

## Medicina Interna

Código do trabalho: 10

### Aspectos tomográficos das apendicites: ensaio iconográfico.

Michel de Araujo Tavares<sup>1</sup>; Polyane de Oliveira Sales<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Universidade Federal do Amazonas (UFAM) – Manaus, AM; <sup>2</sup> Hospital A.C. Camargo – São Paulo, SP, Brasil.

**Introdução:** A principal condição patológica do apêndice é o processo inflamatório que resulta da oclusão do lúmen por um fecalito e o desenvolvimento de mudanças inflamatórias com a obstrução do mesmo. A parede apendicular torna-se espessada, hiperemiada e edematosa. A apresentação clínica geralmente sugere o diagnóstico. Dentre os recursos em radiologia, a tomografia computadorizada (TC) é um dos mais importantes juntamente com a ultrassonografia (US). **Objetivo:** Demonstrar as principais características dos processos inflamatórios apendiculares por métodos de imagem. **Descrição dos Métodos:** Os métodos de imagem são importantes pelo fato de darem diagnósticos precisos, fazendo diferenciais com adenites mesentéricas, ileocolites, doença inflamatória pélvica, diverticulite cecal, tumores apendiculares e carcinomas cecais. A TC tem suas indicações quando a US for não conclusiva em pacientes em crianças com suspeita de perfuração apendicular e obesos e em pacientes mais idosos, com diagnósticos subagudos ou massas palpáveis diferenciando de inflamação, abscesso ou massas não palpáveis. **Discussão:** O espessamento maior que 6 mm associado a infiltração da gordura mesentérica adjacente são as principais características da apendicite. Os apendicolitos são achados incidentais e são mais bem visualizados na TC do que na radiografia simples. São complicações das apendicites e bem vistas por métodos de imagem a obstrução do intestino delgado, coleções fluidas adjacentes e realce pelo meio de contraste do apêndice, tendo uma sensibilidade e especificidade de 95%. Através dos métodos de imagem, tais como a TC, pode-se diagnosticar com fidedignidade os processos inflamatórios do apêndice e suas complicações, auxiliando desta forma no tratamento.

Código do trabalho: 31

### Aspectos de imagem na endometriose pélvica.

Erick Przybysz Pinto<sup>1</sup>; Carlos Henrique Trippia<sup>1</sup>; César Rodrigo Trippia<sup>1</sup>; Maria Fernanda Sales Ferreira Caboclo<sup>1</sup>; Carla Regina Medaglia<sup>1</sup>; Flávia Orizzi de Souza Sandrin<sup>1</sup>; Rafael Moreno Z.G. Barbosa<sup>1</sup>; William Kondo<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Hospital São Vicente; <sup>2</sup> Hospital Sugisawa – Curitiba, PR, Brasil.

A endometriose pélvica é definida como a presença de tecido endometrial funcionante fora do útero, sensível aos estímulos hormonais. É uma doença comum afetando até 10% das mulheres em idade fértil, associando-se com uma ampla variedade de sintomas como dor pélvica crônica, dispareunia, dismenorreia e infertilidade. O termo endometriose pélvica profunda é a extensão subperitoneal  $\geq 5$  mm dos implantes endometriais. No entanto, até 60% das mulheres com endometriose são assintomáticas e nem sempre há correlação clínica com os achados de imagem. Os sítios mais frequentemente acometidos são ovários, ligamentos largo e útero-sacros, fundo de saco anterior e posterior, intestino (80–90% no retossigmoide) e trato urinário, porém podem existir sítios a distância. O diagnóstico da endometriose tem como padrão ouro a laparoscopia, porém este método é invasivo. Com isso, os métodos de imagem como a ultrassonografia (US) e a ressonância magnética (RM) têm se tornado cada vez mais importantes no diagnóstico, estadiamento e seguimento das pacientes com

endometriose, permitindo avaliar a dimensão e localização das lesões, bem como a relação com estruturas adjacentes e patologias associadas, tendo grande importância no planejamento terapêutico. O objetivo deste trabalho é demonstrar os principais achados de imagem na endometriose pélvica, selecionados a partir da casuística pessoal e arquivado dos autores, tais como características típicas e atípicas do endometrioma, aspectos dos implantes endometrióticos peritoneais, bem como alterações aderenciais relacionadas à doença.

Código do trabalho: 100

### Relato de caso: ecografia transoperatória na enucleação videolaparoscópica de insulinoma na cabeça pancreática.

Erick Przybysz Pinto; Carlos Henrique Trippia; Antonio Carlos Rosa de Sena; Rayssa Helena de Sena; Daniel Seigui Kaio; Marciano Anghinoni; Tiago Kuchnir Martins de Oliveira; Maria Fernanda Sales Ferreira Caboclo.

Hospital São Vicente – Curitiba, PR, Brasil.

Entre os tumores neuroendócrinos de pâncreas, o insulinoma é o mais prevalente, sendo na maioria das vezes benigno e curável através de cirurgia. O uso da via laparoscópica para tratamento destas lesões tem sido relatado com cada vez mais frequência, em especial para lesões de corpo e cauda pancreáticas. Alguns trabalhos evidenciaram menores taxas de complicações pós-operatórias e diminuição do tempo de internamento nas ressecções laparoscópicas. Apresentamos caso de uma paciente do sexo feminino, 37 anos, com crises recorrentes de hipoglicemia. A ultrassonografia transabdominal identificou nódulo hipocóico na cabeça do pâncreas, com fluxo ao Doppler, medindo  $1,9 \times 1,6 \times 1,6$  cm. A avaliação pré-operatória por ressonância magnética (RM) confirmou lesão nodular na cabeça do pâncreas, hipointensa em T1 e isointensa nas sequências ponderadas em T2, com impregnação pelo meio de contraste paramagnético na fase arterial, intimamente relacionada com o ducto de Wirsung e as veias mesentérica superior e porta. A dosagem de insulina sérica e de peptídeo C após teste provocativo confirmou a suspeita. Optou-se pela abordagem laparoscópica com auxílio de ecografia transoperatória, com a introdução do transdutor endocavitário através do orifício do trocar. Procedeu-se com a enucleação completa da lesão através da face posterior da cabeça do pâncreas, evitando assim a realização de uma duodenopancreatectomia total (cirurgia de Whipple), procedimento este muito mais invasivo. A evolução pós-operatória foi favorável e o exame anatomopatológico da peça cirúrgica confirmou o diagnóstico. Conclui-se que há ainda poucos relatos de ressecção de insulinomas de cabeça de pâncreas por via laparoscopia, pela dificuldade de acesso, sendo necessário maiores séries para comprovar sua indicação e eficácia. A ecografia transoperatória pode ser de grande valia na identificação do nódulo, fornecendo importantes subsídios com relação às estruturas adjacentes.

