

10 de Outubro de 2007.
Professor Amphiphio.

A coluna no estudo do abdome é mal estudada.

Para estudar bem a coluna aumenta-se muito a penetração e se queimam as estruturas de partes moles na frente.

O exame de abdome não é bom para análise da coluna.

No RX de abdome olha-se a coluna grosseiramente.

Imagem do quadril

Também consiste em uma complicação porque possui muito mais osso e geralmente o paciente não faz um preparo adequado. Estudar quadril em exame de abdome e pelve é bastante difícil. Para estudar o quadril deve-se fazer um preparo adequado e utilizar incidência para osso. Um problema comum no RX de quadril é comum ver descrição de imagem lítica na asa do íliaco: deve-se tentar ver se essa imagem lítica vai para fora do íliaco. Se sim, trata-se de um alça e não de uma lesão lítica. Outra alternativa é mover o paciente: se a lesão for lítica, não vai se mover.

Também é possível ver imagens pontilhadas no íliaco correspondente a fezes.

A imagem bastante negra corresponde ao bolo fecal.

Imagem

Crescimento esplênico comprimido fundo gástrico.

É difícil de se ver.

Esquemas

Mostrando fundo gástrico em relação ao fundo gástrico com o paciente em decúbitos dorsal e ventral.

Alguma coisa de ar é vista com o paciente em qualquer posição. Trata-se de uma dica para tentar localizar o estômago.

Imagem

Clisteropaco com o paciente em decúbito ventral.

Analisar a morfologia da alça.

Histerossalpingrafia

Ver permeabilidade tubária.

Mulher em posição ginecológica → pinça-se colo uterino com pinça → seringa com ponteira é colocada na entrada do colo uterino e injeta-se o contraste.

O contraste preenche cavidade uterina e tubas e, se alcançar o peritônio mostra a permeabilidade tubária. Vê-se o contraste fora de alça.

É bastante utilizado em pacientes sob tratamento de fertilização.

O principal problema deste exame é que ele é bastante dolorido.

Padrão das alças

Até o início do jejuno é possível boa distinção. Depois do início do jejuno a distinção de alças é muito difícil porque uma alça se sobrepõe à outra.

Válvula íleo-cecal é vista por refluxo do conteúdo do cólon pela válvula. Se ela for competente e houver obstrução de intestino grosso, trata-se de uma emergência cirúrgica dada sua possibilidade de ruptura.

Intestino delgado normal

Espessura da parede menor que 3mm

Válvulas coniventes tem menos que 3 mm de espessura.

Há menos que 3 níveis líquidos por radiografia.

- Suas alças tendem a se alinhar em 03 ou 04 filas paralelas.

- Válvulas coniventes – atravessam a luz da alça de lado a outro, mais numerosas e estreitas do que as haustrações.

Sinais de obstrução do ID

Múltiplos níveis líquidos.
Ausência de distensão do cólon.
Aparência de alças em escadas.
Cólon de pérolas: colon vazio.
Sinal da moeda empilhada.

Principais causas de obstrução do ID

70% - bridas (aderências PO 1 mês, 2 meses ou até 10 anos depois da cirurgia).
10% - hérnias (lembrar do Divertículo de Meckel na região distal do íleo).
5% - tumorações.

Cólon

Haustrações.
Mais espaçadas.
Habitualmente contém mais gás.

Achados na obstrução do IG

Cólon dilatado, principalmente o ceco.
Dilatação do delgado (VIC-incompetente).
Níveis líquidos (flexura hepática).
Má caracterização das haustrações.

Causas mais comuns de obstrução do IG

Tumores – 80%. Mais comum no idoso.
Divertículos – 10%. Mais comum no idoso.
Volvo de sigmóide – 5%. Algumas pessoas acreditam que as redundâncias predispõe ao volvo.

Obstrução em alça fechada

Emergência cirúrgica.
VIC competente, com obstrução do IG.
O diâmetro normal do ceco é de nove cm, e o restante do cólon é de seis cm. Quando estes diâmetros forem de 12 cm e 9 cm respectivamente nos locais acima, pensar em obstrução.

Imagem

Grande distensão de estômago.
Dá para dizer que há grande distensão gasosa gástrica.

Imagem

Trânsito com contraste (4 horas depois) mostra que o paciente não esvazia o estômago.
Normalmente no trânsito intestinal (exame), o paciente já apresenta contraste no jejuno e ausência de contraste no estômago só no intervalo de preparar o aparelho.

Imagem

Mostra ceco distendido e delgado distendido (VIC incompetente).

Imagem

Jejuno é mais algodinoso do que íleo.

Imagem

Imagem em moeda empilhada mostrando dilatação de intestino delgado.
Também são vistos vários andares.
Exame com contraste.

Imagem

Imagem em moeda empilhada (sem contraste). O uso do contraste mostra o local da obstrução, mas seu uso é controverso (se ele não melhorar é melhor operar).

Imagem

Íleo paralítico.

Paciente apresenta estômago e intestinos delgado e grosso dilatados. Provavelmente o paciente não possui uma tumor (obstrução) e sim uma ausência de peristalse.

