

APRENDENDO COM OS ERROS: EMERGÊNCIAS EM CABEÇA E PESCOÇO

- Mais de 1 bilhão de exames radiológicos são realizados mundialmente a cada ano.
- A prevalência de erros na radiologia diagnóstica está em torno de 3-5%.
- Renfrew listou suas causas em uma classificação (posteriormente revisada por Kim e Mansfield), com base em erros revisados em conferências de discussão de casos.

Fatores complicadores no departamento de emergência:

- Menos tempo para preparar o relatório e discutir o caso com colegas
- Condição clínica do paciente pode evoluir rapidamente
- Dependência do relatório radiológico para tomar medidas imediatas de acordo com as descobertas de imagem



Figura 1. TC das órbitas de um paciente com ptose súbita à esquerda. Sabendo da queixa clínica e raciocinando sobre suas causas, o radiologista poderia procurar ativamente pelo aneurisma da Artéria Carótida Interna (ACI), caso não fosse identificado na primeira leitura.

Saber porque é que os erros acontecem é o primeiro passo para os evitá-los!
Trazemos uma série de casos radiológicos de emergência em cabeça e pescoço para discussão.

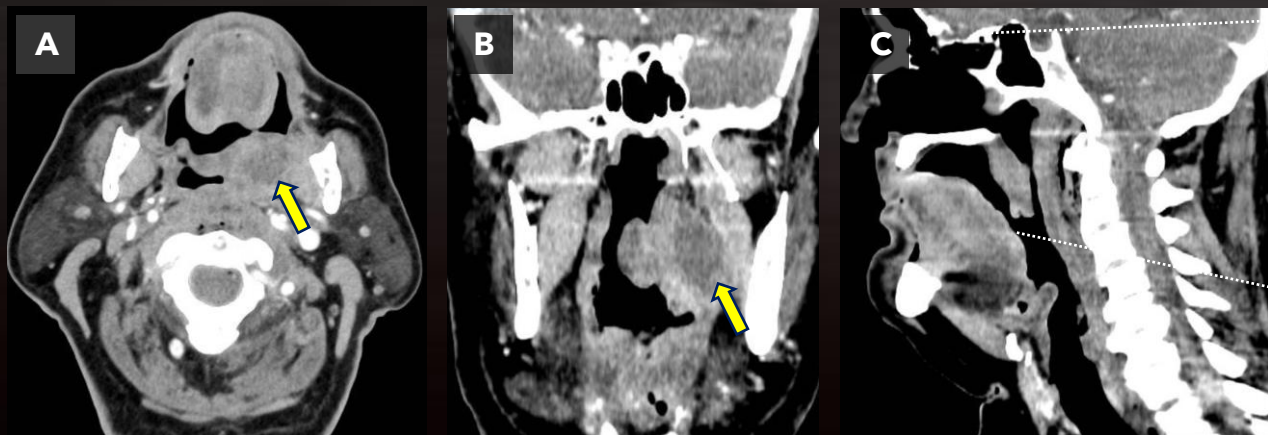
Classificação de Renfrew (revisada por Kim and Mansfield em 2014)

1. **Complacência:** descoberta identificada mas atribuída a uma causa incorreta
2. **Raciocínio incorreto:** achado identificado como anormal mas atribuído a uma causa errada
3. **Falta de conhecimento:** achado identificado mas atribuído a uma causa incorreta por falta de conhecimento
4. **Subleitura:** anormalidade não detectada que era visível em retrospectiva
5. **Comunicação deficiente:** achado identificado como anormal mas comunicação deficiente ao clínico relevante
6. **Técnica:** a anomalia não foi identificável (mesmo em leitura retrospectiva) devido a uma técnica deficiente
7. **Exame prévio:** a não revisão de exames de imagem anteriores resulta na não identificação de um achado
8. **História:** achado não identificado devido a informação clínica incompleta
9. **Localização:** achado não identificado por estar fora da região de interesse
10. **Satisfação da procura:** não se encontrou um achado subsequente após a detecção da anomalia inicial
11. **Complicação:** mais frequentemente em procedimentos de intervenção
12. **Satisfação do relatório:** confiança excessiva no relatório anterior