Código do trabalho: 102

### Pancreatites: ensaio iconográfico e revisão da literatura.

Michel de Araujo Tavares<sup>1</sup>; Rodrigo Moura de Paula<sup>2</sup>; Henrique Martins dos Santos Filho<sup>1</sup>; Marcelo Pires de Campos Linardi<sup>1</sup>; Vanessa Lins de Menezes<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Universidade Federal do Amazonas (UFAM); <sup>2</sup> Clínica Sensumed – Manaus, AM, Brasil.

**Introdução:** As pancreatites têm diversas causas, como álcool, colestase, hipertrigliceridemias, mecanismos de autoimunidade e trauma. É enfermidade classificada como aguda (mais comum), relacionada

principalmente com cálculos biliares, ou crônica, mais comumente com alcoolismo. Geralmente se iniciam com quadro clínico típico de dor abdominal intensa localizada no epigástrio, irradiada para todo o andar superior do abdome e região dorsal, acompanhada de náuseas, vômitos e parada de eliminação de gases e fezes. Para o diagnóstico existem exames laboratoriais, como amilase e lipase. No contexto desta enfermidade, os exames de imagem são importantes para confirmação diagnóstica. **Descrição do Material:** Serão discutidos os principais achados de imagem nas pancreatites e suas complicações. **Discussão:** A tomografia computadorizada é padrão ouro para diagnóstico de pancreatites, a ultrassonografia auxilia no diagnóstico de cálculos vesiculares e a colangiorressonância na identificação de cálculos migrados para colédoco e quadros obstrutivos. O principal fator que leva a óbito é a necrose pancreática. Traumas pancreáticos representam apenas 2% dos casos de traumatismos abdominais e a lesão conjunta de pâncreas e duodeno está presente em 50% a 80%, podendo levar posteriormente à pancreatite. Balthazar classificou, por TC, o estado do pâncreas nos seguintes graus: A – pâncreas normal; B – aumento, seja focal ou difuso; C – extensão peripancreática; D – uma coleção; E – duas ou mais coleções líquidas. A pancreatite crônica tem relação com a formação de pseudocistos e obstrução mecânica do duodeno e ducto biliar comum. Podem ocorrer, mais raramente, ascite, derrame pleural, trombose da veia esplênica e pseudoaneurisma na artéria esplênica. Conclui-se, desta forma, que a radiologia constitui importante papel no diagnóstico e conduta das pancreatites agudas.

Código do trabalho: 105

**Doenças linfoproliferativas: o que o radiologista deve saber?**

Michel de Araujo Tavares<sup>1</sup>; Rodrigo Moura de Paula<sup>2</sup>; Marcelo Pires de Campos Linardi<sup>1</sup>; Vanessa Lins de Menezes<sup>1</sup>; Henrique Martins dos Santos Filho<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Universidade Federal do Amazonas (UFAM); <sup>2</sup> Clínica Sensumed – Manaus, AM, Brasil.

**Introdução:** O grupo das doenças linfoproliferativas engloba hiper e neoplasias de linfócitos B e T em qualquer estágio de diferenciação. Estão incluídos linfomas, leucemias linfocíticas e mieloma múltiplo (MM). O conhecimento acerca de tais doenças é importante por poderem acometer diversos órgãos e regiões no paciente, como pulmões, olhos, manifestações cutâneas e ossos. **Descrição do Material:** Serão discutidos os principais achados das doenças linfoproliferativas, enfatizando-se o diagnóstico por imagem. **Discussão:** Leucemias são neoplasias do sistema linfo-hematopoético classificadas em linfocíticas agudas e crônicas e mieloides agudas e crônicas, sendo a linfocítica aguda mais comum em crianças. Muitos pacientes são assintomáticos; o diagnóstico é realizado através de citometria de fluxo em material de sangue periférico. Linfomas são divididos em linfoma Hodgkin (LH) e não-Hodgkin (LNH), sendo a principal distinção a presença das células de Reed-Sternberg, achado típico do LH. O LH se dissemina por contiguidade de um grupo de linfonodos a outro, achado inicial comum em radiografias de tórax. Em ambos pode ser vista hepatoesplenomegalia e é raro encontrar calcificações antes do tratamento, sendo relativamente comuns a necrose e a sua tendência a deslocar estruturas adjacentes. O LNH em geral se apresenta como massa linfonodal única, diferente do LH que apresenta linfonodomegalias individualizadas e afeta pleura e pericárdio. Baço, fígado e intestino delgado podem também ser envolvidos. O MM é neoplasia progressiva e incurável de células B, caracterizada pela proliferação desregulada de plasmócitos na medula óssea. Achados incluem destruição óssea (mais comum), falência renal, supressão da hematopoese e maior risco de

infecções. A tomografia é mais sensível para detectar o comprometimento da medula óssea que a radiografia. Conclui-se, desta forma, que exames de imagem auxiliam no estadiamento e diagnóstico das doenças linfoproliferativas.

