ANGIOTOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA TORÁCICA

TÉCNICA:

Aquisição volumétrica helicoidal / multislice, após a injeção venosa do meio de contraste iodado não-iônico. Realizadas reconstruções multiplanares e tridimensionais.

ANÁLISE:

Controle de tromboembolismo pulmonar crônico. Discreta falha de enchimento parcial com características crônicas na artéria pulmonar lobar inferior esquerda. Ramos segmentares recanalizados.

Associa-se a aumento do calibre da artéria pulmonar (3,4 cm) e da veia cava superior.

Mínimo espessamento / derrame pleural bilateral, mais evidente à direita.

Aumento do volume cardíaco. Exuberante ateromatose coronária.

Sinais de manipulação cirúrgica na raiz da aorta, com prótese no segmento tubular ascendente. Pequena lobulação na parede anterior da aorta, junto à sua anastomose proximal. Endoprótese neste local, que se estende até o terço anterior do arco aórtico, imediatamente proximal à emergência do tronco braquiocefálico. Prótese pérvia, sem sinais de vazamentos ou outras complicações

Sinais de dissecção crônica tipo A (de Stanford), que se estende desde o local da manipulação cirúrgica na raiz da aorta, por toda a aorta tóraco-abdominal incluída no estudo. A dissecção é acompanhada de dilatação, que se inicia logo após o término da endoprótese e atinge calibre máximo de 4,7cm. Sinais de trombose da falsa luz, sem opacificação detectável.

Achados adicionais:

Endoprótese na aorta abdominal, parcialmente incluído no estudo. Há stent pérvio na origem da artéria renal direita. Oclusão do tronco celíaco.

Tireoide heterogênea com componente mergulhante mediastinal.

Extenso enfisema pulmonar.

Atelectasias laminares / estrias residuais nas bases pulmonares.

Espondilose dorsal. Desmineralização óssea difusa. Fratura impactada antiga no colo umeral direito. Esternossíntese metálica.

Em relação ao exame do dia 27/10/2011, notam-se reabsorção quase total das falhas de enchimento nos ramos da artéria pulmonar esquerda. Não há sinais de TEP agudo.