

# 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.

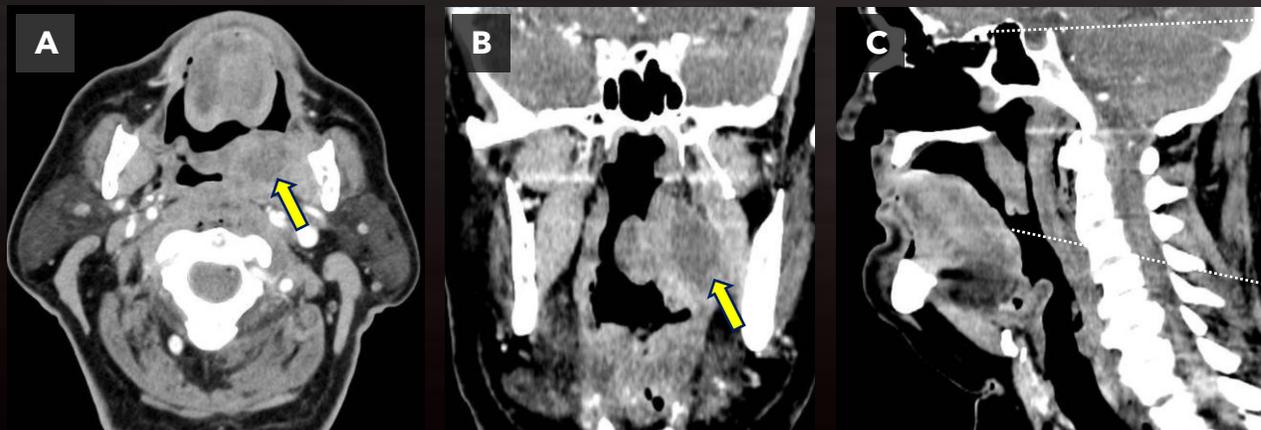
## Classificação de Renfrew (revisada por Kim and Mansfield em 2014)

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.

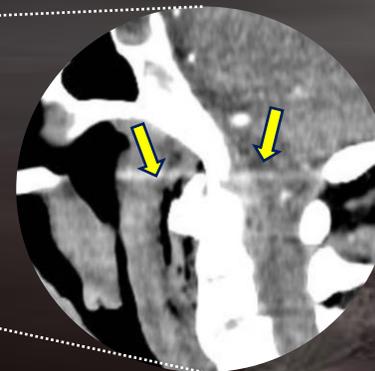


**Laudo: abscesso periamigdaliano** → Submetido a drenagem.  
Evolução: 5 dias depois, o paciente apresentou piora da dor no pescoço.

**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

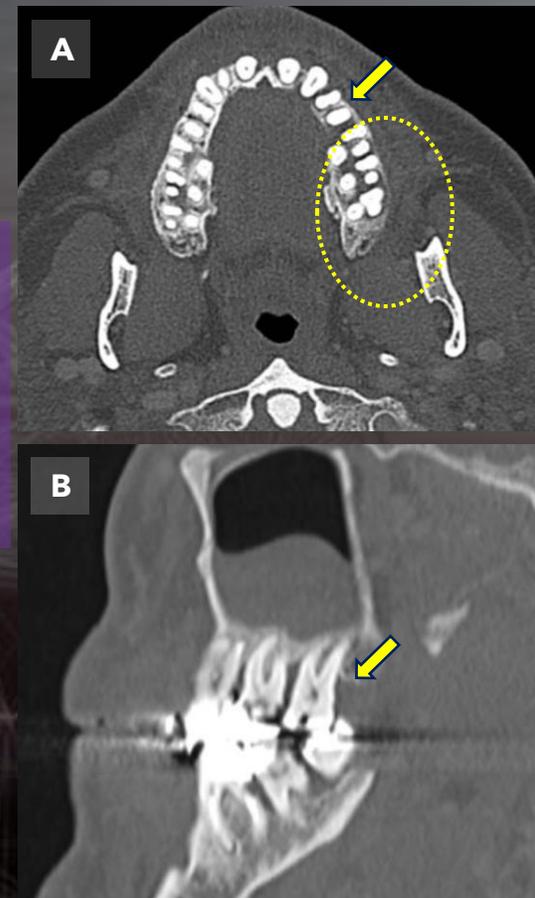
# CASO #2

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.



