas inflamatórias granulomatosas subcutâneas causadas por fungos (eumicetoma) ou bactérias filamentosas (actinomicetoma). Ocorrem preferencialmente em áreas tropicais (cinturão do micetoma), acometendo trabalhadores rurais, nos pés, após trauma com inoculação de organismos do solo. Os métodos de imagem contribuem para o diagnóstico da lesão, avaliação de estruturas adjacentes e permitem o acompanhamento pós-tratamento. A terapêutica precoce com antifúngicos e cirurgia visa a evitar a progressão da doença, que pode levar à necessidade de amputação. **Descrição do Material:** Paciente do sexo masculino, 67 anos de idade, empresário, com nódulo endurecido indolor há dois anos na face dorsal do antepé esquerdo, interdigital, queixando-se de recente aumento da lesão. Realizados hemograma completo e radiografia do pé esquerdo, sem alterações. Os achados à ultrassonografia (US) consistiram de nódulo subcutâneo lobulado, hipoeicoico, heterogêneo, medindo 3 cm, com vascularização central e periférica, alto índice de resistência e alteração da pele suprajacente. À ressonância magnética (RM), a lesão apresentava sinal isointenso ao músculo na ponderação em T1, hipersinal nas demais sequências e realce intenso homogêneo pós-gadolinio, sem acometimento tendíneo ou ósseo adjacente. A peça cirúrgica mostrava aspecto em “cacho de uva”. O estudo histopatológico revelou hifas septadas formando grãos. **Discussão:** Várias espécies fúngicas podem causar o eumicetoma, sendo a *Madurella mycetomatis* a mais frequente e, por isso, também conhecido como pé de madura. A tríade clínica de nódulo subcutâneo, trato sinusal e drenagem de grânulos em paciente de área endêmica é característica. Na literatura, aspectos típicos têm sido relatados à US, como múltiplos focos hipereicoicos associados a cavidades hipoeicoicas, e à RM, como o sinal do ponto no círculo, caracterizado por baixo sinal central (grânulos fúngicos) dentro de lesões hiperintensas (granulomas). Apesar destas descrições, casos atípicos podem ocorrer e simular neoplasias.

C-261: Proliferação osteocondromatosa paraosteal benigna (lesão de Nora): relato de caso.

Ana Cecília S. Gonçalves, André F. Gomes, Vinícius C. Paganella, Rodrigo C.O. Aguiar, Márcio Fernando A. de Moura, Alexandre do Nascimento, Luiz Fernando B. Torres.

DAPI – Diagnóstico Avançado por Imagem – Curitiba, PR, Brasil.

Introdução: A proliferação osteocondromatosa paraosteal benigna (BPOP) é uma lesão rara, podendo ter crescimento rápido, com aparência histológica atípica e alta taxa de recorrência após ressecção, o que dificulta o diagnóstico e o tratamento corretos. **Relato do Caso:** Paciente do sexo feminino, de 35 anos de idade, apresentando aumento de volume no dorso da mão direita, próximo à articulação metacarpofalângica do quarto dedo, com aumento progressivo e bloqueio da extensão, sem história de trauma. A radiografia simples demonstrou exostose óssea de contornos delimitados na porção dorso-lateral junto à cabeça do quarto metacarpal, sem plano de clivagem definido. O exame de ressonância magnética corroborou com os achados do estudo radiológico, mostrando lesão expansiva com sinais semelhantes ao osso, não sendo possível definir um plano de separação da lesão e a cortical adjacente e sem realce significativo pelo contraste. A paciente foi submetida a excisão cirúrgica da lesão. A histopatologia, em correlação com exames de imagem, confirmou o diagnóstico de BPOP. **Discussão:** A BPOP, descrita por Nora et al., é uma lesão benigna, de origem osteocondromatosa e de etiologia desconhecida, raramente

relacionada a trauma, mais frequente nas mãos e pés. É importante a correlação das características de imagem e histopatológicas para a exclusão de outros diagnósticos diferenciais, como osteocondroma, periostite reativa florida, osteossarcoma parosteal, exostose subungueal e miosite ossificante. A recorrência é vista em cerca de 50% dos casos e geralmente ocorre dois meses a dois anos após a cirurgia. Entretanto, a ressecção cirúrgica pode ser curativa quando a lesão é detectada precocemente. No caso relatado, o diagnóstico foi precoce e o paciente foi submetido ao tratamento cirúrgico, evoluindo sem complicações no pós-operatório, e permanece sem recidiva após cinco meses.

C-265: Doença de Kümmel.

Luíza Mello Flores, Gabriela Nicolaides, Diego Ferrasso Zuchi, José Golin Costa, Rodrigo Dias Duarte.

Serdil Radiologia e Fundação Saint Pastous – Porto Alegre, RS, Brasil.

Descrição do Material: Paciente do sexo feminino, de 77 anos de idade, com queixa de dorsalgia e lombalgia, não referindo trauma, realizou radiografia e tomografia computadorizada da coluna dorsal, nas quais foi evidenciado colapso do corpo vertebral de T12 associado a gás no interior do corpo. Tais achados são compatíveis com a doença de Kümmel. **Discussão:** A doença de Kümmel consiste em uma necrose avascular com colapso do corpo vertebral, que é normalmente associada a processo traumático, porém alguns artigos demonstram a não necessidade de trauma, principalmente em pacientes idosos. O marco principal desta enfermidade é a fina lâmina de gás dentro do corpo vertebral, podendo extravasar para espaços adjacentes. Na radiografia é mais bem visualizada na incidência anteroposterior do que no perfil. O diagnóstico precoce de tal patologia é importante, devido ao colapso progressivo do corpo vertebral, gerando dor e limitações ao paciente.

C-269: Aspectos de imagem dos tumores ósseos primários produtores de osso.

Lúcio Buzolin, Elisa Pacheco, Nelson Caserta, Daniel Ferreira, Maurício Etchebehere.

Departamento de Radiologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM-Unicamp) – Campinas, SP, Brasil.

Introdução: As neoplasias produtoras de tecido ósseo são caracterizadas histologicamente pela formação de osteoide ou de osso maduro diretamente pelas células tumorais. Este grupo é constituído por tumores benignos (osteoma osteoide e osteoblastoma) e pelo osteossarcoma (tumor maligno). **Objetivo:** O objetivo deste trabalho é rever as características de imagem que são relevantes para o diagnóstico e estadiamento dos tumores formadores de osso. Serão apresentados tanto os aspectos mais clássicos dessas neoplasias como as apresentações mais raras (em relação à localização e subtipos histológicos). **Descrição do Material:** A partir do arquivo didático da nossa instituição e da casuística pessoal dos autores, foram selecionados diversos casos representativos de lesões tumorais produtoras de matriz óssea, benignas e malignas, incluindo osteoma osteoide, osteoblastoma e os diferentes tipos de osteossarcoma. Serão apresentados e discutidos os sinais mais característicos de cada lesão, que permitem o adequado direcionamento diagnóstico. **Discussão:** A avaliação dos tumores ósseos requer uma correlação clínico-radiológica e anatomopatológica. Informações relevantes como idade do paciente, localização e característica das lesões são primordiais na elaboração do diagnóstico diferencial. É essencial o conhecimento das diferentes formas de manifestação dos tumores formadores de matriz óssea (das apresentações clássicas às mais raras) para obtenção de um diagnóstico mais preciso e na orientação adequada da decisão terapêutica.

