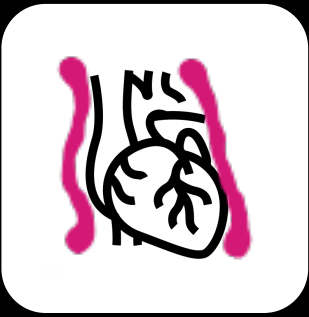
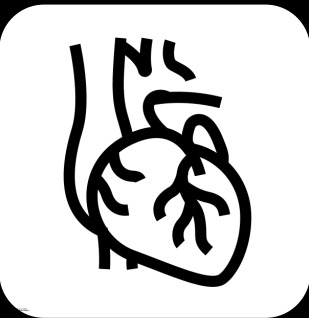


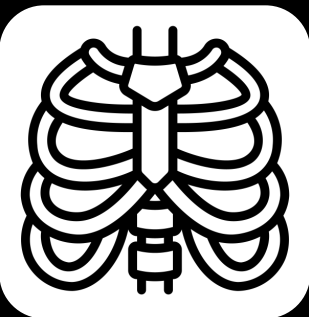
DOR TORÁCICA LOCALIZADA - INTRODUÇÃO



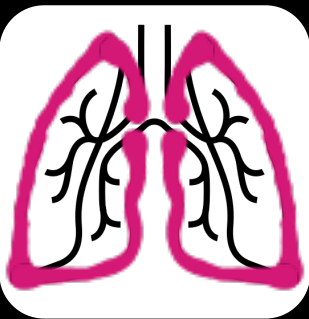
CAUSAS MEDIASTINAIS



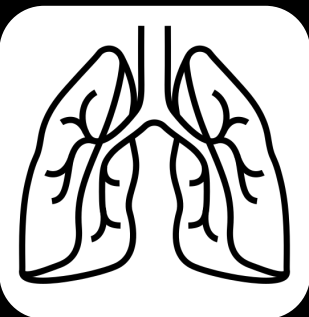
CAUSAS CARDÍACAS



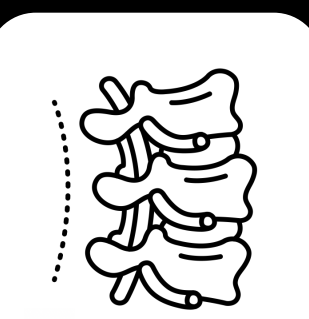
CAUSAS RELACIONADAS À PAREDE TORÁCICA



CAUSAS PLEURAIAS

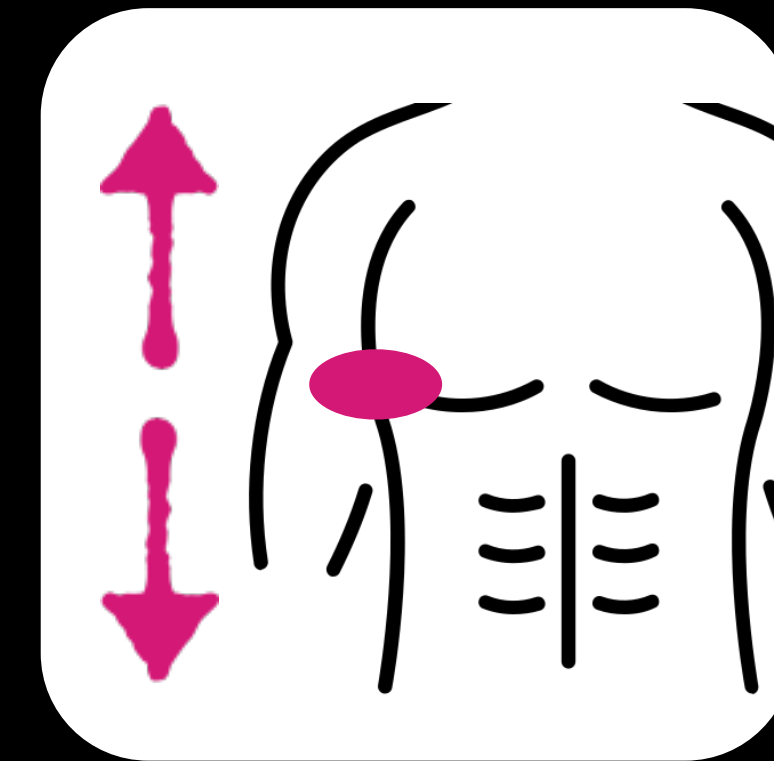


CAUSAS PULMONARES

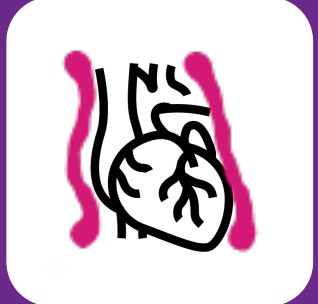


CAUSAS RELACIONADAS À COLUNA VERTEBRAL

- O posicionamento **rotineiro** de um marcador cutâneo em todos os casos de dor torácica localizada pode ser extremamente útil no cenário de emergência para a detecção de uma possível causa.
- É fundamental usar materiais facilmente visíveis mas que não sejam densos o suficiente para causar artefatos de endurecimento dos feixes de raios-x!

