

Relatos de casos do Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago

Caso Número 4/2018: “Uma sessão interativa de casos em radiologia torácica – Parte 1”

Gustavo Lemos Pelandré¹, Luiz Felipe de Souza Nobre¹

1 Médico radiologista, professor do Departamento de Clínica Médica, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.

Editor da seção: Prof. Fabricio de Souza Neves

Caso relatado na Reunião de Discussão de Casos Clínicos do Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago, iniciada pelos Profs. Jorge Dias de Matos, Marisa Helena César Coral e Rosemeri Maurici da Silva, em julho de 2017. No dia 14 de junho de 2018, no auditório do HUPEST, realizou-se a apresentação e discussão do caso cujo registro é apresentado a seguir:

Gustavo Pelandré (radiologista): Boa noite. Quando nos convidaram para conduzir a reunião deste mês, procuramos uma maneira para que a radiologia pudesse contribuir de forma inovadora. Optamos por fazer uma sessão interativa de interpretação de raio-X de tórax. Utilizaremos imagens de casos do nosso serviço, que apresentaremos aqui em sequência, e os senhores poderão escolher para cada caso

uma resposta em uma lista. Ao acessar a internet em seus celulares, através do *link* do formulário *Google Forms* que fornecemos, os senhores poderão assinalar suas respostas e receber, ao final da sessão, as respostas corretas e seu percentual de acerto. Apresentaremos as imagens e daremos tempo para suas escolhas. As opções de resposta são as seguintes:

Tabela 1. Alternativas de resposta para os casos de raio-X de tórax 1 a 11

Atelectasia do lobo superior direito com massa hilar (sinal do S de Golden), sugestivo de neoplasia broncogênica central
Atelectasia e consolidação do lobo inferior direito com artefato denso em brônquio lobar, sugestivo de corpo estranho
Consolidação do lobo inferior esquerdo (silhueta com diafragma), sugestiva de pneumonia
Consolidação da língula (silhueta com coração), sugestiva de pneumonia
Consolidações difusas, com área de confluência, sugestivas de broncopneumonia
Hiperinsuflação pulmonar e consolidação com redução volumétrica lobar (sugestivo de pneumonia lobar em DPOC)
Hiperinsuflação pulmonar difusa (sugestivo de DPOC)
Infiltrado intersticial difuso, esternorragia e prótese valvar, derrame pleural à esquerda (sugestivo de edema pulmonar por ICC)
Infiltrado reticulonodular difuso em paciente HIV+ (sugestivo de pneumocistose)
Infiltrado reticulonodular difuso com bronquiectasias (sugestivo de fibrose cística)
Raio-X normal

DPOC, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; ICC, Insuficiência Cardíaca Congestiva

Nota do Editor: O arquivo em *pdf* é uma versão para divulgação em *e-mail* do “Boletim”, e a resolução das imagens pode ser reduzida. As imagens originais podem ser visualizadas no site do “Boletim”, disponível no sistema OJS:

<http://ojs.sites.ufsc.br/index.php/medicina>

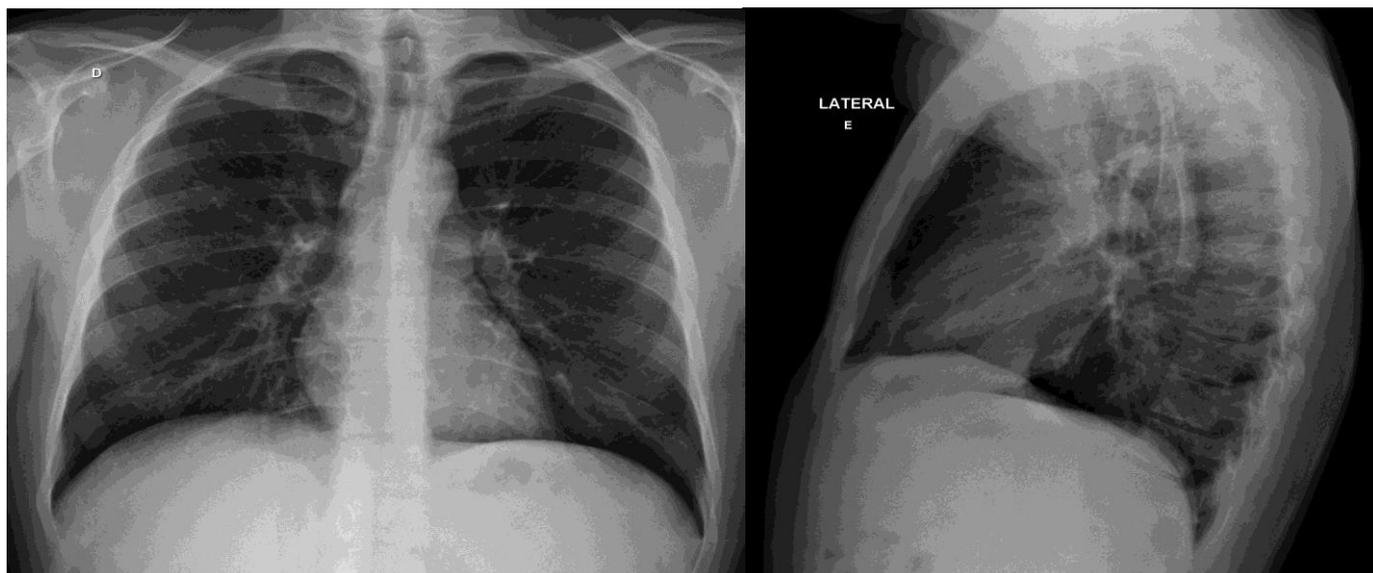


Figura 1: Caso 1

Luiz Felipe Nobre (radiologista): Vamos entregar a resposta do primeiro caso. Com isso, uma questão da “prova” é dada! Trata-se de uma radiografia de tórax normal. Este não é o momento de uma aula, mas apenas de uma discussão de casos. Mesmo assim, vamos aproveitar para, rapidamente, revisar um breve passo-a-passo da observação da radiografia de tórax. Embora intuitivamente muitos dirigem sua primeira atenção já aos pulmões, é útil seguirmos um roteiro definido para observação da radiografia, pois isso aumenta nossa sensibilidade para identificação e interpretação dos achados. Sugiro o seguinte: 1) Ter consciência da identificação do paciente, seu sexo e idade. Estes dados podem se originar do pedido do exame, e frequentemente estarão também na imagem radiográfica. Importante assegurar-se que se está interpretando o exame da pessoa correta para o caso; 2) Identificar a incidência utilizada: se PA (pósterio-anterior), perfil esquerdo ou direito e AP (ântero-posterior). A incidência AP é utilizada para pacientes mais graves, restritos ao leito, que não podem ficar em pé para se obter a radiografia em PA. Na incidência em AP, o coração fica mais afastado do filme radiográfico, e assim a sombra cardíaca fica aumentada e distorcida em comparação com a projeção em PA. Da mesma forma, e, geral se realiza a projeção em perfil esquerdo, com o coração mais próximo do filme. A incidência em perfil direito deve ser solicitada quando se deseja observar, com mais detalhe, alterações no hemitórax direito. Outras incidências são possíveis, conforme a necessidade de cada caso; 3) Observar a estrutura óssea:

clavículas, ombros, coluna, costelas. Servirá para a procura de lesões ou perda integridade e também para avaliar se há posicionamento, inspiração e exposição adequados nesta radiografia: a coluna deve estar no centro, alinhada com o esterno e na linha média entre as clavículas, que devem estar alinhadas entre si. Deve-se obter a contagem de dez costelas posteriores, se o paciente estava no momento adequado de inspiração. E quanto à penetração do raio-X, deve-se conseguir distinguir os corpos vertebrais dos espaços discais de forma distinta na parte superior da coluna torácica. Um raio-X excessivamente penetrado revelará as vértebras em toda a extensão da coluna, e pode não permitir a visualização adequada de achados pulmonares. Um raio-X pouco penetrado, ao contrário, não evidenciará os limites das vértebras ao longo da coluna inteira – com pouca penetração, a trama vascular pulmonar parecerá excessivamente branca, confundindo a interpretação; 4) Observar a imagem aérea (escura) da traquéia, que deve estar na linha média, até onde se divide na região da carina; 5) Observar os diafragmas, se tem aspecto normal: curvados, convexos para o tórax, sendo o direito mais alto que o esquerdo, com os seios costofrênicos em aspecto de ângulo agudo; 6) Observar a silhueta do mediastino: em sentido horário: átrio direito, o hilo com as artérias pulmonares e o arco aórtico logo acima, novamente artéria pulmonar e abaixo o ventrículo esquerdo; 7) Por fim, contemple a trama do interstício pulmonar, que devem se constituir de linhas oblíquas que vão se dicotomizando e reduzindo de calibre do centro para a periferia.

Gustavo Pelandré (radiologista): Seguiremos agora com a apresentação dos próximos dez casos (números 2 a 11) em sequência. Os senhores devem escolher a alternativa mais

adequada para cada caso. Fica a dica de que as alternativas não se repetem.

