

24 de Outubro de 2006.  
Professor Amphiphio.

### Tomografia computadorizada do abdome e da pelve

TC de pelve deixa um pouco a desejar. Permite ver líquido livre e massas. US e RM são superiores para estruturas anexiais da pelve.

Contraste oral enche alças e contraste venoso ocupa o vaso. O que sobra é o que você estuda: vísceras maciças, grandes vasos e linfonodos.

Gordura na TC aparece preta e apresenta densidade negativa (-100; -80).

Adrenal é vista como um Y (ou V) de cabeça para baixo. À direita é mais alongada e próxima ao fígado. O fígado apresenta contorno regular e realça bem. O rim é o primeiro a contraste e se estiverem normais ambos contrastam.

### **Imagem**

TC com contraste nos vasos e em coração.  
Musculatura da parede torácica cinza.  
Estudo da pelve deve esperar bexiga encher (5-10 min).

### **Imagem**

Reconstrução coronal.  
Toda aquisição primária do TC é axial.

### **Unidades Hounsfield**

Água: próxima de zero.  
Gordura: - 80; - 100.  
Músculo; tumor; lesão de partes moles; fígado sem contraste: +60.  
Calcificação: +500.  
Metal: +1000.  
Ar: - 1000.

### **Imagens do livro**

#### **Divertículo de duodeno**

Rim com realce homogêneo e intenso. Cor semelhante a da aorta.  
Vê-se alça intestinal com conteúdo fecal.  
Ali deveria estar a cabeça do pâncreas e o duodeno passa naquela região → divertículo de duodeno.

#### **Espessamento pleural**

Pode dar dor abdominal irradiada.  
Aorta cheia de contraste.  
Próxima à aorta vê-se linfonodo.

#### **Litíase urinária distal**

Cálculo de junção básica.  
Exame dura 5 segundos: corta do rim até a bexiga.

#### **Medida de densidade**

Fígado grande, preto, com densidade de -27.  
É uma esteatose significativa.  
Também medida do baço com densidade de 21. Também deve estar infiltrado.

### **Mesmo paciente**

Esteatose com pancreatite (pâncreas todo borrado ao redor).

### **Tu de cólon**

Massa tumoral cinza à direita do paciente.

TC não mostra visão dinâmica de um exame contrastado (enemopaco). TC é mais difícil porque pode ser um bolo fecal aderido, impactado. Para ver luz intestinal, o enemopaco é superior.

TC é muito boa para ver linfonodos.

### **Hérnia de parede**

Diastase do reto abdominal.

Estômago cheio com pregueado grosseiro.

### **Tu de papila**

MT no fígado. No fígado a lesão tumoral mais comum é a MT, geralmente com mais de um nódulo.

O tu de papila geralmente obstrui a papila e dá ectasia de ducto hepático (no exame normal não são vistos ductos).

### **MT hepática**

Múltiplos nódulos hepáticos.

O tumor benigno mais comum do fígado é o hemangioma (visto bastante).

### **Parede espessada**

Setas Pretas.

Alças não distendidas podem dar impressão de espessamento da parede. Assim, utiliza-se a ausência de gordura como parâmetro para estabelecer espessamento de parede.

### **Diverticulose**

### **Abscesso, espessamento da parede e divertículos**

#### **Fístula vesical**

A causa mais comum de ar na bexiga é procedimento (cateterização, sondas).

Ar também pode ser por infecção de bactéria produtora de gás ou fistula com o intestino (como a causada pela Doença de Crohn. Neste caso o paciente urina conteúdo fecal).

### **Abscesso – gás livre**

#### **Ar livre**

#### **Apendicite**

Lugar geralmente com acúmulo de gordura e fácil visualização.

Vê-se um borramento à direita.

#### **Abscesso**

Peritonite.

### **TC na obstrução intestinal**

#### **Dilatação ID – níveis**

#### **Intussuscepção – alça dentro de alça**

Mais comum em criança. Às vezes o enema trata.

#### **Gás no sistema porta**

Pensar que o paciente pode ter derivação.

Pensar em necrose mesentérica.

**Gás na veia mesentérica**

Alça distendida e parede fina.

**Gás parietal**

Ar dentro da parede.

O ar é drenado daí e chega ao fígado.