**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

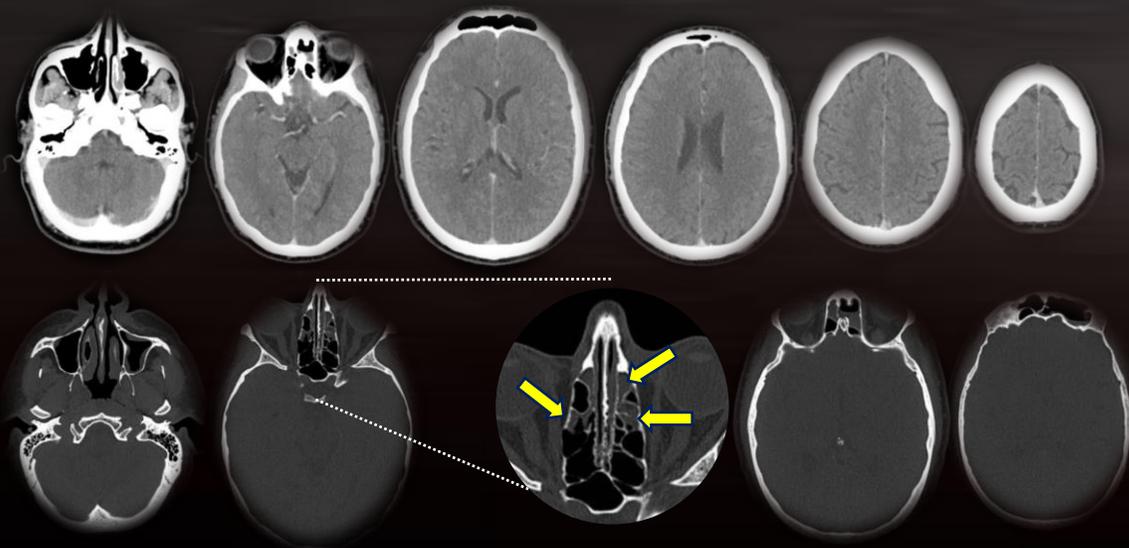
## MENSAGEM PARA CASA

- 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

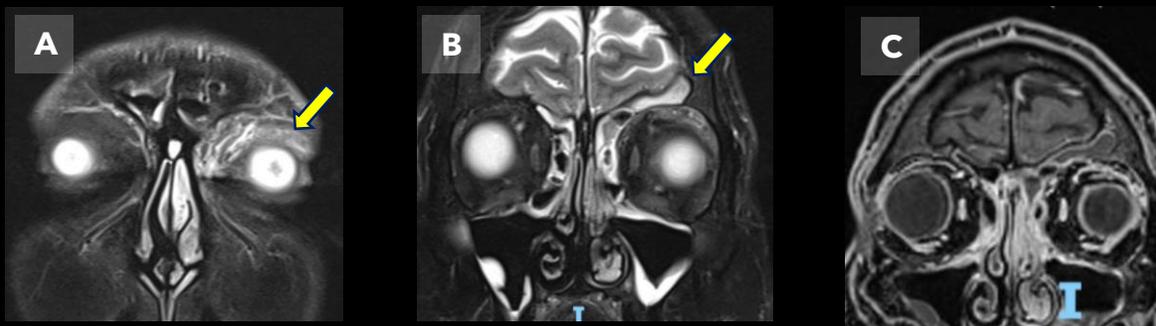
# CASO #3

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.



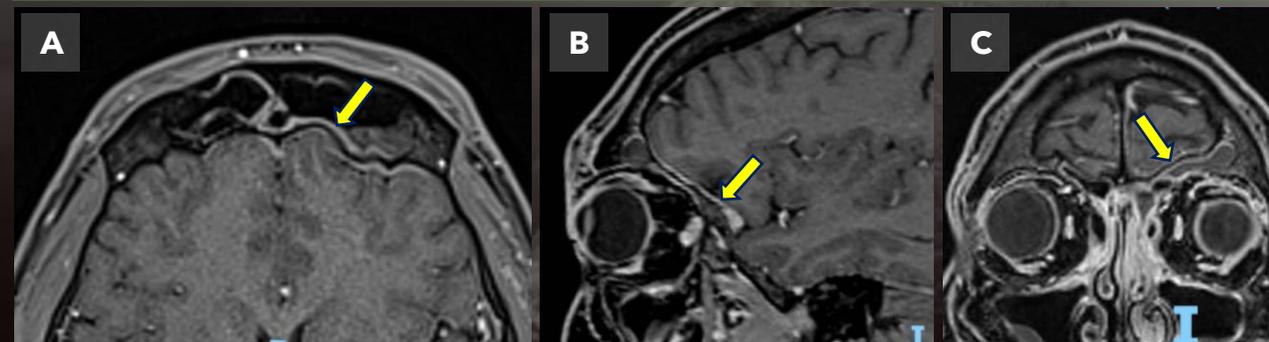
**Figura 7.** As imagens de RM do crânio e da face ponderadas em T2 nos cortes coronal (A, B) e axial (C) mostram edema de partes moles pré-septal à esquerda



