

Resumos de Artigos

Hemodinâmica incomum e pseudolesões do fígado não-cirrótico na tomografia computadorizada.

Yoshimitsu K, Honda H, Kuroiwa T, *et al.* Unusual hemodynamics and pseudolesions of the noncirrhotic liver at CT. *Radiographics* 2001;21 Spec No:S81-S96.

O reconhecimento de pseudolesões hepáticas na tomografia computadorizada (TC) é de grande importância, pois existe grande semelhança destas com os tumores hepáticos primários ou com as metástases, e a incorreta interpretação destes achados pelo radiologista pode alterar completamente a chance de tratamento. Este artigo é focado nos achados do fígado não-cirrótico, excluindo as alterações encontradas no fígado cirrótico ou as derivadas do comprometimento vascular intra-hepático, como no "shunt" arterioportal.

As pseudolesões no fígado não-cirrótico descritas neste artigo podem ser divididas em dois tipos: as derivadas da compressão hepática extrínseca e transitória, tipicamente causada pelas costelas (segmentos V e VI) ou pelo diafragma (segmentos VII e VIII), e as causadas pelo *terceiro influxo* de sangue, onde áreas perfundidas por outros sistemas venosos que não dos ramos da veia porta ou da artéria hepática aparecem como pseudolesões. Entre estas estão: a veia colecística (segmentos IV e V), o sistema venoso parabiliar (segmento IV – dorsal) e o sistema venoso epigástrico-paraumbilical (ao redor do ligamento falciforme).

No caso da compressão extrínseca e transitória, as pseudolesões são tipicamente encon-

tradas quando se tem uma inspiração profunda durante o exame e ocorre aumento focal da pressão na região subcapsular, desenvolvendo uma redução da perfusão portal e uma pequena alteração da perfusão arterial hepática. No caso do *terceiro influxo* existem várias teorias que tentam explicar o porquê do aparecimento das pseudolesões, e uma delas descreve que a presença de uma perfusão hepática incomum e persistente pode levar a alteração metabólica focal nos hepatócitos e, por este motivo, podem ser encontrados no fígado não-cirrótico áreas de esteatose focal ou, no fígado difusamente esteatótico, um foco poupado e sem infiltração gordurosa.

No entanto, a localização de ambos os tipos de pseudolesões é característica e surge na TC com contraste em fase arterial ou portal, variando de áreas de baixa atenuação e não impregnadas a áreas impregnadas e de alta atenuação, dependendo da quantidade, do tempo de influxo e da presença ou ausência de alteração focal do hepatócito.

Os radiologistas devem estar atentos para o diagnóstico das pseudolesões hepáticas, a fim de prevenir a realização de biópsias ou de exames desnecessários. Dessa forma, o entendimento do mecanismo de formação das pseudolesões pode ajudar o radiologista a reconhecer a variedade de formas e de localizações que podem ser encontradas na TC.

Marcelo Souto Nacif

Médico Pós-graduando (PG₁) do IPGMCC, Beneficência Portuguesa de Niterói, Santa Cruz Scan.

Ultra-som (US) vs tomografia computadorizada (TC) para a detecção de cálculos ureterais em pacientes com cólica renal.

Patlas M, Farkas A, Fisher D, Zaghal I, Hadas-Halpern I. Ultrasound vs CT for the detection of ureteric stones in patients with renal colic. *Br J Radiol* 2001;74:901-4.

Objetivo: Comparar a precisão da TC espiral não-contrastada com o US para o diagnóstico de cálculo ureteral, na avaliação de pacientes com dor aguda nos flancos.

Método: Sessenta e dois pacientes com dor nos flancos foram examinados com TC e US, durante um período de nove meses. Todos os pacientes foram prospectivamente definidos como positivos ou negativos para ureterolitíase, com base na avaliação evolutiva.

Resultados: Em 43 dos 62 pacientes foi confirmado cálculo ureteral, com base na recuperação do cálculo ou em intervenções urológicas. O US mostrou sensibilidade de 93% e especificidade de 95% no diagnóstico de ureterolitíase, e a TC, 91% e 95%, respectivamente. Doença não relacionada com litíase urinária foi demonstrada em seis pacientes.

Conclusão: Embora essas modalidades tenham sido excelentes na detecção de cálculos ureterais, aspectos de custos e radiação levaram os autores a sugerir que o US seja empregado primeiro e a TC seja reservada para quando o US for indisponível ou não diagnóstico.

Otávio Palma de Salles Ferreira

Médico Residente (R₂) do Departamento de Radiologia da UFF.