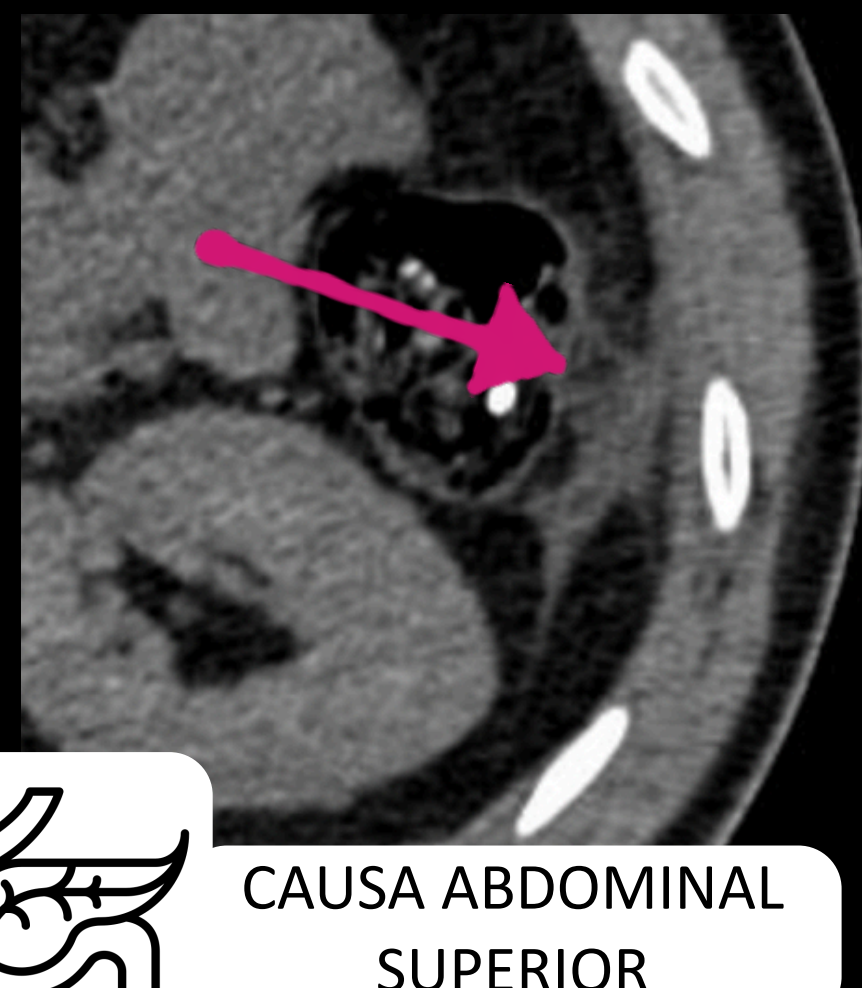
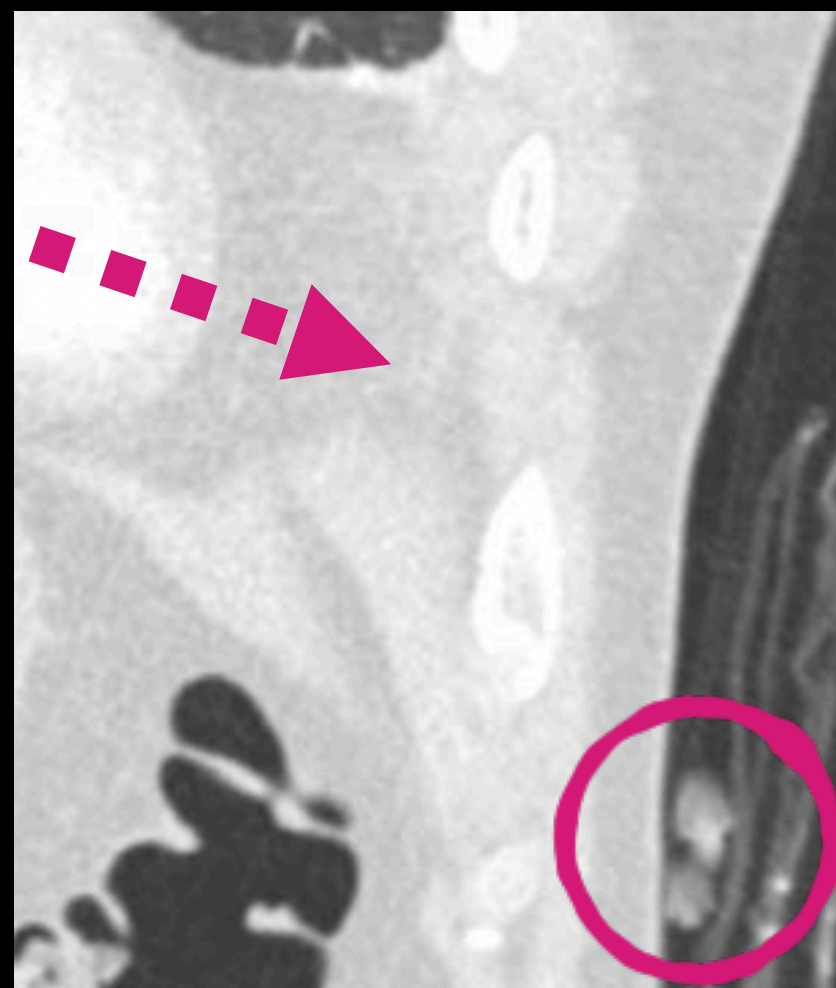
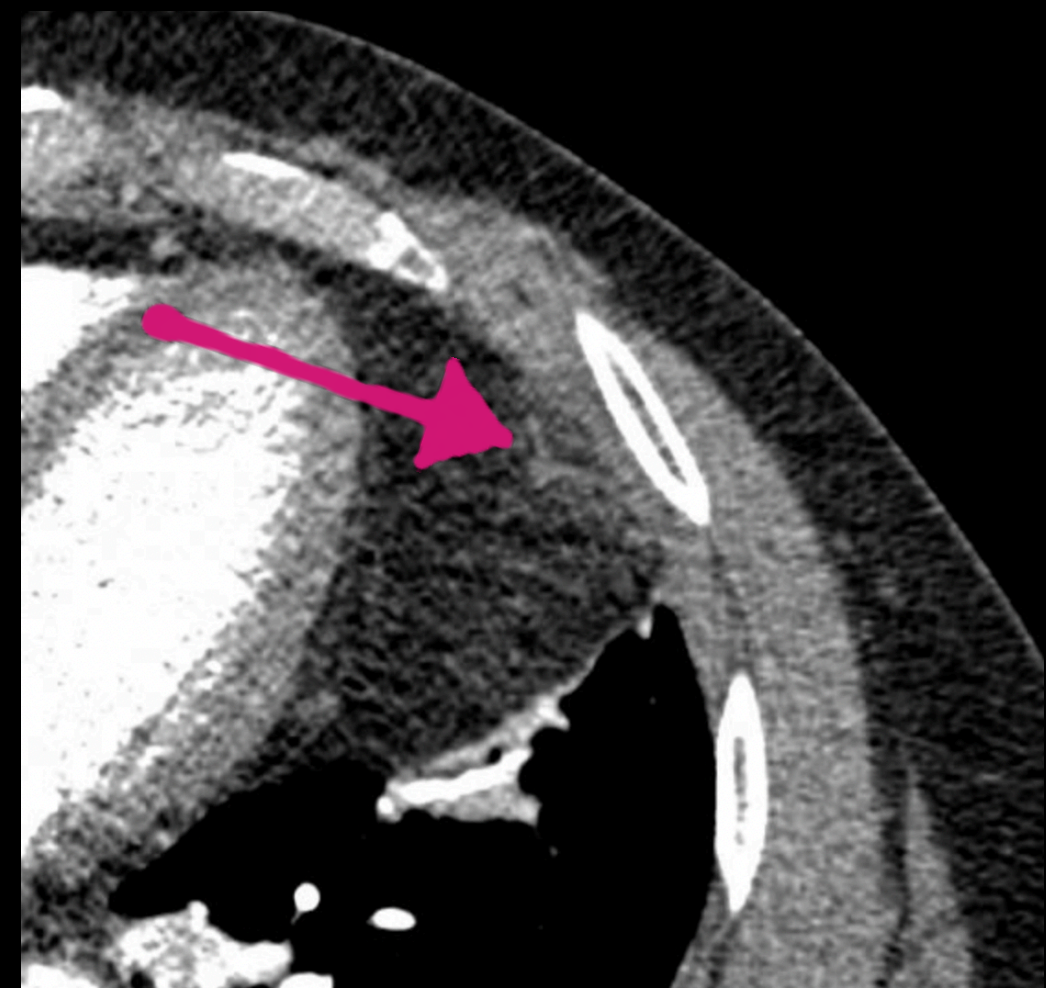


