



ULTRASSONOGRAFIA

LAUDOS



Edição

Saulo Miranda Souza

Autores

Saulo Miranda Souza
Fábio Sânderson Fernandes
Juliano de Carvalho Freitas
Pablo Borges de Abreu
Ronaldo Caldas
Erika Marina Solla Negrão

Sumário

GERAL	7
MEDICINA INTERNA	7
ABDOME SUPERIOR	7
ABSCESSO HEPÁTICO	7
ADENITE MESENTÉRICA	7
ALONGAMENTO HEPÁTICO	7
ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL	8
APENDAGITE EPIPLÓICA	8
APÊNDICE CECAL	8
APENDICITE	8
BAÇO ACESSÓRIO	8
BARRO BILIAR	9
BORRAMENTO DA GORDURA MESENTÉRICA	9
CALCIFICAÇÃO HEPÁTICA	9
CISTO HEPÁTICO	9
CISTOS HEPÁTICOS	9
COLECISTECTOMIA	9
COLECISTITE LITIÁSICA	9
COLECISTITE LITIÁSICA BODERLINE	9
COLELITÍASE E BARRO BILIAR	9
COLELITÍASE MÚLTIPLA	10
COLELITÍASE UMA	10
COLELITÍASE COM VESÍCULA ESCLEROATRÓFICA	10
COLEDOCOLITÍASE	10
COLESTERULOSE	10
COLESTERULOSE/ADENOMIOMATOSE	10
DERIVAÇÃO BÍLIO-DIGESTIVA	11
ESPESSAMENTO DE ALÇA COLÔNICA	11
ESPLENECTOMIA	11
ESPLENECTOMIA + ESPLENOSE	11
ESPLENOMEGALIA	11
ESTEATOSE HEPÁTICA	11
ESTENOSE DE PÍLORO	12
HEMANGIOMA ESPLÊNICO	12
HEMANGIOMA HEPÁTICO	12
HEPATITE AGUDA	12
HEPATOMEGALIA HOMOGÊNEA	12
HEPATOPATIA CRÔNICA	12
HEPATOPATIA CRÔNICA COM HIPERTENSÃO PORTAL	13
HEPATOPATIA CRÔNICA/MÚLTIPLOS NÓDULOS	13
HEPATOPATIA: FIBROSE PERI-PORTAL (ESQUISTOSSOMOSE)	13
INTUSSUSCEPÇÃO	13
INTUSSUSCEPÇÃO AUSENTE	13
KLATSKIN	13
LINFONODOMEGALIA	13
LÍQUIDO INTRACAVITÁRIO	14
MASSA HEPÁTICA	14
NÓDULOS HEPÁTICOS SECUNDÁRIOS	14
PANCREATITE AGUDA	15
PANCREATOPATIA CRÔNICA	15
PÂNCREAS GORDUROSO	15
PÓLIPO VESICULAR	15
TROMBOSE PORTAL	15
TUMOR DE CABEÇA DE PÂNCREAS	15
BOLSA ESCROTAL	15
CISTO EPIDIDIMÁRIO	15
CISTOS EPIDIDIMÁRIOS	15
CISTO TESTICULAR	16
CISTOS TESTICULARES	16
ECTASIA DA RETE TESTIS	16
MASSA TESTICULAR	16
MICROLITÍASE	16
NÓDULO TESTICULAR	16
NÓDULOS TESTICULARES	16
HEMATOMA BOLSA ESCROTAL	16
TORÇÃO TESTICULAR	17
VARICOCELE	17
RENAL E VIAS URINÁRIAS	17
AGENESIA RENAL	17
ANGIOMIOLIPOMA	17
COLEÇÃO PERI-ENXERTO RENAL	17

CISTO	17
CISTOS	17
CISTOS (POLICÍSTICOS)	18
CÁLCULO "BODERLINE"	18
CÁLCULO	18
CÁLCULOS	18
CÁLCULO URETERAL JUP	18
CÁLCULO URETERAL JUV	18
DUPLICIDADE PIELOCALICIAL	18
DUPLO J	18
ESPESSAMENTO VESICAL: BEXIGA DE ESFORÇO	18
ESPESSAMENTO VESICAL: CISTITE	19
ESTENOSE DE JUP	19
HEMATOMA VESICAL	19
MASSA/PÓLIPO VESICAL	19
REFLUXO VÉSICO-URETERAL	19
RIM PÉLVICO	19
RINS EM FERRADURA	19
MASSA PÉLVICA COM URETERO-HIDRONEFROSE	19
NEFRECTOMIA TOTAL/PARCIAL	20
NEFROCALCINOSE	20
NEFROPATIA AGUDA	20
NEFROPATIA CRÔNICA	20
ENXERTO RENAL	20
PIELONEFRITE	20
PRÓSTATA HETEROGÊNEA	20
RESÍDUO VESICAL AUMENTADO	20
SONDA VESICAL	20
TUMOR DE WILMS OU NEUROBLATOMA	21
URINOMA	21
VÁLVULA DE URETRA POSTERIOR	21
CERVICAL	21
CISTO TIREÓIDE	21
CISTOS TIREÓIDE	21
LINFONODO CERVICAL HABITUAL PALPÁVEL	21
LINFONODOMEGALIAS CERVICAIS	21
NÓDULO TIREÓIDE	22
NÓDULOS TIREÓIDE	22
PAROTIDITE	22
TIREÓIDE HETEROGÊNEA	22
TIREOIDECTOMIA TOTAL	22
TIREOIDECTOMIA PARCIAL	22
TÓRAX	22
DERRAME PLEURAL	22
DERRAME PLEURAL COM ATELECTASIA	22
GINECOLOGIA E OBSTERÍCIA	23
MAMA	23
ABCESSO	23
ABCESSOS	23
CISTO	23
CISTOS	23
ECTASIA/PROEMINÊNCIA DUCTAL	23
GINOCOMASTIA	23
IMPLANTES MAMÁRIOS	24
LIPOMASTIA	24
NÓDULO BI-3	24
NÓDULO BI-4	24
NÓDULOS BI-3	24
NÓDULO INVASIVO BI-5	24
MASSA COM LESÕES SATÉLITES MULTIFOCAIS	24
OBSTÉTRICO	25
HEMATOMA RETROPLACENTÁRIO	25
MORFOLÓGICO	25
PLACENTA BAIXA	25
OLIGOÂMNIO	25
POLIDRÂMNI	25
ÓBITO FETAL	25
PESO	25
TRANSVAGINAL	26
ABORTAMENTO EM CURSO	26
CISTO OVARIANO	26
CISTOS OVARIANOS	26
CISTO FUNCIONAL OVARIANO	26
CISTOS FUNCIONAIS OVARIANOS	26
CISTO HEMORRÁGICO OVARIANO	26
CISTO(S) NABOTH	26
CORPO LÚTEO	26

DIU.....	26
DIPA.....	27
ECTÓPICA: MASSA.....	27
ECTÓPICA ROTA OU CISTO HEMORRÁGICO: MASSA.....	27
ECTÓPICA: BCF +.....	27
ENDOMETRIO: ESPESSAMENTO PÓS-MENOPAUSA.....	28
ENDOMETRIO: FASES.....	28
ENDOMETRIOSE/ADENOMIOSE.....	28
HEMATOMA RETROCORIÔNICO.....	28
HISTERECTOMIA.....	28
MALFORMAÇÕES MÜLLERIANAS.....	29
MASSA OVARIANA.....	29
MICROPOLICÍTICO.....	29
MIOMA.....	29
MIOMAS.....	29
MOLA HIDATIFORME.....	30
ÓBITO EMBRIONÁRIO (IG > 7 sem).....	30
ÓBITO EMBRIONÁRIO BODERLINE (BCF não detectado).....	30
ÓBITO EMBRIONÁRIO: GESTAÇÃO INVIÁVEL (embrião em degeneração).....	30
ÓBITO EMBRIONÁRIO: GESTAÇÃO INVIÁVEL (saco deslocado).....	30
PÓLIPO ENDOMETRIAL.....	30
PSEUDO-CAVIDADE UTERINA DA CICATRIZ CESARIANA.....	31
RESTOS OVULARES.....	31
VARIZES PÉLVICAS.....	31
MÚSCULO ESQUELÉTICO/PARTES SUPERFICIAIS.....	31
COTOVELO.....	31
BURSITE OLECRANIANA.....	31
DERRAME ARTICULAR.....	31
DERRAME DOENÇA REUMATOLÓGICA.....	31
ESTIRAMENTO LIGAMENTO COLATERAL.....	31
IRREGULARIDADE UMERAL.....	31
NERVO ULNAR: COMPRESSÃO TRICIPTAL.....	32
NERVO ULNAR: GRANULOMA.....	32
NERVO ULNAR: LUXAÇÃO.....	32
NERVO ULNAR: NEUROFIBROMA.....	32
NERVO ULNAR: NEUROPATIA.....	32
NERVO ULNAR: SCHWANOMA.....	32
RUPTURA PARCIAL: EPICÔNDILO LATERAL.....	32
TENDINITE: EPICÔNDILO LATERAL.....	32
TENDINITE: EPICÔNDILO MEDIAL.....	33
TEDINITE TRICIPTAL.....	33
TEDINITE BICIPTAL.....	33
TENDINOSE: EPICÔNDILO LATERAL.....	33
TENDINOSE: EPICÔNDILO MEDIAL.....	33
TEDINOSE TRICIPTAL.....	33
TEDINOSE BICIPTAL.....	33
JOELHO.....	33
BURSITE.....	33
CISTO DE BAKER.....	34
DERRAME ARTICULAR.....	34
DERRAME ARTICULAR COM PROLIFERAÇÃO SINOVIAL.....	34
OSTEOARTROSE.....	34
OSTEOARTROSE COM DERRAME ARTICULAR.....	34
OSTEOCONDROMA.....	34
TENDINITE QUADRÍCEPS.....	34
TENDINITE PATELAR.....	34
TENDINITE BÍCEPS FEMORAL.....	35
TENDINITE PATA DE GANSO.....	35
TENDINOSE QUADRÍCEPS.....	35
TENDINOSE PATELAR.....	35
TENDINOSE BÍCEPS FEMORAL.....	35
TENDINOSE PATA DE GANSO.....	35
OSTEOCONDROSE: OSGOOD-SCHLATTER.....	35
OSTEOCONDROSE: SINDING-LARSEN-JOHARSSON.....	36
PELLEGRINI-STIEDA.....	36
RUPTURA PARCIAL TENDÍNEA.....	36
RUPTURA TOTAL TENDÍNEA.....	36
RUPTURA PARCIAL QUADRÍCEPS.....	36
RUPTURA TOTAL QUADRÍCEPS.....	36
RUPTURA DE MENISCO.....	36
MÚSCULO.....	37
RUPTURA GASTROCNÊMIO.....	37
RUPTURA ADUTORES.....	37
RUPTURA DO PEITORAL MAIOR.....	37
RUPTURA QUADRICEPS.....	37
RUPTURA BÍCEPS FEMORAL.....	37
OMBRO.....	37

BURSITE.....	37
CAPSULITE ADESIVA.....	37
CISTO LABRAL.....	37
HILL-SACHS.....	37
INSTABILIDADE GLENO-UMERAL.....	38
LUXAÇÃO/SUBLUXAÇÃO BICIPITAL.....	38
OSTEOARTROSE OMBRO.....	38
TENDINITE BICIPITAL.....	38
TENDINOSE BICIPITAL.....	38
TENDINITE SUPRA.....	38
TENDINOSE SUPRA.....	38
RUPTURA PARCIAL SUPRA (NÃO TRANSFIXANTE).....	38
RUPTURA PARCIAL SUBESCAPULAR (NÃO TRANSFIXANTE).....	38
RUPTURA TRANSFIXANTE AGUDA/SUBAGUDA DO SUPRA.....	39
RUPTURA TRANSFIXANTE CRÔNICA DO SUPRA.....	39
DERRAME ARTICULAR.....	39
DERRAME ARTICULAR COM DISTENSÃO DA BURSA.....	39
RUPTURA PARCIAL INFRA, SUB/REDONDO MENOR.....	39
RUPTURA TOTAL INFRA, SUB/REDONDO MENOR.....	39
ATROFIA MUSCULAR.....	39
TENDINOPATIA CALCÁREA.....	39
PARTES MOLES.....	39
CISTO SEBÁCEO.....	39
COLEÇÃO FLEGMONOSA.....	40
COLEÇÃO PÓS-OP.....	40
COLEÇÃO HEMATOMA PÓS-TRAUMA.....	40
EDEMA.....	40
FIBROSE CICATRICIAL.....	40
HÉRNIA DE PAREDE REDUTÍVEL.....	40
HÉRNIA DE PAREDE ENCARCERADA.....	40
HÉRNIA INGUINAL.....	40
HÉRNIA INGUINO-ESCROTAL.....	41
LIPOMA.....	41
PUNHO/MÃO.....	41
LESÃO DO COMPLEXO CÁPSULO-LIGAMENTAR.....	41
NEUROPATIA MEDIANO.....	41
OSTEOARTRITE COM DERRAME ARTICULAR.....	41
TENOSSINOVITE TÚNEL DO CARPO.....	41
TENOSSINOVITE 1º TÚNEL.....	41
TENOSSINOVITE 2º TÚNEL.....	41
TENOSSINOVITE 3º TÚNEL.....	41
TENOSSINOVITE 4º TÚNEL.....	41
TENOSSINOVITE 6º TÚNEL.....	41
CISTO ARTROSSINOVIAL.....	42
DEDO EM GATILHO.....	42
QUADRIL.....	42
BURSITE TROCANTÉRICA.....	42
DERRAME ARTICULAR.....	42
DISPLASIA COXO-FEMORAL RX.....	42
DISPLASIA COXO-FEMORAL US.....	43
OSTEOARTROSE.....	43
TORNOZELO/PÉ.....	43
CISTO(S) ARTROSSINOVIAL(IS).....	43
OSTEOARTROSE TARSO.....	44
ENTESOPATIA.....	44
TENDINITE CALCÂNEO.....	44
TENDINOSE CALCÂNEO.....	44
RUPTURA TOTAL DO TENDÃO CALCÂNEO.....	44
RUPTURA PARCIAL DO TENDÃO CALCÂNEO.....	44
TENOSSINOVITE TIBIAL POSTERIOR.....	44
TENDINOSE TIBIAL POSTERIOR.....	44
TENOSSINOVITE DOS FIBULARES.....	44
FASCITE PLANTAR.....	44
FASCITE CRÔNICA PLANTAR.....	45
TALALGIA DE IMPACTO.....	45
NEUROMA DE MORTON.....	45
DERRAME ARTICULAR.....	45
LESÃO LIGAMENTAR.....	45
FIBROMATOSE PLANTAR (DOENÇA DE LEDDERHOSE).....	45
DOPPLER.....	45
ARTÉRIAS CARÓTIDAS.....	45
ESPESSAMENTO MÉDIO-INTIMAL.....	46
PLACA ATEROSCLERÓTICA NÃO COMPLICADA.....	46
PLACA ATEROSCLERÓTICA COMPLICADA.....	46
ESTENOSE < 50% ACC.....	46
ESTENOSE DA ARTÉRIA CARÓTIDA INTERNA.....	46
ESTENOSE DA ARTÉRIA CARÓTIDA EXTERNA.....	46

SUB-OCCLUSÃO DA ARTÉRIA CARÓTIDA INTERNA	46
OCCLUSÃO DA ARTÉRIA CARÓTIDA INTERNA	46
ACOTOVELAMENTO ("KINKING") DA ARTÉRIA CARÓTIDA INTERNA	46
ARTÉRIAS VERTEBRAIS	47
ESTENOSE PROXIMAL (EXAME DIRETO DA LESÃO)	47
ESTENOSE PROXIMAL (SEM EXAME DIRETO DA LESÃO)	47
OCCLUSÃO	47
OCCLUSÃO PROXIMAL COM ENCHIMENTO POR COLATERAIS	47
HIPOPLASIA	47
FENÔMENO DO ROUBO SUBCLÁVIO	47
OCCLUSÃO OU ESTENOSE GRAVE DISTAL	47
ARTÉRIAS OFTÁLMICAS	47
NORMAL	47
OCCLUSÃO DA ARTÉRIA CARÓTIDA INTERNA	47
ARTÉRIAS MEMBRO INFERIOR	49
ESTENOSE < 50% AFS	49
ESTENOSE > 50% AFS	49
ENCARCERAMENTO POPLÍTEO	49
VENOSO MEMBRO INFERIOR	50
REFLUXO VALVAR PROFUNDO	50
REFLUXO VALVAR - SAFENA	50
SAFENECTOMIA	50
TROMBOSE VENOSA PROFUNDA AGUDA	50
TROMBOSE VENOSA PROFUNDA SUBAGUDA/CRÔNICA NÃO RECANALIZADA	50
TROMBOSE VENOSA CRÔNICA PARCIALMENTE RECANALIZADA	50
TROMBOSE VENOSA CRÔNICA PARCIALMENTE RECANALIZADA	51
TROMBOFLEBITE	51
VARICOSIDADES	51
VEIA(S) PERFURANTE(S) MEDIAIS	51
VEIA PERFURANTE POSTERIOR	51
MEDIDAS	51
SUGESTÕES	52
ADVERTÊNCIAS	52

GERAL

- **Ausência de achados ultrassonográficos patológicos específicos.**

Pâncreas e demais estruturas do retroperitônio não visibilizados devido à intensa sobreposição gasosa.