C-274: Lipossarcoma mixoide de evolução rara e atípica: relato de caso.

Jefferson Vieira Fernandes de Araújo, Carlos Martins Carneiro de Araújo Júnior, Camila Marques Fernandes, Claudio Márcio Martinez Alvarez, Luciana Macedo Faria, Mônica Soares Cardoso, Patrícia Piazza Raffull, Roberto Osmar Cantanhede Esteves, Mônica Soares Cardoso.

Serviço de Radiodiagnóstico e Programa de Residência Médica do Hospital Central do Exército (HCE) – Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Introdução: O lipossarcoma mixoide é um tumor lipogênico originado de tecidos moles, responsável por cerca de 50% dos lipossarcomas, com pico de incidência na sexta década de vida. Localiza-se preferencialmente nos membros inferiores (75% dos casos) e raramente no mediastino. Neste relato de caso apresentamos um paciente jovem com uma massa de aproximadamente de 15 cm acometendo toda a região posterior da perna esquerda, cujo diagnóstico histopatológico foi de lipossarcoma mixoide, que após cinco anos da ressecção apresentou recidiva do quadro, com implantes secundários em íleo terminal e mediastino. **Descrição:** Paciente do sexo masculino, branco, 32 anos, referindo dor aos esforços físicos na região posterior da perna esquerda, associado ao aumento de volume e endurecimento local. Foi realizada ressonância magnética, que evidenciou massa com limites bem definidos ocupando compartimento do músculo solear esquerdo, heterogênea na sequências ponderadas em T1 e T2, que se impregnava pelo meio de contraste, e ao ultra-som com Doppler apresentou fluxo de baixa resistência. O paciente foi submetido a cirurgia para ressecção tumoral, seguida de autoenxerto com posterior rejeição e amputação do membro. Após cinco anos sem queixas, o paciente começou apresentar um quadro de dispneia e dor em região axilar esquerda. Durante a investigação diagnóstica foi realizada tomografia de tórax e abdome, que demonstrou formações expansivas no mediastino superior esquerdo e outra, de mesmo aspecto, localizada em fossa ilíaca direita, sugestivas de implantes secundários. O paciente foi submetido a ressecção de ambas as massas, cujo o histopatológico confirmou tratar-se de lipossarcoma mixoide. **Discussão:** O objetivo deste relato é apresentar um caso de lipossarcoma mixoide em idade incomum, de evolução atípica e recidivas com implantes secundários para o abdome e mediastino, sendo este último de localização extremamente rara.

C-283: Osteossarcoma secundário a radioterapia: uma rara complicação.

Vanessa Granado Alves Itagiba, Emílio Roberto Gonçalves Escobar, Clara de Souza Dantas Lapa, José Carlos Vaccari Filho, Daniel da Silva Cazarim, Monica Soares Cardoso, Flávia de Albuquerque dos Santos, Vanessa Lopez Farias Nobre.

Departamento de Ensino e Pesquisa, Serviço de Radiodiagnóstico e Residência Médica em Radiologia e Diagnóstico por Imagem do Hospital Central do Exército (HCE) – Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Objetivo: Relatar o caso de um paciente jovem com história de sarcoma pleomórfico de partes moles na perna esquerda, tratado com cirurgia e radioterapia. Após 16 anos, desenvolveu osteossarcoma secundário de tibia com metástases calcificadas em pulmão, pleura, cérebro e osso. A radioterapia é uma das causas de osteossarcoma secundário. O surgimento dessa neoplasia é uma complicação incomum, cuja incidência não ultrapassa 0,5%, e se desenvolve em média 5 a 10 anos após a irradiação. **Relato do Caso:** Paciente do sexo masculino, 31 anos, com história de fibro-histiocitoma maligno (sarcoma pleomórfico) de partes moles na fossa poplíteia esquerda, tratado com cirurgia e radioterapia. Após 16 anos, apresentou dor na região anterior da perna esquerda e nódulos subcutâneos no local. Evoluiu com tosse e edema endurecido no membro inferior esquerdo. Realizados exames de imagem, que evidenciaram lesão osteoblástica metaepifisária proximal da tibia com áreas de descontinuidade da cortical, bem como derrame pleural, massas pulmonares e nódulos calcificados pleurais e no parênquima cerebral. Procedeu-se biópsia de pleura,

que revelou sarcoma de alto grau metastático, com estudo imuno-histoquímico compatível com osteossarcoma metastático. **Discussão:** Em 1948, Cahan et al. estabeleceram quatro critérios diagnósticos de osteossarcoma pós-radioterapia: prova histológica ou radiológica de não existir neoplasia no osso envolvido antes da radioterapia, desenvolvimento de osteossarcoma na área irradiada, período de latência de pelo menos 5 anos e confirmação histológica do diagnóstico. Supõe-se que uma dose de pelo menos 30 Gy é necessária para o desenvolvimento do tumor. O prognóstico costuma ser pior quando comparado com osteossarcomas primários, com sobrevida média após 5 anos de 10% a 30%. Em face do caráter agressivo do osteossarcoma pós-radioterapia, é necessário o seguimento rigoroso dos pacientes submetidos a este tratamento, assim como avaliar a real necessidade desta modalidade terapêutica e o controle da dose utilizada.

C-293: Cisto ósseo do calcâneo: relato de caso.

Marco Aurélio Faiad Guiotti, Jamile Alves de Souza, Rafaela Henrique de Souza Lima, Diogo Figueiredo Guedes D'Amorim, Renato da Silva Faria, Cristiano R. Fonseca.

Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo – Goiânia, GO, Brasil.

Os autores apresentarão um caso de cisto ósseo simples do calcâneo, em paciente masculino de 42 anos, sem história de trauma, com dor e abaulamento na região posterior do pé. Serão relatadas e discutidas as características da lesão neste local e abordado o tratamento realizado. O cisto ósseo simples é uma lesão óssea benigna, estimada por representar de 3% a 5% das lesões ósseas primárias e tendo uma prevalência de 0,30 por 100.000 habitantes. Acomete mais o sexo masculino, numa proporção de 2–2,5 para 1. Cerca de 90% dos casos aparecem em duas localizações: 60% deles na metáfise proximal do úmero e 30% na metáfise proximal do fêmur. Serão mostradas imagens radiográficas e de tomografia computadorizada de lesão no calcâneo, bem como as do seguimento, após ter sido realizada curetagem do cisto e semeado enxerto ósseo. As características radiográficas do cisto ósseo simples no calcâneo são particulares e fazem diagnóstico diferencial com lipoma. Podem também apresentar pontos de calcificação no seu interior devido à calcificação de coágulos de fibrina. No intraoperatório observou-se líquido claro que saía da lesão. O anatomopatológico confirmou a hipótese diagnóstica. Algumas teorias foram propostas para explicar a ocorrência do cisto ósseo: obstrução venosa em lesão prévia e remodelação óssea desorganizada. Pode ocorrer tumoração no local acometido, seguida de dor, quando associada a fraturas patológicas. São preconizados alguns tratamentos para essas lesões, desde aplicação de corticoides a ressecções cirúrgicas. Na minoria dos casos, recidivas e transformações malignas podem ocorrer. O paciente em questão recebeu tratamento cirúrgico e obteve melhora clínica e radiológica satisfatória.