CASO #1

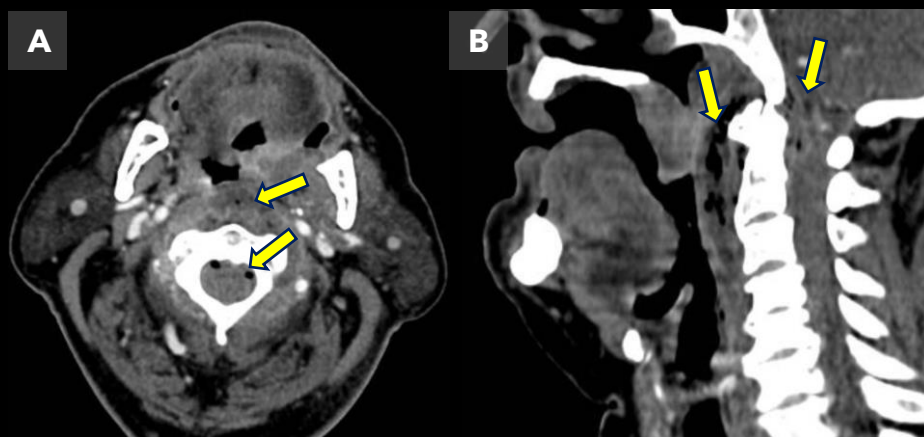
Homem, 69 anos. Odinofagia e dor cervical posterior há 6 dias.

Figura 2. Primeira TC do pescoço nos cortes axial (A), coronal (B) e sagital (C) mostra uma área hipotenuante na topografia da tonsila palatina esquerda.

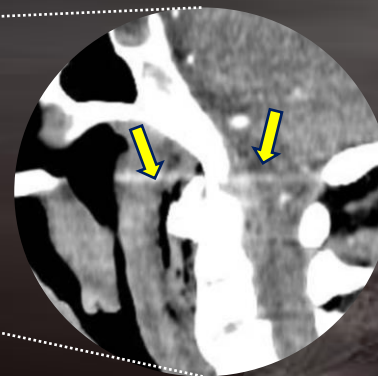


Laudo: abscesso periamigdaliano → Submetido a drenagem.
Evolução: 5 dias depois, o paciente apresentou piora da dor no pescoço.

Figura 3. Nova TC do pescoço foi realizada 5 dias depois, por piora dos sintomas.



APRENDENDO COM O CASO



A nova TC (Figura 3) mostrou mais claramente a existência de uma coleção perivertebral, focos gasosos no canal vertebral e compressão da medula espinal, porém, os achados já poderiam ter sido vistos na primeira TC (Figura 2C).

DIAGNÓSTICO: Abscesso periamigdaliano complicado com abscesso epidural.

Onde falhamos?

- Subleitura / Alteração não identificada
- Falha em valorizar a queixa clínica (dor cervical posterior)
- Satisfação em encontrar a primeira anormalidade

