

Figura 18. Por vezes o líquido pleural pode se acumular na cissura assumindo forma arredondada, nodular, o que pode ser mal interpretado como possível tumor. A imagem em perfil é útil nestes casos, pois permite evidenciar a localização cissural deste achado. Estes casos são denominados “tumores fantasmas”, uma vez que desaparecem com a resolução do quadro congestivo.

fragma em vez da imagem do menisco curvo. Para diferenciar o derrame subpulmonar da elevação do diafragma deve-se observar a distância entre a bolha gástrica e a cúpula do diafragma, que geralmente estão em contato íntimo¹².

Pneumotórax

Nesta condição clínica, além das incidências em PA e perfil, o decúbito lateral com o lado afetado para cima pode ajudar no diagnóstico. Nos casos de pneumotórax de pequeno volume é útil a realização da radiografia expirada para facilitar a visualização da linha da pleura visceral¹³.

O pulmão parece estar deslocado da parede torácica, não havendo trama vascular em sua periferia. O sinal do sulco profundo é um importante sinal, visto que pode ser o único indício da presença de ar no espaço pleural¹³. Pacientes com pneumotórax em posição ortostática tem o ar pleural preferencialmente ocupando as regiões súpero-laterais do hemitórax, sendo a sua visualização relativamente facilitada. No entanto, pacientes em posição supina têm o ar desvia-

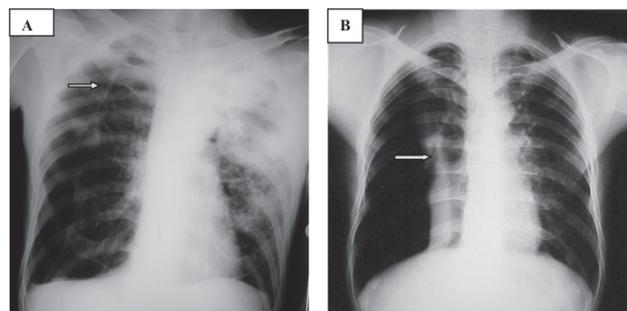


Figura 19. Radiografia de tórax em AP mostrando dois casos de pneumotórax. As setas mostram as linhas de pleura visceral.

do para regiões mais basais e mediais, dificultando a sua visualização. O sinal descrito ocorre justamente na posição supina e representa a hiperlucescência e aprofundamento do ângulo costofrênico¹³.

Dissecção de aorta

A radiografia simples de tórax geralmente não fornece grandes informações nos casos de dissecção de aorta. O achado mais comum é o alargamento de mediastino inespecífico, que, porém, aparece em apenas 35% dos casos¹⁴. O contorno aórtico anormal (sinal do duplo contorno) e sinais de derrame pericárdico ou pleural são possíveis, no entanto menos frequentes.



Figura 20. Radiografia de tórax em PA mostrando alargamento de mediastino, em caso de dissecção de aorta.

Congestão pulmonar

Quando há aumento da pressão pulmonar, as margens dos vasos passam a ter limites mal definidos devido ao extravasamento de líquido para o interstício, os vasos dos ápices ficam mais alargados e a circulação é visível até a periferia^{11,15}. Ocorre também o aumento difuso da radiodensidade nas regiões hilares. O septo interlobular pode se espessar com o acúmulo de líquido e surgem linhas curtas, horizontais e perpendiculares à pleura, as “linhas de Kerley”, que indicam edema intersticial^{11,15}. Quando existe edema alveolar, os vasos pulmonares podem não ser mais vistos, porque o pulmão adquire densidade de líquido, que é a mesma densidade dos vasos.

Aumento de câmaras cardíacas

O aumento do átrio direito é praticamente impossível de ser visualizado, uma vez que raramente acontece isoladamente. Ele pode aumentar na presença de hipertensão pulmonar ou na insuficiência tricúspide,