Cauda e corpo pancreático não visibilizados devido à sobreposição gasosa.

Cauda pancreática não visibilizada devido à sobreposição gasosa.

Bexiga urinária vazia, dificultando sua adequada avaliação ecográfica.

Bexiga urinária com conteúdo anecóide de baixa repleção, dificultando sua a adequada avaliação ecográfica.

Ovários não visibilizados (interposição gasosa de alças intestinais?).

Ovários não visibilizados (atróficos?).

ACHADO ADICIONAL:

Estudo complementar com sonda convexa de 5 Mhz dirigido para a cavidade pélvica evidenciou:

Nota: Exame realizado em caráter de urgência

Nota: Exame realizado em caráter de urgência no 2º dia pós-operatório de .

Obs.: Os achados dependem da adequada correlação clínico-laboratorial.

MEDICINA INTERNA

ABDOME SUPERIOR

ABSCESSO HEPÁTICO

Nota-se imagem cística, de paredes espessas e irregulares, conteúdo anecóide com moderados debris e traves de permeio (cístico-espesso), com fluxo periférico ao *Doppler*, ocupando o segmento hepático * (Segmentação de Couinaund), medindo cerca de cm (L x AP x T) e volume estimado de cm³, distando cm da superfície hepática.

- Imagem cístico-espessa no fígado. Considerar possibilidade de abscesso hepático.

Obs.: Os achados dependem da adequada correlação clínico-laboratorial.

ADENITE MESENTÉRICA

Estudo ultrassonográfico complementar com sonda linear de 10MHz, dirigido em fossas ilíacas e região peri-umbilical:

- Evidenciou pelo menos * linfonodos levemente aumentados, no mesentério da região periumbilical e fossas ilíacas, hipoecogênicos com centro ecogênico, sem sinais de degeneração cístico-necrótica, medindo até cm.

- Não evidenciou-se aumento da ecogenicidade da gordura mesentérica e não caracterizou o apêndice cecal.

- Alças intestinais com peristalse preservada.

- Linfonodos intraperitoneais levemente aumentados. Considerar possibilidade de adenite mesentérica.

Obs.: O método ultrassonográfico apresenta baixa sensibilidade na detecção de apendicite aguda em fase muito precoce. Necessário correlação clínico-laboratorial.

OU

Estudo ultrassonográfico complementar com sonda linear de 10MHz, dirigido em fossas ilíacas e região peri-umbilical:

- Evidenciou linfonodos mesentéricos, alguns de aspecto reativo, hipoecogênicos, principalmente na região ileocecal, medindo até * cm.

- Não evidenciou-se aumento da ecogenicidade da gordura mesentérica e caracterizou o apêndice cecal de aspecto habitual.

- Alças intestinais com peristalse preservada.

- Linfonodos intraperitoneais levemente aumentados. Considerar possibilidade de adenite mesentérica.

ALONGAMENTO HEPÁTICO

Fígado de morfologia e contornos normais, apresentando alongamento vertical do lobo hepático direito, medindo cm longitudinal (habitual < 15,0 cm): Lobo de Riedel: variante anatômica.

OU

Fígado de morfologia e contornos normais apresentando alongamento horizontal do lobo hepático esquerdo, em íntimo contato com o baço (variante anatômica).

OU

Fígado de morfologia e contornos normais apresentando alongamento vertical do lobo hepático esquerdo, medindo cm longitudinal (habitual < 10,0 cm) (variante anatômica).

ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL

Aorta abdominal pérvia, com calcificações parietais ateromatosas leves/grosseiras associado a dilatação aneurismática fusiforme/sacular em seu segmento supra/infra-renal, medindo * cm (AP x T) e extensão de * cm, com trombos murais semi-circunferenciais laminares, reduzindo a luz efetiva em cerca de * %, com fluxo turbilhonado ao *Doppler Colorido*. O colo do aneurisma mede: * cm.

Diâmetro aórticos:

- Transição tóraco-abdominal: * cm (normal até 2,5 cm).
- Nível da artéria mesentérica superior: * cm (normal até 2,5 cm).
- Nível da bifurcação das ilíacas: * cm (normal até 3,0 cm).

Artérias ilíacas comuns apresentam-se pérvias, com calibre e contornos normais, medindo até * cm à direita e * cm à esquerda.

- **Dilatação aneurismática de aorta abdominal.**

APENDAGITE EPIPLÓICA

Estudo ultrassonográfico complementar com sonda linear de 10MHz, dirigido em região abdominal, evidenciou:

- Imagem ovalada, na fossa ilíaca esquerda, na borda antimesentérica, hiperecogênica com halo hipocogênico, medindo * cm.
- Borramento dos planos gordurosos adjacentes à imagem descrita.
- Alças intestinais com peristalse preservada.

- **Imagem ovalada na fossa ilíaca esquerda. Considerar possibilidade de apendagite epiplóica. Conveniente complementar com TC.**

Obs.: Os achados dependem da adequada correlação clínico-laboratorial.

APÊNDICE CECAL

Estudo ultrassonográfico complementar com sonda linear de 10MHz, dirigido em fossas ilíacas, não evidenciou aumento da ecogenicidade da gordura mesentérica e não caracterizou ecograficamente o apêndice cecal. Alças intestinais com peristalse preservada.

Obs.: O método ultrassonográfico apresenta baixa sensibilidade na detecção de apendicite aguda em fase muito precoce. Necessário correlação clínico-laboratorial.

APENDICITE

Estudo ultrassonográfico complementar com sonda linear de 10MHz, dirigido em região pélvica, evidenciou:

- Imagem tubular, de fundo cego, medindo * cm de espessura (normal < 0,7 cm), sem delaminamento de parede, não compressível, podendo corresponder a apêndice cecal inflamado.
 - Observa-se ainda imagem nodular, provida de sombra acústica posterior, na luz do apêndice, medindo * cm, compatível com apendicolito.
 - Borramento dos planos gordurosos adjacentes na região de fossa ilíaca à direita.
 - Pequena quantidade de líquido na fossa ilíaca direita e fundo de saco posterior de aspecto anecóide.
 - Linfonodos peri-cecais discretamente aumentados, hipocogênico de centro ecogênico, medindo até * cm.
 - Alças intestinais com peristalse reduzida.
- **Sinais compatíveis com apendicite aguda.**

Obs.: Os achados dependem da adequada correlação clínico-laboratorial.

OU

Na projeção da fossa ilíaca direita, observa-se imagem tubuliforme fixa, terminando em fundo cego, localizada medialmente ao ceco/lateralmente ao ceco, apresentando paredes espessadas e calibre de cm (normal < 0,7 cm), contendo material líquido espesso e associada a hiperecogenicidade da gordura mesentérica adjacente e a pequena quantidade de líquido livre. Nota-se alça de delgado parética e repleta de líquido próxima a imagem supramencionada.

- **Sinais compatíveis com apendicite aguda.**

Obs.: Os achados dependem da adequada correlação clínico-laboratorial.

BAÇO ACESSÓRIO

Nota-se imagem nodular, sólida, de contornos bem definidos e regulares, isoecogênica ao parênquima esplênico, infero-medialmente ao baço, medindo * cm, compatível com baço acessório.

OU

Baço acessório adjacente à face inferior esplênica, medindo cm.

BARRO BILIAR

Vesícula biliar normodistendida, com paredes finas e lisas, apresentando conteúdo hipoecogênico com nível líquido-líquido, correspondendo a barro biliar.

Sinal de *Murphy* ultrassonográfico negativo.

- Barro biliar.

Nota: O achado de barro biliar pode ocultar a detecção de microcálculos vesiculares pelo método ecográfico.

BORRAMENTO DA GORDURA MESENTÉRICA

Estudo ultrassonográfico complementar com sonda linear de 10MHz, dirigido em região pélvica, evidenciou:

- Área de borramento da gordura mesentérica na fossa ilíaca esquerda.

- Alças intestinais com peristalse levemente reduzida.

- Borramento da gordura mesentérica na fossa ilíaca à esquerda: processo inflamatório? Conveniente complementar com TC.

CALCIFICAÇÃO HEPÁTICA

Nota-se foco hiperecogênico, irregular, provido de acústica posterior, no segmento hepático * (Segmentação de *Couinaud*), medindo cerca de cm.

- Calcificação hepática de aspecto residual.

CISTO HEPÁTICO

Nota-se imagem cística, de paredes finas e regulares, conteúdo anecóide homogêneo, no segmento hepático * (Segmentação de *Couinaud*), medindo cm.

- Cisto hepático.

CISTOS HEPÁTICOS

Notam-se imagens císticas de paredes finas e lobuladas, conteúdo anecóide homogêneo, caracterizadas assim:

- segmento hepático , medindo * cm.

- segmento hepático , medindo * cm.

- Cistos hepáticos.

OU

Notam-se imagens císticas de paredes finas e regulares, conteúdo anecóide homogêneo, medindo até cm no segmento hepático * (Segmentação de *Couinaud*).

- Cistos hepáticos.

COLECISTECTOMIA

Hepatocolédoco de calibre normal, medindo cm ao nível da *porta hepatis*.

Vesícula biliar não caracterizada (status pós-operatório).

- Sinais de colecistectomia.

COLECISTITE LITIÁSICA

Vesícula biliar hiperdistendida, medindo * cm (normal < 10,0 x 4,0 cm), com paredes espessadas e delaminadas, medindo cm (normal < 0,4 cm), apresentando conteúdo hipoecogênico com nível líquido-líquido, correspondendo a barro biliar, associado a múltiplos/alguns cálculos providos de sombra acústica posterior, o maior medindo * cm.

Sinal de *Murphy* ultrassonográfico positivo.

- Sinais de colecistite litiásica.

Obs.: Os achados dependem da adequada correlação clínico-laboratorial.

COLECISTITE LITIÁSICA BODERLINE

Vesícula biliar discretamente distendida, medindo * cm, com paredes de espessura limítrofe, medindo 0,4 cm, apresentando conteúdo anecóide com múltiplas/algumas imagens nodulares, hiperecogênicas, providas de sombra acústica posterior, a maior medindo * cm, correspondendo a cálculos.

Sinal de *Murphy* ultrassonográfico positivo.

- Colelitíase. Necessário correlação clínico-laboratorial para avaliar possibilidade de colecistite em estágio inicial.

COLELITÍASE E BARRO BILIAR

Vesícula biliar normodistendida, de paredes finas e lisas, apresentando conteúdo hipoecogênico com nível líquido-líquido, correspondendo a barro biliar, associado a pelo menos uma imagem nodular, hiperecogênica, provida de sombra acústica posterior, medindo * cm, correspondendo a cálculo.

Sinal de *Murphy* ultrassonográfico negativo.

- Colelitíase com barro biliar.

COLELITÍASE MÚLTIPLA

Vesícula biliar normodistendida, com paredes finas e lisas, apresentando conteúdo anecóide com múltiplas/algumas imagens nodulares, hiperecogênicas, providas de sombra acústica posterior, móveis à mudança de decúbito, a maior medindo * cm, correspondendo a cálculos.

Sinal de *Murphy* ultrassonográfico negativo.

- Colelitíase.

COLELITÍASE UMA

Vesícula biliar normodistendida, com paredes finas e lisas, apresentando conteúdo anecóide com imagem nodular, hiperecogênica, provida de sombra acústica posterior, móvel à mudança de decúbito, medindo * cm, correspondendo a cálculo.

Sinal de *Murphy* ultrassonográfico negativo.

- Colelitíase.

COLELITÍASE COM VESÍCULA ESCLEROATRÓFICA

Vesícula biliar hipodistendida, de paredes aparentemente finas, com seu interior ocupado por imagem hiperecogênica, provida de sombra acústica posterior, medindo cerca de * cm, podendo corresponder cálculo/cálculos.

Sinal de *Murphy* ultrassonográfico negativo.

- Colelitíase com sinais de vesícula biliar escleroatrófica.

COLEDOCOLITÍASE

Vias biliares intra-hepáticas levemente dilatadas, medindo * cm à esquerda e * cm à direita (normal < 0,25 cm).

Nota-se imagem nodular, hiperecogênica no colédoco, medindo * cm, a cerca de * cm da *porta hepatis*, correspondendo a cálculo impactado, promovendo dilatação à montante, com hepatocolédoco medindo * cm de calibre.

Vesícula biliar hiperdistendida, medindo * cm, com paredes finas e lisas, apresentando conteúdo anecóide com múltiplas pequenas imagens nodulares, hiperecogênicas, com diâmetro médio de * cm, correspondendo a microcálculos.

Sinal de *Murphy* ultrassonográfico positivo.

Pâncreas de morfologia, contornos, dimensões e ecotextura normais. Ducto de *Wirsung* de calibre preservado.

- Colelitíase.

- Coledocolitíase com dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas.

OU

Hepatocolédoco visibilizado até aproximadamente cm da *porta hepatis*, devido a sobreposição gasosa, de calibre aumentado, medindo * cm.

Pâncreas de morfologia, contornos, dimensões e ecotextura normais. Ducto de *Wirsung* de calibre preservado.

- Colelitíase.

- Dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas. Considerar possibilidade de coledocolitíase.

COLESTEROLOSE

Vesícula biliar normodistendida, com paredes finas apresentando pequenos focos hiperecogênicos de artefatos em "*cauda de cometa*", medindo até 0,2 cm, podendo corresponder a colesterolose.

Conteúdo vesicular anecóide e não apresentando cálculos.

Sinal de *Murphy* ultrassonográfico negativo.

- Colesterolose vesicular.

COLESTEROLOSE/ADENOMIOMATOSE

Vesícula biliar normodistendida, com paredes difusamente espessas e irregulares, medindo até cm (normal < 0,4 cm) e áreas hipocogênicas evaginadas a partir da mucosa na parede muscular, podendo corresponder a adenomiomatose com seios de *Rokitansky-Aschoff* (divertículos intra-murais).

Observa-se ainda áreas ecogênicas de artefatos em "*cauda de cometa*", medindo até 0,2 cm, podendo corresponder a colesterolose.

Conteúdo vesicular anecóide e não apresentando cálculos.

Sinal de *Murphy* ultrassonográfico negativo.

- Colesterolose/adenomiomatose vesicular.

DERIVAÇÃO BÍLIO-DIGESTIVA

Vias biliares intra-hepáticas de calibres normais com alguns focos ecogênicos de artefatos em “*cauda de cometa*” nas vias biliares principais e secundárias, sugerindo aerobilia.

Hepatocolédoco de calibre aumentado, medindo cm ao nível da *porta hepatis*, visibilizado até ao nível da junção colédoco-intestinal, sem sinais de fatores obstrutivos.

- Sinais de derivação bílio-digestiva com aerobilia leve.

ESPESSAMENTO DE ALÇA COLÔNICA

Estudo ultrassonográfico complementar com sonda linear de 10MHz, dirigido em região abdominal, evidenciou:

- Espessamento parietal difuso de alça colônica na fossa ilíaca direita/esquerda, medindo até cm (normal < 0,6 cm).

- Borramento dos planos gordurosos adjacentes à alça descrita.

- Pequena quantidade de líquido na fossa ilíaca direita/esquerda e fundo de saco posterior de aspecto anecóide.

- Linfonodos regionais discretamente aumentados, hipocogênico de centro ecogênico, medindo até * cm.

- Alças intestinais com peristalse reduzida.

- Espessamento parietal difuso de alça colônica na fossa ilíaca direita/esquerda. Considerar possibilidade de processo inflamatório/infeccioso. Conveniente complementar com TC.

ESPLENECTOMIA

Baço não caracterizado (status pós-operatório).

- Sinais de esplenectomia total.

OU

Baço não visibilizado: auto-esplenectomia?

- Sinais de auto-esplenectomia.

ESPLENECTOMIA + ESPLENOSE

Baço não caracterizado (status pós-operatório).

Notam-se na loja esplênica algumas imagens nodulares, sólidas, de contornos lobulados, com ecotextura semelhante à esplênica, medindo até * cm.

- Sinais de esplenectomia.

- Nodulações na loja esplênica. Considerar possibilidade de esplenose.

Obs.: Os achados dependem da adequada correlação clínico-laboratorial.

ESPLENOMEGALIA

Baço de morfologia, contornos e ecotextura normais, com dimensões aumentadas, medindo cm em seu maior eixo (normal < 12,0 cm).

- Esplenomegalia homogênea leve.