Código do trabalho: 175

**Investigação de baço heterogêneo num caso de sarcoidose com envolvimento esplênico e torácico.**

Amanda Rodrigues Costa Ferreira<sup>1</sup>; Walimir Walmor Ferreira Filho<sup>1</sup>; Luis Ricardo Coelho Ferreira<sup>1</sup>; Marco Antonio Sandrin<sup>2</sup>; Mariana Silva Chianca Fernandes<sup>1</sup>; Flavia Orizzi de Souza Sandrin<sup>3</sup>; Cristian Saievicz de Moraes<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (UFPR); <sup>2</sup> Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR); <sup>3</sup> Hospital São Vicente; <sup>4</sup> Clínica DAPI – Curitiba, PR, Brasil.

**Introdução:** Apesar de relativamente comum, a caracterização precisa da sarcoidose é difícil. Para o diagnóstico é necessária a associação clínica, laboratorial e radiológica. A sarcoidose é uma doença multissistêmica de causa desconhecida que acomete principalmente o tórax (linfonodos mediastinais e hilares e o parênquima pulmonar), a pele, os olhos e menos comumente o fígado e o baço. **Descrição:** Descrever a investigação de lesão esplênica nodular inespecífica em um paciente, em que foi necessária a tomografia computadorizada de alta resolução de tórax para orientação do diagnóstico. **História:** Paciente do sexo feminino, 40 anos, assintomática, realizado ultrassonografia abdominal de rotina, sendo encontrado baço heterogêneo à custa de múltiplas imagens nodulares hipoeoicas. Foi sugerida tomografia de tórax para complementação diagnóstica. A biópsia de nódulo da pele da paciente confirmou o diagnóstico de sarcoidose. **Discussão:** A sarcoidose esplênica tem aparência semelhante a metástases e ao linfoma, especialmente o não-Hodgkin. O achado mais comum é a hepatoesplenomegalia não específica ou forma nodular, porém não é comum o envolvimento dos linfonodos retrocraurais na sarcoidose, diferentemente do linfoma não-Hodgkin, no qual este acometimento é característico. Na tomografia computadorizada do tórax, cerca de 60% a 70% dos pacientes apresentam linfadenopatia paratraqueal ou hilar simétrica com ou sem acometimento do parênquima. No parênquima acometido os achados mais característicos são pequenos nódulos com distribuição perilinfática. Podem medir poucos milímetros e tendem a ser bem definidos, numerosos ou não. Podem acometer ambos os pulmões, predominando nos lobos superiores e terço médio. Tendem à confluência, podendo ocasionar opacidades com contornos mal-definidos ou áreas de consolidação. Histologicamente, os nódulos correspondem a granulomas não caseosos.

Código do trabalho: 194

**Pseudolinfoma gigante da cabeça do pâncreas mimetizando neoplasia.**

Jefferson Vieira Fernandes de Araujo<sup>1</sup>; Thais Regis Martins Alves<sup>2</sup>; Roberto Osmar de Cantanhede Esteves<sup>2</sup>; Anna Paula de Castro<sup>1</sup>; Camila Marques Fernandes<sup>2</sup>; Luiza Beatriz Melo Moreira<sup>2</sup>; Luciana Machado Faria<sup>2</sup>; Mariana Bruno Barcellos<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Hospital Central do Exército e Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro; <sup>2</sup> Hospital Central do Exército – Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

**Introdução:** O pseudolinfoma pancreático representa uma lesão rara, de provável etiologia inflamatória, que ocorre geralmente em pacientes jovens, podendo estar relacionada a doenças do colágeno, tais como lúpus eritematoso sistêmico, síndrome de Sjögren e terapia com

fenitoína. Apresenta como diagnósticos diferenciais adenocarcinoma pancreático, assim como outras lesões pseudotumorais não neoplásicas, tais como hipertrofia lipomatosa, baço acessório heterotópico e hamartoma. Os achados de imagem não são característicos, necessitando, muitas vezes, do estudo histopatológico. **Descrição do Material:** S.F.A., 63 anos, com quadro de icterícia, realizou ultrassonografia abdominal que mostrou colelitíase, lesão de 9 cm na cabeça do pâncreas, e colédoco dilatado. A ressonância magnética confirmou formação expansiva, associada a obstrução biliar, sem plano de clivagem com a parede posterior da veia porta e junção esplênomesentérica, comprimindo a veia cava inferior. A angiotomografia evidenciou linfonomegalias retroperitoneais e mesentéricas, com circulação colateral no hilo renal e pararenal à esquerda. Foi realizada cirurgia, com diagnóstico histopatológico de hiperplasia linfóide do pâncreas (pseudolinfoma). **Discussão:** O pseudolinfoma pancreático é extremamente raro, tendo sido descritos poucos casos na literatura. Assim como outras massas pseudotumorais do pâncreas, representa aproximadamente 5% a 10% das lesões pancreáticas ressecadas com diagnóstico presuntivo de carcinoma. O diagnóstico pré-operatório é difícil, em razão de sua etiologia desconhecida e achados de imagem inespecíficos. Destaca-se assim a importância de considerar esta doença no diagnóstico diferencial de formações expansivas pancreáticas que simulam neoplasia. A ressecção cirúrgica é uma opção terapêutica aceitável no paciente sintomático, já que o tratamento complementar com corticoterapia é questionável.

Código do trabalho: 198

**Mulher de 63 anos com “coral reef” aórtico: relato de caso.**

Érico Roberto Luz Reis<sup>1</sup>; Silvio Litvin<sup>1</sup>; Éolo Albuquerque Filho<sup>2</sup>; Renata Furtado de Arraes Alencar Pinheiro<sup>3</sup>; Rainier Luz Reis<sup>4</sup>; Maira Falcão Poncell<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> *Multimagem*; <sup>2</sup> *Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e Multimagem*; <sup>3</sup> *Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)*; <sup>4</sup> *Universidade do Estado de Pernambuco (UPE) – Recife, PE, Brasil*.