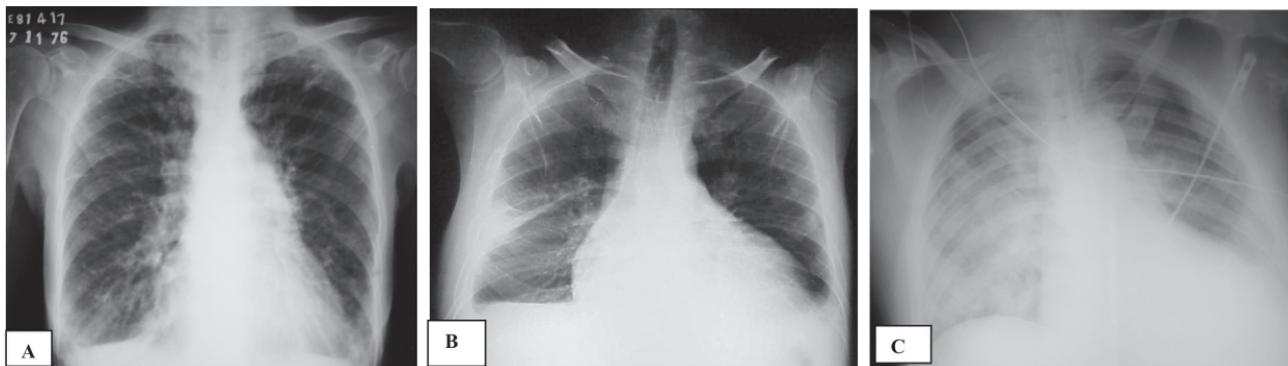


Figura 21. Radiografia de tórax em AP mostrando em A acentuação da trama vascular em ápices e até a periferia. É possível ver também um aumento do tronco da artéria pulmonar. Em B é possível a visualização não apenas da alteração vascular, mas também o aumento da área cardíaca e um derrame cistural à direita. E em C caso mais grave de congestão pulmonar com acometimento alveolar.

porém nestas condições o aumento do ventrículo direito predomina, impedindo a definição do átrio¹⁴. O aumento do ventrículo direito apresenta como sinais clássicos o coração em forma de bota e o preenchimento do espaço retroesternal^{3,14}. Uma vez que em adultos é raro o aumento desta câmara sem o acometimento simultâneo do ventrículo esquerdo, a forma de bota nem sempre é identificada. O preenchimento do espaço retroesternal ocorre, pois o aumento do ventrículo direito se faz superiormente, lateralmente e posteriormente^{3,14}. No perfil de pacientes normais o coração ocupa menos de 1/3 do espaço retroesternal. Caso haja o preenchimento de mais da metade deste espaço, isso representa um sinal claro do aumento do ventrículo direito. Entram como diagnóstico diferencial nestes casos adenomegalias retroesternais, tumores de mediastino, como linfomas e timomas, e o aumento da aorta ascendente ou da artéria pulmonar. Vários sinais clássicos definem o aumento do átrio esquerdo. O primeiro é o aumento da aurícula esquerda, que é identificado quando da visualização de uma convexidade entre a artéria pulmonar esquerda e a borda do ventrículo esquerdo, local onde normalmente teríamos uma concavidade^{3,14}. O segundo sinal é a mudança do ângulo da carina devido à elevação do brônquio fonte esquerdo. O terceiro é o sinal do duplo contorno, que aparece nos grandes aumentos desta câmara, e é identificado com a presença de uma dupla densidade na sombra cardíaca, vista ao PA, à medida que o átrio esquerdo cresce para a direita. O último sinal é o aumento posterior da câmara visto ao perfil. O aumento do ventrículo esquerdo, por sua vez, é caracterizado por um aumento proeminente do ápice cardíaco para baixo, distinguível da disposição transversa vista com o aumento do ventrículo direito¹⁴. O aumento do ventrículo esquerdo também pode ser visto no perfil com a dilatação do terço inferior da margem posterior do coração.

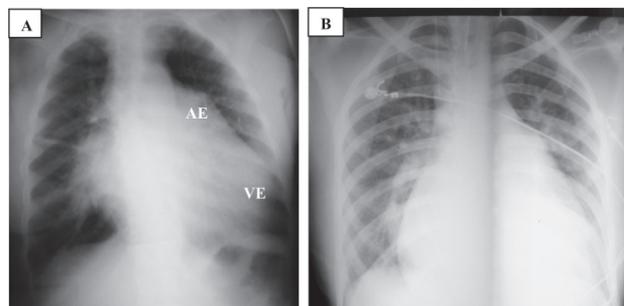


Figura 22. Radiografia de tórax em AP mostrando em A aumento de átrio e ventrículo esquerdos, e em B aumento difuso de câmaras cardíacas. AE - átrio esquerdo; VE - ventrículo esquerdo.

Derrame pericárdico

Apresenta-se como um aumento difuso da imagem cardíaca, classicamente com a forma de “coração em moringa”, no entanto esta apresentação não é patognomônica desta condição clínica.

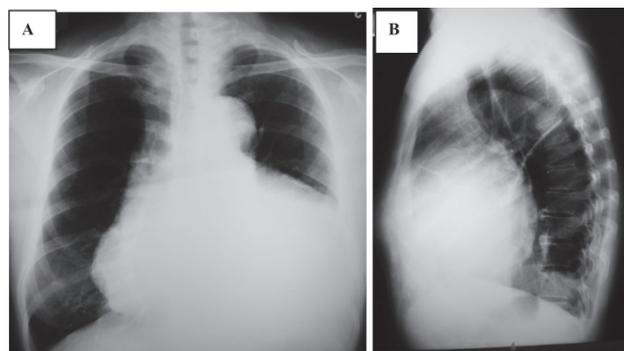


Figura 23. Radiografia de tórax em PA (A) e perfil (B) mostrando imagem de “coração em moringa” em um caso de tamponamento cardíaco.