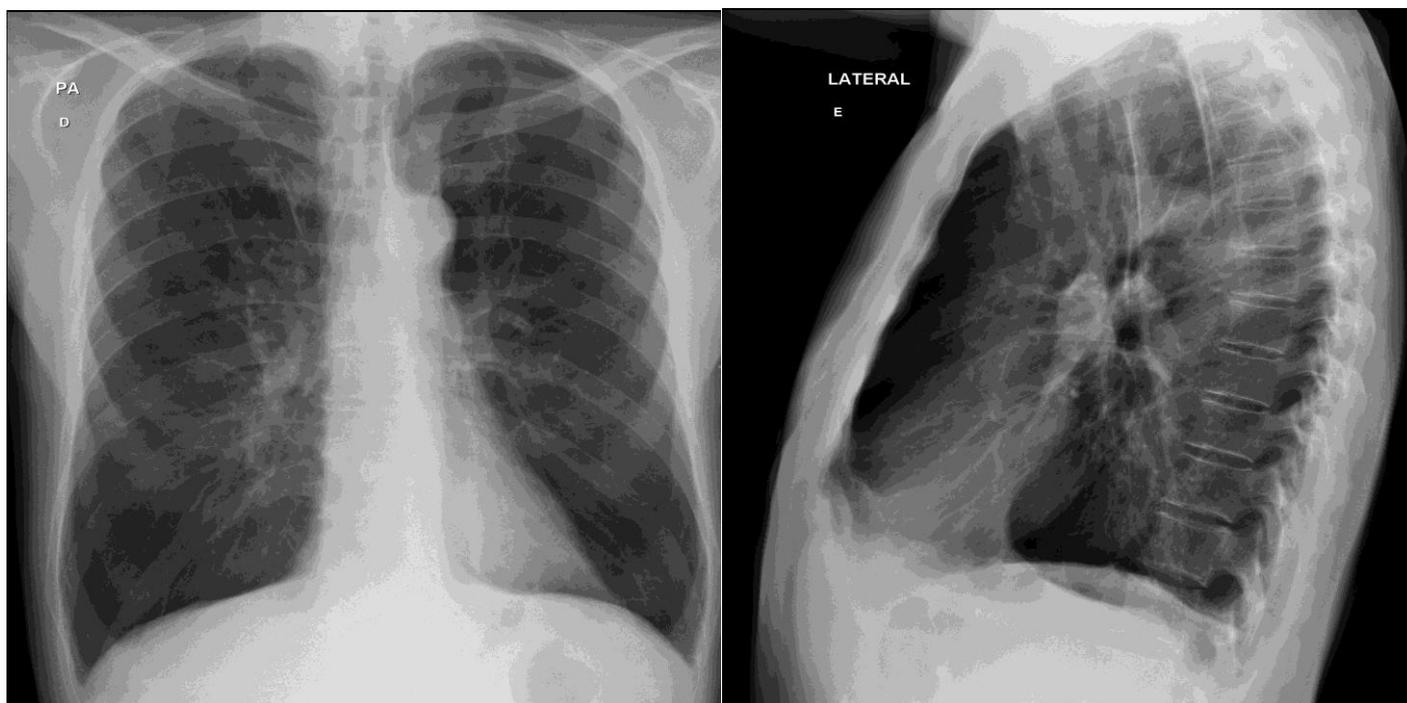


Figura 2: Caso 2



Figura 3: Caso 3

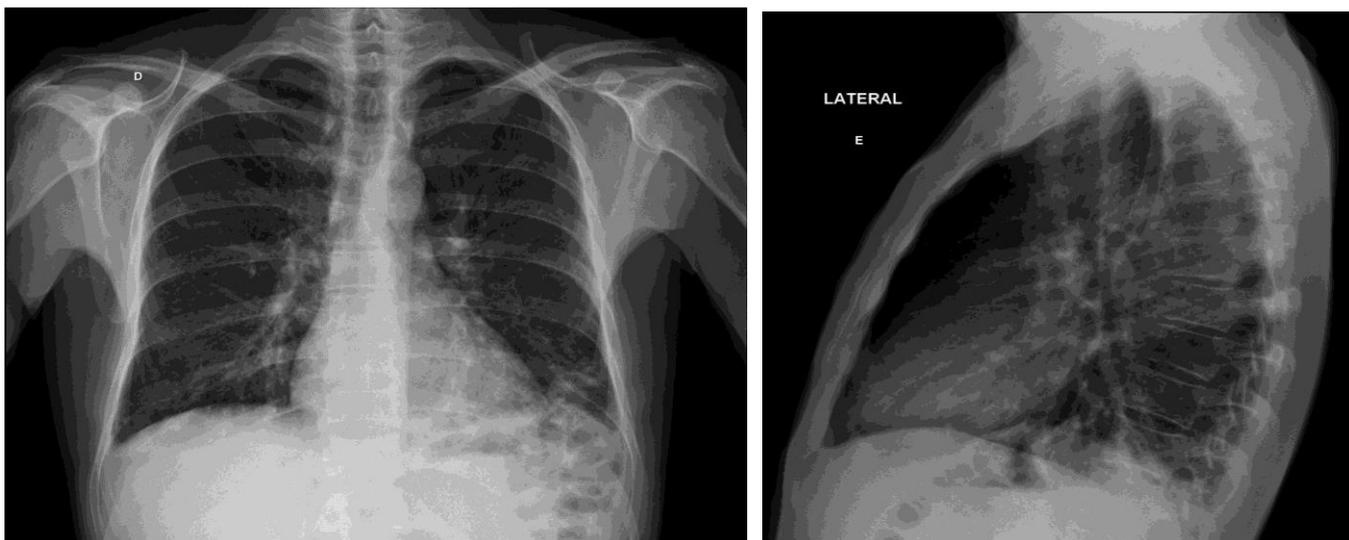


Figura 4: Caso 4

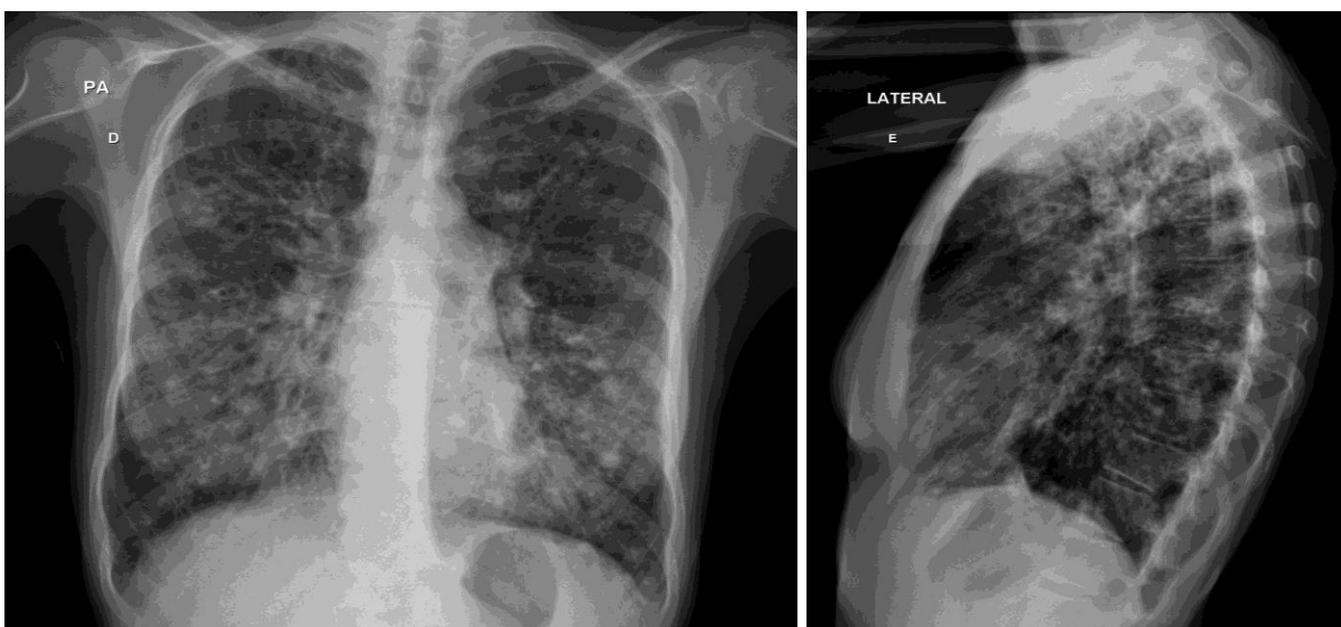


Figura 5: Caso 5