C-305: Relato de caso com revisão da literatura: pseudoartrose congênita associada a displasia fibrosa.

Thales Cavallini Rossi, Nilton Paccola Lovato, Leo Sérgio Maia Ruggeri, Tales Daher Belinati, Grace Schneider Santos, Gleidson Messias Silva, Marcelo Garcia Marini.

Ultrasound Imagem e Prevenção – Londrina, PR, Brasil.

Paciente do sexo feminino, apresentava, após o nascimento, leve encurtamento do membro inferior direito associado a angulação anterior da diáfise média da perna direita. Foram realizadas radiografias e ressonância magnética dos membros inferiores, confirmando o diagnóstico de pseudoartrose congênita associada a displasia fibrosa, do tipo IV de Crawford (descontinuidade da tibia, presente na imagem inicial). Pseudoartrose congênita da tibia é uma entidade rara, sem etiologia definida, normalmente associada à neurofibromatose tipo I, em 40% a 80% dos pacientes. O diagnóstico é estabelecido pelo exame clínico e pela radiografia convencional seguindo a classificação de Crawford

(tipos I a IV). A displasia fibrosa e a síndrome de anel congênita também foram descritas em associação com pseudoartrose congênita da tibia, mas em menor incidência. Geralmente, a doença se torna evidente no primeiro ano de vida, mas pode ser detectada até a idade de 12 anos. O acometimento bilateral é raro e a fíbula é afetada em 33% dos casos. A displasia óssea leva à pseudoartrose devido à fraqueza óssea segmentar, resultando em angulação anterolateral do osso e redução do crescimento, ocorrendo encurtamento do membro afetado. O objetivo desse caso é descrever as características da pseudoartrose congênita associada a displasia fibrosa da tibia de recém-nascidos e avaliar o valor da ressonância magnética na avaliação desta doença.

C-312: Síndrome Mazabraud.

Cristiane Turano Mota, Carolina Lavisce Teixeira, André Fabiano Souza de Carvalho, João Paulo Vasconcelos Motta Macieira, Juliana Pereira de Abreu, Rogéria Nobre Rodrigues, Rely Moreira Viana, Luís Gustavo Belizário Xavier.

Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte – Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução: A síndrome Mazabraud consiste na associação entre displasia fibrosa, mais comumente a polioestótica, e mixomas de tecidos moles. Trata-se de uma patologia rara, com poucos casos descritos na literatura, cujo diagnóstico é firmado através de métodos de imagem, e consideramos de extrema validade sua abordagem. O objetivo é relatar um caso e discutir suas características mais relevantes, enfatizando a importância dos métodos de imagem no seu diagnóstico.

Relato do Caso: Paciente do sexo feminino, 41 anos de idade, com dor leve no lado direito da bacia ao deambular, desde a infância, com piora progressiva com o passar dos anos. Aos 25 anos de idade, foi feito diagnóstico de displasia fibrosa através de radiografia simples da bacia e iniciado acompanhamento anual, através desse método. Após cerca de 10 anos, surgiram tumorações na coxa, pouco dolorosas, de crescimento lento. Realizada ressonância magnética (RM) do quadril e coxa direita, cujos achados foram sugestivos com displasia fibrosa polioestótica associada a tumores de tecidos moles, compatíveis com Mazabraud. **Discussão:** Inicialmente descrita por Henschen em 1926, foi enfatizada pelo francês A. Mazabraud em 1967, que a nomeou. Duas vezes mais comum em mulheres, tem predileção bem definida por um lado do corpo. Os membros inferiores são mais frequentemente envolvidos, sendo que a displasia fibrosa ocorre principalmente na pelve e fêmur proximal, e os mixomas, no músculo quadríceps da coxa. Estes são múltiplos em mais de 70% dos casos. Não há continuidade entre os tumores e as lesões ósseas. Há transformação maligna em 0,5% dos casos. A radiografia simples evidencia focos de displasia fibrosa, além de aumento de densidade de partes moles adjacentes, sugestivo de tumorações. A RM revela aspectos típicos dos mixomas, com bordas nítidas, sinal homogêneo pós-contraste semelhante ao da água e realce heterogêneo pós-gadolinio. Portanto, os dados de radiografia e RM, associados ao exame clínico, são suficientes para a definição diagnóstica.

C-330: Síndrome de Weismann-Netter-Stuhl: diagnóstico diferencial de pernas arqueadas.

Rômulo Fernandes Bomfim Rebouças, Diogo Neves Jacó, Pedro José de Santana Júnior, Milena Faria Neves Machado, Larissa Maia da Costa, Roberto Paulo Rabelo Barcelos, Poliana Fernandes Bomfim Rebouças, Kim-Ir-Sen Santos Teixeira.

Departamento de Radiologia da Universidade Federal de Goiás (UFG) – Goiânia, GO, Brasil.

Introdução: A síndrome de Weismann-Netter-Stuhl é rara e caracteriza-se por uma osteodisplasia com arqueamento anterior, não-progressivo e assintomático da tibia e fíbula, com espessamento cortical posterior diafisário. Geralmente é simétrica e bilateral. Pode cursar com baixa estatura e, menos frequentemente, com retardamento

mental. Os principais diagnósticos diferenciais, que podem mascarar e serem a causa do subdiagnóstico de tal síndrome são o raquitismo e a sífilis congênita. **Relato do Caso:** Paciente do sexo feminino, 25 anos, negra, estatura de 1,25 m, apresentando arqueamento anterior das pernas desde os três anos de idade. Dois irmãos de estatura de 1,75 m cada, sem antecedentes familiares semelhantes. A radiografia simples dos membros inferiores evidenciou arqueamento anterior das tíbias e fíbulas, com espessamento cortical posterior tibial, bilateralmente.

Conclusão: A avaliação radiológica minuciosa de pernas arqueadas, associada a dados clínicos, é suficiente para a distinção adequada da síndrome de Weismann-Netter-Stuhl dentre os principais diagnósticos diferenciais. A deformidade óssea encontrada na sífilis congênita geralmente cursa com espessamento cortical anterior da tibia, enquanto no raquitismo ocorre uma deformidade fêmoro-tibial em varo, poupando a fíbula. Portanto, a adequada análise radiológica de pernas arqueadas é fundamental para o incremento do número de diagnósticos desta síndrome, melhorando o prognóstico dos pacientes acometidos.