Líquido livre no peritônio – Ascite

Imagem

Mostra que o fundo de saco é o local mais profundo da cavidade abdomino-pélvico. Assim, quando o paciente possui líquido livre, se ele estiver deitado, é o local de depósito.

Imagem

A ascite tende a jogar as alças do delgado para a região central porque cresce lateralmente. Assim, as regiões inferior central e superior lateralmente ficam brancas.

Ar livre

Pneumoperitônio

Pneumoperitônio e pneumotórax são sempre patológicos.

A melhor maneira de se ver o pneumoperitônio é observar a linha do diafragma do paciente em pé e de perfil.

Gás na parede (bolhas de ar dentro da alça) é sugestivo de isquemia mesentérica, especialmente na TC.

Estudo contrastado do TGI

Contrastes

Bário: pode causar peritonite (não faz em suspeita de fistula de abdome).

Iodo: pode causar pneumonite (não faz em suspeita de fistula pulmonar).

Pólipo

Aparece preto, não é pintado, cresce para dentro da parede.

Divertículo

Vê-se uma evaginação pintada pelo contraste.

Esôfago

Possui indentações normais.

Vê-se 4 linhas de camadas.

A medida que o paciente apresenta inflamação, Barret, o esôfago perde essa morfologia.

Imagem

Mostra osteófito de coluna cervical fazendo impressão na parede posterior do esôfago.

Imagem

Anel funciona como uma válvula conivente. É uma variação anatômica que pode dar dificuldade à deglutição.

Imagem

Acalásica é um distúrbio motor no qual o EEI não se abre. Assim, o esôfago se dilata.

Imagem

Ulceração que pode ser de um tumor ou de uma doença de refluxo. É semelhante a um divertículo (evaginação), mas este é redondo.

Imagem

Ectasia de esôfago formando um pseudo-divertículo.
Paciente com refluxo crônico, todo o ácido do estômago volta para o esôfago.
Paciente predisposto a ter tumor.

Imagem

Compressão extrínseca do esôfago por linfonodos.

Imagem

Tumor benigno permite a peristalse e é possível acompanhar o contraste quase normalmente
Tumor maligno impede peristalse porque infiltra muito e não se vê o contraste.

Imagem

Tumor em "maça mordida".

Imagem

Pré e pós-TTM.

Depois da RTX insuflam um balão e colocam uma prótese para aumentar a sobrevida desse paciente.
Todavia, a sobrevida desses pacientes é muito baixa.

O esôfago não possui serosa. Assim, mesmo pequeno, os tumores malignos de esôfago costumam metastatizar rapidamente para linfonodos.

Imagem

Tumor parietal de esôfago.

Hérnia hiatal

A mais comum é a por deslizamento.

Imagem

Exame normal de paciente em pé. Não é visto contraste para cima do estômago. Nos pacientes com hérnia vê-se o contraste acima do estômago.

O estômago possui aspecto bastante pregueado.

Úlcera

A úlcera benigna apresenta uma prega inflamada convergindo para ela.

A úlcera maligna é um buraco e em volta não apresenta morfologia nenhuma.

A úlcera pode puxar o lado do estômago contra-lateral ao se fibrosar. É uma linha preta transversal ao estômago, que não é confundido com peristalse porque no exame não se vê alteração.

Tumor benigno

Vê-se uma acentuação do tumor, mas o pregueado do estômago permanece normal.

Tumor maligno

No exame, a parede comprometida perde o peristaltismo.

Linite plástica

No exame funciona como um cano: o contraste passa rápido dentro de uma luz reduzida e sem peristalse.

Canal pilórico ulcerado

Imagem é completamente diferente da habitual.

Estenose hipertrófica do piloro

Exame bom para isso é o US que permite ver a hipertrofia muscular do piloro.

Compressão da artéria mesentérica superior

É como se a veia camplexasse o duodeno. É como se o duodeno fosse empurrado contra a coluna vertebral.

Bezoar

Pacientes que comem alimentos não digeríveis.

Pancreatite**Adenocarcinoma de duodeno**

Vê-se a imagem em maçã.

É bastante raro.

Exame de trânsito GI

Mostra o tempo de eliminação do contraste.

Doenças disabsortivas eliminam contraste muito rapidamente.

Meia hora – quarenta minutos é o tempo normal para chegada do contraste ao ceco.

Doença disabsortiva

Não possui obstrução, mas possui uma dilatação das alças.

Lesão de íleo terminal, como a Doença de Crohn causa inflamação e lesa VIC

Íleo doente, cheio de fibrose.

Crohn

Início da doença com úlceras aftosas.

Enemopaco

Paciente com válvula competente porque o contraste não é visto no íleo.

RCU

Intestino sem haustrações e peristalse.

Vê-se imagem em botão de camisa.

Enemopaco

Paciente com VI incompetente porque contraste é visto ao longo do delgado.

Divertículo

Evaginação bastante regular. Normalmente são vários. Pode haver fibrose e redução da luz.

Tumor

Transição abrupta.

Fístulas

Fístula do IG com o abscesso.