OU

Baço de dimensões muito aumentadas, medindo cerca de * cm em seu maior eixo (normal < 12,0 cm), ultrapassando a linha média e estendendo-se para a fossa ilíaca esquerda, comprimindo órgãos adjacentes.

- Esplenomegalia volumosa.

ESTEATOSE HEPÁTICA

Fígado de morfologia, contornos e dimensões normais, apresentando leve aumento difuso da ecogenicidade.

- Sinais de leve infiltração gordurosa hepática.

OU

Fígado de morfologia, contornos e dimensões normais, apresentando moderado/acentuado aumento difuso da ecogenicidade com atenuação do feixe acústico posterior, o que dificulta a identificação de eventuais alterações parenquimatosas focais.

- Sinais de moderada/acentuada infiltração gordurosa hepática.

OU

Fígado de morfologia, contornos e dimensões normais, apresentando leve aumento difuso de sua ecogenicidade com área hipocogênica, mal definida, no segmento hepático IVb/V, medindo cerca de cm, sugerindo área de preservação.

- Sinais de leve infiltração gordurosa hepática.

OU

Fígado de morfologia e contornos normais, com dimensões aumentadas, medindo o lobo esquerdo: cm (normal < 10,0 cm) e o lobo direito: cm (normal < 15,0 cm), apresentando moderado aumento difuso da ecogenicidade.

- Sinais de moderada infiltração gordurosa hepática com hepatomegalia.

Nota: A alteração hepática descrita reduz a sensibilidade na detecção de lesões focais pelo método ecográfico.

ESTENOSE DE PILORO

Nota-se na região epigástrica intraperitoneal, medialmente à vesícula biliar, imagem em anel, hipocogênica, sugerindo piloro com espessura muscular de cm (normal < 0,3 cm), comprimento de cm (normal < 1,7 cm) e volume estimado de cm³ (normal < 1,4 cm³), sem sinais abertura significativa da luz.

Observa-se ainda peristalse gástrica exagerada que cessa de modo abrupto na margem do músculo hipertrofiado, com ondas peristálticas retrógradas, associada a ausência de abertura normal do piloro, com passagem diminuída de líquido do estômago para o duodeno, levando a retardo no esvaziamento gástrico.

- Imagem anelar na região epigástrica. Considerar possibilidade de estenose hipertrófica do piloro.

Obs.: Os achados dependem da adequada correlação clínico/complementar.

OU

- **Sinal do alvo** correspondendo ao anel hipocóico do músculo pilórico hipertrofiado em torno da mucosa ecogênica centralmente localizada. Diâmetro pilórico transverso ≥ 13 mm (parâmetro menos fidedigno). Comprimento do canal pilórico ≥ 17 mm (S: 100%; E:84,85%). Espessura do músculo pilórico da parede externa do músculo pilórico à margem externa da mucosa ≥ 3 mm (S: $\pm 100\%$; E: $\pm 100\%$).

- **Sinal do duplo trilho e sinal do cordão** correspondendo a pequenas quantidades de líquido aprisionadas entre dobras de mucosa ecogênica redundante.

- **Sinal do mamilo mucoso** correspondendo a protrusão de mucosa pilórica redundante em direção ao antro gástrico.

- **Sinal do ombro** correspondendo a impressão do músculo pilórico hipertrofiado sob a parededistal do antro gástrico, enfatizado durante a peristalse gástrica.

- **Sinal da cervice** correspondendo a endentação da camada muscular no antro cheio de líquido. (Observado em secção longitudinal e apresentando um canal pilórico alongado e estreitado, formando uma imagem semelhante ao da cervice uterina).

- **Razão pilórica** $\geq 0,27$. Divisão da espessura do músculo pilórico pelo diâmetro pilórico (EMP/DPT) (S: 96%; E: 94%).

- **Volume pilórico** = $\frac{1}{4} (\pi \times [DPT]^2 \times CCP) > 1,4$ cm³. (Falsos-negativos: 33%; utilidade prática limitada).

- **Espessura da mucosa (EM) = 4,1 \pm 0,9 mm e razão espessura da mucosa/espessura do músculo pilórico (EM/EMP) = 0,89.**

HEMANGIOMA ESPLÊNICO

Nota-se imagem nodular, sólida, no terço superior/médio/inferior esplênico, de contornos bem definidos e lobulados, conteúdo hiperecogênico e homogêneo, desprovido de sombra acústica posterior, sem fluxo ao *Doppler*, medindo cm.

- Nódulo esplênico sugestivo de hemangioma.

Obs.: Os achados dependem da adequada correlação clínico/complementar.

HEMANGIOMA HEPÁTICO

Nota-se imagem nodular, sólida, de contornos bem definidos e lobulados, conteúdo hiperecogênico e homogêneo, desprovido de sombra acústica posterior, sem fluxo ao *Doppler*, no segmento hepático (Segmentação de *Couinaud*), medindo cm.

- Nódulo hepático sugestivo de hemangioma.

Obs.: Os achados dependem da adequada correlação clínico/complementar.

HEPATITE AGUDA

Parênquima hepático apresentando leve aumento da refringência peri-portal difusamente.

- Alteração parenquimatosa hepática. Considerar possibilidade de hepatite aguda.

Obs.: Os achados dependem da adequada correlação clínico-laboratorial.

HEPATOMEGALIA HOMOGÊNEA

Fígado de morfologia e contornos normais com dimensões aumentadas, medindo o lobo esquerdo: cm longitudinal (normal < 10,0 cm) e o lobo direito: cm longitudinal (normal < 15,0 cm).

- Sinais de hepatomegalia homogênea leve.

HEPATOPATIA CRÔNICA

Fígado de contornos lobulados, bordas rombas, com lobo direito de dimensões reduzidas e lobo caudado aumentado e globoso, associado a espessamento dos ligamentos hepáticos e ecotextura parenquimatosa difusamente grosseira e heterogênea. Relação dos diâmetros transversos: lobo caudado/lobo direito = * (normal < 0,65).

Veia porta de trajeto e calibre normais, medindo * cm (normal < 1,3 cm), com fluxo hepatopetal.

- Sinais de hepatopatia crônica.

Obs.: Os achados dependem da adequada correlação clínico/complementar.

HEPATOPATIA CRÔNICA COM HIPERTENSÃO PORTAL

Fígado de contornos lobulados, bordas rombas, com lobo direito de dimensões reduzidas e lobo caudado aumentado e globoso, associado a espessamento dos ligamentos hepáticos e ecotextura parenquimatosa difusamente grosseira e heterogênea. Relação dos diâmetros transversos: lobo caudado/lobo direito = * (normal < 0,65).

Veia porta de trajeto habitual apresentando calibre aumentado, medindo * cm (normal < 1,3 cm), com fluxo hepatofugal.

Dilatação e tortuosidade de vasos peri-esofágicos, peri-gástricos, peri-hepáticos e peri-esplênicos, medindo até cm.

- Sinais de hepatopatia crônica com hipertensão portal.

Obs.: Os achados dependem da adequada correlação clínico/complementar.

HEPATOPATIA CRÔNICA/MÚLTIPLOS NÓDULOS

Fígado apresentando contornos lobulados, bordas rombas, com lobo caudado de dimensões aumentadas e globoso, associado a espessamento dos ligamentos hepáticos. Parênquima de ecotextura grosseiramente heterogênea com múltiplos nódulos sólidos, esparsos, hipoecogênicos, de contornos parcialmente obscurecidos, medindo até cm no segmento *.

Lobo esquerdo mede: mm (normal < 10,0 cm) e o lobo direito: cm (normal < 15,0 cm).

- Hepatopatia parenquimatosa crônica com múltiplos nódulos hepáticos.

Obs.: Os achados dependem da adequada correlação clínico/complementar.

HEPATOPATIA: FIBROSE PERI-PORTAL (ESQUISTOSSOMOSE)

Fígado de contornos discretamente lobulados e dimensões reduzidas, associado a espessamento dos ligamentos hepáticos e parênquima com aumento da refringência peri-portal difusamente.

- Hepatopatia parenquimatosa com sinais sugestivos de fibrose peri-portal. Considerar possibilidade de esquistossomose.

Obs.: Os achados dependem da adequada correlação clínico/complementar.

INTUSSUSCEPÇÃO

Estudo ultrassonográfico complementar com sonda linear de 10MHz, dirigido em região abdominal, evidenciou:

- Imagem em aspecto de "casca de cebola", na topografia de flanco direito e mesogástrico, medindo * cm transversal x cerca de * cm longitudinal, com camada externa de * cm de espessura, sem líquido livre no interior da invaginação.

- Imagem de "lesão em alvo", correspondendo à cabeça da invaginação no mesogástrico, sem caracterização de causa secundária pelo método ecográfico.

- Sinais sugestivos de intussuscepção intestinal.

Obs.: Os achados dependem da adequada correlação clínico-laboratorial.

INTUSSUSCEPÇÃO AUSENTE

Estudo ultrassonográfico complementar com sonda linear de 10MHz, dirigido em região abdominal, não evidenciou imagem sugestiva de intussuscepção intestinal. Ecogenicidade da gordura mesentérica e peristalse de alças intestinais preservados.

KLATSKIN

Vias biliares intra-hepáticas dilatadas, medindo até * cm à esquerda e * cm à direita (normal < 0,25 cm) com aparente amputação ao nível da placa hilar.

- Dilatação das vias biliares intra-hepáticas com sinais de amputação ao nível da placa hilar. Considerar possibilidade de *Tumor de Klatskin*. Conveniente prosseguir investigação diagnóstica.

LINFONODOMEGALIA

Linfonodomegalias * de contornos bem definidos, hiperecogênicas, com perda da relação córtico-hilar, algumas confluentes, sem sinais de degeneração cístico-necrótica, medindo até * cm na cadeia *.

- Linfonodomegalias . Considerar possibilidade de doença linfoproliferativa.

OU

Linfonodomegalias * de contornos bem definidos, hiperecogênicas, com perda da relação córtico-hilar, algumas confluentes e com áreas císticas, sugerindo degeneração cístico-necrótica, caracterizadas assim:

Retroperitoniais:

- pré-vertebrais, medindo até cm;

- justaesofágicas, medindo até cm;

- cadeia hepática, medindo até cm;

- cadeias frênicas superior e inferior, medindo até cm;

- cadeias pancreáticas, medindo até cm;
- cadeias pancreaticoduodenais, medindo até cm;
- cadeias celíacas e superiores centrais, medindo até cm;
- pré-cavais, cavais laterais e retrocavais, medindo até cm;
- cadeia lombar intermédia (inter aorto-caval), medindo até cm;
- pré-aórticas, aórticas laterais e retroaórticas, medindo até cm;
- cadeias ilíacas comuns à , medindo até cm;
- cadeias ilíacas externas, interilíacos e ilíacos internos à , medindo até cm;
- cadeias sigmoideas, retais superiores e pararetais, medindo até cm;
- cadeias sacrais, glúteos superiores e inferiores, medindo até cm;

Intraperitoniais:

- cadeias gástricas, medindo até cm;
- cadeia esplênica, medindo até cm;
- cadeias paracólicas, medindo até cm;
- cadeia pilórica, medindo até cm;
- justaintestinais, medindo até cm;
- cadeia cística (peri-vesicular), medindo até cm;
- cadeias mesentéricas superiores, medindo até cm;
- cadeias mesentéricas inferiores, medindo até cm;
- cadeias íleo-cólicas, pré e retrocecais, medindo até cm;
- cadeias vesicais laterais e retrovesicais, medindo até cm;
- cadeias epigástricas inferiores, medindo até cm;
- cadeias obturatórias, medindo até cm;

Regiões inguinais:

- cadeias inguinais superficiais à , medindo até cm;
- cadeias inguinais profundas à , medindo até cm;
- Linfonodomegalias .

LÍQUIDO INTRACAVITÁRIO

Acentuada quantidade de líquido livre intraperitoneal com aspecto anecóide homogêneo, se estendendo do fundo de saco posterior e goteiras parietocólicas até espaços hepato e espleno-renais.

- Ascite acentuada.

OU

Moderada quantidade de líquido livre intraperitoneal com aspecto anecóide com leves/moderados debris, se estendendo do fundo de saco posterior e goteiras parietocólicas até espaços hepato e espleno-renais.

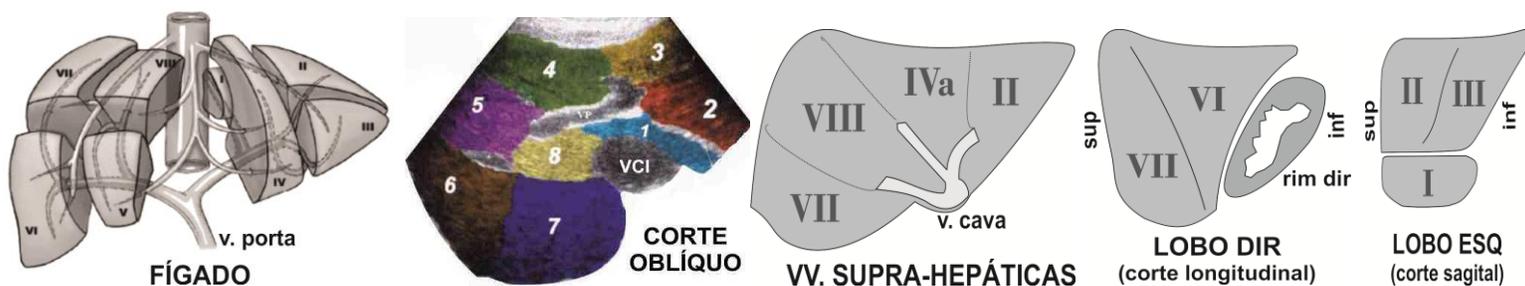
- Moderada quantidade de líquido intracavitário, sugerindo sangue/coágulos.

MASSA HEPÁTICA

Fígado de contorno inferior lobulado e dimensões aumentadas às custas de volumosa massa, sólida, de contornos irregulares, conteúdo heterogêneo, com calcificações de permeio, fluxo central e periférico ao *Doppler*, ocupando os segmentos hepáticos (Segmentação de Couinaud), medindo cerca de * cm.

Placa hilar e ramos portais principais poupados.

- Massa hepática. Conveniente complementar com TC.



NÓDULOS HEPÁTICOS SECUNDÁRIOS

Parênquima hepático homogêneo, com ecotextura e ecogenicidade normais, exceto por imagens nodulares, sólidas, de contornos bem definidos e lobulados, conteúdo hipoecogênico, com halo, caracterizados assim:

- segmento , medindo * cm.
- segmento , medindo * cm.

- Nódulos hepáticos. Considerar possibilidade de acometimento secundário.

PANCREATITE AGUDA

Pâncreas de contornos irregulares e parcialmente obscurecidos, com hipocogenicidade textural e dimensões aumentadas, medindo a cabeça: * cm (normal < 3,3 cm), corpo: * cm (normal < 2,2 cm) e cauda: * cm (normal < 2,8 cm).

Ducto de *Wirsung* de calibre preservado.

- Alteração parenquimatosa pancreática. Considerar possibilidade de pancreatite aguda.

Obs.: Os achados dependem da adequada correlação clínico-laboratorial.

PANCREATOPATIA CRÔNICA

Pâncreas de dimensões normais, com contornos lobulados e focos irregulares de calcificações, medindo até cm, nas regiões da cabeça e corpo.

Ducto de *Wirsung* ectasiado, com calibre de cm de aspecto levemente tortuoso.

- Sinais de pancreatopatia crônica.

Obs.: Os achados dependem da adequada correlação clínico-laboratorial.

PÂNCREAS GORDUROSO

Pâncreas de morfologia, contornos e dimensões normais, com aumento difuso de sua ecogenicidade.

- Sinais de infiltração gordurosa pancreática.

PÓLIPO VESICULAR

Vesícula biliar normodistendida e com paredes finas apresentando na região fúndica imagem nodular, sólida, hiperecogênica, de aspecto polipóide, com contornos regulares, imóvel à mudança de decúbito, medindo cm.

Conteúdo vesicular anecóide e não apresentando cálculos.

- Imagem nodular intra-vesicular. Considerar possibilidade de pólipo vesicular.

TROMBOSE PORTAL

Veia porta de calibre aumentado, medindo cm (normal < 1,3 cm), apresentando em seu interior material hipocogênico, aderido à parede do vaso, no segmento extra-hepático se estendendo até o segmento portal intra-hepático direito/esquerdo. Ausência de fluxo vascular ao *Doppler*.

Veia esplênica pérvia, de calibre aumentado, medindo cm (normal < 0,9 cm).

Artéria hepática pérvia, de paredes finas e lisas, com calibre aumentado, medindo cm ao nível do hilo hepático. Fluxo de direção aorto-hepático com velocidade aumentada de cm/s (normal: 30-60 cm/s).

- Sinais de trombose portal.

TUMOR DE CABEÇA DE PÂNCREAS

Vias biliares intra-hepáticas de calibres aumentados, medindo * cm à esquerda e * cm à direita (normal < 0,25 cm).