C-331: Tumor marrom secundário a hiperparatireoidismo causando síndrome de compressão medular: relato de caso.

Samuel Gasparini Bassi, Rômulo Fernandes Bomfim Rebouças, Rafaela Dangoni de Souza Pires, Murillo Bomfim Dalul, Camilla de Paula Orlando, Pedro José de Santana Júnior, Glauco Batista Santana.

Departamento de Radiologia da Universidade Federal de Goiás (UFG) – Goiânia, GO, Brasil.

O tumor marrom ou osteoclastoma é uma lesão erosiva óssea causada por uma rápida atividade osteoclástica e fibrose peritrabecular. O osteoclastoma pode estar relacionado com hiperparatireoidismo secundário, sendo esta associação relativamente rara. Quando associado, acomete principalmente os ossos das mãos, pés, crânio, ossos da face e mandíbula. Acometimentos da coluna vertebral levando a sintomas neurológicos são raros. O objetivo desta apresentação é relatar o caso de um paciente masculino, 40 anos de idade, em hemodiálise, com hiperparatireoidismo secundário a insuficiência renal crônica. O paciente apresentava-se com paraplegia e anestesia de membros inferiores, nível sensitivo em T5 ao exame, evidenciando uma possível síndrome de compressão medular. Foi realizada, inicialmente, radiografia simples de membros inferiores, que evidenciou uma lesão expansiva tibial. A tomografia computadorizada de coluna demonstrou osteopenia difusa, vértebras com aspecto típico de hiperparatireoidismo, presença de lesões líticas em T10 e L4 e ausência de fraturas. Para elucidação diagnóstica, foi feita ressonância magnética da coluna, sendo evidenciada degeneração óssea avançada em toda a coluna, com acometimento maior ao nível de T3-T4, já apresentando sinais de isquemia medular neste nível. O paciente foi então submetido a cirurgia para descompressão medular, com ressecção tumoral e biópsia do tumor. O anatomopatológico da massa tumoral ressecada da coluna torácica demonstrou quadro histológico compatível com tumor marrom. Neste caso, o paciente não foi submetido a nova intervenção cirúrgica para retirada do tumor, pois seu estado caquético o impedia. A prevalência de hiperparatireoidismo secundário em pacientes com insuficiência renal crônica ainda permanece elevada, apesar de todos os avanços na terapêutica. Dessa forma, o diagnóstico de tumor marrom deve sempre ser aventado precocemente, principalmente quando associado com sintomas neurológicos compressivos.

C-338: Micetoma podálico: relato de caso.

Diogo Figueiredo Guedes D'Amorim, Jamile Alves de Souza, Marco Aurélio Faiad Guiotti, Rafaela Henrique de Souza Lima, Renato da Silva Faria.

Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo – Goiânia, GO, Brasil.

Introdução: Micetoma é uma doença crônica granulomatosa prevalente em regiões tropicais e subtropicais. Pode ser causado por fun-

gos (eumicetoma) ou bactérias da ordem *Actinomycetales* (actinomicetoma). Acredita-se que a infecção ocorra por inoculação direta do microrganismo na pele por objetos pontiagudos. Apresenta evolução lenta e indolor, o que costuma atrasar o diagnóstico. Nesse trabalho apresentamos um caso de paciente com micetoma no pé direito e revisão da literatura a propósito do caso. **Relato do Caso:** Paciente do sexo masculino, 56 anos de idade, apresentando há 15 anos nódulos eritematosos e dolorosos em dorso do pé direito, com aumento progressivo de volume. Ao exame clínico observou-se lesão hiperemiada, mal definida, no terço mais lateral do dorso do pé direito. Foi realizado estudo de ressonância magnética, que mostrou lesões nodulares de conteúdo heterogêneo no subcutâneo, predominando hipossinal em T1 e hipersinal em T2. Foi feita ressecção cirúrgica das lesões, cujo aspecto macroscópico era sugestivo de tumor de bainha de nervo periférico. O material retirado foi encaminhado para análise histopatológica, cujo resultado foi micetoma. **Discussão:** Micetoma é uma doença de difícil diagnóstico e de grande morbidade, podendo evoluir com formação de abscessos, fístulas e osteomielite. Amputação ocorre em 25–50% dos casos e recidivas em 20–90%. Os exames de imagem são de grande ajuda para auxiliar o diagnóstico e reduzir a morbidade. Os achados radiográficos podem ser normais, exibir uma massa de partes moles ou, ainda, sinais de osteomielite. Relatos iniciais dos achados de ressonância magnética descrevem lesões com baixo sinal em T1 e T2, provavelmente devido à suscetibilidade de produtos metabólicos dos fungos. Um sinal característico na ressonância magnética, chamado de *dot-in-circle*, foi descrito recentemente por Sarris et al., sendo caracterizado por imagens nodulares hiperintensas em T2 com focos hipointensos no centro, além de áreas de baixo sinal entre as imagens nodulares.

C-403: Achados radiográficos do mal de Pott: correlação com a ressonância magnética.

Ana Amélia Alfenas Silva, Juliana da Costa Almeida, Patrícia Delage Gomes, Caroline Lopes Albuquerque, Ademar Guerra Pinto, Gustavo Franca Ferreira, Tiago Paes Gomide.

Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte – Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução: A espondilodiscite tuberculosa ou doença de Pott (DP) é uma infecção com potencial extensão para partes moles como característica principal. O envolvimento ósseo pela tuberculose ocorre em 3% dos casos, sendo que, desses, em 25% a 50%, o acometimento é vertebral. A extensão da infecção para os tecidos moles paravertebrais, como o músculo psoas, é frequente e pode causar comumente o abscesso frio da DP. O melhor método de avaliação de partes moles é a ressonância magnética (RM), porém os achados radiográficos podem ser correlacionados e sugerir essa doença, como elucidado neste relato de caso. **Descrição do Material:** Paciente do sexo feminino, 73 anos de idade, com queixa de dor lombar intensa que referiu desde queda da própria altura há aproximadamente dois meses. O exame físico demonstrou limitação da amplitude de movimentos da coluna lombar, dor local incapacitante e déficit sensitivo em membros inferiores. A radiografia evidenciou irregularidade com esclerose dos platôs de L3, L4 e L5, associada a graus variados de deformidade do espaço discal, além de colapso de L4. Notou-se também massa paraespinal à esquerda. A RM evidenciou erosões grosseiras nestes corpos, com esclerose marginal e hipersinal em T2 dos discos correspondentes, com realce pós-gadólíneo. Notou-se ainda formação de coleções nos músculos psoas. **Discussão:** A DP é responsável pela morbidade de muitos pacientes, uma vez que o acometimento de partes moles leva a sintomas neurológicos. O diagnóstico clínico é pouco específico, por isso os exames de imagem são importantes para a identificação das alterações. É possível correlacionar os achados da radiografia com os da RM, tornando aquele um método confiável de prope-dêutica, a fim de se tomar as decisões necessárias para o diagnóstico definitivo e tratamento.