- O paciente pode não conseguir referir a topografia da dor com grande precisão, por isso é uma boa prática olhar não apenas para a vizinhança imediata do marcador, mas para uma região mais ampla ao seu redor.



NECROSE DA GORDURA MEDIASTINAL

Condição autolimitada causada pela torção do pedículo vascular de uma ilhota adiposa, causando necrose e dor.



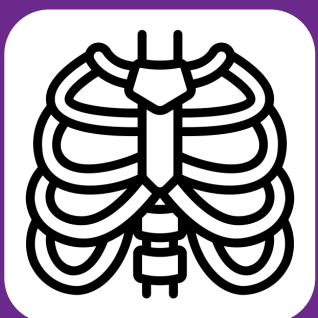
CAUSA ABDOMINAL SUPERIOR



- *Giassi et al.* encontraram retrospectivamente 11 casos de necrose da gordura mediastinal em 426 pacientes (2,58%) que realizaram TC por dor torácica aguda.
- Manifesta-se como dor torácica pleurítica aguda em indivíduos previamente saudáveis, potencialmente mimetizando processos cardiopulmonares agudos. O eletrocardiograma e painel laboratorial geralmente são normais, com elevação inespecífica da proteína C reativa.

Homem de 54 anos com dor torácica anterolateral localizada à esquerda. Nota-se imagem ovoide (seta) com linha central no coxim adiposo epipericárdico e densificação dos planos adiposos adjacentes, compatível com necrose da gordura mediastinal. A janela pulmonar à direita mostra a posição do marcador cutâneo (círculo) em relação à lesão (seta pontilhada).