Hepatocolédoco de calibre aumentado, medindo * cm, apresentando a cerca de cm da *porta hepatis*, afilamento gradual, em "*bico de pássaro*", à medida que se relaciona com uma massa sólida na topografia da cabeça pancreática, de contornos regulares e parcialmente obscurecidos, heterogênea, com fluxo periférico ao *Doppler*, medindo cm.

Cauda pancreática não visibilizada devido à sobreposição gasosa.

Ducto de *Wirsung* de calibre aumentado, medindo * cm (normal < 0,2 cm).

Vesícula biliar hiperdistendida, medindo cm, com paredes finas e lisas.

Conteúdo vesicular anecóide e não apresentando cálculos.

Sinal de *Murphy* ultrassonográfico negativo.

- Massa sólida na topografia da cabeça pancreática com dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas.

BOLSA ESCROTAL

CISTO EPIDIDIMÁRIO

Nota-se na cabeça epididimária imagem cística, de paredes finas e regulares, conteúdo anecóide, homogêneo, medindo cm.

Demais estruturas anexas intra-escrotais preservadas.

- Cisto epididimário à *.

CISTOS EPIDIDIMÁRIOS

Nota-se na cabeça epididimária * imagens císticas, de paredes finas e regulares, conteúdo anecóide, homogêneo, medindo até cm.

Demais estruturas anexas intra-escrotais preservadas.

- Cistos epididimários à *.

CISTO TESTICULAR

Nota-se imagem cística no testículo, central/periférica, de paredes finas e regulares, conteúdo anecóide, homogêneo, medindo cm.

- Cisto testicular à *.

CISTOS TESTICULARES

Notam-se imagens císticas de paredes finas e regulares, conteúdo anecóide, homogêneo, distribuídas esparsamente no testículo, medindo até cm.

- Cistos testiculares à *.

ECTASIA DA RETE TESTIS

Parênquima testicular apresentando na região do mediastino, imagens tubulares anecóides, sem fluxo ao *Doppler*, com calibre de até cm.

- Sinais de ectasia da rete testis à direita/esquerda.

MASSA TESTICULAR

Nota-se volumosa massa complexa, sólida, ocupando a hemibolsa testicular, de contornos lobulados, predominantemente hiperecogênica, com calcificações, fluxo central e periférico ao *Doppler*, medindo cerca de * cm (vol: * cm³).

- Massa testicular à .

MICROLITÍASE

Parênquima testicular com ecotextura homogênea exceto por pequenos focos hiperecogênicos, desprovidos de sombra acústica posterior, distribuídos esparsamente, medindo de 0,1 a 0,3 cm, sendo ≥ 5 focos/campo de imagem, sugerindo microlitíase.

- Microlitíase testicular bilateral/à direita/à esquerda.

NÓDULO TESTICULAR

Parênquima testicular com ecotextura homogênea apresentando imagem nodular, sólida, central, de contornos bem definidos e regulares, conteúdo hipoeecogênico, homogêneo, com fluxo ao *Doppler*, medindo * cm.

- Nódulo testicular à .

NÓDULOS TESTICULARES

Parênquima testicular com ecotextura homogênea apresentando imagem nodular, sólida, centrais, de contornos parcialmente definidos, conteúdo hipoeecogênico, com fluxo ao *Doppler*, medindo * cm.

- Nódulos testiculares à .

HEMATOMA BOLSA ESCROTAL

Imagem heterogênea, de contornos irregulares, sem fluxo ao *Doppler*, com septações e moderados debris de permeio, sugerindo cístico espesso, adjacente ao testículo, medindo cerca de cm (vol: cm³).

Moderada quantidade de líquido livre de aspecto anecóide e leves debris de permeio.

- Imagem heterogênea adjacente ao testículo *. Considerar possibilidade de hematoma.

- Líquido livre na hemi-bolsa *, compatível com hematocele.

ORQUI/EPIDIDIMITE

Pele e tecido celular subcutâneo de espessura aumentada, medindo cm (normal < 0,6 cm).

Epidídimo de dimensões aumentadas, medindo cerca de: cm (vol = cm³), com ecotextura difusamente heterogênea e fluxo vascular aumentado ao *Doppler*.

Testículo direito/esquerdo em topografia, morfologia e contornos normais, apresentando-se de dimensões aumentadas com ecotextura heterogênea e fluxo vascular aumentado ao *Doppler*.

- Sinais sugestivos de orquiepididimite à direita/esquerda.

Obs.: Os achados dependem da adequada correlação clínico-laboratorial.

TORÇÃO TESTICULAR

Pele e tecido celular subcutâneo de espessura aumentada, medindo cm (normal < 0,6 cm).

Moderada quantidade de líquido livre de aspecto anecóide e homogêneo.

Nota-se imagem heterogênea, predominantemente hiperecogênica, adjacente ao pólo superior do testículo, de contornos irregulares, sem fluxo ao *Doppler*, medindo cerca de mm (vol: cm³), sugestiva de funículo espermático torcido e edemaciado.

Testículo rodado, de dimensões aumentadas, com parênquima heterogêneo, mais hipoeecogênico comparado ao contralateral, com áreas nodulares hipoeecogênicas de permeio, podendo corresponder a focos de necrose. Ausência de fluxo vascular no testículo ao *Doppler*.

Dimensões testiculares: cm (vol: cm³).

- Sinais de torção testicular à direita/esquerda.

Obs.: Os achados dependem da adequada correlação clínico-laboratorial.

VARICOCELE

Dilatação e discreta tortuosidade de vasos do plexo pampiniforme, medindo em repouso cm (normal < 0,2-0,3 cm) e acentuando-se com as manobras de *Valsalva*, alcançando calibre de cm, associado a refluxo valvar.

- Sinais de varicocele à .

Obs.: Os achados dependem da adequada correlação clínico-laboratorial.

RENAL E VIAS URINÁRIAS

AGENESIA RENAL

Rim direito/esquerdo não visibilizado em lojas renais e pelve.

- Rim direito/esquerdo não visibilizado: agenesia renal?

ANGIOMIOLIPOMA

Nota-se no terço superior/médio/inferior renal à direita/esquerda, imagem nodular sólida, cortical, de contornos regulares, conteúdo hiperecogênico, homogêneo, sem alterar a arquitetura vascular e pielocalicial, ausência de fluxo ao *Doppler*, medindo cm.

- Nódulo renal sugestivo de angiomiolipoma.

COLEÇÃO PERI-ENXERTO RENAL

Nota-se coleção cística, anecóide, na fossa ilíaca direita/esquerda, adjacente ao enxerto renal, medindo cm (L x AP x T), com volume estimado em cm³, distando cm da pele, passível de punção/drenagem.

- Coleção peri-enxerto renal. Considerar possibilidade de linfocele/hematoma.

Nota: Exame realizado em caráter de urgência no ° pós-transplante renal.

CISTO

Imagem cística, de paredes finas e regulares, conteúdo anecóide, homogêneo, no terço * à direita/esquerda, cortical, medindo cm.

- Cisto renal simples à direita/esquerda.

OU

Cisto renal, cortical, no terço * à direita/esquerda, medindo cm.

- Cisto renal simples à direita/esquerda.

CISTOS

Imagens císticas, de paredes finas e regulares, conteúdo anecóide, homogêneo, predominantemente corticais, medindo até cm no terço superior/médio/inferior à direita/esquerda.

- Cistos renais simples à direita/esquerda.

OU

Imagens císticas, de paredes finas e regulares, conteúdo anecóide homogêneo, caracterizadas assim:

- Terço superior, cortical, medindo cm;

- Terço médio, cortical, medindo cm;

- Terço inferior, cortical, medindo cm;

- Cistos renais simples à .

CISTOS (POLICÍSTICOS)

Múltiplas imagens císticas, distribuídas por todo o parênquima renal à direita/esquerda, predominantemente corticais, de paredes finas e regulares, conteúdo anecóide homogêneo, medindo até cm no terço superior/médio/inferior.

- Múltiplos cistos renais bilaterais. Considerar possibilidade de doença policística do adulto.

CÁLCULO “BODERLINE”

Pequena imagem nodular, hiperecogênica, desprovida de sombra acústica posterior, no grupo calicinal médio à direita/esquerda, medindo cm.

- Pequena imagem hiperecogênica no rim direito/esquerdo: cálculo?

CÁLCULO

Imagem nodular, hiperecogênica, provida de sombra acústica posterior, no grupo calicinal médio à direita/esquerda, medindo cm.

- Nefrolitíase, não obstrutiva, à direita/esquerda.

CÁLCULOS

Algumas imagens nodulares, hiperecogênicas, providas de sombra acústica posterior, medindo até cm no grupo calicinal médio à direita/esquerda.

- Nefrolitíase, não obstrutiva, à direita/esquerda/bilateral.

OU

Imagens nodulares, hiperecogênicas, providas de sombra acústica posterior, nos grupos calicinais:

- superior, medindo cm.

- médio, medindo cm.

- inferior, medindo cm.

- Nefrolitíase, não obstrutiva, à direita/esquerda/bilateral.

CÁLCULO URETERAL JUP

Nota-se imagem nodular, hiperecogênica, provida de sombra acústica posterior, no ureter proximal à direita/esquerda, a cerca de cm da junção uretero-piélica (JUP), medindo cm, correspondendo cálculo impactado, promovendo leve/moderada dilatação do sistema coletor à montante.

- Ureterolitíase promovendo uretero-hidronefrose leve/moderada à direita/esquerda.

CÁLCULO URETERAL JUV

Nota-se imagem nodular, hiperecogênica, medindo cm, no ureter distal, a cerca de cm da junção uretero-vesical (JUV) direita/esquerda, correspondendo a cálculo impactado, promovendo discreta/moderada dilatação do sistema coletor à montante.

- Ureterolitíase promovendo uretero-hidronefrose discreta/moderada à direita/esquerda.

OU

Discreta dilatação do sistema pielocalicial e dos 2/3 proximais do ureter direito/esquerdo, de calibre alcançando cm.

Ureter distal não visibilizado devido à sobreposição gasosa.

- Uretero-hidronefrose discreta à direita/esquerda: ureterolitíase?

OU

Mínimo aumento da pelve renal com grupos calicinais de aspecto preservado.

Nota-se pequeno borramento hiperecogênico, mal definido, medindo cm, no ureter distal, a cerca de cm da junção uretero-vesical (JUV) direita: cálculo impactado? À critério clínico, complementar com TC.

DUPLICIDADE PIELOCALICIAL

Sistema pielocalicial compacto à direita/esquerda, apresentado grupo calicinal superior separado dos grupos médio/inferior, sugerindo duplicidade pielocalicial (variante anatômica).

DUPLO J

Extremidade do cateter de duplo J no sistema pielocalicial.

Extremidade do cateter de duplo J no interior vesical.

- Cateter de duplo J normoposicionado à direita/esquerda.

ESPESSAMENTO VESICAL: BEXIGA DE ESFORÇO

Bexiga urinária normodistendida, com conteúdo anecóide e parede irregular com espessura difusamente aumentada, medindo até cm (normal < 0,5 cm). Observa-se ainda imagens compatíveis com pseudo-divertículos vesicais, medindo até cm na parede ântero-superior.

- Espessamento parietal vesical difuso com pseudo-divertículos. Considerar possibilidade de bexiga de esforço.

ESPESSAMENTO VESICAL: CISTITE

Bexiga urinária normodistendida, com conteúdo anecóide e parede de espessura difusamente aumentada, medindo até cm (normal < 0,5 cm).

- Espessamento parietal vesical difuso. Considerar possibilidade de cistite.

Nota: Necessário correlação clínico-laboratorial.

ESTENOSE DE JUP

Moderada dilatação do sistema pielocalicial à direita/esquerda. Não visibilizado sinais de dilatação ureteral.

- Hidronefrose moderada à direita/esquerda. Considerar possibilidade de estenose de JUP.

HEMATOMA VESICAL

Bexiga urinária normodistendida, com conteúdo anecóide e parede de espessura normal.

Nota-se no assoalho vesical imagem hipocogênica irregular, sem fluxo ao *Doppler*, móvel à mudança de decúbito, medindo cm (volume estimado: cm³)

- Imagem irregular no interior vesical sugerindo hematoma.

MASSA/PÓLIPO VESICAL

Nota-se na parede vesical ântero-superior, massa sólida, endofítica, de contornos lobulados, com fluxo ao *Doppler*, imóvel à mudança de decúbito, medindo cm (L x AP x T), com volume de cm³.

- Massa sólida vesical.

OU

Nota-se na parede vesical ântero-superior, imagem nodular, sólida, hiperecogênica, de aspecto polipóide, com contornos regulares e fluxo presente ao *Doppler*, imóvel à mudança de decúbito, medindo cm.

- Imagem nodular intra-vesical. Considerar possibilidade de pólipos vesical.

REFLUXO VÉSICO-URETERAL

Moderada dilatação dos sistemas pielocaliciais e de toda a extensão dos ureteres, medindo até cm de calibre à direita e cm à esquerda sem evidência de fatores obstrutivos/compressivos.

Junções uretero-vesicais patentes durante toda a realização do exame.

- Uretero-hidronefrose moderada bilateral. Considerar possibilidade de refluxo vésico-ureteral.

RIM PÉLVICO

Rim direito/esquerdo em topografia ectópica, na fossa ilíaca direita/esquerda, de morfologia, contornos e ecotextura normais, com dimensões levemente reduzidas.

Dimensões renais: cm. Espessura de parênquima: cm.

Sistema pielocalicial compacto sem evidência de cálculos.

- Rim direito/esquerdo pélvico.

RINS EM FERRADURA

Rins de contornos e ecotextura normais com pelves renais dirigidas anteriormente, apresentando-se fundidos a partir de seus pólos inferiores na topografia mediana, peri-umbilical, sugerindo "rins em ferradura".

Rim direito mede: cm. Espessura do parênquima: cm.

Rim esquerdo mede: cm. Espessura do parênquima: cm.

Região renal na topografia mediana mede aproximadamente: mm (T x AP).

Sistema pielocalicial compacto. Não visibilizado imagens compatíveis com cálculos no sistema pielocalicial.

- Sinais compatíveis com "Rins em ferradura".

MASSA PÉLVICA COM URETERO-HIDRONEFROSE

Massa sólida na escavação pélvica, superiormente à bexiga, de contornos lobulados, heterogênea, com focos de calcificação e fluxo periférico ao *Doppler*, medindo cm (vol = cm³).

Esta exerce compressão extrínseca nos ureteres distais promovendo discreta/moderada dilatação dos sistemas coletores à montante.

- Massa pélvica promovendo uretero-hidronefrose discreta/moderada bilateral;

OU

Ureteres de calibres aumentados, medindo até cm à direita e cm à esquerda, apresentando afilamento gradual, em aspecto de "bico de pássaro", à medida que se relaciona com uma massa sólida na escavação pélvica, superiormente à bexiga, de contornos lobulados, heterogênea, com focos de calcificação e fluxo periférico ao *Doppler*, medindo cm (vol = cm³).

- Massa pélvica promovendo uretero-hidronefrose moderada bilateral.

NEFRECTOMIA TOTAL/PARCIAL

Rim direito/esquerdo não caracterizado (status pós-operatório).

- Sinais de nefrectomia total à direita/esquerda.

OU

Rim direito/esquerdo em topografia e ecotextura habitual com dimensões reduzidas (status pós-operatório).

Sistema pielocalicial compacto. Ausência de imagens compatíveis com cálculos no sistema pielocalicial.

- Sinais de nefrectomia parcial à direita/esquerda.

NEFROCALCINOSE

Nota-se hiperecogenicidade difusa, provida de sombra acústica posterior, na zona medular renal.

- Sinais de nefrocalcinose medular.

NEFROPATIA AGUDA

Perda da relação corticomedular com parênquima apresentando hiperrefringência difusa e redução da ecogenicidade das pirâmides.

- Sinais de nefropatia parenquimatosa aguda.

OU

Relação corticomedular preservada com parênquima apresentando hiperrefringência difusa e redução da ecogenicidade das pirâmides.

- Sinais de nefropatia parenquimatosa aguda.

NEFROPATIA CRÔNICA

Rins de morfologia e topografia habituais, com dimensões reduzidas, contornos lobulados e perda da relação corticomedular.

Rim direito mede: cm. Rim esquerdo mede: cm.

- Sinais de nefropatia parenquimatosa crônica bilateral.

ENXERTO RENAL

Enxerto renal:

Localizado na fossa ilíaca direita/esquerda de morfologia, contornos e topografia habituais.

Dimensões: cm (vol : cm³). Espessura de parênquima: mm.

Parênquima com relação corticomedular preservada.

Sistema pielocalicial compacto. Ausência de imagens compatíveis com cálculos.

Fluxo vascular presente ao *Doppler Colorido*.

Ausência de sinais de coleções peri-enxerto.

- Enxerto renal na fossa ilíaca direita/esquerda.