C-412: Os novos paradigmas da RM na avaliação da artrite reumatoide.

Wilson Campos Tavares Júnior, Renata Rolim Soares, Pedro Paulo Nunes Pereira, Reginaldo Figueiredo, João Paulo Kawaoka Matushita.

Universidade Federal de Minas Gerais, Hospital das Clínicas – Belo Horizonte, MG, Brasil.

A artrite reumatoide (AR) é uma doença inflamatória crônica que até o presente momento não existe um único método para se fazer o diagnóstico. Ele é feito baseado na história clínica, exame físico, anormalidades nos exames laboratoriais e nos estudos de imagem. É de extrema importância que se altere o curso natural da doença, pois sem o tratamento adequado e precoce da artrite reumatoide a tendência é a progressão da doença para deformidades e para a incapacidade física. Atualmente, com a introdução das medicações biológicas (agentes neutralizadores do TNF-alfa), pode-se alterar o curso natural da doença. A ressonância magnética é o melhor método de imagem não-invasivo para a visualização da sinovite e do edema ósseo, bem como na detecção e quantificação das erosões ósseas, sendo capaz de detectar estas alterações cerca de dois anos antes da radiografia convencional. A detecção de sinovite tem grande valor, pois esta, devido ao processo inflamatório local, tem fator causal das erosões ósseas, que são consideradas alterações irreversíveis. O edema ósseo é apenas visualizado à RM e é considerado como um marcador precoce da inflamação, com valor no prognóstico de pacientes, sendo marcador precoce de doença agressiva e de erosões. As alterações detectadas à RM, como sinovite, erosões e edema ósseo, têm papel no diagnóstico precoce da AR e no prognóstico da evolução da doença, além de serem úteis na monitoração do tratamento.

C-417: Espondilodiscite piogênica e tuberculosa: aspectos na ressonância magnética.

Cristiano Gonzaga de Souza, Rodrigo Canellas de Souza, Paulo Roberto Valle Bahia, Emerson L. Gasparetto, Elise Tonomura.

Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) e Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Introdução: Espondilodiscites representam 2–4% de todos os casos de infecções no esqueleto. Seu rápido diagnóstico e tratamento apropriado podem evitar complicações (colapsos vertebrais, compressão medular) e promover a cura na maioria dos casos sem a necessidade da realização de procedimentos mais invasivos, como cirurgia. Seu diagnóstico é baseado em achados clínicos característicos e achados radiográficos anormais, sendo confirmados por hemoculturas, biópsia do disco ou da vértebra. Neste ensaio iconográfico são apresentados os principais aspectos das espondilodiscites piogênica e tuberculosa na ressonância magnética (RM). **Descrição do Material:** O estudo foi realizado com todos os pacientes de nossa instituição que tiveram o diagnóstico comprovado de espondilodiscite (por hemocultura, biópsia de disco ou amostra cirúrgica) e realizaram RM dos segmentos espinhais acometidos. **Discussão:** Espondilodiscites piogênicas geralmente acometem a região lombar e um segmento espinal, que consiste em dois corpos vertebrais e seu disco interveniente. Os principais sinais sugestivos de sua etiologia piogênica são: hipossinal em T1, com imprecisão dos limites dos platôs vertebrais adjacentes; hipersinal em T2 no envolvimento discal; sinal similar a fluidos em ambas as sequências, T1 e T2. Após injeção intravenosa de gadólíneo, são padrões suspeitos: impregnação homogênea da maior parte do disco, impregnação em placas não-confluentes, áreas de impregnação periférica. Imagens em sequência com supressão de gordura são especialmente úteis para avaliar comprometimento da medula óssea, que também se impregna difusamente. A espondilodiscite tuberculosa afeta os segmentos torácicos em detrimento aos segmentos lombares, a maior parte dos casos progredindo da região espinal e partes moles anteriores para a região posterior, embora padrões atípicos estejam documentados. As imagens mais sugestivas são: região paraespinal

bem definida, de sinal anormal à RM; abscesso de parede delgada; envolvimento subligamentar por mais de três segmentos vertebrais; envolvimento do corpo vertebral como um todo ou múltiplos corpos vertebrais afetados.

C-469: Aspectos de imagem na displasia fibrosa e fibroma ossificante: relato de caso.

Adriana Maria Vasconcelos Machado, Carmen Resende Santana, Fábio Augusto Costa Martins, Juciany de Sousa Brito, Leonardo Augusto Costa Martins, Lia Andréa Costa da Fonsêca, Nayane Bezerra de Menezes Pinho, Pedro Augusto Pedreira Martins.

Maxi Imagem – Teresina, PI, Brasil.

Introdução: O fibroma ossificante (FO) e a displasia fibrosa (DF) fazem parte do grupo de lesões fibro-ósseas benignas e estão caracterizados pela substituição do osso normal por tecido conjuntivo rico em fibroblastos e fibras colágenas, com deposição de material mineralizado que pode variar em quantidade e em morfologia. O diagnóstico definitivo destas condições requer a correlação dos aspectos microscópicos aos achados clínicos e radiográficos. **Relato do Caso:** Paciente do sexo masculino, 18 anos, buscou serviço de radiologia em Teresina, PI, para realização de tomografia computadorizada (TC) de face com abaullamento de hemiface direita. O exame radiológico evidenciou expansão óssea com aspecto em vidro fosco comprometendo a parede lateral e o assoalho da órbita direita, parede anterior do seio maxilar, arco zigomático e a grande asa do esfenóide à direita. Também, mostrou massa óssea ovalada com cortical periférica localizada no seio etmoidal posterior direito. **Discussão:** Radiograficamente, as DFs são pobremente delimitadas, não havendo distinção clara entre as margens da lesão e o osso adjacente normal. Lesões iniciais podem ser em grande parte radiolúcidas ou mistas, ao passo que lesões em estágios avançados revelam padrão radiopaco, descrito como semelhante a “vidro despolido”. As lesões por FO apresentam-se, à TC, bem delimitadas, com ocasionais bordas escleróticas. Dependendo da quantidade de material mineralizado, os FOs podem ser radiotransparentes, exibirem graus variáveis de radiopacidade ou se apresentarem como massas radiopacas. Dentre os parâmetros clínicos e radiográficos avaliados, o limite radiográfico da lesão em relação ao tecido ósseo circunvizinho apresentou-se como achado essencial para o diagnóstico diferencial entre FOs e DFs. A conduta preconizada aos pacientes com tais patologias é o seguimento clínico e a avaliação seriada com TC de crânio.

C-501: Schwannoma no membro inferior direito: aspectos de imagem pela radiografia e ressonância magnética.

Rafaela Henrique de Souza Lima, Jamile Alves de Souza, Diogo Figueiredo Guedes D'Amorim, Marco Aurélio Faiad Guiotti, Renato da Silva Faria, Rubia Carla Kelly Mendes Moreira, Ailton Fraga Junior.

Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo – Goiânia, GO, Brasil.