**Introdução:** “Coral reef” aórtico é uma doença vascular rara que é representada por uma importante calcificação no lúmen aórtico em sua porção visceral, mais frequentemente cranial à emergência das artérias renais. A patogênese desta doença ainda é desconhecida. Estas placas intensamente calcificadas de natureza exófitica crescem em direção ao lúmen vascular, o que pode ocasionar estenoses significativas, levando a uma má perfusão dos membros inferiores, isquemia visceral ou hipertensão devido à isquemia renal. Este trabalho tem o objetivo de descrever o relato de um caso típico desta patologia, abordando seus achados na tomografia computadorizada. **Descrição do Método:** Relatamos um caso de “coral reef” aórtico em paciente do sexo feminino de 63 anos, apresentando claudicação intermitente há 2 anos. Ultrassonografia Doppler da aorta demonstrava estenose intensamente calcificada da aorta suprarenal. Foi então realizado estudo angiotomográfico da aorta abdominal, que evidenciou uma importante placa calcificada estenosante na aorta supra e justarrenal, identificando também artérias colaterais provenientes dos vasos torácicos superiores irrigando os membros inferiores. **Discussão:** A história clínica, tal padrão de calcificação e a localização atípica nos levaram ao diagnóstico de uma patologia que foi inicialmente descrita em 1984, quando os primeiros relatos comparavam tais calcificações na aorta supra e justarrenal a recifes de corais, sendo denominado na literatura inglesa “coral reef aorta”. Os principais sintomas são a claudicação dos membros inferiores, estenose renovascular com hipertensão concomitante

e isquemia visceral crônica. A doença apresenta prognóstico ruim, pois tende a progredir, e complicações renais e viscerais são muito comuns. Com poucos relatos na literatura tornam-se necessários novos estudos para padronização do tratamento e melhor análise da sua fisiopatologia.

Código do trabalho: 216

**Mucormicose pulmonar: relato de caso e revisão de literatura.**

Leonardo Ellery Marinho; Luciano Nascimento Silva; Paula Minchillo Coelho; Bruno Barcelos Nobrega; Luiz Carlos Donoso Scoppetta.

*Hospital e Maternidade São Camilo – São Paulo, SP, Brasil.*

**Introdução:** A mucormicose pulmonar é uma doença infecciosa causada por *Zygomycetos* da ordem *Mucorales*. Fungos pertencentes a esta ordem são angiotrópicos, costumam causar infartos teciduais e são associados com infecções disseminadas, frequentemente fatais. Ilustra-se um caso de um paciente de 60 anos, internado com suspeita clínica de pneumonia comunitária que evoluiu de forma desfavorável, apesar de antibioticoterapia de amplo espectro. **Descrição do Material:** Feita revisão de prontuário do paciente, análise das imagens iniciais e de controle evolutivo. Neste caso, o diagnóstico foi feito por biópsia transbrônquica, após piora do quadro clínico e do tratamento empírico para pneumonia comunitária. O paciente não apresentava alterações radiológicas na consulta inicial no pronto atendimento, retornando uma semana após com consolidação alveolar no lobo superior direito. Durante o tratamento, apresentou piora clínica e radiológica, caracterizando lesões com halo em “vidro fosco” e outras satélites. **Discussão:** A mucormicose faz parte de um grupo de infecções oportunistas, potencialmente letais, e que geralmente ocorre em pacientes com neutropenia ou outros fatores de risco como diabetes, acidose e insuficiência renal. A forma pulmonar manifesta-se como doença respiratória rapidamente progressiva, sendo os sintomas mais comuns: febre, tosse, dispneia, dor torácica e hemoptise. Radiologicamente, destacam-se consolidação lobar ou multilobar, progressiva e homogênea, podendo evoluir para cavitação, e outros sinais como vidro fosco periférico e sinal do crescente aéreo. Devido a trombose microvascular e necrose tecidual, os antifúngicos têm pouca penetração, sendo necessário, muitas vezes, o debridamento cirúrgico. O principal diagnóstico diferencial é com aspergilose broncopulmonar invasiva. Deve-se sempre lembrar desta possibilidade diagnóstica em pacientes com pneumonias não responsivas ao tratamento clínico habitual.

Código do trabalho: 225

**Hérnia transmesentérica.**

Germano Martins Ramos Neto<sup>1</sup>; Marcelo de Queiroz Pereira da Silva<sup>2</sup>; Fabio Hideki Julio Oshiro<sup>3</sup>; Jose Eduardo Mourão Santos<sup>2</sup>; Kelly Fiorini<sup>4</sup>; Marcello Catarado<sup>2</sup>; Ana Paula Braga Francisco<sup>4</sup>; Ronaldo Cristianini Belz<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> *Hospital Vila Alpina/Seconci – São Paulo, SP*; <sup>2</sup> *SEDI II – São Paulo, SP*; <sup>3</sup> *Hospital Regional de Cotia – Cotia, SP*; <sup>4</sup> *Hospital Vila Alpina - São Paulo, SP, Brasil*.