PIELONEFRITE

Dimensões: mm. Espessura de parênquima aumentada: mm.

Relação corticomedular preservada com parênquima apresentando leve hiperrefringência difusa e redução da ecogenicidade das pirâmides.

Sistema pielocalicial compacto.

- Sinais de nefropatia parenquimatosa aguda à direita/esquerda. Considerar possibilidade de pielonefrite.

OU

Relação corticomedular preservada com parênquima apresentando área hiperecogênica irregular, mal definida, no terço superior, medindo cerca de cm.

- Alteração parenquimatosa focal no rim direito/esquerdo: pielonefrite?

PRÓSTATA HETEROGÊNEA

Parênquima prostático com ecotextura heterogênea apresentando focos de calcificação na zona central.

RESÍDUO VESICAL AUMENTADO

Volume vesical pré-miccional: mL.

Volume vesical pós-miccional pequeno/moderado/accentuado: mL.

- Resíduo vesical pequeno/moderado/accentuado.

Recomendação: 0-30mL: Desprezível; 30-80mL: Pequeno; 80-150mL: Moderado; 150-300mL; Acentuado; >300mL: Muito acentuado.

SONDA VESICAL

Balão de sonda vesical normoposicionado.

TUMOR DE WILMS OU NEUROBLATOMA

Volumosa massa sólida, de limites imprecisos com o terço superior renal à direita, com aparente plano de clivagem com o fígado, rechaçando-o superiormente e não ultrapassando a linha mediana. Apresenta contornos lobulados e aspecto heterogêneo, predominantemente hipocogênico (componente sólido > 95 % da massa), com áreas císticas anecóides, sugerindo degeneração cístico-necrótica, sem calcificações evidentes e fluxo central e periférico ao *Doppler*, medindo mm (vol = cm³).

- Massa sólida intracavitária. Considerar possibilidades de Tumor de *Wilms* ou Neuroblastoma. Conveniente complementar com TC.

URINOMA

Nota-se coleção líquida anecóide anecogênica, adjacente à superfície póstero-superior do rim, limitado pela fáscia de Gerota, medindo cm de espessura, sugerindo urinoma. Observa-se ainda borramento dos planos gordurosos peri-renal.

VÁLVULA DE URETRA POSTERIOR

Moderada dilatação dos sistemas pielocaliciais e de toda a extensão dos ureteres, medindo até cm de calibre à direita e cm à esquerda.

- Uretero-hidronefrose moderada bilateral. Considerar possibilidade de válvula de uretra posterior.

CERVICAL

CISTO TIREÓIDE

Parênquima com ecotextura homogênea, exceto por imagem cística, de paredes finas e regulares, conteúdo anecóide homogêneo, no terço superior/médio/inferior do lobo, medindo mm, distando mm da pele.

- Cisto tireoidiano à direita/esquerda.

CISTOS TIREÓIDE

Parênquima com ecotextura homogênea, exceto por imagens císticas, de paredes finas e regulares, conteúdo anecóide homogêneo, caracterizadas assim:

- terço superior, medindo mm, distando mm da pele.

- terço médio, medindo mm, distando mm da pele.

- terço inferior, medindo mm, distando mm da pele.

- Cistos tireoidianos à direita/esquerda.

LINFONODO CERVICAL HABITUAL PALPÁVEL

Nota-se na alteração palpável, linfonodo na cadeia cervical *, de aspecto habitual, hipocogênico com mediastino ecogênico, medindo cm.

LINFONODOMEGALIAS CERVICAIS

Múltiplas adenomegalias, de contornos bem definidos, hiperecogênicas, com perda da diferenciação córtico-hilar, algumas de aspecto confluyente e com áreas císticas de permeio, sugerindo degeneração cístico-necrótica, caracterizadas assim:

À direita:

- na cadeia cervical anterior, com diâmetro médio de mm e o maior medindo mm, distando mm da pele;

OU

Múltiplos linfonodos aumentados, de morfologia preservada, hipocogênicos, com mediastino ecogênico, sem sinais de degeneração cístico-necrótica, nas cadeias:

À esquerda:

- cervical anterior (VI/III), medindo até cm.

- cervical posterior (VA), medindo até cm.

- submandibular (IB/IIA), medindo até cm.

- submentoniana (IA), medindo até cm.

- pré-auricular (IIA), medindo até cm.

- retroauricular (IIB), medindo até cm.

- supra-clavicular (IV/VB), medindo até cm.

À esquerda:

- cervical anterior (VI/III), medindo até cm.

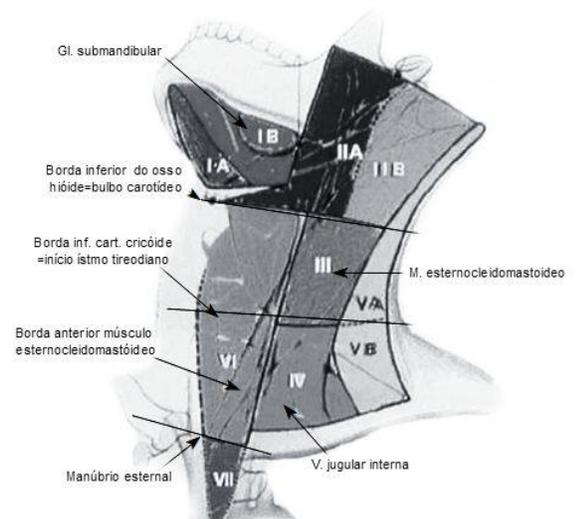
- cervical posterior (VA), medindo até cm.

- submandibular (IB/IIA), medindo até cm.

- Adenopatias cervicais.

Obs.: Considerar possibilidade de processo inflamatório/infeccioso.

Obs.: Conveniente seguir investigação diagnóstica.



NÓDULO TIREÓIDE

Parênquima com ecotextura homogênea, exceto por imagem nodular, sólida, de contornos regulares e bem definidos, conteúdo hipocogênico, homogêneo, sem halo, sem calcificações evidentes, fluxo somente periférico ao *Doppler* (classificação II de *Chammas*), no terço superior/médio/inferior do lobo, medindo cm, distando cm da pele.

- Nódulo tireoidiano à .

Nota: Classificação de **CHAMMAS**: I – Ausência de fluxo; II – Fluxo periférico; III – Fluxo mais periférico que central; IV – Fluxo mais central que periférico; V - Fluxo exclusivamente central.

NÓDULOS TIREÓIDE

Parênquima apresentando imagens nodulares, sólidas, de contornos regulares, conteúdo hipocogênico/heterogêneo, sem halo ou calcificações evidentes, caracterizadas assim:

- terço superior, sem fluxo ao *Doppler* (classificação I de *Chammas*®), medindo cm, distando cm da pele.

- terço médio fluxo somente periférico ao *Doppler* (classificação II de *Chammas*®), medindo cm, distando cm da pele.

- terço inferior, fluxo predominantemente periférico ao *Doppler* (classificação III de *Chammas*®), medindo cm, distando cm da pele.

- Nódulos tireoidianos à .

Nota: Classificação de **CHAMMAS**®: I – Ausência de fluxo; II – Fluxo periférico; III – Fluxo mais periférico que central; IV – Fluxo mais central que periférico; V - Fluxo exclusivamente central.

PAROTIDITE

Glândulas submandibulares e parótida direita/esquerda sem alterações ultrassonográficas.

Parótida direita/esquerda mede cm (vol: cm³).

Glândula parótida direita/esquerda de dimensões aumentadas com ecotextura difusamente heterogênea e alguns linfonodos reativos intra-parotídeos, medindo até cm. Observa-se ainda fluxo vascular aumentado da glândula ao *Doppler*.

Parótida direita/esquerda mede cm (vol: cm³).

- Sinais de parotidite à direita/esquerda.

Nota: Os achados dependem da adequada correlação clínico-laboratorial.

TIREÓIDE HETEROGÊNEA

Parênquima com ecotextura difusamente heterogênea sem evidência de nódulos ou cistos.

Nota-se fluxo vascular difusamente aumentado ao *Doppler*.

- Tireóide de dimensões aumentadas e difusamente heterogênea. Considerar possibilidade de tireoidopatia de *Graves*.

OU

Parênquima com ecotextura levemente heterogênea sem evidência de nódulos ou cistos.

Nota-se fluxo vascular aumentado ao *Doppler*.

- Tireóide de dimensões reduzidas e difusamente heterogênea. Considerar possibilidade de tireoidopatia de *Hashimoto*.

Nota: Volume normal da tireóide: ♂: 12 ± 4 cm³ /// ♀: 8 ± 4 cm³.

Obs: Classificação de **LAGALLA**: I – Ausência de fluxo no nódulo; II – Fluxo perinodular; VPS ATI: 15-40 cm/s; VPD 5-20 cm/s. III - Fluxo peri e intra-nodular; VPS ATI > 40 cm/s; VPD > 15 cm/s. IV – Inferno tireoidiano (**Graves**: Aumento da vascularização; VPS ATI: 50 a 150 cm/s; IR = 0,79 / IP = 1,36 // // // // **Hashimoto**: Aumento da vascularização; VPS ATI: normal). ATI: Artéria tireoidiana inferior.

TIREOIDECTOMIA TOTAL

Glândula tireóide não caracterizada (status pós-operatório).

- Sinais de tireoidectomia total.

TIREOIDECTOMIA PARCIAL

Lobo direito/esquerdo e istmo tireoidiano: Não caracterizados (status pós-operatório).

- Sinais de tireoidectomia parcial à direita/esquerda.

TÓRAX

DERRAME PLEURAL

Moderada quantidade de líquido na cavidade pleural à direita/esquerda com aspecto anecóide, sem debris ou septações.

- Derrame pleural moderado à direita/esquerda.

DERRAME PLEURAL COM ATELECTASIA

Moderada quantidade de líquido na cavidade pleural à direita/esquerda com aspecto anecóide, sem debris ou septações, associado a atelectasia de segmentos basais do lobo inferior.

- Derrame pleural moderado à direita/esquerda com atelectasia.

GINECOLOGIA E OBSTERÍCIA

MAMA

ABSCESSO

Nota-se imagem cística de contornos irregulares/lobulados, com traves e moderados debris de permeio, sugerindo cístico-espesso, às horas, medindo cerca de cm (vol: cm³), distando cm do mamilo e cm da pele.

Observa-se ainda aumento da espessura da pele e borramento dos planos adiposos adjacentes à lesão descrita, sugerindo processo inflamatório/infeccioso.

- Imagem cístico-espessa na mama *. Considerar possibilidade de abscesso mamário.

Obs.: Os achados dependem da adequada correlação clínico-laboratorial.

ABCESSOS

Notam-se imagens císticas anecóides, com traves e moderados debris de permeio, sugerindo cístico-espesso, de contornos irregulares, distribuídos assim:

- Às horas, medindo cerca de cm (vol: cm³), distando cm do mamilo e cm da pele;

- De horas às horas, medindo cerca de cm (vol: cm³), distando de cm a cm do mamilo e de cm a cm da pele;

Observa-se ainda aumento da espessura da pele e borramento dos planos adiposos adjacentes às lesões descritas, sugerindo processo inflamatório/infeccioso.

- Imagens cístico-espessas na mama *. Considerar possibilidade de abscessos mamários.

Obs.: Os achados dependem da adequada correlação clínico-laboratorial.

CISTO

Imagem cística circunscrita, de paredes finas e regulares, conteúdo anecóide homogêneo, com reforço acústico posterior, às horas, medindo cm, distando cm do mamilo e cm da pele.

- Cisto mamário à .

- Categoria BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Data System): 2.

- Recomendação: controle mamográfico e ultrassonográfico anual ou à critério clínico.

CISTOS

Imagens císticas circunscritas, esparsas pela mama, de paredes finas e regulares, conteúdo anecóide homogêneo, algumas com reforço acústico posterior, medindo até cm, às horas, distando cm do mamilo e cm da pele;

- Cistos mamários à .

- Categoria BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Data System): 2.

- Recomendação: controle mamográfico e ultrassonográfico anual ou à critério clínico.

OU

Imagens císticas circunscritas, de paredes finas e regulares, conteúdo anecóide homogêneo, algumas com reforço acústico posterior, caracterizadas assim:

- Às horas, medindo mm, distando mm do mamilo e mm da pele.

- Às horas, medindo mm, distando mm do mamilo e mm da pele.

- Cistos mamários à .

- Categoria BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Data System): 2.

- Recomendação: controle mamográfico e ultrassonográfico anual ou à critério clínico.

CISTO ESPESSO? NÓDULO?

Nota-se imagem arredondada, de contornos circunscritos e regulares, conteúdo hipoecogênico (cístico espesso? nódulo?), homogêneo, com eixo maior paralelo à pele, sem fluxo ao *Doppler*, às horas, medindo cm, distando cm do mamilo e mm da pele.

- Imagem nodular na mama *: Cisto espesso? Nódulo?

ECTASIA/PROEMINÊNCIA DUCTAL

Proeminência ductal retroareolar, com calibre de até 0,3 cm, de conteúdo anecóide e homogêneo.

Ectasia ductal retroareolar, com calibre de até * cm (normal < 0,3 cm), de conteúdo anecóide e homogêneo.

- Ectasia/Proeminência ductal retroareolar bilateral.

- Categoria BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Data System): 2.

- Recomendação: controle mamográfico e ultrassonográfico anual ou à critério clínico.

GINOCOMASTIA

Área hiperecogênica na região retroareolar, medindo cerca de cm, correspondendo a parênquima mamário.

- Ginecomastia direita/esquerda/bilateral.

IMPLANTES MAMÁRIOS

Sinais de manipulação cirúrgica com implante mamário de aspecto íntegro.

- Implantes mamários de aspecto íntegros.

LIPOMASTIA

Componente adiposo exuberante ocupando o plano do subcutâneo retroareolar.

- Lipomastia direita/esquerda/bilateral.

NÓDULO BI-3

Imagem sólida, ovalada, hipocogênica, discretamente heterogênea, com eixo maior paralelo à pele, sem fluxo ao *Doppler*, às horas, medindo cm, distando cm do mamilo e cm da pele.

- Nódulo mamário à , sugestivo de fibroadenoma.
- Categoria BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Data System): 3.
- Recomendação: controle ultrassonográfico com 6 meses ou à critério clínico.

NÓDULO BI-4

Na alteração palpável evidenciou-se:

Imagem sólida, arredondada, de contornos circunscritos e regulares, conteúdo hipocogênico, com eixo maior paralelo à pele, fluxo periférico ao *Doppler*, às horas, medindo cm, distando cm do mamilo e cm da pele.

- Nódulo mamário à .
- Categoria BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Data System): 4.
- Recomendação: estudo histopatológico à critério clínico.

NÓDULOS BI-3

Imagens sólidas ovaladas, algumas lobuladas, conteúdo hipocogênico, discretamente heterogêneo, com eixo maior paralelo à pele, fluxo ausente ao *Doppler*, medindo até cm, às horas, distando cm do mamilo e cm da pele.

- Nódulos mamários à , sugestivos de fibroadenomas.
- Categoria BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Data System): 3.
- Recomendação: controle ultrassonográfico com 6 meses ou à critério clínico.

OU

Imagens sólidas ovaladas, algumas lobuladas, conteúdo hipocogênico, discretamente heterogêneo, com eixo maior paralelo à pele, fluxo ausente ao *Doppler*, caracterizadas assim:

- Às horas, medindo cm, distando cm do mamilo e cm da pele.
- Às horas, medindo cm, distando cm do mamilo e cm da pele.
- Nódulos mamários à , sugestivos de fibroadenomas.
- Categoria BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Data System): 3.
- Recomendação: controle ultrassonográfico com 6 meses ou à critério clínico.

NÓDULO INVASIVO BI-5

Imagem nodular, sólida, hipocogênica, provida de sombra acústica posterior, de contornos irregulares e parcialmente obscurecidos, eixo maior perpendicular à pele, fluxo periférico e central ao *Doppler*, às horas, medindo cerca de cm (radial x AP x anti-radial), distando cm do mamilo e cm da pele.

Nota-se ainda espessamento e retração da pele adjacente à imagem descrita.

Linfonodomegalia axilar arredondada com perda da relação córtico-hilar, medindo cm.

- Linfonodomegalia axilar à .
- Nódulo mamário à .
- Categoria BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Data System): 5.
- Recomendação: estudo histopatológico à critério clínico.

MASSA COM LESÕES SATÉLITES MULTIFOCAIS

Massa sólida, hipocogênica, provida de sombra acústica posterior, de contornos irregulares e parcialmente obscurecidos, eixo maior perpendicular à pele, fluxo periférico e central ao *Doppler*, às horas, medindo cerca de cm (radial x AP x anti-radial), distando cm do mamilo e cm da pele.

Notam-se ainda pelo menos * imagens nodulares sólidas, hipocogênicas, próximas à imagem descrita, distando entre si menos de 5,0 cm, circunscritas e regulares, fluxo periférico ao *Doppler*, medindo em média cm, sugerindo lesões satélites.

