

–316–

EMBOLIÇÃO INTRA-ARTERIAL NO TRATAMENTO DO CARCINOMA HEPATOCELULAR IRRESSECÁVEL: COMPARAÇÃO ENTRE PVA E ME COMO AGENTE EMBOUZANTE.

Luciano Folador; Leandro Armani Scaffaro; Luís César Fonseca; Geraldo Machado Filho.

Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Porto Alegre, RS, Brasil.

E-mail: lucianofolador@gmail.com.

Introdução: O tratamento intra-arterial (TIA) tem sido opção amplamente utilizada no tratamento paliativo do carcinoma hepatocelular (CHC) em pacientes com doença intermediária. As opções de TIA são baseadas na interrupção do fluxo sanguíneo tumoral por agentes embolizantes (embolização intra-arterial – TAE), ou mesmo com associação de quimioterápicos com emulsão de lipiodol (quimioembolização convencional – cTACE) ou com uso de microesferas (MEs) carregadas (*drug-eluting beads* DEB-TACE). Até o momento, persistem dúvidas na literatura em relação ao melhor esquema de TIA, de modo que não há consenso ou definição do benefício dos métodos referidos. **Objetivos:** Comparar os índices de sobrevida em 12, 18, 24, 36 e 48 meses dos pacientes submetidos a TAE no nosso Serviço com dados da literatura em relação a cTACE ou DEB-TACE. **Material e métodos:** Estudo retrospectivo de 80 pacientes com diagnóstico de CHC baseado nos critérios da Diretriz da AASLD entre junho de 2008 e dezembro de 2012 em nossa instituição. TAE foi realizada através de cateterismo super-seletivo seguida de embolização com PVA com tamanho de 100–300 micra ou ME de 100–300 micra, dependendo da disponibilidade desses produtos. Taxas de sobrevida foram baseadas na curva de Kaplan-Meier. **Resultados:** 48 pacientes foram tratados com PVA e 32 com embolização arterial com MEs. Não havia diferenças entre os grupos no *baseline* no que concerne a idade, sexo, estágio de BCLC, escore de Child-Pugh e características tumorais. As taxas de sobrevida em 12, 18, 24 e 48 meses foram 97,9, 88,8, 78,9, 53,4 e 21,4% no grupo PVA-TAE, e 100, 92,9, 76,6, 58,8 e 58% no grupo ME-TAE, não havendo diferenças significativas entre os dois grupos ($p = 0,734$). Os índices de sobrevida obtidos são semelhantes aos relatados na literatura, tanto com cTACE quanto com DEB-TACE. **Conclusão:** TIA através de TAE com PVA ou ME na nossa instituição resultou em índices de sobrevida semelhantes.

–322–

FÍSTULAS PERIANAIS: ENSAIO PICTÓRICO.

Rodolfo Elias Diniz Silva de Carvalho; Carolina Corcino Maia; Érika Martins Baima; Liliana Prata Souza; Lucas Tadeu Oliveira Menezes Macêdo; Danielle Albani Coelho; Francisco Homero Coelho; Maria Angela Santos Nothaft.

Multiscan Imagem e Diagnóstico – Vitória, ES, Brasil.

E-mail: lucianofolador@gmail.com.

Fístula perianal (FP) é a conexão entre o canal anal e a pele do períneo. É uma afecção incomum, com prevalência de 0,01%, entretanto, causa grande morbidade ao paciente. Acomete, principalmente, adultos jovens (homens 2:1 mulher). A forma de apresentação mais comum é a saída de secreção na região perineal (65%), mas dor local também é frequente. Acredita-se que até 90% das FPs sejam secundárias a infecção, obstrução e drenagem ineficaz das glândulas anais (hipótese criptoglandular). Os outros 10% dos casos resultam de outras causas, como doença de Crohn, tuberculose, diverticulite, infecção pélvica, trauma, câncer anorretal ou radioterapia. A ressonância magnética (RM) da pelve é o método de escolha para avaliação pré-operatória de FP, devido à sua habilidade de demonstrar pequenos