**Introdução:** Hérnias internas são congênitas ou adquiridas e raras. Há protrusão de vísceras por forames, recessos ou fossas peritoneais. A clínica varia de dores leves até abdome agudo por estrangulamento intestinal. Classificam-se pela frequência: paraduodenal (50–55%); pericecal (10–15%); transmesentérica (8–10%); hiato de Winslow (6–10%); intersigmoide (4–8%); supramesentérica e pélvicas (6%). Na transmesentérica o defeito localiza-se no Treitz ou válvula ileocecal. A clínica é inespecífica e exames de imagem permitem seu diagnóstico, incluindo: radiografias (RX), ultrassonografia (US), tomografia computadorizada

(TC) e ressonância magnética. TC com contraste intravenoso é o exame de escolha. Contraste via oral é desnecessário, pois o fluido na alça herniada serve como contraste. TC multislice realiza imagens tridimensionais de alta definição, o que é vantajoso na avaliação anatômica. Na TC observam-se aspecto e localização anômalos das alças herniadas e do pedículo vascular, configurando massa ou conjunto saciforme de alças dilatadas, pedículo vascular ingurgitado, tortuoso e deslocado, ligado no orifício de entrada ao intestino herniado. Hérnia interna transmesentérica pode ser indistinguível daquela por cordões fibrosos de cicatrizes cirúrgicas preexistentes. **Objetivo:** Descrever caso de hérnia transmesentérica diagnosticada na TC, comparando com cirurgia. **Materiais e Métodos:** RX, TC, US e fotos do peroperatório. **Discussão:** Paciente de 61 anos com quadro clínico de abdome agudo obstrutivo. Relatava vômitos e dor abdominal há 8 horas. Retossigmoidectomia há 4 anos por volv. Exame físico: abdome distendido e doloroso à palpação. Exames laboratoriais: leucocitose sem desvio. US: alças aperistálticas distendidas com líquido. TC do abdome mostrando delgado dilatado, de aspecto saciforme no flanco direito e mesogástrico com distorção e ingurgitamento do pedículo vascular caracterizando hérnia transmesentérica. Na laparotomia observou-se segmento ileal aderido e necrótico, situado 60 cm da válvula ileocecal, passando por abertura mesentérica.

Código do trabalho: 226

#### **Eosinofilia pulmonar simples: relato de caso.**

Marcelo Gaiger Biazús; Fabio Della Giustina Maisonette; Eduardo Weise Antonelli; Carol Fernandes da Cunha; Mariana Dupont Frederes; Tiago Severo Garcia; Cristiano Cocco; Fernanda Rocha de Luca.

*Ecoclínica/Tomoclínica – Canoas, RS, Brasil.*

**Introdução:** Eosinofilia pulmonar simples (EPS) é uma doença benigna, de causa desconhecida, assintomática ou com mínimos sintomas pulmonares, caracterizada por opacidades pulmonares migratórias e eosinofilia periférica, usualmente apresentando resolução espontânea em um mês. Achados da tomografia computadorizada (TC) incluem opacidades em vidro fosco ou consolidação do espaço aéreo, principalmente na periferia das zonas centrais e superiores dos pulmões, bem como nódulos múltiplos ou solitários com halo em vidro fosco.

**Descrição do Material:** Paciente feminina, 55 anos, do lar, tabagista há 40 anos (dois maços/dia), com tosse e escarro esbranquiçado. Realizada TC em 5/5/2010, que mostrou opacidades nodulares com halo em vidro fosco nos lobos superiores. Em TC de 30/7/2010, não mais se observaram essas opacidades, entretanto surgiram duas outras opacidades nodulares em localizações distintas, mas com as mesmas características das anteriores. Em 3/3/2011 surgiram três outras opacidades nodulares de mesmo aspecto, porém em locais diferentes das opacidades dos exames anteriores, enquanto as demais opacidades regrediram completamente. Eosinofilia no sangue periférico foi de 5,8% (21/1/2010), 12,7% (15/3/2010), 13,5% (19/8/2010) e 8,1% (10/3/2011). **Discussão:** O diagnóstico diferencial de opacidades pulmonares migratórias inclui: hemorragias, vasculites, pneumonia organizante criptogênica e pneumonia aspirativa recorrente. Em pacientes com TC apresentando nódulos com o sinal do halo, o diagnóstico diferencial abrange as doenças infecciosas, principalmente a aspergilose broncopulmonar invasiva, e não infecciosas como granulomatose de Wegener, tumores primários e metastáticos, carcinoma bronquioloalveolar, linfoma e síndrome hipereosinofílica idiopática. Diagnóstico de EPS foi baseado nos achados tomográficos de nódulos com halo em vidro fosco e padrão migratório, juntamente com eosinofilia periférica e ausência de doença sistêmica.

Código do trabalho: 231

#### **Síndrome de Birt Hogg Dubé: apresentação clínica e imagiológica.**

Andre Herrera Rassi; Ana Karina Nascimento Borges Junqueira Netto; Rafael Darahem; Fabiano Rubiao Lucchesi; Andrea Farias de Melo; Bruno Eduardo Fernandes Cabral; Alan Mychel Duarte Lima; De Leon Moreira Nunes.

