

Resumos de Artigos

Achados da colecistite gangrenosa aguda no tomografia computadorizada.

Bennett GL, Rusinek H, Lisi V, *et al.* CT findings in acute gangrenous cholecystitis. AJR 2002; 178:275–81.

Objetivo: Colecistite gangrenosa ou necrotizante é uma forma grave e avançada de colecistite aguda, com maior morbimortalidade do que a colecistite aguda não-complicada. O propósito deste estudo foi determinar os achados tomográficos da colecistite gangrenosa aguda.

Material e métodos: Quatro observadores revisaram, retrospectivamente, os exames de tomografia computadorizada (TC) de 75 pacientes (23 com colecistite gangrenosa aguda, 25 com colecistite aguda não-gangrenosa e 27 sem colecistite). Os seguintes achados foram avaliados: distensão da vesícula biliar, espessamento de sua parede, impregnação da parede, parede irregular, parede estriada (ou seja, áreas alternadas de baixa e alta atenuação) membranas intraluminais, inflamação pericolecística, cálculos biliares, fluido pericolecístico, impregnação do parênquima hepático, abscesso pericolecístico, e gás na parede ou no lúmen. A sensibilidade e a especificidade da TC para a colecistite gangrenosa e para cada um destes achados foi calculada. Dois observadores, consensualmente, mediram as dimensões da vesícula biliar e a espessura da parede. Modelo de regressão logística foi utilizado para prever colecistite gangrenosa *versus* não-gangrenosa.

Resultados: A sensibilidade, a especificidade e a acurácia da TC para colecistite aguda foram de 91,7%, 99,1% e 94,3%, respectivamente, e para colecistite gangrenosa aguda foram de 29,3%, 96% e 64,1%, respectivamente. Achados de maior especificidade para colecistite gangrenosa foram gás na parede ou no lúmen (100%), membranas intraluminais (99,5%), parede irregular (97,6%) e abscesso

(96,6%). A diferença entre a espessura média da parede da vesícula e o diâmetro máximo no menor eixo da vesícula biliar para os grupos com colecistite foi estatisticamente significativa. Em três pacientes com colecistite gangrenosa, nenhuma impregnação da parede foi evidenciada. Fluido pericolecístico também teve significância estatística para o diagnóstico de gangrena. A análise multivariada de regressão logística mostrou que a acurácia total da TC para colecistite gangrenosa foi de 86,7%.

Conclusão: Os achados tomográficos mais específicos para colecistite gangrenosa aguda são: gás na parede ou lúmen, membranas intraluminais, parede irregular e abscesso pericolecístico. Colecistite gangrenosa está associada a perda da impregnação da parede, fluido pericolecístico e maior grau de distensão da vesícula biliar e de espessura da parede.

Janos Lima de Farias

Médico Pós-graduando do Departamento de Radiologia da UFF

Cólica ureteral suspeitada: TC helicoidal primária versus TC helicoidal seletiva após radiografia simples e ultra-sonografia.

Catalano O, Nunziata A, Altei F, Siani A. Suspected ureteral colic: primary helical CT *versus* selective helical CT after unenhanced radiography and sonography. AJR 2002;178:379–87.

Objetivo: O propósito deste estudo foi comparar a acurácia da tomografia computadorizada (TC) helicoidal não-contrastada com a combinação de ultra-sonografia e radiografia simples em pacientes com dor aguda no flanco sugestiva de cólica ureteral.

Pacientes e métodos: De janeiro de 1997 a dezembro de 1999, 181 pacientes consecutivos com dor aguda no flanco foram submetidos a radiografia simples, ultra-sonografia e TC helicoidal não-contrastada (protocolo A). De ja-

neiro a dezembro de 2000, 96 pacientes consecutivos admitidos no serviço de emergência com dor aguda no flanco foram, alternadamente, submetidos ora a TC helicoidal não-contrastada primária (protocolo B, 48 pacientes), ora a radiografia simples e ultra-sonografia com adição da TC helicoidal nos casos duvidosos (protocolo C, 48 pacientes).

Resultados: Comparada com a acurácia da radiografia simples combinada à ultra-sonografia para o diagnóstico de ureterolitiase no mesmo grupo de pacientes (protocolo A), a TC teve maiores sensibilidade (92% vs. 77%), valor preditivo negativo (87% vs. 68%) e acurácia total (94 vs. 83%). Entre os pacientes submetidos a TC primária (protocolo B), foram encontrados três falso-negativos (todos com passagem espontânea do cálculo) e nenhum falso-positivo. Entre os pacientes inicialmente examinados por radiografia simples e ultra-sonografia (protocolo C), foi encontrado um falso-positivo (levando ao internamento do paciente e repetição dos exames de radiografia simples e ultra-sonografia) e seis falso-negativos (todos com evolução não-complicada e passagem espontânea); a TC detectou quatro destes cálculos, mas não resultou em alteração no tratamento. Dos pacientes do protocolo C, 14% necessitaram de tratamento invasivo, mas ultra-sonografia e radiografia simples mostraram cálculos e hidronefrose em todos estes pacientes.

Conclusão: A TC não-contrastada foi o método com maior acurácia para determinar a presença de ureterolitiase. A combinação de radiografia simples e ultra-sonografia, porém, alcançou resultados comparáveis sem perdas diagnósticas clinicamente importantes, e pode ser usada como alternativa quando a disponibilidade da TC for limitada.

Janos Lima de Farias

Médico Pós-graduando do Departamento de Radiologia da UFF