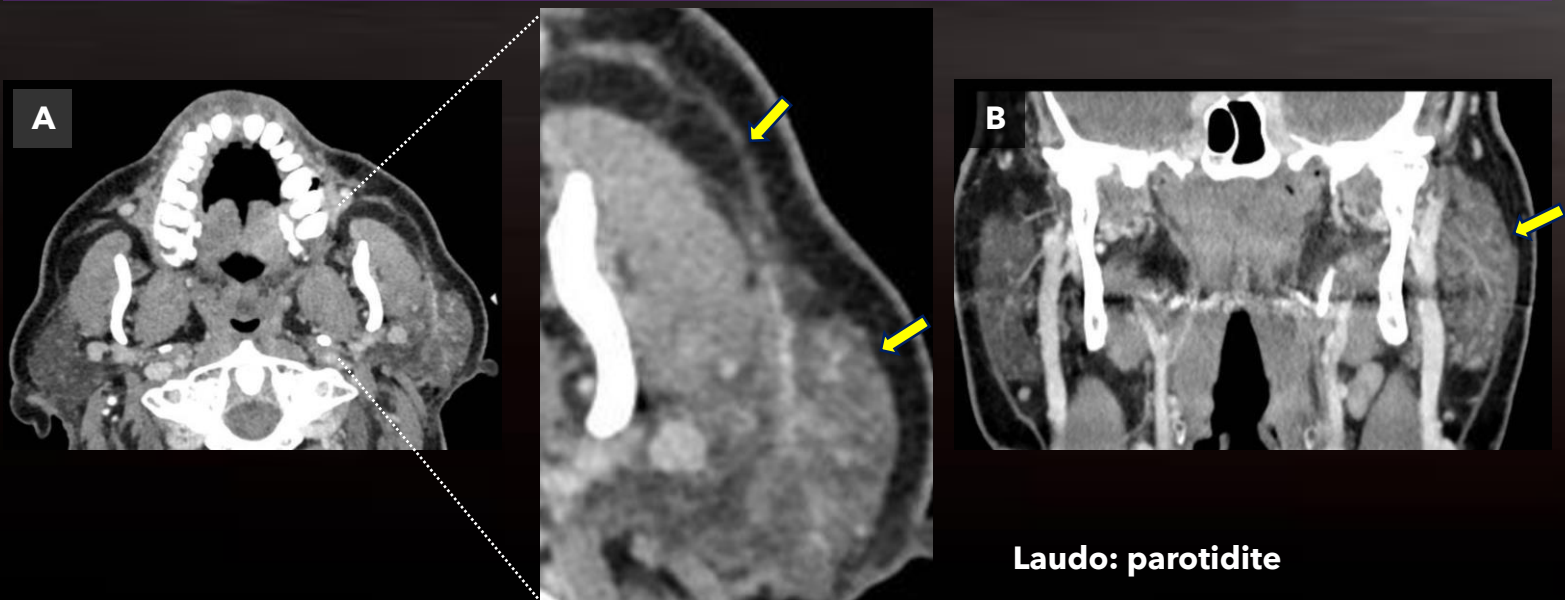
MENSAGEM PARA CASA

- Pense nas possíveis complicações de um achado e busque ativamente por elas
- Valorize os dados clínicos
- Avalie o exame em todos os planos, filtros e janelas

CASO #2

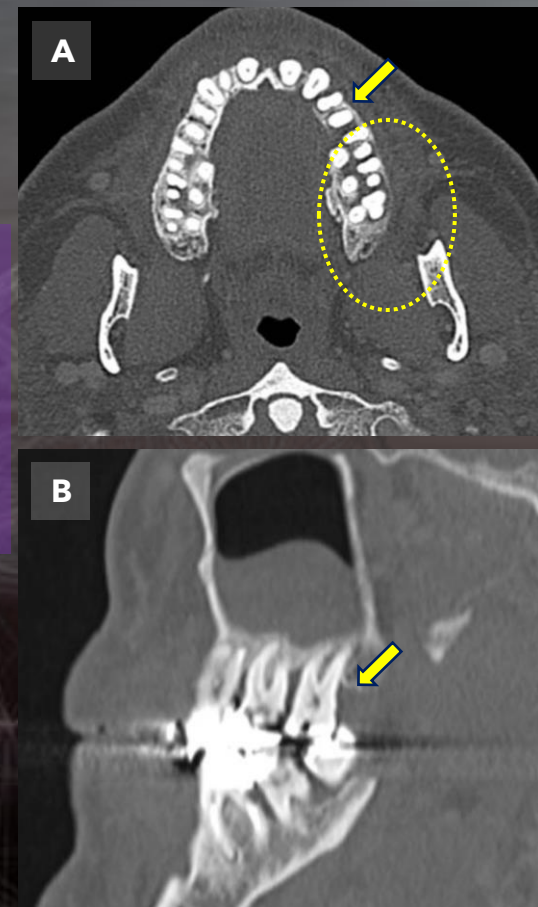
Homem, 65 anos. Abaulamento na hemiface esquerda há 2 dias.