Os autores apresentam um caso de schwannoma na perna direita em paciente do sexo feminino de 53 anos referindo nódulo em panturrilha direita há 5 anos, com aumento progressivo há 2 anos, sem limitação à deambulação, porém com dor à atividade física. A referida lesão é mais comum em adultos, com predominância pelo sexo feminino, e acomete a bainha dos nervos cranianos, espinhais e periféricos, representando 5% dos tumores benignos de partes moles. Os tumores benignos solitários da bainha de nervo periférico são divididos em dois grandes grupos: schwannoma e neurofibroma. Ambos, schwannoma e neurofibroma, contêm células que estão estreitamente relacionadas com as células de Schwann normais. Schwannomas são ligeiramente menos comuns do que neurofibromas. Idealmente, a distinção entre neurofibroma e schwannoma pode ser possível na ressonância magnética (RM) em nervos tão calibrosos quanto o nervo mediano. Classicamente, o nervo adjacente à massa é excêntrico no schwannoma, enquanto no neurofibroma é central ou obliterado pela massa. Esta

distinção tem sido relatada com acurácia de 65% dos casos. As imagens das radiografias em anteroposterior e perfil da perna direita mostraram aumento de partes moles, sem erosões ósseas adjacentes, enquanto as da RM evidenciaram lesão expansiva de limites bem definidos, situada no ventre muscular do fibular curto ao longo do trajeto do nervo fibular comum. Apresentava hipossinal em T1, hipersinal em T2 e intenso realce pelo contraste intravenoso de forma heterogênea. O diagnóstico foi confirmado por anatomopatológico. Após a revisão da literatura, os autores tecem considerações acerca do diagnóstico.

C-502: Metástase de hepatocarcinoma na base do quinto metacarpiano.

Rafaela Henrique de Souza Lima, Jamile Alves de Souza, Diogo Figueiredo Guedes D'Amorim, Marco Aurélio Faiad Guiotti, Carlos Alberto Ximenes Filho, Gerson Augusto Veloso.

Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo – Goiânia, GO, Brasil.

Os autores apresentam um caso de metástase óssea de hepatocarcinoma para a base do 5º metatarsiano da mão esquerda num paciente masculino de 45 anos referindo há cerca de 6 meses dor e aumento de volume no dorso da mão esquerda, sem flogose, que aumentou consideravelmente nos últimos 4 meses. O hepatocarcinoma é responsável por 80% a 90% dos carcinomas hepáticos. Apresenta maior prevalência nos homens na 5ª e 6ª décadas de vida. O envolvimento ósseo por metástase ocorre em 2% a 16% dos casos, sendo incomum sua apresentação como primeiro sinal clínico. A localização mais comum da metástase óssea é a coluna vertebral, seguida por costelas e ossos longos, sendo raramente encontrada abaixo dos cotovelos. As radiografias em anteroposterior e oblíqua da mão esquerda mostraram lesão lítica, permeativa, na base do 5º metacarpiano, que afinava e rompia a cortical. A tomografia computadorizada evidenciou lesão lítica, permeativa, epifisometafisária proximal do 5º metacarpiano, que afinava e rompia a cortical. Internamente, a lesão tinha densidade de partes moles, uniloculada. Partes moles e planos musculares adjacentes à lesão de aspecto anômico. Já a ressonância magnética demonstrou lesão expansiva e destrutiva em região epifisometafisária e diafisária proximal do 5º metacarpiano, caracterizada por hipossinal em T1, hipersinal em DP/fat e realce intenso após a injeção do contraste intravenoso. Havia erosão da cortical óssea proximal e dorsal do 5º metacarpiano, com pequeno componente de partes moles. O paciente em estudo, com hepatocarcinoma em tratamento há três anos, foi submetido a ressecção em bloco da base e diáfise do 5º metacarpiano. Os achados macroscópicos da peça cirúrgica evidenciaram conteúdo biliar, que foi confirmado por anatomopatológico. Após revisão da literatura, os autores tecem comentários deste caso raro de metástase óssea abaixo do cotovelo.

C-507: Lombociatalgia associada a variz venosa epidural: relato de caso e revisão da literatura.

Amanda Bravim Pianissola, Maria Alice Margotto Gon, Daniel de Carvalho Oliveira, Richard Volpato, Maria Angela Nothaf.

Multiscam Imagem e Diagnóstico – Vitória, ES, Brasil.

Introdução: Varizes epidurais, embora infrequentes, são reconhecidas como causa de lombociatalgia desde 1940. Raramente há suspeita desta entidade em pacientes com lombociatalgia, sendo o diagnóstico geralmente estabelecido durante cirurgias planejadas para abordagem de hérnias discais ou tumores. **Descrição do Material:** O presente relato refere-se a um caso de paciente do sexo feminino, 50 anos, com lombociatalgia esquerda há 2 meses, cuja ressonância magnética da coluna lombar evidenciou estrutura vascular proeminentemente, contígua ao plexo venoso retrovertebral, cruzando o forame neural esquerdo L4-L5 e comprimindo a respectiva raiz emergente que se encontrava espessada. Não havia herniação discal ou outras alterações compressivas associadas que pudessem justificar os sintomas.

Na investigação inicial não foram identificadas malformações, trombose ou outras causas de obstrução venosa nas estruturas vasculares relacionadas ao plexo venoso em questão. **Discussão:** Apesar de rara, variz venosa epidural deve fazer parte do diagnóstico diferencial de lombociatalgia. Existem várias classificações, entre elas a de Zimmerman, que considera: tipo 1 – variz única; tipo 2 – coleção localizada de varizes com múltiplos canais venosos distendidos, resultando em compressão de raiz neural. Seu desenvolvimento está relacionado ao aumento pressórico no sistema venoso retrovertebral, de causas variadas, e a alterações no fluxo sanguíneo deste plexo venoso. A ressonância magnética é fundamental importância no diagnóstico, classificação e planejamento terapêutico, a fim de otimizar intervenções cirúrgicas e evitar procedimentos desnecessários.

C-508: Metástase de adenocarcinoma do cólon para tornozelo: achados de imagem e revisão da literatura.

Rafaela Henrique de Souza Lima, Jamile Alves de Souza, Diogo Figueiredo Guedes D'Amorim, Marco Aurélio Faiad Guiotti, Gerson Augusto Veloso, Cristiano Montandon.

Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo – Goiânia, GO, Brasil.