**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

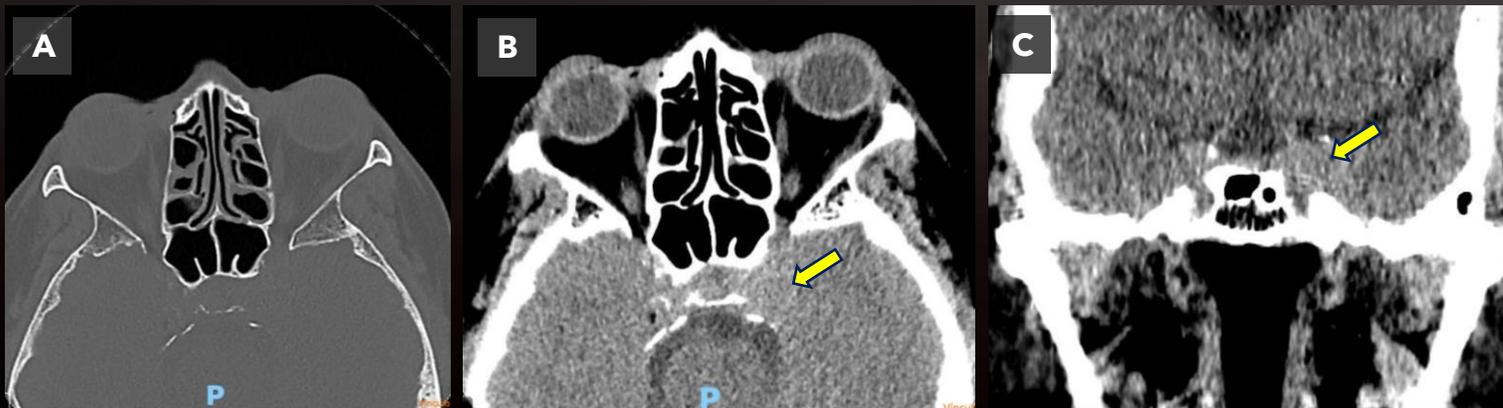
### MENSAGEM PARA CASA

- Pense nas complicações possíveis e procure ativamente por elas

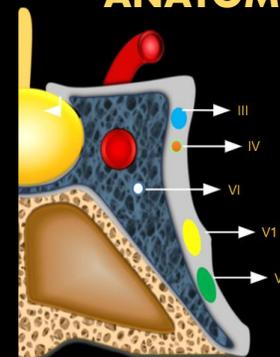
# CASO #4

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.

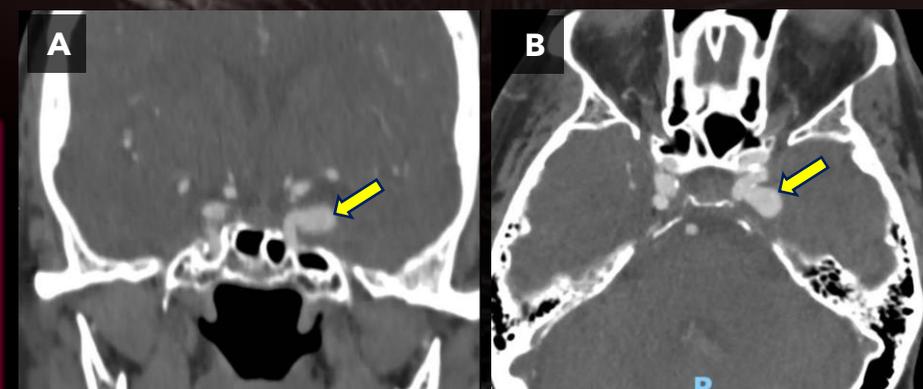


## ANATOMIA DO SEIO CAVERNOSO



- Artéria carótida interna
- Nervo oculomotor (III)
- Nervo troclear (IV)
- Nervo abducente (VI)
- Ramo oftálmico (V1) e maxilar (V2) do nervo trigêmeo (V)

**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