- Massa mamária à com nódulos satélites adjacentes: lesão multifocal?
- Categoria BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Data System): 5;
- Recomendação: estudo histopatológico à critério clínico.

OBSTÉTRICO

HEMATOMA RETROPLACENTÁRIO

Nota-se imagem laminar, hipoeecogênica, de contornos irregulares, sem fluxo ao *Doppler*, adjacente à região inferior da placenta, ocupando cerca de 15% da sua superfície de inserção, medindo cm, se insinuando através do orifício interno do colo uterino, podendo corresponder a hematoma.

- Hematoma retroplacentário/periplacentário.

MORFOLÓGICO

<http://www.perinatology.com/calculators/exbiometry.htm>

Translucência nucal de espessura medindo cm (percentil 90 para a idade gestacional = cm).

Medida do átrio do **ventrículo lateral**: cm (normal para idade entre 14-38 semanas: 7 a 8,2 mm) (Ventriculomegalia leve: 11 a 15 mm / grave > 15mm).

Ossos nasais de comprimento medindo mm (normal: > 2,5 – 5,0 mm) (percentil 5 para a idade gestacional = mm).

Cisterna magna com diâmetro ântero-posterior normal, medindo mm (normal para idade entre 15-36 semanas: 2 a 8 mm, Máx: 10 mm) (percentil 5 para a idade gestacional = mm).

Rim direito/esquerdo com pelve renal levemente ectasiada, apresentando diâmetro ântero-posterior de mm, no percentil para a idade gestacional (Percentil 50 da idade gestacional = mm).

- Leve ectasia pielocalicinal à direita/esquerda.

PLACENTA BAIXA

Placenta de inserção corporal anterior estendendo-se até o segmento ístmico do útero, não ocupando o orifício interno do colo, distando cm deste (normal > 7,0 cm). Espessura placentária normal e grau de maturidade.

OU

Placenta de inserção corporal anterior estendendo-se até o segmento inferior do útero, ocupando parcialmente o orifício interno do colo. Espessura placentária normal e grau de maturidade.

Colo uterino medindo no eixo longitudinal cm (normal > 3,0-3,5 cm).

Nota: Sugiro à critério clínico, controle ultrassonográfico da localização placentária após idade gestacional de 24 semanas.

OLIGOÂMNIO

Líquido amniótico em quantidade reduzida com ILA = cm (percentil 5 para a idade gestacional = cm).

- Oligoâmnio discreto.

POLIDRÂMNIO

Líquido amniótico em quantidade aumentada com ILA = cm (percentil 95 para a idade gestacional = cm).

- Polidrâmnio.

(< 5,0 cm: Oligoâmnio; 5,0-8,0 cm: LA reduzido; 8,0-22,0 cm: LA normal; > 22,0 cm: LA aumentado; > 25,0 cm: Polidrâmnio)

ÓBITO FETAL

Pólo cefálico de contornos irregulares, sugerindo superposição de ossos do crânio (Sinal de Spalding) com gases na circulação fetal (Sinal de Robert), associado a hiperflexão da coluna vertebral (Sinal de Hartley) e sinal do halo craniano (Sinal de Devel).

Movimentos fetais e batimentos cardíacos ausentes.

Líquido amniótico em quantidade reduzida (ILA = cm).

- Gestação com feto único;

- Óbito fetal em idade gestacional de semanas e dias (± semanas) pelo **comprimento femoral**.

- Oligoâmnio severo.

PESO

Peso estimado: gramas (± gramas) pelo *Hadlock 1* (DBP + CC).

gramas (± gramas) pelo *Hadlock 4* (CC + CA).

gramas (± gramas) pelo *Hadlock 6* (CA + CF).

gramas (± gramas) pelo *Hadlock 11* (DBP + CC + CA + CF).

gramas (± gramas) pelo *Hadlock 7* (DBP + CC + CA).

gramas (± gramas) pelo *Hadlock 8* (DBP + CC + CF).

gramas (± gramas) pelo *Hadlock 9* (DBP + CA + CF).

gramas (± gramas) pelo *Hadlock 3* (DBP + CF).

gramas (± gramas) pelo *Hadlock 2* (DBP + CA).

gramas (± gramas) pelo *Hadlock 5* (CC + CF).

gramas (± gramas) pelo *Hadlock 10* (CC + CA + CF).

TRANSVAGINAL

ABORTAMENTO EM CURSO

Saco gestacional na cavidade uterina, deslocado, em topografia ístmica, de contornos irregulares, medindo cm (diâmetro médio cm).

Nota-se imagem laminar, hipoecogênica, de contornos irregulares, sem fluxo ao *Doppler*, adjacente à parede inferior do saco gestacional, ocupando cerca de 40% do mesmo, sugerindo hematoma retrocoriônico.

Imagem ecogênica no interior do saco gestacional, medindo cm no maior eixo, sugerindo eco embrionário.

Movimentos embrionários e batimentos cardíacos ausentes.

Vesícula vitelina não caracterizada.

- Sinais de abortamento em curso.

CISTO OVARIANO

Ovário direito/esquerdo em topografia, morfologia, contornos e ecotextura normais, apresentando em seu interior imagem cística, de paredes finas e regulares, conteúdo anecóide homogêneo, medindo cm.

Medidas ovarianas: cm (volume: cm³).

- Cisto ovariano à direita/esquerda.

Nota: Considerar possibilidade de **torção ovariana**. Correlacionar clínico-laboratorialmente.

CISTOS OVARIANOS

Ovário direito/esquerdo em topografia, morfologia, contornos e ecotextura normais, apresentando em seu interior imagens císticas, de paredes finas e regulares, conteúdo anecóide homogêneo, medindo até cm.

Medidas ovarianas: cm (volume: cm³).

- Cistos ovarianos à direita/esquerda.

CISTO FUNCIONAL OVARIANO

Ovário direito/esquerdo em topografia, morfologia, contornos e ecotextura normais, apresentando em seu interior imagem cística anecóide, de paredes finas e lisas, medindo cm, sugerindo cisto funcional folicular.

Medidas ovarianas: cm (volume: cm³).

CISTOS FUNCIONAIS OVARIANOS

Ovário direito/esquerdo em topografia, morfologia, contornos e ecotextura normais, apresentando algumas imagens císticas anecóides, de paredes finas e lisas, medindo até cm, sugerindo cistos funcionais.

CISTO HEMORRÁGICO OVARIANO

Ovário direito/esquerdo em topografia habitual, com ecotextura heterogênea, à custa de imagem cística, com paredes espessas, conteúdo com moderados debrís e traves de permeio, sem fluxo ao *Doppler*, medindo cm (vol = cm³), sugerindo cisto hemorrágico.

Medidas ovarianas: cm (volume: cm³).

- Cisto ovariano hemorrágico à direita/esquerda.

CISTO(S) NABOTH

Cisto de Naboth de aspecto habitual no colo uterino, medindo cm.

Cistos de Naboth de aspecto habitual no colo uterino, medindo até cm.

CORPO LÚTEO

Ovário direito/esquerdo em topografia, morfologia, contornos e ecotextura normais, apresentando em seu interior imagem cística, de paredes espessas e regulares, conteúdo anecóide homogêneo, medindo cm, sugerindo corpo lúteo.

OU

Nota-se imagem sugestiva de corpo lúteo, medindo cm.

DIU

Cavidade uterina virtual, apresentando em seu interior dispositivo intra-uterino (DIU) distando cm do cavidade fúndica (normal $\leq 0,5$ cm) e cm da serosa fúndica (normal $\leq 2,0$ cm).

- DIU normoposicionado.

- DIU deslocado.

DIPA

Pequena quantidade de líquido livre no fundo de saco posterior e regiões anexiais com aspecto anecóide e homogêneo. Observa-se ainda dor à mobilização do transdutor nas regiões anexiais.

- Pequena quantidade de líquido livre na escavação pélvica. Considerar possibilidade de doença inflamatória pélvica.

Obs.: Os achados dependem da adequada correlação clínico-laboratorial.

ECTÓPICA: MASSA

Nota-se imagem cístico-sólida, na região anexial direita/esquerda, de contornos lobulados, com septos espessos e moderados debris de permeio, sem fluxo ao *Doppler*, medindo cm (vol = cm³).

Moderada quantidade de líquido livre de aspecto anecóide, com moderados debris e traves de permeio, se estendendo do fundo de saco posterior até espaços hepato e espleno-renais.

- Moderada quantidade de líquido intraperitoneal, sugerindo sangue/coágulos.
- Imagem heterogênea na região anexial à direita/esquerda. Considerar possibilidade de gestação ectópica rota.

Nota: Os achados dependem da adequada correlação clínico-laboratorial.

ECTÓPICA ROTA OU CISTO HEMORRÁGICO: MASSA

Nota-se imagem cístico-sólida, na região anexial direita/esquerda, adjacente ao ovário, impossibilitando a precisa distinção pelo método ecográfico, contornos irregulares com septos espessos e moderados debris de permeio, sem fluxo ao *Doppler*, medindo cm (vol = cm³).

Moderada quantidade de líquido livre de aspecto anecóide, com moderados debris e septações finas de permeio, se estendendo do fundo de saco posterior até espaços hepato e espleno-renais.

- Moderada quantidade de líquido intraperitoneal, sugerindo sangue/coágulos.
- Imagem heterogênea anexial à direita/esquerda. Considerar possibilidade de gestação ectópica rota ou cisto hemorrágico roto.

Nota: Os achados dependem da adequada correlação clínico-laboratorial.

ECTÓPICA: ANEL TUBÁRIO

Nota-se na região anexial direita/esquerda, imagem em “anel tubário”, arredondada, de contornos bem definidos e regulares, medindo cm, com paredes espessas hipocogênicas e fluxo ao *Doppler* ocupando cerca de 1/3 da circunferência. Apresenta no interior imagem compatível com saco gestacional ectópico, de contornos regulares e medindo cm (diâmetro médio cm), com vesícula vitelina presente, medindo cm. Embrião não caracterizado.

- Gestação ectópica tubária à direita/esquerda.

Nota: Os achados dependem da adequada correlação clínico-laboratorial.

ECTÓPICA: ANEL TUBÁRIO OU CISTO OVARIANO

Nota-se na região anexial direita/esquerda, imagem cística, arredondada, adjacente ao ovário, impossibilitando a precisa distinção pelo método ecográfico, de contornos bem definidos e regulares, com paredes espessas, hipocogênicas e fluxo ao *Doppler* ocupando cerca de 1/3 da circunferência, medindo cm (vol: cm³). Área cística central mede cm (diâmetro médio cm). Ausência de sinais de vesícula vitelina ou embrião.

- Imagem cística anexial à direita/esquerda. Considerar possibilidade de gestação ectópica ou cisto ovariano/corpo lúteo.

Nota: Necessário clínico-laboratorial.

ECTÓPICA: BCF +

Nota-se na região anexial direita/esquerda, imagem arredondada, de contornos bem definidos e regulares, medindo cm, com paredes espessas hipocogênicas e fluxo ao *Doppler* ocupando cerca de 1/3 da circunferência. Apresenta no interior imagem compatível com saco gestacional ectópico de contornos regulares e medindo cm (diâmetro médio cm), com vesícula vitelina presente, medindo cm e embrião único de comprimento cabeça-nádega (CCN) medindo cm. Movimentos embrionários e batimentos cardíacos presentes (BCF = bpm).

- Gestação ectópica tubária à direita/esquerda com embrião único e vivo.
- Idade gestacional de semanas e dia(s) (+/- 5 dias) pelo CCN.

ENDOMETRIO: ESPESSAMENTO PÓS-MENOPAUSA

Endométrio hiperecogênico, homogêneo, medindo cm de espessura.

- Espessamento endometrial.

OU

Endométrio heterogêneo, predominantemente hiperecogênico, medindo cm de espessura.

- Espessamento endometrial.

Nota: **Espessura endometrial:** Fase menstrual: 0,1-0,5 cm; Fase proliferativa (folicular) precoce: 0,4-0,7 cm; Fase proliferativa tardia: 0,6-1,3 cm; Peri-ovulatória: 0,7-1,5 cm; Fase secretora (lútea) precoce: 0,8-1,7 cm; Secretora tardia: 0,7-1,4 cm; Pós-menopausa (sem TRH) < 0,5 cm; Pós-menopausa (com TRH): 0,6-1,0 cm.

ENDOMETRIO: FASES

Endométrio homogêneo, centrado e medindo cm de espessura (compatível com fase pós-menopausa).

OU

Endométrio trilaminar, homogêneo, centrado e medindo cm de espessura (compatível com fase proliferativa).

OU

Cavidade uterina apresentando fina lâmina líquida, anecóide de cm de espessura com endométrio trilaminar, homogêneo, centrado e medindo cm de espessura (compatível com fase peri-ovulatória).

OU

Endométrio hiperecogênico, homogêneo, centrado e medindo cm de espessura (compatível com fase secretora).

OU

Endométrio levemente heterogêneo, predominantemente hiperecogênico e medindo cm de espessura (compatível com fase menstrual).

Nota: **Espessura endometrial:** Fase menstrual: 1-5 mm; Fase proliferativa (folicular) precoce: 4-7 mm; Fase proliferativa tardia: 6-13 mm; Peri-ovulatória: 7-15 mm; Fase secretora (lútea) precoce: 8-17 mm; Secretora tardia: 7-14 mm; Pós-menopausa (sem TRH) < 5 mm; Pós-menopausa (com TRH): 6-10 mm.

ENDOMETRIOSE/ADENOMIOSE

Miométrio com ecotextura difusamente heterogênea apresentando parede anterior (cm) de espessura maior que a posterior (cm).

- Miométrio difusamente heterogêneo. Considerar possibilidade de adenomiose.

OU

Nota-se entre a bexiga urinária e a parede anterior do útero, algumas imagens nodulares hipocogênicas, homogêneas, medindo até cm.

- Imagens nodulares entre a bexiga e o útero. Considerar possibilidade de focos de endometriose.

HEMATOMA RETROCORIÔNICO

Saco gestacional tópico, de contornos discretamente irregulares e medindo cm (diâmetro médio cm).

Nota-se imagem laminar, hipocogênica, de contornos irregulares, sem fluxo ao *Doppler*, adjacente à parede inferior do saco gestacional, ocupando cerca de 40% do mesmo, sugerindo hematoma.

- Hematoma retrocoriônico.

OU

Nota-se imagem heterogênea, predominantemente hiperecogênica, de contornos irregulares, adjacente à parede inferior do saco gestacional, ocupando cerca de 40% do mesmo, se insinuando pelo orifício interno do colo uterino.

- Hematoma retrocoriônico.

HISTERECTOMIA

Útero não caracterizado (status pós-operatório).

- Sinais de histerectomia total.

OU

Útero caracterizado somente em sua porção do colo com forma, contornos e ecotextura habituais (status pós-operatório).

Medidas do colo: cm (L x AP x T). Volume: cm³.

- Sinais de histerectomia parcial.

MALFORMAÇÕES MÜLLERIANAS

Nota-se na cavidade uterina aparente imagem de septo, hipocogênica na região fúndica, medindo cm longitudinal x cm de espessura.

- Aparente septo na região fúndica da cavidade uterina. Considerar possibilidade de útero subseptado.

OU

Nota-se na cavidade uterina imagem sugestiva de septo, hipocogênica, medindo cm longitudinal x cm de espessura.

- Sinais sugestivos de útero septado.

OU

Útero em anteversoflexão apresentando duas regiões cornuais, medindo à direita cm (L x AP x T) e à esquerda cm (L x AP x T). Volume uterino de cm³.

Cavidades uterinas virtuais.

Endométrio homogêneo, centrado e medindo cm de espessura à direita e cm à esquerda.

Colo uterino aparentemente único, medindo cm longitudinal.

- Sinais sugestivos de útero bicorno.

OU

Útero em anteversoflexão apresentando duas regiões cornuais, medindo à direita cm (L x AP x T) e à esquerda cm (L x AP x T). Volume uterino de cm³.

Cavidades uterinas virtuais.

Endométrio homogêneo, centrado e medindo cm de espessura à direita e cm à esquerda.

Colo uterino duplo, medindo cm longitudinal à direita e cm à esquerda.

- Sinais sugestivos de útero *Didelfo*.

MASSA OVARIANA

Nota-se volumosa massa sólida, na região anexial direita/esquerda, de contornos lobulados, com conteúdo heterogêneo, predominantemente hiperecogênico, sem calcificações evidentes, medindo cerca de cm (volume estimado: cm³).

Ao *Doppler* evidenciou-se vasos periféricos e centrais, com diástole positiva e sem incisura. IR= e IP= ..

- Massa pélvica. Considerar possibilidade de neoplasia ovariana dentre as hipóteses diagnósticas.