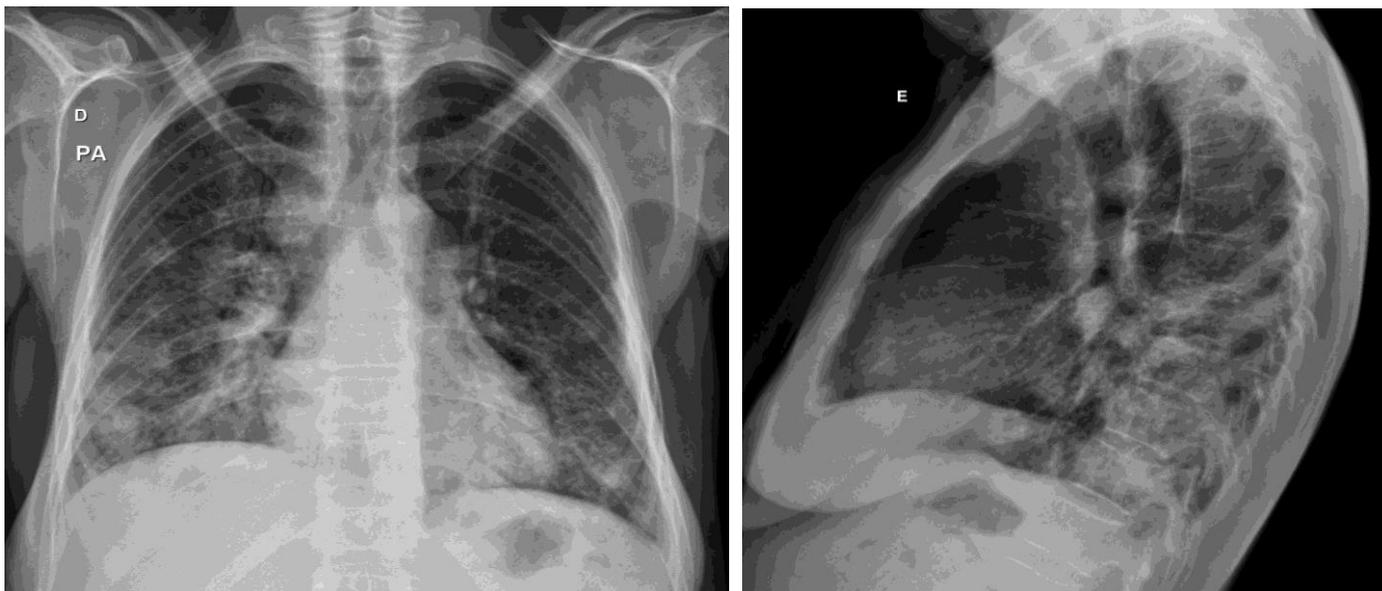


Figura 6: Caso 6

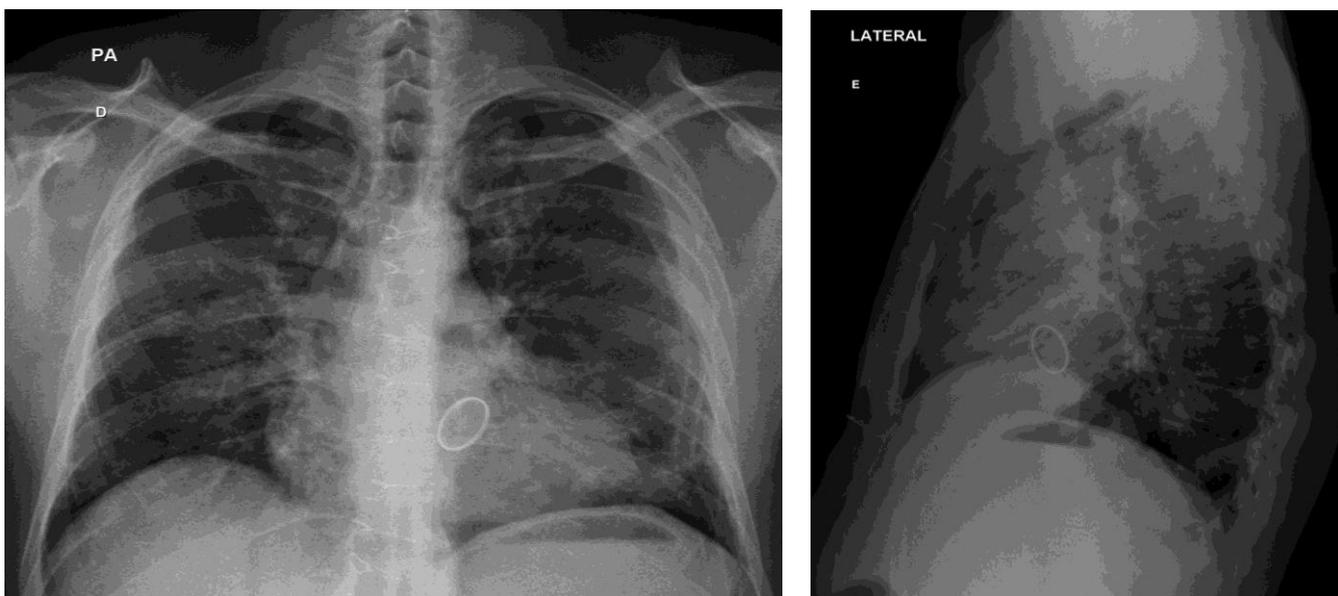


Figura 7: Caso 7



Figura 8: Caso 8

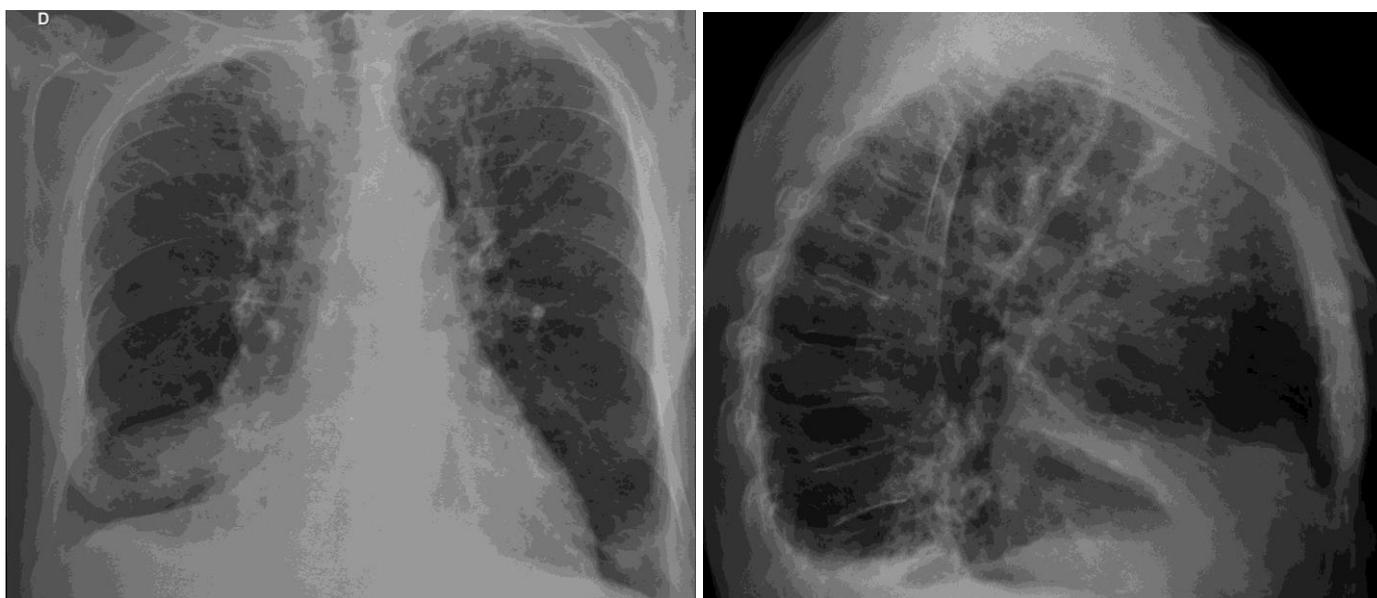


Figura 9: Caso 9