*Hospital de Câncer de Barretos – Barretos, SP, Brasil.*

**Introdução:** A síndrome de Birt Hogg Dubé é uma genodermatose rara, autossômica dominante, caracterizada por tumores benignos de pele, tumores renais, cistos pulmonares e pneumotórax espontâneo. **Descrição do Material:** Relato de um caso típico de uma genodermatose rara, associada a neoplasias de diferentes sistemas, com herança genética bem estabelecida. Paciente do sexo feminino, 60 anos, branca, referindo quadro de perda ponderal e hematúria macroscópica há 1 ano, encaminhada com suspeita de neoplasia vesical. Exame físico: hipocorada (++/+/+/+/+) e com múltiplas pequenas pápulas em forma de domo, esbranquiçadas, localizadas na face, pescoço e tronco superior. Realizou exames laboratoriais, sem alterações significativas. Ressonância magnética de abdome superior evidenciou três nódulos renais corticais à direita, bem definidos e regulares, com intenso realce pós-contraste durante a fase arterial. Tomografia computadorizada de tórax demonstrou cistos aéreos pulmonares bilaterais e pneumotórax encistado à esquerda. Ressonância magnética da pelve mostrou lesão vegetante intravesical com envolvimento da gordura ao redor. Foi submetida a nefrectomia parcial com ressecção dos três nódulos renais à direita, com anatomopatológico de oncocitoma em dois deles e carcinoma de células renais do tipo cromóforo no terceiro. Com base nas alterações cutâneas, nos achados dos exames de imagem e histopatológicos, caracterizou-se a síndrome de Birt Hogg Dubé. Realizada ainda RTU vesical, com anatomopatológico de carcinoma urotelial papilífero de baixo grau, sendo este tumor provavelmente não relacionado diretamente a síndrome. **Discussão:** A síndrome de Birt Hogg Dubé é uma genodermatose rara, autossômica dominante (cromossomo 17p11.2), sem predileção por sexo. É caracterizada por tumores de pele do tipo fibrofolículo e relação com tumores renais, cistos pulmonares e pneumotórax espontâneo. O risco relativo de cistos pulmonares é de até 50 vezes maior e de neoplasia renal é de cerca de 9 vezes maior, sendo as variantes mais comuns o carcinoma cromóforo (34%), oncocitoma (5%), cromóforo-oncocitoma híbrido (50%).

Código do trabalho: 282

#### **Divertículo gigante de cólon: relato de caso.**

Giullerme Rodrigues de Araujo<sup>1</sup>; Igor Moreira Hazboun<sup>1</sup>; Webert Teotônio da Silva<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN); <sup>2</sup> Universidade Potiguar (UnP) – Natal, RN, Brasil.

Mulher de 65 anos, apresentou-se na sala de emergência referindo dois meses de dor abdominal intensa no flanco e fossa ilíaca esquerda, associada a distensão abdominal, febre, calafrios, náuseas, e relatou dois episódios de sangramento retal com resolução espontânea antes. No exame foi vista distensão abdominal assimétrica, com uma grande massa palpável, tensa e timpânica. Ultrassom mostrou hidronefrose importante à esquerda e gás alojamento significativo localizado no quadrante inferior esquerdo. Em seguida, a tomografia computadorizada mostrou ureterolitíase associada a uretero-hidronefrose esquerda, e formação volumosa redonda contendo gás no seu interior, sugestiva de divertículo gigante do cólon sigmoide. Além disso, numerosos diver-

tículos em cólon sigmoide foram visualizados. A laparotomia foi realizada e o achado foi de uma grande formação cística em topografia de cólon sigmoide, com íntima relação com o ureter esquerdo. Sigmoidectomia com anastomose primária foi realizada. Resultados do exame patológico confirmou o diagnóstico de divertículo colônico gigante.

Código do trabalho: 295

#### **Hérnia de Amyand com apendicite aguda: relato de caso e revisão da literatura.**

Melina Barreto Nascimento; Kizi Mateus Kawano; George César Oliveira Costa; Tadeu Mendonça Lopes; Bernardo Eichler Santos; Gustavo Zacca Ribeiro; Gisela Lima Menezes.

*Hospital Federal de Ipanema – Rio de Janeiro, RJ, Brasil.*

**Introdução:** A hérnia de Amyand, primeiramente descrita por Claudius Amyand em 1735, é uma hérnia inguinal incomum, que contém o apêndice cecal, este podendo estar perfurado, inflamado ou normal.

**Descrição do Material:** Paciente do sexo masculino, 68 anos, foi admitido no setor de emergência com queixas de massa palpável dolorosa região inguinal direita, febre e leucocitose, com suspeição clínica de hérnia inguinal estrangulada. Foi realizada tomografia computadorizada (TC) do abdome com contraste, que evidenciou hérnia inguinal contendo formação tubular em fundo cego, medindo cerca de 3,0 cm de diâmetro, com espessamento e realce parietal, em continuidade com o ceco, associada a densificação da gordura adjacente e espessamento do ceco. O restante das alças intestinais estava sem alterações. Foi feito o diagnóstico de hérnia de Amyand com apendicite e confirmado durante a cirurgia. **Discussão:** O achado de um apêndice não inflamado na hérnia inguinal é estimado em 1% de todas as herniorrafias. Casos complicados associados a apendicite são ainda menos comuns, sendo descrita na literatura uma incidência entre 0,08% e 1%. A apresentação clínica da hérnia de Amyand é semelhante à observada na hérnia inguinal estrangulada com peritonite local. Entre os diagnósticos diferenciais estão a hérnia estrangulada, a hérnia de Richter (envolvendo somente a borda antimesentérica do intestino) e a linfadenite inguinal. Em pacientes do sexo masculino o diagnóstico diferencial deve incluir o escroto agudo. A etiologia da hérnia de Amyand é controversa, sendo uma explicação possível a de que, devido à herniação, o apêndice se torna mais vulnerável a microtraumatismos, desenvolvendo-se assim fibrose e aderência do apêndice ao saco herniário. Contrações musculares e alterações na pressão abdominal podem causar compressão do apêndice, resultando em redução do fluxo sanguíneo e inflamação secundária. A TC é uma ferramenta muito útil para se estabelecer o diagnóstico, observando-se hérnia inguinal contendo uma estrutura tubular em fundo cego, com paredes espessadas em conexão com o ceco. O método permite fazer o diagnóstico pré-operatório com confiabilidade, permitindo ao cirurgião planejar a apendicectomia e a herniorrafia combinadas. A colocação de tela, entretanto, deve ser evitada devido ao maior risco de infecção.