Figura 4. TC da face nos cortes axial (A) e coronal (B) mostra alargamento da parótida esquerda e espessamento do ducto parotídeo principal ipsilateral.



Laudo: parotidite

Figura 5. TC da face. Janela óssea nos cortes axial (A) e sagital (B) mostra rarefação da maxila ao redor do dente.



APRENDENDO COM O CASO



Não havia cálculo no ducto parotídeo. A janela óssea mostrou envolvimento periodontal (a provável origem do processo inflamatório que se estendeu para o ducto parotídeo e levou à parotidite).

DIAGNÓSTICO:
Parotidite de origem dentária

Onde erramos?

- Achado (parotidite) não atribuído a nenhuma causa
- Satisfação em encontrar a primeira anormalidade
- Subleitura / Alteração não identificada

MENSAGEM PARA CASA

- Pense se existe lógica no achado (paciente idoso com parotidite unilateral sem cálculo?)
- Olhe para as estruturas adjacentes
- Novamente: avalie o exame em todos os planos, filtros e janelas

CASO #3

Homem, 39 anos. Cefaleia e congestão nasal há 2 dias. Dor retro-orbitária e piora da cefaleia há 12 horas.

Figura 6. TC do crânio e seios da face. Nota-se espessamento mucoso do trabeculado etmoidal.

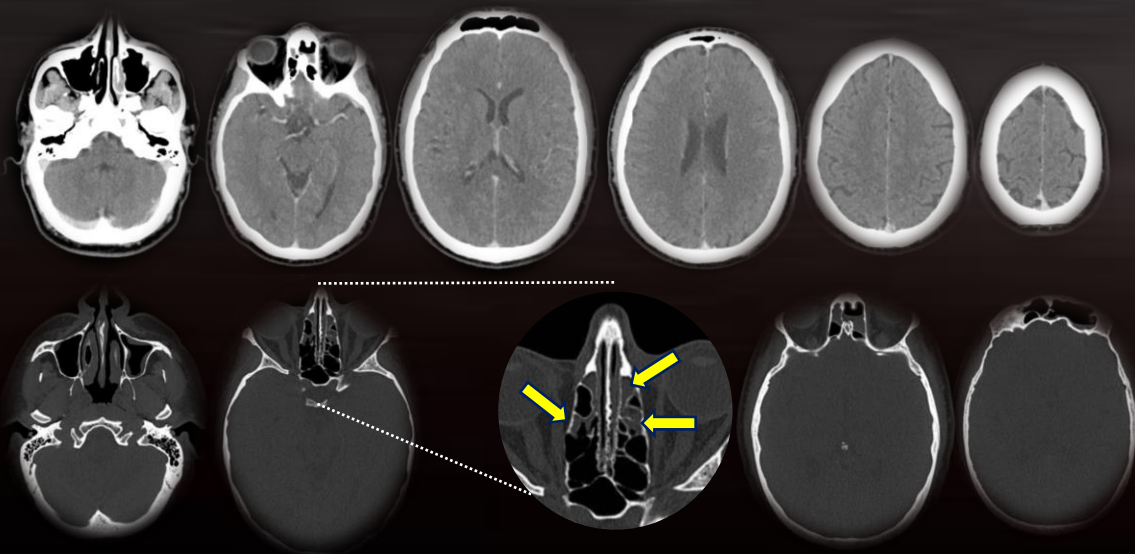
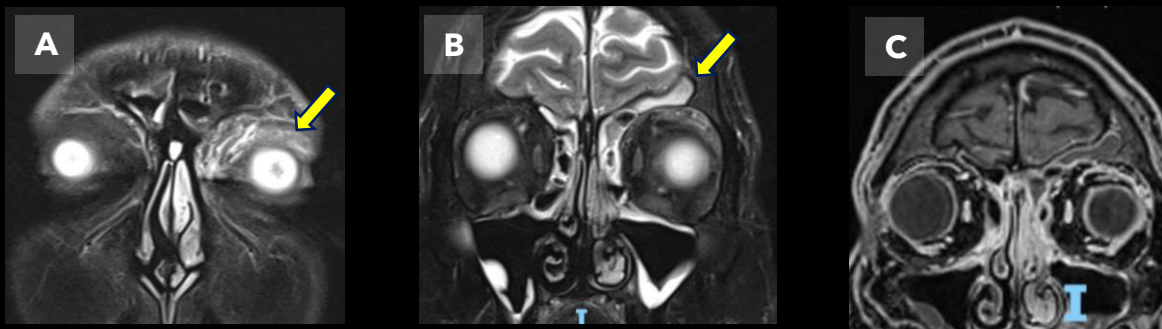


