

25 de Setembro de 2007.
Professor Amphiphio.

Abdome

O RX convencional deixa a desejar em comparação com a análise do tórax.

A cavidade abdominal pode ser dividida em 4 partes grosseiras: retroperitônio, cavidade peritoneal, vísceras maciças e vísceras ocas.

Não há grande diferença de densidade como no tórax.

O ar só está presente dentro dos órgãos e estes se movem, excetuando-se o estômago e o reto.

Anatomia da cavidade retroperitoneal

Espaço pararenal anterior.

Espaço perirenal.

Espaço pararenal posterior.

Lesões peritoneais não costumam se estender para o retroperitônio. As lesões costumam ser localizadas: peritoniais ou retroperitoniais. Todavia, uma infecção posterior pode ganhar o psoas e seguir para a parte anterior. O contrário também é possível.

São retroperitoniais: rim, grandes vasos (aorta e veia cava), as flexuras, o pâncreas e o duodeno. O restante pertence à cavidade peritoneal.

O que é visto ao RX é a sombra renal e a gordura perirenal. Além disso, vê-se uma sombra de gordura ao lado do psoas, local onde há acúmulo de líquido em processos inflamatórios.

RX tórax e RX de abdome – densidades

Conhecimento anatômico

- Contraste com o ar do estômago, ID e IG.
- Aumento do fígado – alças para a esquerda.
- Aumento do baço – estômago para direita.
- Tumoração pélvica – elevação de alças pélvicas.
- Bolha gástrica.
- Cólon – ar/conteúdo fecal – sombras pontilhadas. Imagem densa com bolhas de ar no meio (pequenas bolas pretas).
- Ar livre – retroperitoneal/peritoneal. Ar fora de alça é sempre patológico.
- Ar no estômago, dupla bolha (pâncreas anelar), no reto (RN).

RX de tórax

Vê-se bolha gástrica.

Se ela não estiver aí ou estiver retro-cardíaca pode-se tratar de uma hérnia.

Morfologia da prega

Às vezes permite dizer em que alça o ar está.

Estômago: possui pregas mucosas grosseiras.

ID (jejuno e íleo): com válvulas coniventes que não são visualizadas sem contraste. São pregas circunscritas. Assim, dilatações do intestino delgado sempre exibem lugares de estrangulação: elas nunca vão se dilatar totalmente.

Cólon: com haustrações. As pregas não circundam toda a circunferência do cólon, agindo como se pegassem meia alça. Assim, dilatações do cólon sempre se exibem como um cano grosso, ou seja, a dilatação é total.

Esses dados permitem distinguir se a obstrução é de intestino delgado ou grosso. Isso é visto muitas vezes no RX convencional e quase sempre no exame com contraste.

Imagem de exame com contraste

O paciente ingere sal de bário que cora bem as alças intestinais.

É importante atentar que o bário na cavidade abdominal é responsável por peritonites. Assim, em pacientes com suspeita de fistulas ou perfuração de alças, deve-se utilizar o iodo que não causa reação na cavidade peritoneal. Tradicionalmente o iodo é utilizado em exames intestinais a fim de localizar obstruções. Ele não fornece detalhes como o bário porque sua diluição é muito grande e não "pinta a parede".

No tórax, essa situação se inverte: o iodo é danoso à cavidade e o bário não. Assim, para análise do esôfago deve-se utilizar bário e nunca iodo. Também se a suspeita de fistula for pulmonar ou traqueo-esofágica, usa-se o bário porque o iodo pode causar pneumonite tóxica.

Jejuno é mais algodonososo do que o íleo (que apresenta morfologia mais próxima do IG).

Enemopaco ou clisteropaco

Exame contrastado por via retal.

O ideal é que o paciente elimine todo o bário, ficando somente com uma lâmina desta substância e ar, para que as alças não fiquem muito brancas.

Imagem

Imagem em escada pode sugerir que a obstrução é do intestino delgado já que este possui segmentos em diversas alturas. Não foi administrado contraste.

Imagem

Dilatação com muito ar e pouco líquido característica de intestino delgado porque está em várias alturas. Não foi administrado contraste. **São imagens características de obstrução já que não é visto ar em partes distais (por exemplo, IG).**

O intestino grosso não pode ter muitas alturas de camadas de alças.

Calcificação**Abscesso hepático calcificado**

Duas calcificações grosseiras que não permitem dizer se são calcificações hepáticas.

Calcificação logo acima da crista ilíaca

Calcificação dentro do apêndice (apendicite).

Deve ser um processo inflamatório que empurra estruturas.

Onde deveria ter gordura (transparência – preto) está branco mostrando processo inflamatório.

Calcificação crescendo em camadas

Dentro da bexiga de pacientes com nível sócio-econômico ruim.

O paciente deve apresentar cistite crônica por anos.

Calcificação em local de sombra renal

Se o paciente apresenta clínica de litíase renal deste lado deve haver suspeita desta entidade.

Se o preparo for bem feito é possível ver calcificação de 1mm no RX.

Calcificação da vesícula biliar

Geralmente o cálculo de vesícula pequeno é muito difícil de ver em RX porque ele possui muito colesterol.

Quando o cálculo é grande, há maior deposição de cálcio na periferia do cálculo e sua visualização é facilitada.

O exame diagnóstico na vesícula biliar é o US.

Calcificação renal esquerda**Cálculo coraliforme**

Associado à pielonefrite crônica por Proteus. Vê-se aspecto de coral.

Flebólito x Cálculo de ureter

Flebólito: procurar borda calcificada e luz central transparente.
Cálculo baixo de ureter: cálculo radiopaco naquela região.
Às vezes é difícil diferenciar.

Calcificação de ureter

É completa, não há centro transparente.

Litotripsia

Várias alturas de cálculos.

Paciente com cálculo de ureter pode fazer uma escoliose severa como reação de defesa.

Calcificação no pâncreas

Na pancreatite crônica.
É uma calcificação pericanalicular.

Calcificação do parênquima (das glândulas) pancreático

Não precisa de outro exame para falar em pancreatite crônica.