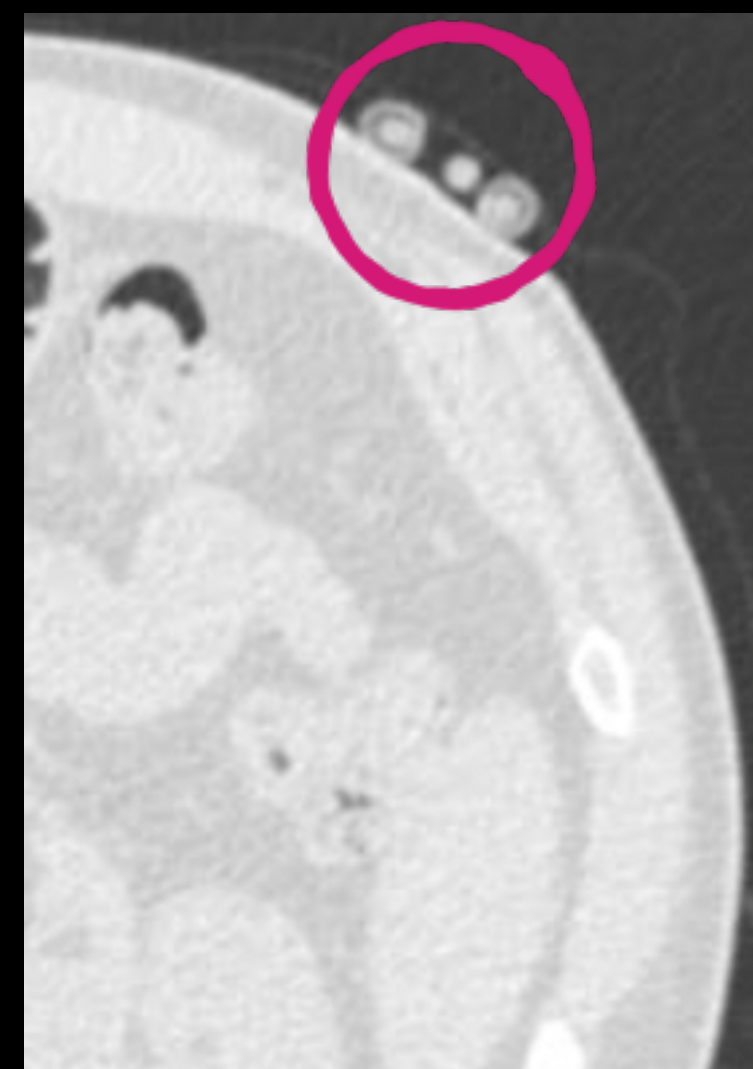
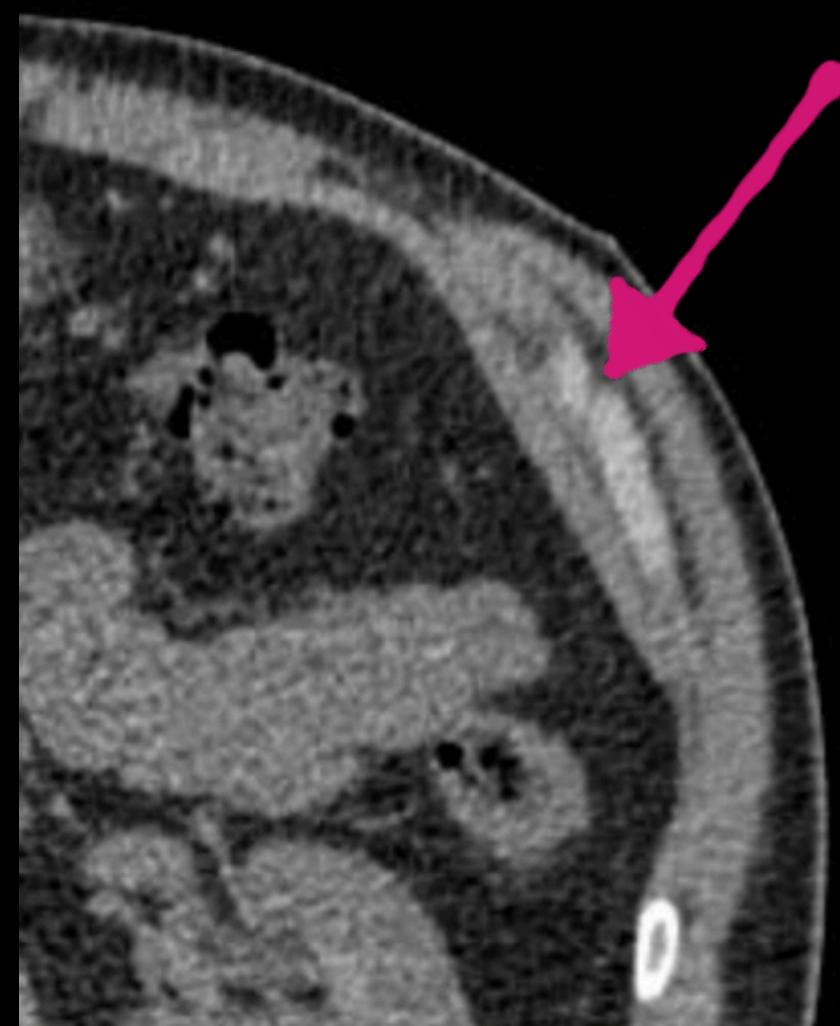
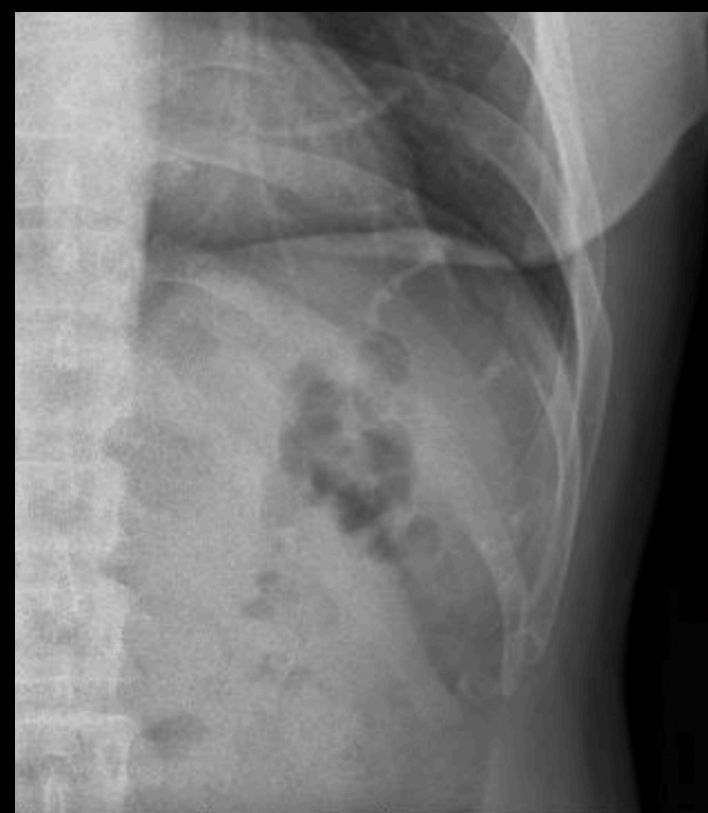
Homem de 40 anos com queixas semelhantes de dor torácica anterolateral localizada à esquerda. A mesma imagem ovoide (seta) com linha central e densificação dos planos adiposos adjacentes aparece desta vez na borda antimesentérica da flexura esplênica, compatível com apendagite epiploica, condição análoga que surge na gordura epiploica. A imagem da janela pulmonar à direita mostra a posição do marcador cutâneo (círculo) alguns cortes acima da lesão.