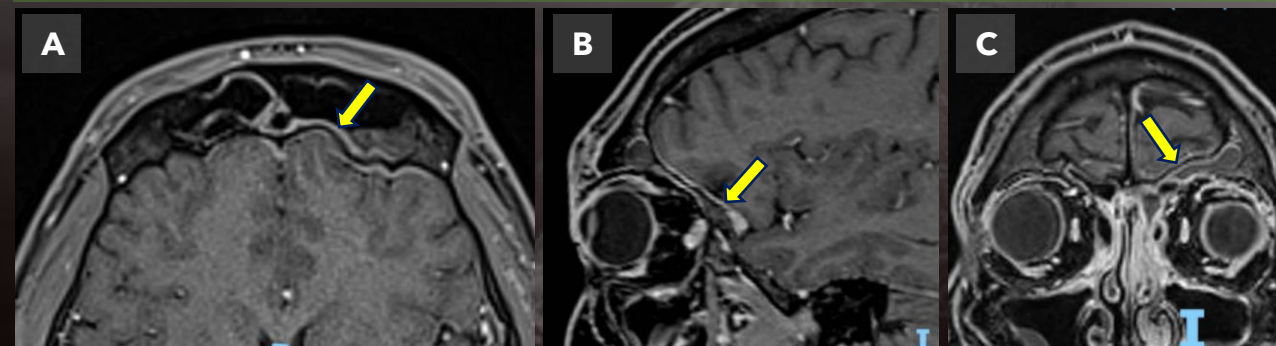
Figura 7. As imagens de RM do crânio e da face ponderadas em T2 nos cortes coronal (A, B) e axial (C) mostram edema de partes moles pré-septal à esquerda



Laudo: sinusite etmoidal e celulite preseptal

ESTÁ FALTANDO ALGO?

Figura 8. As imagens de RM do crânio e da face ponderadas em T1 nos cortes axial (A), sagital (B) e coronal (C) mostram realce paquimeningeo na região frontobasal esquerda, adjacente à célula etmoidal supraorbitária.



APRENDENDO COM O CASO



O processo infeccioso sinusal se estendeu às meninges. A cultura da secreção nasal isolou *Staphylococcus aureus*.

DIAGNÓSTICO:
**Sinusite +
celulite +
meningite**

Onde erramos?

- Satisfação em encontrar a primeira anormalidade
- Subleitura / Alteração não identificada