Nota: Fatores de risco: NOTA 1: Risco baixo; NOTA 2: Risco médio; NOTA 3: Risco alto

CARACTERÍSTICAS/PONTUAÇÃO	1 PONTO	2 PONTOS	3 PONTOS
Período da vida	Fase secretora	Fase proliferativa	Infância/menopausa
Morfologia tumoral	Cisto simples	Cisto denso/septo fino e liso	Septo grosseiro/cisto papilífero/tumor misto, complexo ou sólido
Power Doppler ou Colorido	Vasos não evidentes	Vasos somente na cápsula	Vasos no interior
Doppler espectral	Diástole zero	Diástole positiva com incisura	Diástole positiva sem incisura
Índice de impedância	Altos (RI > 0,75 / PI > 1,5)	Médios (RI 0,75 a 0,50 / PI 1,5 a 1,0)	Baixos (RI < 0,5 / PI < 1,5)

Falsos positivos: Cisto luteínico hemorrágico, massas inflamatórias, hidrossalpinge pseudofolicular, ectópica anômala, rim pélvico, cisto de retenção/mesotelial.

MICROPOLICÍTICO

Ovário direito/esquerdo em topografia e contornos normais, de aspecto globoso com múltiplas pequenas imagens císticas, anecóides, predominantemente periféricas, com diâmetro médio de 0,5 cm.

Medidas ovarianas: cm (volume: cm³).

- Ovários de aspecto micropolicístico.

MIOMA

Miométrio com ecotextura homogênea, exceto por imagem nodular, sólida, de contornos bem definidos e regulares, conteúdo hipocogênico/heterogêneo, na parede anterior/intramural, medindo cm.

- Nódulo uterino sugestivo de mioma.

MIOMAS

Miométrio com ecotextura homogênea/heterogênea apresentando imagens nodulares, sólidas, hipocogênicas/heterogêneas, de contornos regulares, nas paredes:

- anterior/intramural, medindo cm.

- posterior/subseroso, medindo cm.

- fúndica, com componentes submucoso/subseroso, medindo cm.

- Nódulos uterinos sugestivos de miomas.

MOLA HIDATIFORME

Cavidade uterina preenchida por material heterogêneo, predominantemente ecogênico com diminutas áreas císticas de permeio, de aspecto vesicular, sem sinais de componentes ósseos, medindo cm de espessura e volume estimado de cm³. Planos de clivagem aparentemente bem definidos entre a cavidade endometrial e a parede anterior do miométrio.

Parede posterior do miométrio de difícil avaliação ecográfica devido a atenuação dos feixes sonoros posteriores.

- Material heterogêneo na cavidade uterina. Considerar possibilidade de doença trofoblástica gestacional.

Obs.: Os achados dependem da adequada correlação clínico-laboratorial.

ÓBITO EMBRIONÁRIO (IG > 7 sem)

Saco gestacional tópico, de contornos irregulares e medindo cm (diâmetro médio cm), associado a reação decidual heterogênea adjacente.

Vesícula vitelínica não visibilizada.

Embrião único com comprimento cabeça-nádega (CCN) medindo cm.

Movimentos embrionários e batimentos cardíacos ausentes.

Líquido amniótico em quantidade aumentada.

- Gestação tópica, com embrião único.

- Óbito embrionário em idade gestacional de semanas e dia(s) (+/- 1 semana) pelo CCN.

ÓBITO EMBRIONÁRIO BODERLINE (BCF não detectado)

Vesícula vitelínica não visibilizada.

Embrião único com comprimento cabeça-nádega (CCN) medindo cm.

Movimentos embrionários e batimentos cardíacos não detectados.

- Gestação tópica, com embrião único.

- Idade gestacional de semanas e dia(s) (+/- 1 semana) pelo CCN.

- Batimentos cardíacos embrionário não detectados.

Nota: Conveniente, à critério clínico, controle ultrassonográfico após 1-2 semanas.

ÓBITO EMBRIONÁRIO: GESTAÇÃO INVIÁVEL (embrião em degeneração)

Saco gestacional tópico, de contornos regulares e medindo cm (diâmetro médio cm: compatível com idade gestacional de semana e dias).

Líquido amniótico em quantidade aumentada para a idade gestacional do possível CCN.

Vesícula vitelínica não caracterizada.

Imagem ecogênica no interior do saco gestacional, medindo cm no maior eixo, sugerindo eco embrionário.

Movimentos embrionários e batimentos cardíacos não detectados.

- Gestação tópica, com embrião único.

- Idade gestacional de semanas e dia(s) (+/- 1 semana) pelo possível CCN.

- Batimentos cardíacos embrionário não detectados. Considerar possibilidade de gestação inviável.

ÓBITO EMBRIONÁRIO: GESTAÇÃO INVIÁVEL (saco deslocado)

Saco gestacional deslocado na cavidade uterina, na topografia ístmica, de contornos lobulados e medindo cm (diâmetro médio cm).

Vesícula vitelínica não caracterizada.

Imagem ecogênica no interior do saco gestacional, medindo cm no maior eixo, sugerindo eco embrionário em degeneração.

Movimentos embrionários e batimentos cardíacos não detectados.

- Gestação inviável.

- Idade gestacional de semanas e dia(s) (+/- 1 semana) pelo possível CCN.

PÓLIPO ENDOMETRIAL

Cavidade uterina apresentando imagem nodular hiperecogênica, de aspecto polipóide, em continuidade com a camada basal do endométrio na região fúndica, medindo cm.

- Pólipo endometrial.

OU

Cavidade uterina apresentando imagem nodular, sólida, hiperecogênica, na região fúndica, medindo cm.

Endométrio trilaminar, centrado e medindo cm de espessura (compatível com a fase proliferativa).

- Imagem nodular na cavidade uterina. Considerar possibilidade de pólipo endometrial.

PSEUDO-CAVIDADE UTERINA DA CICATRIZ CESARIANA

Nota-se na cicatriz cirúrgica da região ístmica anterior uterina, área anecóide, cística, de contornos irregulares em comunicação com a cavidade endometrial, medindo mm.

- Pseudo-cavidade uterina da cicatriz cesariana.

Obs.: A pseudo-cavidade uterina pode ser causa de sangramento tipo spotting. Correlacionar clinicamente.

RESTOS OVULARES

Cavidade uterina ocupada por material heterogêneo, predominantemente hiperecogênico, sem fluxo ao *Doppler*, medindo até cm de espessura, podendo corresponder à sangue, coágulos e/ou restos ovulares.

OU

Cavidade uterina preenchida por material heterogêneo, sem fluxo ao estudo *Doppler*, medindo até cm de espessura.

- Material heterogêneo em moderada quantidade na cavidade uterina. Considerar possibilidade de restos ovulares/coágulos.

Nota: Os achados dependem da adequada correlação clínico-laboratorial.

(Recomendação: Mínima/normal: < 0,5 cm; Pequena: 0,5-1,0 cm; Moderada: 1,0-2,0 cm; Acentuada: > 2,0 cm).

VARIZES PÉLVICAS

Nota-se dilatação e tortuosidade de vasos pélvicos bilaterais, com calibre de até cm à direita e cm à esquerda.

- Varizes pélvicas bilaterais.

MÚSCULO ESQUELÉTICO/PARTES SUPERFICIAIS

COTOVELO

BURSITE OLECRANIANA

Bursa olecraniana apresentando-se distendida por líquido com aspecto anecóide e homogêneo, medindo cerca de cm (L x AP x T), com volume estimado em cm³.

- Sinais de bursite olecraniana.

OU

Bursa olecraniana apresentando-se distendida por líquido com aspecto anecóide e debris em suspensão associado a espessamento das paredes (*pannus*) de até cm com aumento do fluxo vascular ao *Doppler*. A bursa mede cerca de cm (L x AP x T), com volume estimado em cm³.

- Sinais de bursite olecraniana. Considerar possibilidade de doença reumatológica.

Nota: Os achados dependem da adequada correlação clínico/complementar.

DERRAME ARTICULAR

Derrame articular leve/moderado/acentuado observado na face anterior em corte mediano, com aspecto anecóide e homogêneo.

- Sinais de derrame articular leve/moderado/acentuado.

OU

Derrame articular leve/moderado/acentuado observado no recesso posterior, com aspecto anecóide e homogêneo.

- Sinais de derrame articular leve/moderado/acentuado.

DERRAME DOENÇA REUMATOLÓGICA

Derrame articular leve/moderado/acentuado observado no recesso posterior de aspecto anecóide e leves debris em suspensão associado a proliferação sinovial com fluxo vascular aumentado ao *Doppler*.

- Sinais de derrame articular leve/moderado/acentuado com proliferação sinovial. Considerar possibilidade de doença reumatológica.

Nota: Os achados dependem da adequada correlação clínico/complementar.

ESTIRAMENTO LIGAMENTO COLATERAL

Banda anterior do ligamento colateral medial apresentando hipoecogenicidade textural difusa.

- Sinais de estiramento da banda anterior do ligamento colateral medial.

IRREGULARIDADE UMERAL

Superfícies ósseas epicondileanas de contornos irregulares.

- Irregularidade óssea epicondileana.

NERVO ULNAR: COMPRESSÃO TRICIPTAL

Nervo ulnar observado na fossa cubital apresentando calibre preservado com área transversal de mm².

À manobra de contração do músculo tríceps braquial observou-se aparente compressão extrínseca deste sobre o nervo ulnar na topografia da fossa cubital.

À manobra de flexão do cotovelo não observou-se luxação do nervo ulnar.

- Aparente compressão extrínseca do músculo tríceps sobre o nervo ulnar.

Nota: Os achados dependem da adequada correlação clínico/complementar.

NERVO ULNAR: GRANULOMA

Nota-se na topografia do nervo ulnar na fossa cubital, imagem nodular de contornos bocelados e conteúdo hipoecogênico, medindo cm (T x AP) com área transvresal de mm².

À manobra de flexão do cotovelo não observou-se luxação do nervo ulnar.

- Imagem nodular na topografia do nervo ulnar. Considerar possibilidade de Granuloma.

NERVO ULNAR: LUXAÇÃO

Nervo ulnar observado na fossa cubital apresentando calibre preservado com área transversal de mm².

À manobra de flexão do cotovelo observou-se luxação do nervo ulnar em direção ao epicôndilo medial.

- Luxação do nervo ulnar à manobra de flexão do cotovelo.

NERVO ULNAR: NEUROFIBROMA

Nota-se na topografia do nervo ulnar na fossa cubital, imagem fusiforme de contornos regulares e conteúdo hipoecogênico, medindo cm (T x AP) com área transvresal de mm².

À manobra de flexão do cotovelo não observou-se luxação do nervo ulnar.

- Imagem fusiforme na topografia do nervo ulnar. Considerar possibilidade de Neurofibroma.

NERVO ULNAR: NEUROPATIA

Nervo ulnar observado na fossa cubital apresentando aumento do calibre com área transversal de mm².

À manobra de flexão do cotovelo não observou-se luxação do nervo ulnar.

- Aumento do calibre do nervo ulnar. Considerar possibilidade de neuropatia.

NERVO ULNAR: SCHWANOMA

Nota-se na topografia do nervo ulnar na fossa cubital, imagem nodular de contornos regulares e conteúdo anecóide, medindo cm (T x AP) com área transvresal de mm².

À manobra de flexão do cotovelo não observou-se luxação do nervo ulnar.

- Imagem nodular na topografia do nervo ulnar. Considerar possibilidade de Schwannoma.

RUPTURA PARCIAL: EPICÔNDILO LATERAL

Tendão comum dos extensores e sua inserção no epicôndilo lateral apresentando descontinuidade parcial em suas fibras mais profundas, medindo cm longitudinal x cm transversal, preservando suas fibras mais superficiais. Irregularidade da superfície epicondiliana adjacente.

- Sinais de ruptura parcial epicondilopatia lateral.

TENDINITE: EPICÔNDILO LATERAL

Tendão comum dos extensores e sua inserção no epicôndilo lateral apresentam espessura levemente aumentada com hipoecogenicidade textural difusa.

- Sinais de epicondilopatia lateral.

Nota: Os achados dependem da adequada correlação clínico/complementar.

OU

Tendão comum dos extensores e sua inserção no epicôndilo lateral apresentam área de hipoecogenicidade textural justa-insercional de suas fibras mais profundas/superficiais.

- Sinais de epicondilopatia lateral.

Nota: Os achados dependem da adequada correlação clínico/complementar.

TENDINITE: EPICÔNDILO MEDIAL

Tendão comum dos flexores e sua inserção no epicôndilo medial apresentam espessura levemente aumentada com hipoecogenicidade textural difusa.

- Sinais de epicondilopatia medial.

Nota: Os achados dependem da adequada correlação clínico/complementar.

OU

Tendão comum dos flexores e sua inserção no epicôndilo medial apresentam área de hipoecogenicidade textural justa-insercional de suas fibras mais profundas/superficiais.

- Sinais de epicondilopatia medial.

Nota: Os achados dependem da adequada correlação clínico/complementar.

TENDINITE TRICIPTAL

Tendão do tríceps braquial apresentando aumento de calibre em sua inserção distal, com hipoecogenicidade textural local.

- Sinais de tendinopatia triциptal.

Nota: Os achados dependem da adequada correlação clínico/complementar.

TENDINITE BICIPTAL

Tendão do bíceps braquial apresentando aumento de calibre em sua inserção distal, com hipoecogenicidade textural local.

- Sinais de tendinopatia bicipital distal.

Nota: Os achados dependem da adequada correlação clínico/complementar.

TENDINOSE: EPICÔNDILO LATERAL

Tendão comum dos extensores e sua inserção no epicôndilo lateral apresentam espessura levemente aumentada com heterogeneidade textural difusa e focos ecogênicos de fibrose intra-tendínea.

Irregularidade óssea da superfície epicondiliana adjacente.

- Sinais de tendinose epicondiliana lateral.

Nota: Os achados dependem da adequada correlação clínico/complementar.

TENDINOSE: EPICÔNDILO MEDIAL

Tendão comum dos flexores e sua inserção no epicôndilo medial apresentam espessura levemente aumentada com heterogeneidade textural difusa e focos ecogênicos de fibrose intra-tendínea.

Irregularidade óssea da superfície epicondiliana adjacente.

- Sinais de tendinose epicondiliana medial.

Nota: Os achados dependem da adequada correlação clínico/complementar.

TENDINOSE TRICIPTAL

Tendão do tríceps braquial apresentando leve aumento de calibre em sua inserção distal, com heterogeneidade textural justa-insercional com focos ecogênicos de fibrose intra-tendínea.

Irregularidade óssea da superfície olecraniana adjacente.

- Sinais de tendinose triциptal.

Nota: Os achados dependem da adequada correlação clínico/complementar.

TENDINOSE BICIPTAL

Tendão do bíceps braquial apresentando aumento de calibre em sua inserção distal, com heterogeneidade textural e focos ecogênicos de fibrose intra-tendínea.

- Sinais de tendinose bicipital.

Nota: Os achados dependem da adequada correlação clínico/complementar.

JOELHO

BURSITE

Bursa supra-patelar/pré-patelar/infra-patelar/pré-tibial/da *Pata de Ganso* apresentando-se distendida por líquido com aspecto anecóide e homogêneo, medindo cerca de cm (L x AP x T), com volume estimado de cm³.

- Sinais de bursite supra-patelar/pré-patelar/infra-patelar/pré-tibial/da *Pata de Ganso*.

CISTO DE BAKER

Nota-se na fossa poplíteia, formação cística, de paredes finas e lobuladas, com conteúdo líquido, anecóide e homogêneo, com colo de comunicação articular entre o tendão do semi-membranoso e o músculo gastrocnêmio medial, medindo cm (L x AP x T).

- Cisto de *Baker*.

DERRAME ARTICULAR

Derrame articular leve/moderado/acentuado na topografia supra-patelar com aspecto anecóide e homogêneo.

- Sinais de derrame articular leve/moderado/acentuado.

Nota: Os achados dependem da adequada correlação clínico/complementar.

DERRAME ARTICULAR COM PROLIFERAÇÃO SINOVIAL

Derrame articular leve/moderado/acentuado na topografia supra-patelar com aspecto anecóide e moderados debrís associado a proliferação sinovial com fluxo vascular aumentado ao *Doppler*.

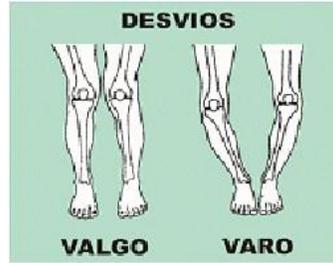
- Sinais de derrame articular leve/moderado/acentuado com proliferação sinovial. Considerar possibilidade de doença reumatológica.

Nota: Os achados dependem da adequada correlação clínico/complementar.

OSTEOARTROSE

Cartilagem articular difusamente espessada, com borramento dos contornos e irregularidade da superfície óssea adjacente: fêmur-tibial, fêmur-fibular e patelar.

- Sinais de osteoartrose no joelho.