Código do trabalho: 308

#### **Síndrome do quebra-nozes: relato de caso.**

Demóstenes Leite Costa<sup>1</sup>; Éolo Albuquerque Filho<sup>2</sup>; Silvío Litvin<sup>3</sup>; Cássia Suzane Viana Fonseca<sup>1</sup>; Heráclio Almeida da Costa<sup>1</sup>; Marcella Alves de Farias<sup>1</sup>; Rafael Gonçalves Nóbrega Gadelha<sup>1</sup>; Érico Roberto Luz Reis<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

<sup>2</sup> Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e *Multimagem*; <sup>3</sup> *Multimagem – Recife, PE, Brasil.*

**Introdução:** A síndrome de quebra-nozes em geral é causada por compressão da veia renal esquerda pela artéria mesentérica superior contra a aorta. Esta compressão resulta em aumento da resistência à drenagem venosa renal, podendo levar ao surgimento de circulação colateral e de sintomas variados, como dor pélvica, lombalgia, hematuria e proteinúria. **Descrição do Material:** Descrevemos os achados de imagem de uma adolescente de 15 anos de idade, que procurou assistência médica por quadro recorrente de dor abdominal intensa associada a episódios de hematuria macroscópica e síncope, com cerca de três meses de evolução. Inicialmente, cogitou-se a possibilidade diagnóstica de nefrolitíase. Após intensa investigação, que englobou desde a realização de ultrassonografia com Doppler até angiorressonância magnética, chegou-se ao diagnóstico de síndrome de quebra-nozes anterior com circulação colateral através de veias do plexo paravertebral. Devido à severidade dos sintomas optou-se pela realização de procedimento cirúrgico, com autotransplante renal, sendo o rim esquerdo reinserido em região pélvica, com anastomose da artéria e da veia renais aos vasos ilíacos. **Discussão:** A síndrome de quebra-nozes pode ser classificada como anterior, quando o pinçamento da veia renal esquerda ocorre entre a aorta e a artéria mesentérica superior, ou posterior, quando a veia renal esquerda tem curso retroaórtico e sofre efeitos compressivos pela aorta e coluna vertebral. Há relatos na literatura de síndrome de quebra-nozes combinada, em que se evidencia duplicação da veia renal esquerda, sendo a tributária anterior comprimida entre a artéria mesentérica superior e a aorta e a tributária posterior, entre a aorta e a coluna vertebral. Os achados nos métodos de imagem são fundamentais no diagnóstico da síndrome, tendo papel de destaque no diagnóstico a detecção de circulação colateral. No caso em questão, é descrito um raro padrão de circulação colateral que ocorre através de veias do plexo paravertebral e trombose da veia gonadal.

Código do trabalho: 315

#### **Relato de caso: mesotelioma peritoneal em paciente masculino jovem.**

Rafael Gonçalves Nóbrega Gadelha<sup>1</sup>; Éolo Albuquerque Filho<sup>2</sup>; Silvío Litvin<sup>3</sup>; Cássia Suzane Viana Fonseca<sup>1</sup>; Demóstenes Leite Costa<sup>1</sup>; Heráclio Almeida da Costa<sup>1</sup>; Marcella Alves de Farias<sup>1</sup>; Eduardo Silva Bezerra<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

<sup>2</sup> Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e *Multimagem*; <sup>3</sup> *Multimagem – Recife, PE, Brasil.*

**Introdução:** Mesotelioma peritoneal, também conhecido como mesotelioma cístico ou ainda cisto de inclusão peritoneal multilocular, é uma rara neoplasia benigna de origem mesotelial. Deriva a partir de células da membrana de revestimento seroso da pleura, pericárdio e peritônio. Foi primeiramente descrito em 1979 e não está relacionado à exposição ao asbesto, ao contrário do mesotelioma maligno. Ocorre mais frequentemente em mulheres jovens e de meia idade com clínica de dor e distensão abdominopélvica. Tem como diagnóstico diferencial o linfangioma, teratoma cístico, pseudomixoma peritoneal, neoplasias císticas do pâncreas, cistoadenoma/carcinoma do ovário, entre outros. O nosso relato tem por objetivo apresentar um caso dessa rara entidade nosológica num paciente masculino de 14 anos com quadro de distensão abdominal a esclarecer. **Descrição do Material:** Relatamos o caso de um paciente que realizou estudo tomográfico sem contraste do abdome e pelve que revelou volumosa formação cística multisseptada, que se estendia desde a cúpula frênica direita superiormente até a pelve mais inferiormente, ocupando o hemiabdomen direito e deslo-

cando as vísceras para o lado contralateral. Realizada total ressecção do grande cisto multisseptado, com confirmação histopatológica de mesotelioma peritoneal benigno. Após seis anos de controle evolutivo, não há sinais de recidiva. **Discussão:** Embora não seja comum no grupo etário apresentado, o mesotelioma cístico deve ser considerado no diagnóstico diferencial de lesões volumosas císticas do abdome, sendo de fundamental importância o conhecimento desta patologia rara pelos médicos radiologistas.

Código do trabalho: 334

#### **Neoplasia sólido-cística papilífera do pâncreas: relato de caso.**

Claudia Maria Alves Martins Pinheiro; Leticia Soares Zeferino; Rafael Ferracini Cabral; Marcella de Lucca Carneiro.