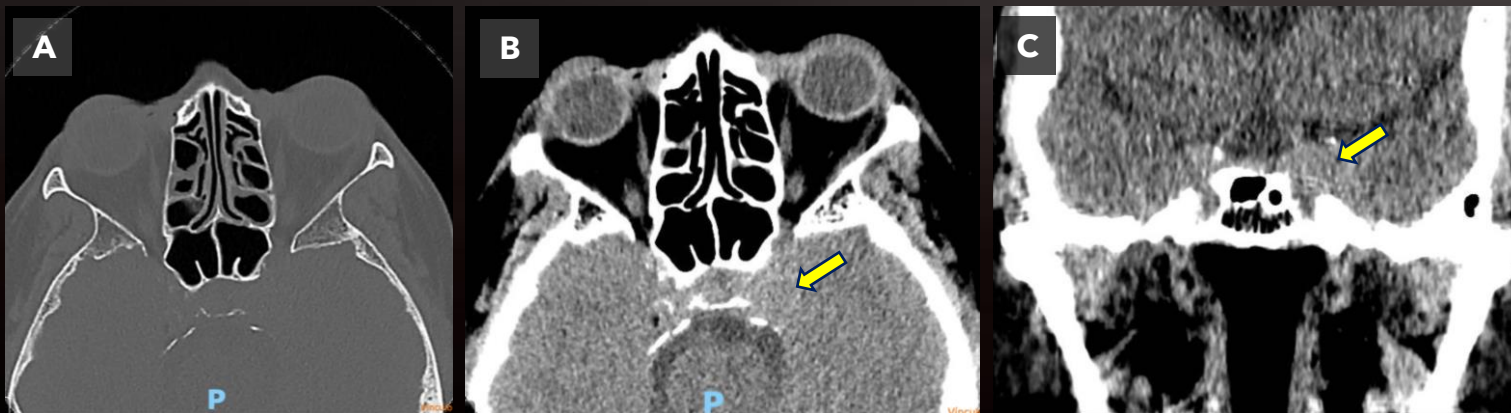
MENSAGEM PARA CASA

- Pense nas complicações possíveis e procure ativamente por elas

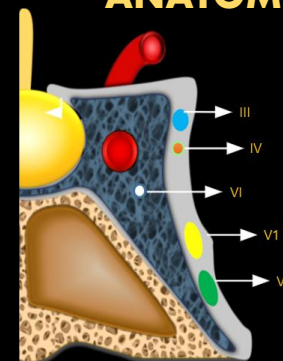
CASO #4

Mulher, 71 anos. Ptose súbita e midríase à esquerda.

Figura 9. TC das órbitas mostra uma área hiperatenuante sutil na região do seio cavernoso esquerdo que poderia facilmente passar despercebida.

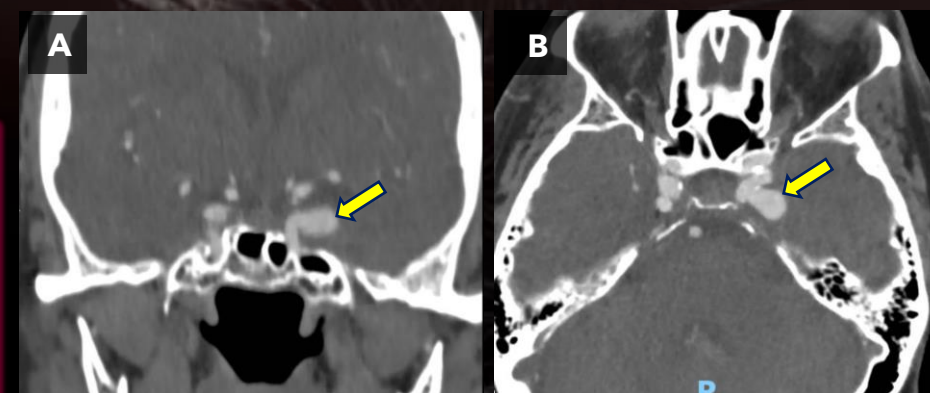


ANATOMIA DO SEIO CAVERNOSO



- Artéria carótida interna
- Nervos III, IV, VI
- Nervos V1 e V2

Figura 10. TC pós-contraste nos cortes coronal (A) e axial (B) mostra aneurisma da artéria carótida interna esquerda no segmento cavernoso.



APRENDENDO COM O CASO



As fibras do nervo oculomotor que inervam a musculatura ciliar são periféricas. Quando comprimidas, podem causar ptose e midríase. Esses sinais devem levantar a suspeita de um aneurisma na artéria carótida interna esquerda ou na artéria cerebral posterior.

DIAGNÓSTICO:
Aneurisma da artéria carótida interna esquerda

Onde erramos?

- O exame requisitado não era o adequado
- Subleitura / Alteração não identificada
- Queixa clínica (ptose súbita e midríase) não valorizada

MENSAGEM PARA CASA

- Valorize a queixa clínica