CAUSAS RELACIONADAS À PAREDE TORÁCICA

FRATURA DE CARTILAGEM COSTAL

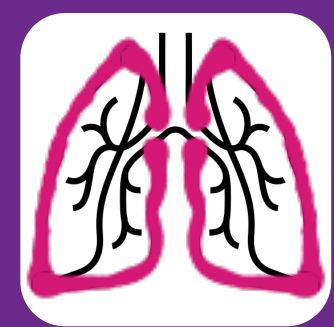
Ruptura da cartilagem costal na parede torácica anterior, muitas vezes após trauma torácico fechado.



- Geralmente relacionada a trauma contuso / de alta energia; esportes de contato são uma causa bem descrita.
- Pode facilmente passar despercebido na TC/RM inicial se não for pesquisado ativamente; não são vistos na radiografia convencional.
- Geralmente vêm em associação com outras lesões, como fraturas de costelas (contribuindo para instabilidade torácica), pneumotórax, hemotórax e lesão aórtica.

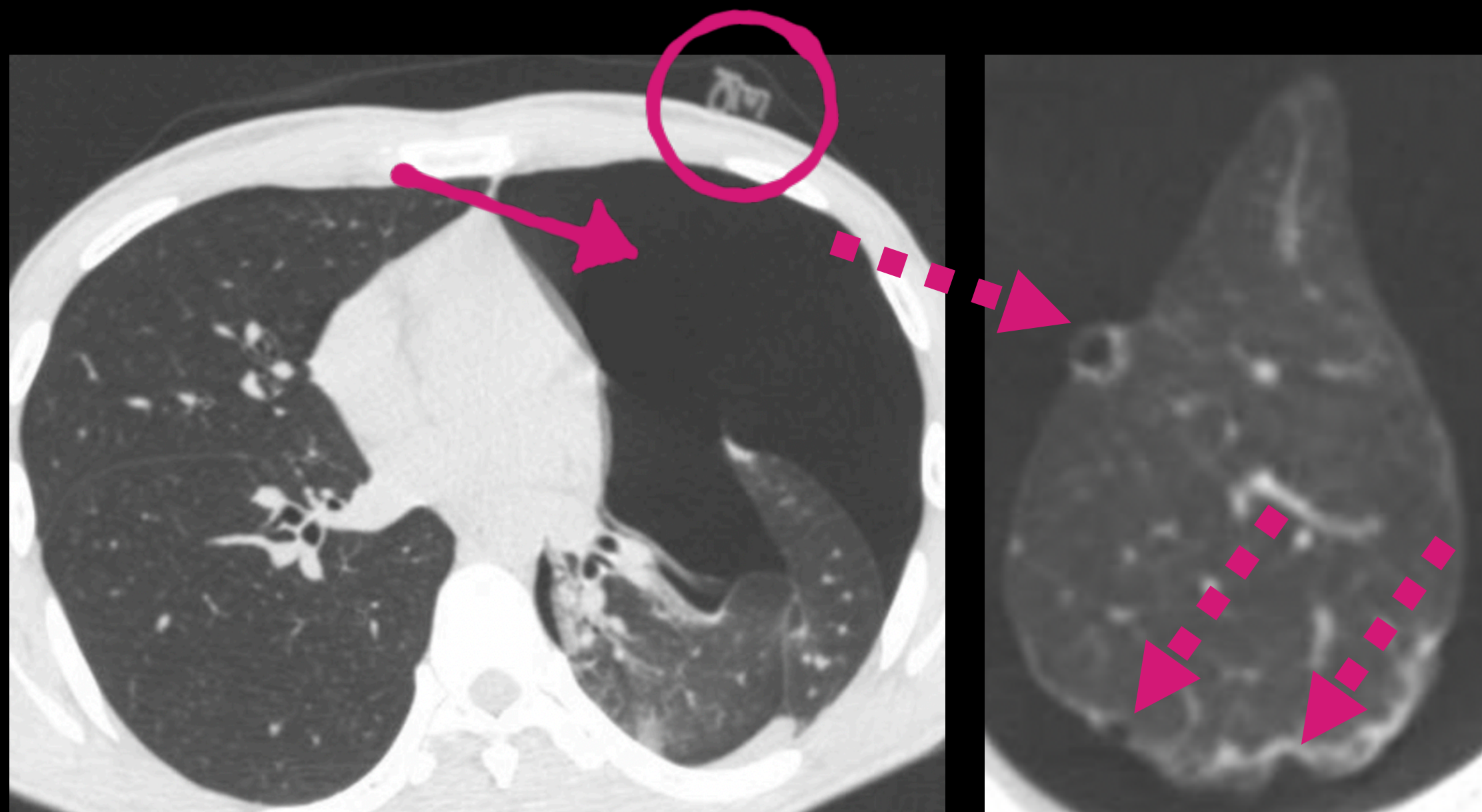
Homem de 49 anos apresentando dor localizada em hemitórax anterior esquerdo após trauma contuso na prática de Jiu Jitsu. A radiografia de tórax não apresentava achados dignos de nota. À tomografia, nota-se descontinuidade da 10^a cartilagem costal esquerda (seta), com leve desvio interno do fragmento distal. O marcador cutâneo (círculo) é visualizado na janela pulmonar, apenas alguns cortes acima desta descontinuidade.