Os autores apresentam um caso de metástase de adenocarcinoma do cólon para tornozelo direito em uma paciente de 74 anos referindo dor no tornozelo direito de longa data, com piora há 3 semanas. Apresentava, ao exame físico, edema do tornozelo direito, com dor à palpação óssea posteromedial e região do maléolo lateral, sem flogose. A amplitude dos movimentos estava preservada. Adenocarcinoma é o tipo de câncer de cólon mais frequente, com distribuição semelhante entre os sexos e pico de incidência entre a 5ª e 7ª décadas de vida. Metástase de adenocarcinoma do cólon, na maioria das vezes, é para o fígado. Outros locais incluem pulmões, adrenais e ossos, sendo que metástases ósseas abaixo do joelho e cotovelo são raras. As radiografias iniciais do tornozelo direito em anteroposterior e perfil mostraram lesão lítica, permeativa no maléolo lateral e posterior da tibia, com extensão para partes moles, associada a fratura patológica do maléolo lateral. A tomografia computadorizada do tornozelo direito confirmou os achados das radiografias, revelando uma lesão lítica, infiltrativa do maléolo lateral e posterior da tibia, com extensão para partes moles. Já a ressonância magnética evidenciou lesões nodulares sólidas de comportamento agressivo no aspecto posterior da extremidade distal da tibia e no maléolo lateral da fíbula, com infiltração da cortical óssea e extensão para tecidos moles adjacentes. Observaram-se, ainda, derrame articular tibiotársico e subtalar posterior com importante espessamento sinovial e edema de tecidos moles periarticulares. O diagnóstico de metástase de adenocarcinoma de cólon foi confirmado por anatomopatológico. Após revisão da literatura, os autores sumarizam os aspectos clínicos, os achados de imagem e o anatomopatológico nas metástases ósseas abaixo do joelho.

C-511: Avaliação de hérnia lombar de Grynfelt por ultrassonografia e tomografia computadorizada multislice: relato de caso.

Rudolf Moreira Pfeilsticker, Geraldo Afonso Moreira, Joaquim Castanheira Rabelo, Ana Luiza Santos de Assis, Gabriel Ademar Reis, Helvécio Grandinetti, Mário Henrique Giordano Fontes, Bernardo Lopes Cançado Fonseca.

Hospital Felício Rocho – Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução: Hérnias lombares são tipos raros de hérnia da parede abdominal, que ocorrem através de defeitos nos músculos lombares ou na fáscia posterior, abaixo da 12ª costela e acima da crista ilíaca. **Descrição do Material:** Paciente de 84 anos, encaminhada com tumoração na região lombar direita, não dolorosa e não redutível, com hipótese diagnóstica de lipoma, para a realização de ultrassonografia da parede abdominal. Observou-se imagem fusiforme hipoeoica de limites bem definidos, e parcialmente redutível após compressão, através

de defeito na parede abdominal. Realizou-se tomografia computadorizada (TC) de abdome, que evidenciou herniação de gordura peritoneal através da parede posterolateral no triângulo lombar superior. **Discussão:** Hérnias primárias lombares geralmente são a expressão de defeitos congênitos, os quais ocorrem em duas áreas de fraqueza: os triângulos lombares superior (de Grynfelt) e inferior (de Petit). Massas lombares ou nos flancos devem levantar a hipótese diagnóstica de hérnia lombar. A ultrassonografia demonstra falha na parede abdominal e confirma o diagnóstico na maioria dos casos, entretanto, é comum o diagnóstico equivocado de lipoma. A TC pode confirmar o achado e adicionar informações sobre o defeito parietal, o conteúdo herniário e o trofismo muscular. A TC *multislice* permite adequada visualização dos órgãos intra-abdominais e da parede abdominal, permite reformatação multiplanar, além de permitir com maior segurança a identificação de complicações com o saco herniário, incluindo obstrução intestinal, encarceramento e estrangulamento.

C-516: Fibromatose plantar.

Jamile Alves de Souza, Rafaela Henrique de Souza Lima, Diogo Figueiredo Guedes D'Amorim, Marco Aurélio Faiad Guiotti Filho, Renato da Silva Faria, Rubia Carla Kelly Mendes Moreira, Cristiano Rézio Fonseca, Élbio Candido Paula.

Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo – Goiânia, GO, Brasil.

Os autores relatam um caso de tumoração indolor na face plantar do pé de um paciente feminino de 25 anos, com crescimento lento e progressivo, cujo diagnóstico pelos aspectos de imagem e posteriormente confirmado pelo anatomopatológico foi de fibromatose plantar. A fibromatose corresponde a um grupo variado de lesões de tecidos moles que ocorre em diversas idades e localizações anatômicas, com características histopatológicas comuns. É composta de células fibrosas fusiformes que são separadas e rodeadas por abundante material contendo colágeno. O comportamento biológico da fibromatose no quesito agressividade varia de uma lesão fibrosa benigna a fibrossarcoma. As lesões podem ter margens bem delimitadas ou infiltrativas, com grau de celularidade variável. A fibromatose é dividida em dois grandes grupos: superficial e profundo. O tipo superficial é caracterizado por uma lesão pequena, de crescimento lento, que surge a partir da fáscia e aponeurose, enquanto no tipo profundo as lesões são maiores e crescem rapidamente, surgindo da fáscia profunda sobre o músculo e tecido aponeurótico. O paciente em estudo foi submetido a ressonância magnética do pé, que evidenciou extensa lesão expansiva e infiltrativa de permeio aos espaços intermetatarsianos diafisários do 1º, 2º e 3º dedos, apresentando componente predominantemente na superfície plantar, caracterizado por hipossinal em T1 e hipersinal heterogêneo em T2 e T2/SPIR, bem como realce intenso após a injeção de contraste intravenoso. Tendões extensores dos dedos com tração e sinal preservados. Tendões flexores abaulados devido à grande lesão expansiva. Havia sinais de invasão diafisária óssea dos 2º, 3º e 4º dedos. O presente trabalho ilustra aspectos de imagem, anatomopatológico e revisão da literatura sobre a fibromatose.

C-531: Aspectos por ressonância magnética do hamartoma fibrolipomatoso do nervo mediano.

Daniela Peixoto Considersa, Vanessa de Albuquerque Dinoá.

Med Imagem DASA – Niterói, RJ, Brasil.

Introdução: O hamartoma fibrolipomatoso (HF) é neoplasia benigna rara, caracterizada por crescimento anormal do tecido fibrolipomatoso da bainha nervosa. O nervo mediano é acometido em mais de 80% dos casos. Os sinais e sintomas precoces são mínimos e tardiamente estão relacionados à compressão do nervo no túnel do carpo. O nosso objetivo é demonstrar achados de imagem pela ressonância magnética que são diagnósticos desta entidade e realizar a revisão da literatura. **Material:** Foram relatados dois casos de hamartomas fibroli-

pomatosos do nervo mediano diagnosticados por ressonância magnética, em nossa instituição, com referência em musculoesquelético, com um intervalo de seis anos entre os diagnósticos, demonstrando a raridade da lesão. Os principais achados de imagem foram o acentuado espessamento do nervo mediano e a intensidade de sinal heterogênea, com áreas de sinal semelhante ao da gordura em todas as seqüências. **Discussão:** Clinicamente, o paciente com HF pode apresentar, inicialmente, aumento de volume na região do punho, podendo evoluir com dor e redução das sensibilidade tátil, dolorosa e vibratória no território do nervo mediano. Frequentemente, o HF é associado a macrodistrofia lipomatosa (20% a 66% dos casos), que afeta mais comumente o segundo e terceiro dedos. Os achados clínicos e de imagem são considerados suficientes para o diagnóstico do HF do nervo mediano, sendo a confirmação histopatológica necessária em raros casos. A ressonância magnética é o método de imagem de escolha na avaliação do aumento volumétrico do nervo mediano, demonstrando espessamento dos fascículos neurais e presença de conteúdo gorduroso, o qual pode estar localizado na periferia do cordão neural ou ainda de permeio aos fascículos. Os diagnósticos diferenciais incluem malformações vasculares, cistos gânglios e tumores de bainha nervosa, entretanto, as características únicas do HF são patognômicas e oferecem diagnóstico não-invasivo bastante confiável.