**TC no estudo fígado**

A TC é boa de estudar. A impregnação do órgão é homogênea.

**Fígado normal**

Hilo com gordura, linfonodos e H portal.

Estômago cheio.

**Metástase****Metástase ou abscesso**

DD entre abscesso, cisto e tumor com necrose central.

Cisto: parede fina, sem realce. É o que não pode ser confundido.

O DD entre tumor e abscesso depende da clínica do paciente.

**Hepatocarcinoma**

Parede irregular, aspecto bocelado.

**Hemangioma**

Nódulo pequeno.

Não é um tumor ppdt e sim um emaranhado vascular. Assim, apresenta comportamento vascular.

O vaso vem de fora para dentro: o exame sem contraste → aparece um pouco menos denso; fase inicial (arterial) do contraste → realce somente periférico; fase portal → aumenta grau de contrastação de fora para dentro; fase de equilíbrio → aparece mais ou menos da cor do vaso. Passado isso se lava totalmente em não fica residuo. Ele fica sempre mais ou menos da cor da aorta.

O adenoma é outra lesão benigna que pode fazer confusão com o hemangioma. O adenoma possui realce arterial (realça todo na primeira fase – arterial).

**RM – Hemangioma**

Utilizada para diferenciar hemangioma muito pequeno.

Apresenta hipersinal em T2.

Realce também de fora para dentro.

**Cisto – Unidade Hounsfield próxima a zero. HU = 0.**

Cisto gigante com parede fina e regular.

Ele pode não estar homogêneo porque pode sangrar, mas sua densidade em qualquer lugar é próxima a zero.

**Abscesso**

Seta branca aponta ar.

Parede não é tão regular.

**Hematoma – nível líquido/sólido – HU: 30-45.**

Precipitado se move ao locomover o paciente.

História de trauma.

**Doença policística**

Cistos com idades diferentes; um pode ter sangrado ou não.

**Equinococose – multiloculado – “filhos”**

Vários cistos com realce parietal.  
Verminose incomum em nosso meio.

### **Trauma – laceração e ligamento redondo.**

O que é feito é medir a densidade: em volta do ligamento há gordura.  
Seta branca aponta para ligamento redondo.  
Setas pretas apontam para laceração.  
O fígado é a víscera mais lesada em trauma violento.

### **Hemoperitônio – pâncreas lacerado**

Ascite: líquido no abdome todo.

### **Hemoperitônio**

Líquido no fundo de saco.

### **Cirrose, esplenomegalia e ascite**

Fígado pequeno, todo retalhado.  
Fígado muito micronodular é difícil descartar tumor (mesmo na RM).

### **Ascite maligna – metástase no fígado**

### **TC no trauma esplênico**

O baço possui duas irrigações → contrastação muito heterogênea.  
Procurar ao lado do baço a presença de líquido.

### **Abscesso esplênico – gás**

### **Fratura esplênica**

### **Colelitíase e colecistite**

US é melhor e é de primeira escolha.  
TC é indicada para ver complicação: suspeita de tumor ou presença de pus ou vesícula em porcelana.

### **Vesícula em porcelana (toda calcificada)**

### **Cálculo de vesícula**

Região central hipodensa (colesterol).  
O cálculo começa a ser enxergado quando ele começa a se calcificar. Assim, o paciente pode estar cheio de cálculo biliar e TC pode não ver. O US os vê.

### **Cálculo com abscesso.**

### **Cálculo com gás.**

### **Árvores biliar**

Normalmente não é vista.

### **Dilatação do ducto pancreático e IH.**

Ectaso dos ductos intra-hepáticos e do ducto pancreático (que também não é visto normalmente).  
Pode ser por tumor de papila.

### **Pseudocisto**

Indicativo de lesão pancreática crônica.  
Pensar primeiro em TU de cabeça de pâncreas.

### **Pâncreas**

Pâncreas não é linear e assim é difícil de vê-lo em um único corte.  
A cauda vai em direção ao hilo esplênico.

**Massa pancreática****Pancreatite**

Tudo borrado em volta.

**Pancreatite**

Gravíssima, com liquefação.

**Pancreatite crônica**

Com calcificação e pseudo-cistos.  
História de esteatorréia.

**Trauma**

Laceração pancreática.