Nummela, M. T., Bensch, F. V., Pyhältö, T. T., & Koskinen, S. K. (2018). Incidence and Imaging Findings of Costal Cartilage Fractures in Patients with Blunt Chest Trauma: A Retrospective Review of 1461 Consecutive Whole-Body CT Examinations for Trauma. *Radiology*, 286(2), 696-704. doi:10.1148/radiol.2017162429



PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO

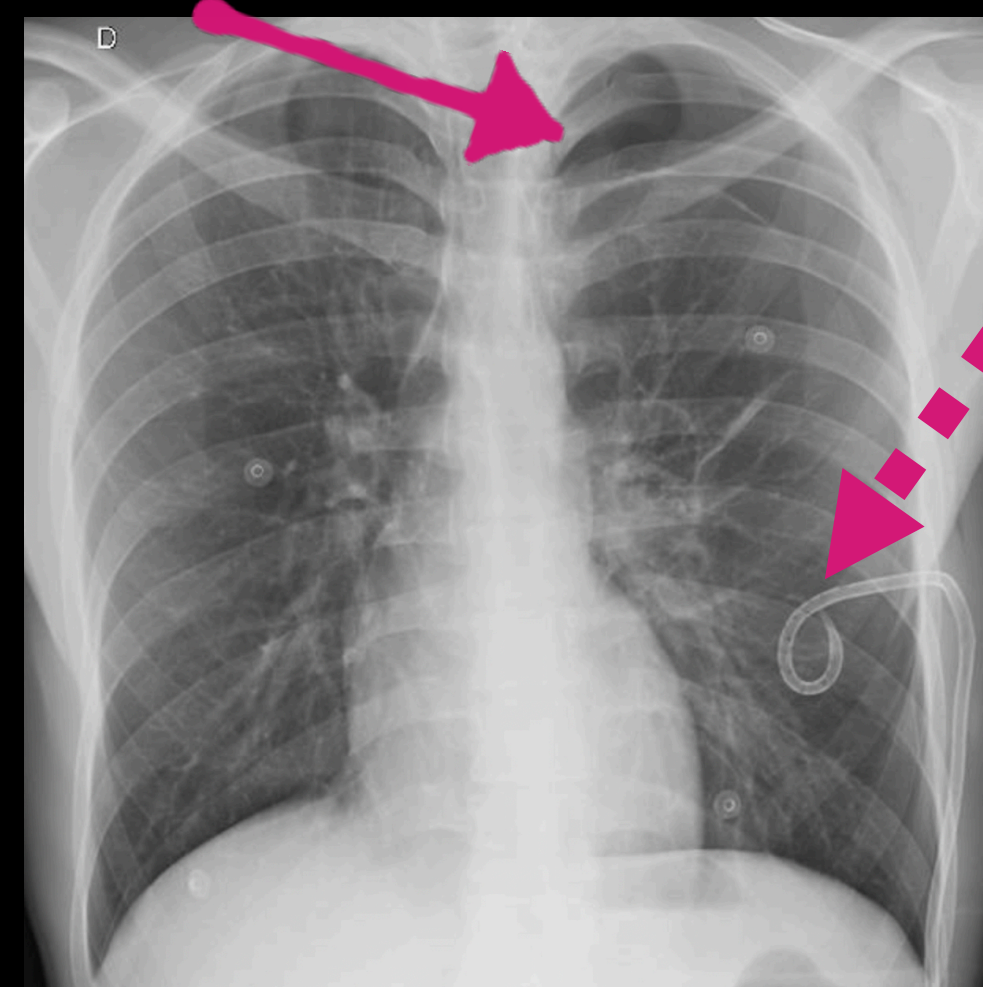
Entrada repentina de ar no espaço pleural, geralmente devido à rotura de uma bolha subpleural.