C-537: Aspectos tomográficos e de ressonância magnética do osteoma osteoide do fêmur proximal: relato de caso e revisão de literatura.

Vanessa de Albuquerque Dinoá, Daniela Peixoto Considera.
Med Imagem DASA – Niterói, RJ, Brasil.

Introdução: O osteoma osteoide corresponde a 10% a 12% dos tumores ósseos benignos, mais frequente em homens jovens. Muitos pacientes apresentam quadro de dor que piora à noite, aliviada com o uso de salicilatos. Pode ser observado em qualquer parte do esqueleto. Os principais locais são ossos longos, comprometendo a diáfise, a metáfise ou raramente a epífise. A lesão é caracterizada por área osteolítica com foco esclerótico de permeio chamada de *nidus*, de localização intracortical ou menos frequentemente medular, associada a espessamento cortical fusiforme, esclerose reacional e edema na medular óssea adjacente. **Material:** Paciente masculino, com 12 anos e dor no quadril direito de aproximadamente um ano de evolução, com piora noturna e atrofia muscular deste membro. Ressonância magnética (RM) identificou área de espessamento da cortical na face medial e inferior do colo femoral associada a edema da medular adjacente. Realizada tomografia computadorizada (TC), que identificou lesão com prováveis diagnósticos de abscesso de Brodie ou osteoma osteoide. Assim, o paciente retornou para a RM com realização de gadólio intravenoso dinâmico, que mostrou impregnação pelo contraste na fase precoce com decaimento nas demais fases, que, segundo a literatura, é característica típica do osteoma osteoide. **Discussão:** O osteoma osteoide apresenta aspectos de imagem característicos. Análise tomográfica oferece ótima visualização do *nidus*, inclusive aqueles de pequenas dimensões. A RM com estudo dinâmico contrastado caracteriza melhor a lesão, descartando o diagnóstico diferencial de abscesso de Brodie, antes realizado em muitos casos na patologia. Estudos comparando RM e TC relatam que a RM convencional pode não demonstrar *nidus* de pequenas dimensões. Trabalhos recentes mostram que a RM com estudo dinâmico aumenta a acuidade diagnóstica do osteoma osteoide em relação à tomografia e à RM sem contraste.

C-540: Ressonância magnética nas metatarsalgias: ensaio iconográfico.

Vanessa de Albuquerque Dinoá, Daniela Peixoto Considera.
Med Imagem DASA – Niterói, RJ, Brasil.

Introdução: Metatarsalgia é uma queixa clínica comum, podendo ser resultado de diversos processos relacionados a lesões ósseas, ar-

ticulares, periarticulares ou de partes moles. A ressonância magnética (RM) tem papel importante na avaliação da etiologia do quadro de dor, definindo a localização adequada do processo, extensão da lesão e envolvimento de estruturas adjacentes, possibilitando um diagnóstico preciso, permitindo, assim, a conduta clínica apropriada. **Material:** A partir da casuística pessoal dos autores e do arquivo da instituição, foram selecionados exames de RM do ante-pé de pacientes com metatarsalgia. Os casos mais ilustrativos foram destacados e as afecções foram agrupadas em traumáticas, incluindo lesões da placa plantar; doença dos sesamoides; infração de Freiberg; processos infecciosos; desordens articulares; tendinopatias e tumorações de partes moles, incluindo neuromas de Morton. **Discussão:** O exame clínico de pacientes com quadro de metatarsalgia oferece sinais e sintomas que não são específicos, e direciona muitas vezes a mais de uma possibilidade diagnóstica, de modo que a análise por RM tem sido cada vez mais utilizada nestes casos, tendo grande utilidade na detecção de inúmeras afecções do ante-pé e orientando um diagnóstico de maior especificidade. A RM é ferramenta útil e não-invasiva na avaliação dos diagnósticos diferenciais, com detalhamento da integridade de estruturas como a placa plantar e ligamentos, identificando sinais de processo inflamatório sinovial, alterações degenerativas articulares ou ainda tumorações como neuromas de Morton. Em pacientes com quadro de instabilidade e deformidade articular, a RM tem grande importância na avaliação da integridade anatômica, tornando-se essencial na programação de eventual intervenção cirúrgica.

NEURO / CABEÇA E PESCOÇO

C-25: Corpos estranhos intraorbitários: avaliação por tomografia computadorizada – ensaio iconográfico.

Ana Célia Baptista Koifman, Luiz Eugênio B. Prota Filho, Nadja Emídio Correia de Araújo, Carolina Maria de Azevedo.

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UniRio) – Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Introdução: Trauma em órbita representa cerca de 3% das ocorrências em emergência nos Estados Unidos. Corpos estranhos podem acometer o globo ocular, o conteúdo orbitário ou ambos. Um corpo estranho intraorbitário (CEIO) é qualquer objeto ou material que se aloje dentro da órbita, podendo ter apresentações clínicas diversas. A conduta e o prognóstico vão depender da composição e localização do CEIO, além da presença ou não de infecção. A tomografia computadorizada (TC) é o método de eleição para a pesquisa de CEIO. **Descrição do Material:** Serão apresentados alguns casos de pacientes com CEIO, diagnosticados por TC, que deram entrada em hospital de emergência, no período de outubro de 1995 a novembro de 2009. Os exames tomográficos foram analisados por um médico radiologista com experiência de pelo menos cinco anos em imagem de cabeça e pescoço. Os achados tomográficos serão descritos e comparados aos dados da literatura. **Discussão:** Materiais metálicos, vidro e madeira são, em ordem, os corpos estranhos mais frequentes na órbita. Geralmente, os objetos metálicos e de vidro são bem tolerados, com exceção do cobre. A madeira, pelo seu caráter orgânico, concorre para o maior risco de infecção e mostra apresentação radiológica variada, dependendo do grau de hidratação, o que pode dificultar seu reconhecimento. Enquanto a radiografia e a ultrassonografia falham em detectar, em muitos casos, a presença de CEIO, a TC localiza e caracteriza o material. Permite avaliação adequada das partes moles e ósseas da órbita e fornece informações quanto às estruturas craniofaciais adjacentes. Alguns CEIOs têm densidades similares àquelas do tecido orbitário, como a madeira seca. Nestes casos, alguns autores sugerem variações nos parâmetros técnicos de visualização à TC e/ou a realização da ressonância magnética, caso a possibilidade da presença de CEIO ferro-magnético possa ser excluída.