abscessos e trajetos fistulosos secundários, ambos fatores que contribuam para alta taxa de recorrência pós-operatória. Além disso, a RM pode ser usada para determinar as relações anatômicas da fístula e prever a probabilidade de incontinência fecal pós-operatória. A RM tem alta acurácia para detecção de FP (100% de sensibilidade e 86% de especificidade) e abscessos (96% de sensibilidade e 97% de especificidade). A atual classificação das FPs, descrita por Parks et al. e modificada por Morris et al., conhecida como Classificação do Hospital Universitário de St. James, é baseada na anatomia radiológica da pelve na RM. Tal classificação baseia-se na relação do trajeto fistuloso com o complexo esfíncteriano, integridade do esfíncter anal externo, presença de trajetos secundários ou abscessos e extensão cranial para a pelve. Grau 1 é uma fístula interesfíncteriana simples, que surge do canal anal, penetra o esfíncter interno, se estende do espaço interesfíncteriano até a pele sem envolver o esfíncter externo, sem trajeto secundário ou abscesso. Grau 2 é interesfíncteriana complicada por abscesso ou trajeto secundário. Grau 3 é uma fístula transesfíncteriana que surge do canal anal, penetra ambos os esfíncteres, se estende pelas fossas isquiorretais/anais até a pele, sem abscesso ou trajeto secundário. Grau 4 é transesfíncteriana complicada por abscesso ou trajeto secundário. Grau 5 é uma fístula acima do músculo elevador do ânus, que surge do canal anal, penetra ambos os esfíncteres, ascende para o espaço supraelevador, onde forma abscesso, descende de novo e se exterioriza na pele. O propósito do ensaio pictórico é demonstrar, através exames de RM da pelve realizados neste serviço nos últimos anos, os principais tipos de fístula perianal e suas complicações, como formação de abscesso e trajetos fistulosos secundários. Tal ensaio justifica-se pelo fato de que radiologistas devem estar familiarizados com os achados imagiológicos das fístulas perianais, visto a grande morbidade que tal afecção acarreta, tornando-se capazes de fornecer informações que permitam tratamento cirúrgico preciso, a fim de recorrência e complicações pós-cirúrgicas, notadamente incontinência fecal.

–323–

ENDOMETRIOSE PROFUNDA.

Carolina Corcino Maia; Rodolfo Elias Diniz Silva de Carvalho; Liliana Prata Souza; Érika Martins Baima; Lucas Tadeu Oliveira Menezes Macêdo; Ana Luiza Corcino Maia; Danielle Albani Coelho; Maria Angela Santos Nothaft.

Multiscan Imagem e Diagnóstico – Vitória, ES, Brasil.

E-mail: lucianofolador@gmail.com.

Endometriose é uma afecção ginecológica de grande morbidade, definida como presença de glândulas endometriais ectópicas e estroma fora do útero, afetando até 10% das mulheres na idade reprodutiva. Endometriose profunda é definida como invasão subperitoneal por lesões endometrióticas que excedem 5 mm de profundidade. Acomete principalmente a região retrocervical, ligamentos uterossacros, reto, septo retovaginal, vagina e trato urinário. É comumente associada a dismenorreia, dispareunia, dor pélvica e infertilidade. A teoria metastática é a mais aceita para explicar a etiologia da endometriose. Postula que a endometriose resulta de fluxo menstrual retrógrado com glândulas endometriais viáveis que se depositam sobre o peritônio e órgãos pélvicos. A teoria da metaplasia celômica sugere que células peritoneais diferenciam-se em células endometriais, uma vez que ambas derivam do epitélio celômico. Já a teoria de indução combina as primeiras duas para explicar a etiologia da endometriose. Ressonância magnética (RM) da pelve é um método com alta acurácia diagnóstica para endometriose, fornecendo informações para o tratamento dos focos endometrióticos profundos. Implantes endometrióticos podem apresentar diferentes características imagiológicas, dependendo da es-