Homem de 24 anos apresentando dor em hemitórax anterior esquerdo na topografia do marcador cutâneo (círculo) devido a pneumotórax volumoso (seta) em consequência da rotura espontânea de bolhas subpleurais (seta pontilhada), algumas das quais apresentam descontinuidade e comunicação com o espaço pleural.



- Mais comum em homens.
- Tipicamente em pacientes longilíneos e tabagistas.
- Quadro clínico:
 - Dor torácica súbita, com resolução espontânea em até 24h;
 - Dispneia;
 - pneumotórax maiores mostram murmúrio vesicular diminuídos ou ausentes à ausculta, frêmitos táteis e percussão hipertimpânica.
 - O pneumotórax hipertensivo é raro no contexto de rotura espontânea de bolha subpleural.



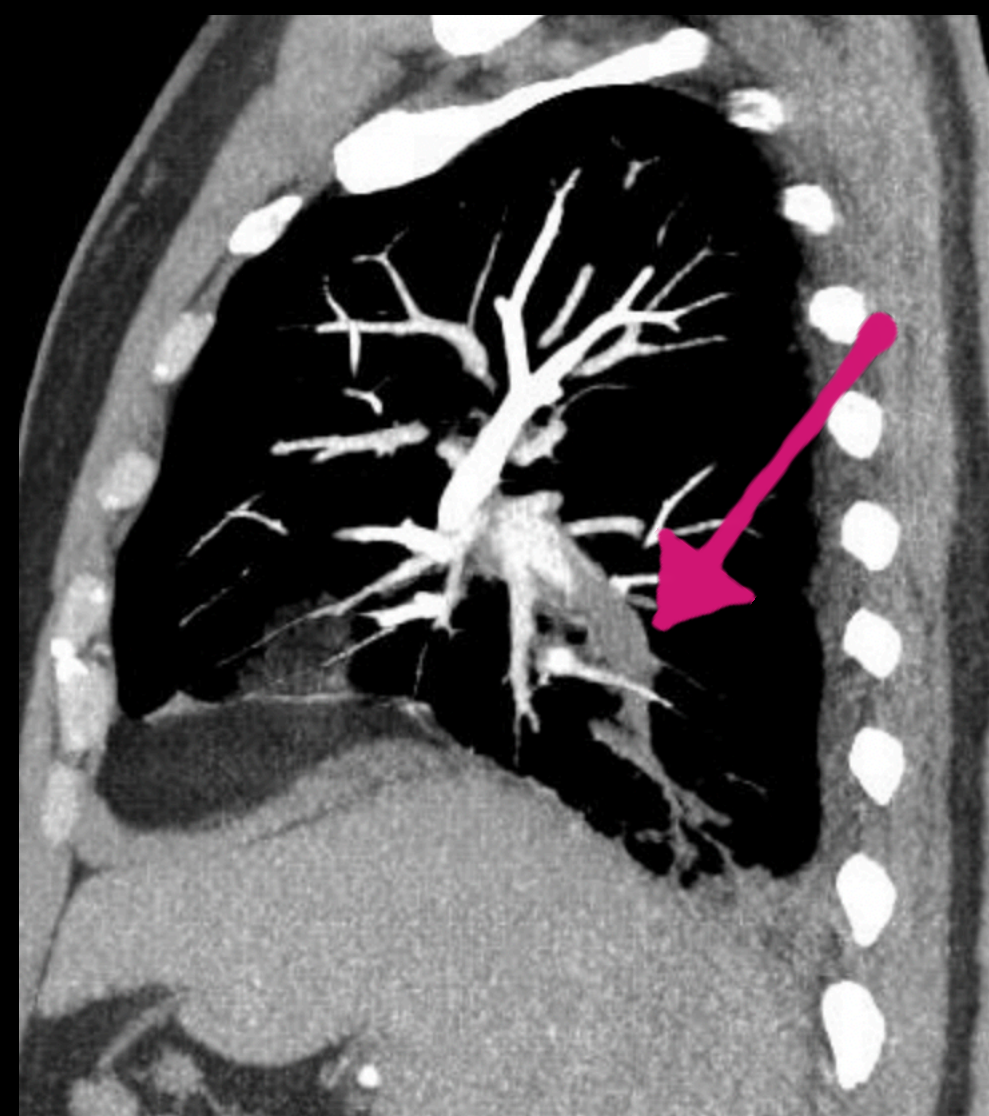
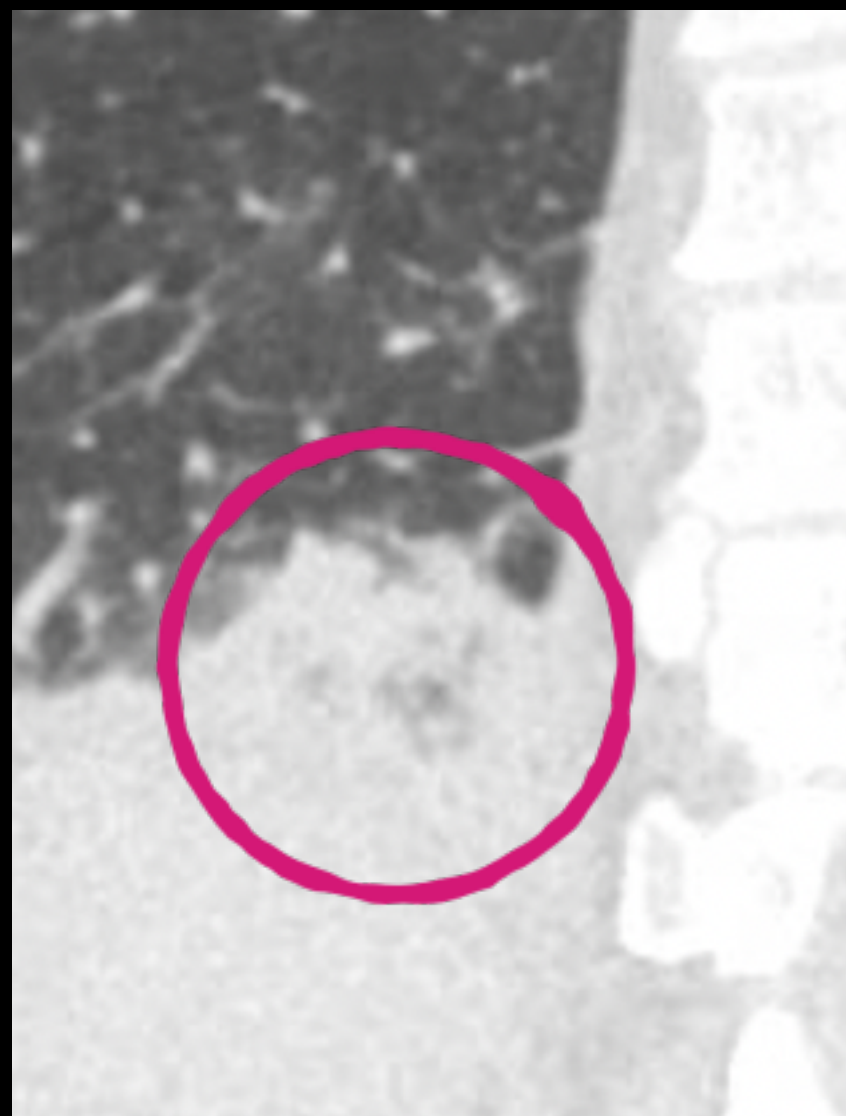
Mesmo caso após colocação de dreno torácico (seta pontilhada) no espaço pleural esquerdo, ainda com pneumotórax residual no ápice esquerdo (seta).