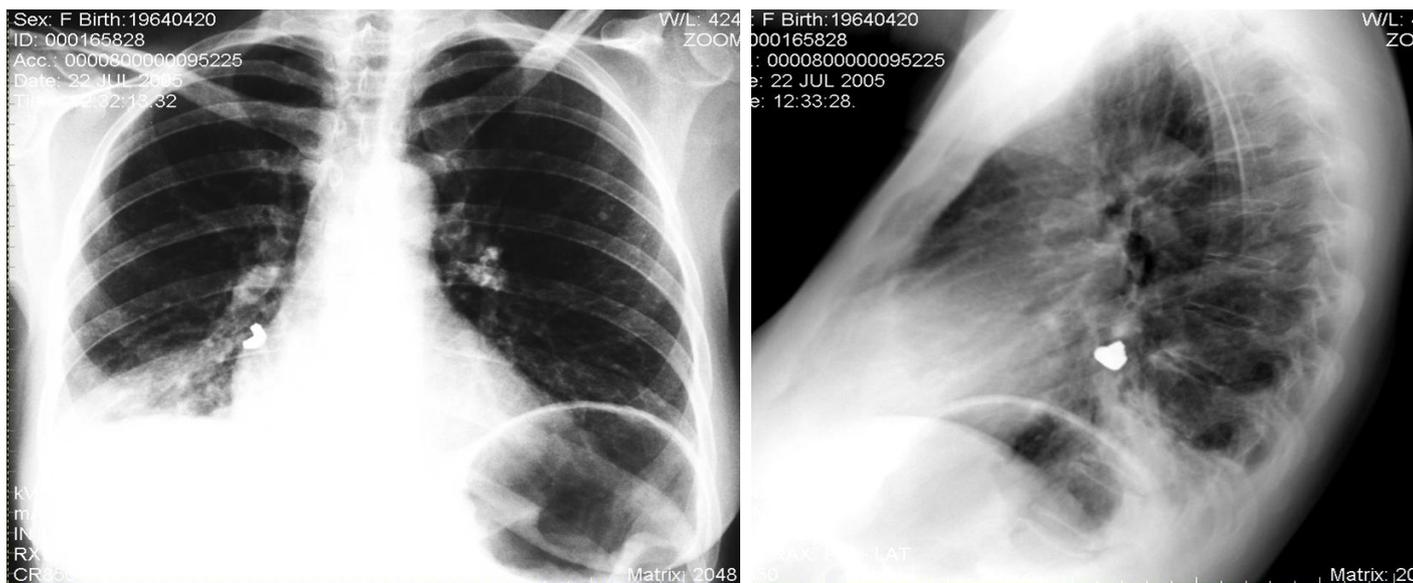


Figura 10: Caso 10

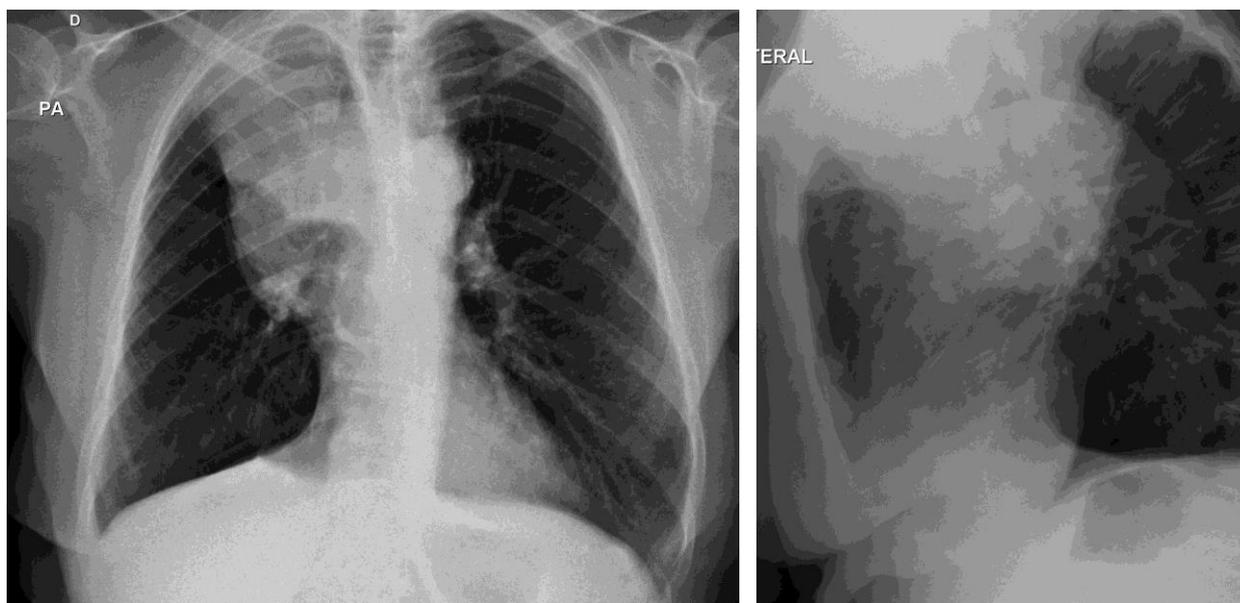


Figura 11: Caso 11

Nota do Editor: Para reproduzir no “Boletim” a natureza interativa de sessão de casos clínicos da radiologia, as respostas e comentários dos casos 2 a 11 serão divulgados na “parte 2” do registro desta sessão, na próxima edição do “Boletim”.

Antes disso, os leitores do “Boletim” podem acessar o mesmo formulário *Google Forms* utilizado na reunião de discussão de casos, selecionar suas respostas e verificar seus acertos, através do link:

<https://goo.gl/forms/n52aHD4bCpLumu3J3>