Hospital Federal Cardoso Fontes – Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

A neoplasia sólido-cística papilífera do pâncreas (NSCP) é um tumor pancreático raro (0,2–2,7%), de baixo potencial maligno, que acomete principalmente mulheres com pico de incidência entre a segunda e terceira décadas. Apesar de sua baixa incidência, é fundamental ao radiologista o conhecimento das diversas formas de apresentação desta neoplasia. O crescimento lento torna o diagnóstico tardio, geralmente observando-se lesões volumosas. Dor abdominal, epigastria e surgimento de massa abdominal são os sinais e sintomas mais comuns. O uso da ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética para avaliação da lesão possibilita caracterizá-la e avaliar sua extensão. Paciente do sexo feminino, 41 anos, com queixa de dor epigástrica, associada a náuseas e vômitos há 2 anos. Nos últimos 6 meses, observou massa volumosa em hipocôndrio esquerdo associada a emagrecimento. A ultrassonografia abdominal evidenciou massa cística de paredes finas intraperitoneal, medindo cerca de 18 × 17 × 14 cm. A tomografia computadorizada mostrou volumosa lesão expansiva arredondada, sólido-cística, heterogênea, com parede levemente irregular e realce periférico pelo contraste, medindo 19 × 15 cm, localizada na cauda pancreática. A histologia apresentou padrão pseudopapilar e espaços císticos resultantes de alteração degenerativas graduais, no interior da lesão sólida. O diagnóstico de NSCP deve ser considerado em pacientes do sexo feminino, com apresentação clínica e faixa etária compatíveis. Os métodos de diagnóstico por imagem são capazes de sugerir o diagnóstico com alta acurácia. Testes de marcadores tumorais, estudo histopatológico e imuno-histoquímico contribuem para o diagnóstico, o primeiro menos. Os diagnósticos diferenciais são os cistos, pseudocistos, neoplasias císticas, tumores endócrinos e pancreáticos, entre outros. As raras metástases oriundas desta neoplasia têm como sítio mais comum o fígado. A abordagem cirúrgica é o tratamento recomendado.

Código do trabalho: 370

#### **Hérnia inguinal: conteúdos que você pode diagnosticar.**

Nelson Marcio Gomes Caserta<sup>1</sup>; Daniel Lahan Martins<sup>1</sup>; Adilson Prando<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Departamento de Radiologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM-Unicamp); <sup>2</sup> Centro Radiológico Campinas – Campinas, SP, Brasil.

**Introdução:** Em adultos, as hérnias inguinais resultam da fraqueza e dilatação do anel inguinal interno, por um defeito na fáscia transversalis. Embora o diagnóstico correto possa ser muitas vezes realizado pelo exame clínico, há várias situações em que os métodos de imagem representam a melhor opção para detectar estas hérnias, seu conteúdo e eventuais complicações. **Objetivo:** Demonstrar alguns diferentes

conteúdos que podem ser diagnosticados no interior de hérnias inguinais. **Material:** A partir dos arquivos das instituições e da casuística pessoal dos autores, foram selecionadas imagens de vários achados no saco herniário inguinal, como: alça intestinal, bexiga, neoplasia, gordura, cisto ovariano e apendicite. **Discussão:** As hérnias inguinais são os tipos mais comuns de hérnias da parede abdominal. As do tipo indireto são as mais encontradas no homem e podem conter intestino, gordura mesenterial, apêndice cecal, bexiga, ovário e outros componentes. Embora muitas sejam assintomáticas, podem desenvolver complicações exigindo cirurgia de emergência e nesta situação um diagnóstico rápido é essencial. Neste contexto, é muito importante que tanto os radiologistas quanto a equipe cirúrgica sejam alertados para as diferentes estruturas e processos que podem ocorrer no interior da hérnia inguinal, sendo alguns de maior risco se não suspeitados precocemente, como apendicite, encarceramento de alça intestinal e torção de cisto ovariano. Esta apresentação demonstra achados úteis para este esclarecimento diagnóstico.

## **Musculoesquelético**

Código do trabalho: 39

#### **Avaliação imagiológica da doença de Osgood Schlatter.**

Crisnia Madeiro Lucena<sup>1</sup>; Antônio Mauro da Costa<sup>1</sup>; Paulo José Marques de Sousa Júnior<sup>1</sup>; Louise Nathalie Queiroga Fontes Marques<sup>1</sup>; José Márcilio Nicodemos da Cruz<sup>2</sup>; João Cabral de Carvalho Madruga Neto<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba – João Pessoa, PP; <sup>2</sup> Universidade Federal do Ceará (UFC), Campus Cariri – Barbalha, CE; <sup>3</sup> Faculdade de Medicina Nova Esperança (Famene) – João Pessoa, PB, Brasil.

**Introdução:** A doença de Osgood-Schlatter foi descrita primeiramente em 1903, quando Osgood (EUA) e Schlatter (Alemanha) descreveram, isoladamente, “lesões do tubérculo tibial ocorrendo na adolescência”. O ligamento patelar transmite uma grande força gerada pelo quadríceps ao tubérculo tibial. As contrações forçadas e repetitivas do quadríceps, exigidas pelas atividades atléticas, frequentes de chutar, correr e pular irritam a apófise da tuberosidade da tibia, que se torna sensível ao toque e dolorosa a qualquer contração forçada do quadríceps, tendo predomínio no sexo masculino da faixa etária dos 10 aos 15 anos. O diagnóstico, normalmente, pode ser feito com precisão através de exame clínico complementado com exames de imagem. O estudo radiológico, principalmente em incidência de perfil do joelho, confirma a suspeita clínica e evidencia a fragmentação do núcleo de crescimento do tubérculo tibial. O número de fragmentos é muito variável, dependendo da fase de evolução da doença, e podem ser observados como se estivessem subindo sobre o ligamento patelar. Pode-se observar, também, abaulamento de partes moles nas radiografias menos penetrantes. As radiografias no estágio agudo revelarão os tecidos moles anteriores ao tubérculo, que se apresentam edemaciados, particularmente a sombra do ligamento patelar, que pode conter uma área irregular de calcificação ou osso, bem circunscrita. A ressonância magnética pode demonstrar fragmentação ou avulsão da tuberosidade anterior da tibia, edema do osso medular e das partes moles, alteração da gordura retropatelar e alteração no tendão patelar. Entretanto, a tomografia computadorizada e a ressonância magnética são raramente indicadas na avaliação da lesão de Osgood-Schlatter. O ultrassom é também efetivo para demonstrar fragmentação do tubérculo, edema na inserção do tendão patelar e engrossamento edema-