CAUSAS PULMONARES

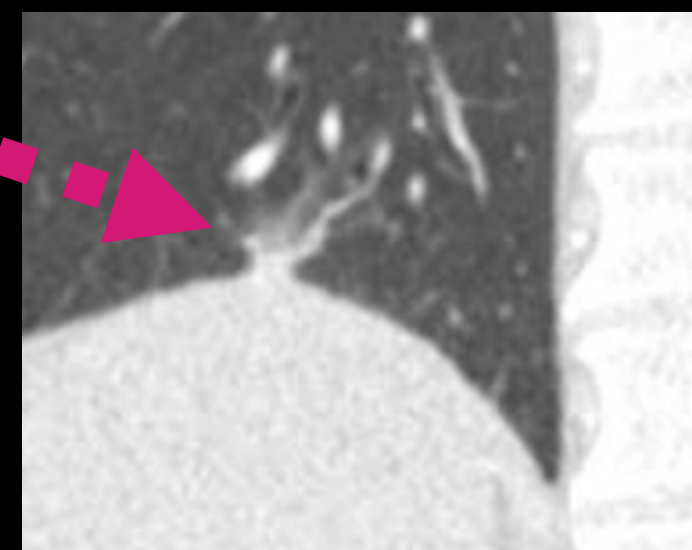
INFARTO PULMONAR

Isquemia do parênquima pulmonar, geralmente devido à interrupção súbita do fluxo sanguíneo por tromboembolismo pulmonar (TEP).



- TEPs são a causa mais comum; é mais provável de acontecer com TEPs de ramos subsegmentares distais do que com ramos centrais.
- A dupla perfusão do pulmão (em combinação com as artérias brônquicas) parece ser um fator de proteção; ainda assim, os infartos ocorrem em 10-50% dos casos de TEP, com uma taxa de mortalidade de 28%.
- A área infartada é progressivamente substituída por fibrose, visível na TC ao longo dos meses seguintes ao evento precipitante.
- Pode apresentar hemoptise e dor torácica pleurítica.

Homem de 56 anos apresentando dor localizada no hemitórax posteroinferior direito. A TC de tórax sem contraste mostrou opacidade subpleural periférica com halo mais denso e reticularidade central (sinal do halo - círculo), sugerindo infarto pulmonar. Angio-TC arterial de tórax foi realizada na propedêutica de TEP, demonstrando falha de enchimento em artéria segmentar direcionada ao lobo basal posterior direito (seta).



Opacidades lineares e retráteis (seta pontilhada) na topografia de infarto pulmonar prévio no mesmo paciente, 15 meses após o evento, demonstrando fibrose residual. A angio-TC arterial de tórax mostrou recanalização parcial dos defeitos de preenchimento.