OSTEOARTROSE COM DERRAME ARTICULAR

Derrame articular supra-patelar leve/moderado com aspecto anecóide e homogêneo.

Cartilagem articular difusamente espessada, com borramento dos contornos e irregularidade da superfície óssea adjacente fêmur-tibial e fêmur-fibular.

- Sinais de osteoartrose com derrame articular leve/moderado.

OSTEOCONDROMA

Nota-se elevação da metáfise proximal anterior da tíbia de cerca de cm, com projeção óssea em direção a diáfise, apresentando cortical aparentemente contínua com a do osso subjacente. Observa-se ainda capa hipocogênica envolvendo a estrutura com espessura de cm (normal em adultos: 1 - 3 mm), sugerindo envoltório cartilaginoso.

- Projeção óssea na metáfise tibial. Considerar possibilidade de osteocondroma. À critério clínico, correlacionar com RX e/ou TC.

TENDINITE QUADRÍCEPS

Tendão do músculo quadríceps de espessura levemente aumentada com hipocogenicidade textural em sua inserção distal no osso patelar.

- Sinais de tendinopatia quadriciptal.

Nota: Os achados dependem da adequada correlação clínico/complementar.

TENDINITE PATELAR

Tendão patelar aumentado de calibre em sua inserção distal, medindo até cm de espessura, com hipocogenicidade textural local.

- Sinais de tendinopatia patelar.

Nota: Os achados dependem da adequada correlação clínico/complementar.

TENDINITE BÍCEPS FEMORAL

Tendão do bíceps femoral aumentado de calibre em sua inserção distal na epífise fibular, com hipoecogenicidade textural local.

- Sinais de tendinopatia do bíceps femoral.

Nota: Os achados dependem da adequada correlação clínico/complementar.

TENDINITE PATA DE GANSO

Tendões componentes da "pata de ganso" (sartório, grácil e semitendinoso) aumentados de calibre em sua inserção distal na tíbia, com hipoecogenicidade textural local.

- Sinais de tendinopatia da pata de ganso.

Nota: Os achados dependem da adequada correlação clínico/complementar.

TENDINOSE QUADRÍCEPS

Tendão do músculo quadríceps aumentado de calibre em sua inserção distal no osso patelar, com heterogeneidade textural e focos ecogênicos de fibrose/calcificação e anecóicos de necrose intra-tendínea.

Nota-se irregularidade da superfície óssea adjacente.

- Sinais de tendinose quadriciptal.

Nota: Os achados dependem da adequada correlação clínico/complementar.

TENDINOSE PATELAR

Tendão patelar aumentado de calibre em sua inserção distal, com hipoecogenicidade textural e focos ecogênicos de fibrose/calcificação e anecóicos de necrose intra-tendínea.

Nota-se irregularidade da superfície óssea adjacente.

- Sinais de tendinose patelar.

Nota: Os achados dependem da adequada correlação clínico/complementar.

TENDINOSE BÍCEPS FEMORAL

Tendão do bíceps femoral aumentado de calibre em sua inserção distal na epífise fibular, com hipoecogenicidade textural e focos ecogênicos de fibrose/calcificação e anecóicos de necrose intra-tendínea.

Nota-se irregularidade da superfície óssea adjacente.

- Sinais de tendinose do bíceps femoral.

TENDINOSE PATA DE GANSO

Tendões componentes da "pata de ganso" (sartório, grácil e semitendinoso) aumentados de calibre em sua inserção distal na tíbia, com hipoecogenicidade textural e focos ecogênicos de fibrose/calcificação e anecóicos de necrose intra-tendínea.

Nota-se irregularidade da superfície óssea adjacente.

- Sinais de tendinose da "pata de ganso".

Nota: Os achados dependem da adequada correlação clínico/complementar.

OSTEOCONDROSE: OSGOOD-SCHLATTER

Tendão patelar de espessura aumentada com hipoecogenicidade textural no seu terço distal onde observa-se fragmentação da apófise na tuberosidade anterior da tíbia, medindo até cm longitudinal.

Nota-se aumento do fluxo vascular ao *Doppler* adjacente à apófise.

Coxim gorduroso infra-patelar (gordura de *Hoffa*) levemente edemaciada.

Pequena quantidade de líquido na bursa infra-patelar com aspecto anecóide e homogêneo.

- Sinais de fragmentação da apófise na tuberosidade anterior da tíbia com processo inflamatório agudo distal do tendão patelar. Considerar possibilidade de *Osgood-Schlatter*.

OU

Observa-se leve fragmentação da apófise na tuberosidade anterior da tíbia, sem sinais de tendinopatia ou bursite adjacente.

- Fragmentação da tuberosidade anterior da tíbia. Considerar possibilidade de *Osgood-Schlatter*.

Nota: Os achados dependem da adequada correlação clínico/complementar.

OSTEOCONDROSE: SINDING-LARSEN-JOHARSSON

Fragmentação da superfície anterior do osso patelar, medindo até cm longitudinal, associado a aumento da espessura com hipocogenicidade textural local do tendão patelar.

Nota-se aumento do fluxo vascular ao *Doppler* adjacente.

Coxim gorduroso infra-patelar (gordura de *Hoffa*) levemente edemaciada.

- Irregularidade da superfície anterior da patela com processo inflamatório agudo proximal do tendão patelar. Considerar possibilidade de *Sinding-Larsen-Joharsson*.

OU

Irregularidade da superfície anterior do osso patelar sem sinais de tendinopatia adjacente.

- Irregularidade da superfície anterior da patela. Considerar possibilidade de seqüela de osteocondrite de *Sinding-Larsen-Joharsson*.

Nota: Os achados dependem da adequada correlação clínico/complementar.

PELLEGRINI-STIEDA

Ligamento colateral medial de espessura aumentada com hipocogenicidade textural difusa e foco de calcificação regular medindo cm. Nota-se ainda área de descontinuidade parcial insercional de suas fibras proximais, medindo cm longitudinal e cm transversal.

- Sinais de doença ligamentar do colateral medial com área de ruptura parcial (*Síndrome de Pellegrini-Stieda*).

Nota: Os achados dependem da adequada correlação clínico/complementar.

RUPTURA PARCIAL TENDÍNEA

Tendão * apresentando descontinuidade parcial na topografia do corpo/inserção, medindo cm longitudinal x cm transversal com preenchimento da área rota por efusão líquida hemorrágica.

- Sinais de ruptura parcial/total do tendão quadríceps.

RUPTURA TOTAL TENDÍNEA

Tendão * apresentando descontinuidade total na topografia do corpo/inserção, com distância entre os fragmentos de cm e preenchimento da área rota por efusão líquida hemorrágica.

- Sinais de ruptura total do tendão *.

RUPTURA PARCIAL QUADRÍCEPS

Tendão do músculo quadríceps com seus componentes (reto anterior, vastos medial, lateral e intermédio) apresentando descontinuidade parcial na topografia do corpo/inserção, medindo cm longitudinal x cm transversal com preenchimento da área rota por efusão líquida hemorrágica.

- Sinais de ruptura parcial/total do tendão quadríceps.

RUPTURA TOTAL QUADRÍCEPS

Tendão do músculo quadríceps com seus componentes (reto anterior, vastos medial, lateral e intermédio) apresentando descontinuidade total na topografia do corpo/inserção, com distância entre os fragmentos de cm e preenchimento da área rota por efusão líquida hemorrágica.

- Sinais de ruptura total do tendão quadríceps.

RUPTURA DE MENISCO

Nota-se perda da arquitetura triangular ecogênica habitual do corno anterior/posterior do menisco medial/lateral, com hipocogenicidade textural e área de descontinuidade na base/ápice.

- Sinais sugestivos de ruptura meniscal.

OU

Nota-se perda da arquitetura triangular ecogênica habitual do corno anterior/posterior do menisco medial/lateral, com hipocogenicidade textural e protrusão meniscal promovendo abaulamento do ligamento colateral medial/lateral.

- Sinais de protrusão meniscal.

MÚSCULO

RUPTURA GASTROCNÊMIO

Nota-se no terço distal do músculo gastrocnêmio medial, área de descontinuidade parcial na transição miotendínea, se estendendo cm longitudinal x cm transversal, com preenchimento da área rota por efusão líquida hemorrágica e volume estimado em mL.

Observa-se discreta hiperecogenicidade do ventre muscular do gastrocnêmio medial em seu terço distal.

Demais regiões dos músculos gastrocnêmio medial, gastrocnêmio lateral e sóleo apresentam espessura, contornos e ecogenicidade preservadas, com padrão fibrilar característico.

- Sinais de ruptura parcial na transição miotendínea do gastrocnêmio medial.

RUPTURA ADUTORES

Nota-se na topografia dos músculos adutores longo e curto, área de descontinuidade parcial a aproximadamente cm de suas inserções, medindo aproximadamente cm (L x AP), ocupando cerca de % de área transversal do vasto desta musculatura, com preenchimento por efusão líquida hemorrágica.

- Sinais sugestivos de ruptura parcial dos músculos adutores da coxa direita.

RUPTURA DO PEITORAL MAIOR

Músculo peitoral maior apresentando descontinuidade parcial de suas fibras mais inferiores, na topografia axilar direita, a aproximadamente cm de sua inserção no úmero, com distância entre os fragmentos de aproximadamente cm em repouso e preenchimento da área rota por efusão líquida hemorrágica com volume estimado de mL.

Área transversa preservada do músculo peitoral maior de aproximadamente % (fibras mais superiores).

RUPTURA QUADRICEPS

Feixe muscular correspondente ao reto anterior do músculo quadríceps apresentando descontinuidade parcial de cerca de % da área total do feixe, na topografia do terço médio da coxa com preenchimento da área rota por efusão líquida hemorrágica e inflamatória local.

Demais musculatura adjacente sem alterações ecográficas.

- Sinais de ruptura parcial do feixe reto anterior do músculo quadríceps.

RUPTURA BÍCEPS FEMORAL

Na topografia do terço proximal do músculo bíceps femoral nota-se pequena área de descontinuidade parcial de cerca de % da área total transversa do feixe, se estendendo cm longitudinal x cm de espessura, com preenchimento da área rota por efusão líquida hemorrágica e volume estimado em mL.

- Sinais de pequena ruptura parcial músculo bíceps femoral.

OMBRO

BURSITE

Bursa subacromiodeltoidea levemente distendida por líquido com aspecto anecóide e homogêneo, medindo cm de espessura.

- Sinais bursite subacromiodeltoidea.

CAPSULITE ADESIVA

Observa-se limitação no deslizamento do supra-espinhal pela cobertura acromial com a manobra de abdução do braço.

- Sinais sugestivos de capsulite adesiva do supra-espinhal.

CISTO LABRAL

Nota-se no recesso posterior imagem cística de paredes finas e lobuladas, conteúdo anecóide e homogêneo, adjacente a labrum glenóide, medindo cm (T x AP x L).

- Imagem cística no recesso posterior. Considerar possibilidade de cisto labral.

HILL-SACHS

Observa-se deformidade da superfície óssea umeral posterior, adjacente ao tendão infra-espinhal, medindo cm longitudinal x cm de profundidade.

- Sinais deformidade umeral posterior. Considerar possibilidade de lesão de *Hill-Sachs*.

(Fratura compressiva causada pelo impacto das trabéculas da cabeça umeral durante a luxação anterior da articulação gleno-umeral: alteração osteocondral da região pósterio-lateral da cabeça do úmero)

INSTABILIDADE GLENO-UMERAL

Nota-se aumento da mobilidade da cabeça umeral em relação a glenóide com a manobra de tração passiva do braço.

- Aumento da mobilidade da cabeça umeral na cavidade glenóide. Considerar possibilidade de instabilidade gleno-umeral. Conveniente complementar com RM.

LUXAÇÃO/SUBLUXAÇÃO BICIPITAL

Observa-se subluxação/luxação medial do mesmo em aproximadamente cm em relação ao sulco bicipital.

Profundidade do sulco: mm (normal > 4,3 mm).

Largura do sulco: mm (normal < 14 mm).

Ângulo entre o assoalho e a parede medial do sulco bicipital: (normal: $\pm 56^\circ$).

- Sinais sugestivos de subluxação/luxação bicipital.

OSTEOARTROSE OMBRO

Cartilagem acrômio-clavicular difusamente espessada, com borramento dos contornos e irregularidade da superfície óssea adjacente. Irregularidade da superfície articular umeral.

Osteófito na margem lateral do acrômio, adjacente ao tendão do supra-espinhal, medindo cm.

- Sinais de osteoartrose acrômio-clavicular e glenoumeral.

OU

Cartilagem acrômio-clavicular com borramento dos contornos e irregularidade da superfície óssea adjacente.

- Sinais de osteoartrose acrômio-clavicular.

TENDINITE BICIPITAL

Tendão da cabeça longa do bíceps aumentado de calibre na porção justa-articular, medindo mm de espessura (normal: 3,3-4,7 mm) com hipocogenicidade/heterogeneidade textural local.

- Sinais de tendinopatia bicipital.

TENDINOSE BICIPITAL

Tendão da cabeça longa do bíceps levemente aumentado de calibre em topografia justa-articular, com heterogeneidade textural e micro-focos ecogênicos de fibrose intra-tendínea.

- Sinais de tendinose bicipital.

TENDINITE SUPRA

Tendão do supra-espinhal apresentando aumento do calibre, com hipocogenicidade textural difusa na projeção da zona crítica.

- Sinais de tendinopatia do supra-espinhal.

TENDINOSE SUPRA

Tendão do supra-espinhal apresentando leve aumento do calibre, com hipocogenicidade textural e micro-focos ecogênicos de fibrose intra-tendínea.

- Sinais de tendinose do supra-espinhal.

RUPTURA PARCIAL SUPRA (NÃO TRANSFIXANTE)

Tendão do supra-espinhal apresentando descontinuidade parcial na projeção da zona crítica medindo cm longitudinal x cm transversal, preservando suas fibras mais posteriores.

- Sinais de ruptura não transfixante do supra-espinhal.

OU

Tendão do supra-espinhal apresentando redução focal de cm de espessura, na projeção da zona crítica, comprometendo cm transversal, preservando suas fibras mais posteriores.

- Sinais de ruptura crônica não transfixante do supra-espinhal.

RUPTURA PARCIAL SUBESCAPULAR (NÃO TRANSFIXANTE)

Tendão do subescapular apresentando descontinuidade parcial, intrassubstancial, medindo cm longitudinal x cm transversal.

- Sinais de ruptura intrassubstancial do subescapular.

RUPTURA TRANSFIXANTE AGUDA/SUBAGUDA DO SUPRA

Tendão do supra-espinhal apresentando descontinuidade transfixante na projeção da zona crítica medindo cm longitudinal x cm transversal, preservando suas fibras mais posteriores.

- Sinais de ruptura transfixante do supra-espinhal.

OU

Tendão do supra-espinhal apresentando descontinuidade transfixante na projeção da zona crítica medindo cm longitudinal x cm transversal, preservando suas fibras mais posteriores.

Nota-se ainda derrame articular leve/moderado na goteira bicipital com aspecto anecóide e leve debris, comunicando-se com a bursa subacromiodeltoidea, que se encontra distendida.

- Sinais de ruptura transfixante do supra-espinhal com derrame articular e distensão da bursa subacromiodeltoidea.

RUPTURA TRANSFIXANTE CRÔNICA DO SUPRA

Tendão do supra-espinhal apresentando descontinuidade transfixante na projeção da zona crítica medindo cm longitudinal x cm transversal, com cabeça umeral irregular e de aspecto “careca”, preservando suas fibras mais posteriores.

- Sinais de ruptura transfixante crônica do supra-espinhal.

OU

Tendão do supra-espinhal apresentando descontinuidade total na projeção da zona crítica medindo cm longitudinal x cm transversal, com cabeça umeral irregular e de aspecto “careca”, se estendendo às fibras do infra-espinhal que apresenta redução focal de sua espessura.

- Sinais de ruptura total crônica do supra-espinhal se estendendo a fibras parciais do infra-espinhal.

DERRAME ARTICULAR

Derrame articular leve na goteira bicipital de aspecto anecóide e homogêneo.

- Sinais de derrame articular leve gleno-umeral.

DERRAME ARTICULAR COM DISTENSÃO DA BURSA

Derrame articular na goteira bicipital de aspecto anecóide e homogêneo, comunicando com a bursa subacromiodeltoidea, que se encontra levemente distendida.

- Sinais de derrame articular com distensão da bursa subacromiodeltoide.

RUPTURA PARCIAL INFRA, SUB/REDONDO MENOR

Tendão do apresentando redução focal da espessura/descontinuidade parcial, medindo cm longitudinal x cm transversal, preservando suas fibras mais .

- Sinais de ruptura parcial do .

RUPTURA TOTAL INFRA, SUB/REDONDO MENOR

Tendão * do apresentando descontinuidade total, medindo cm longitudinal e cm transversal.

- Sinais de rotura total do .

ATROFIA MUSCULAR

Músculo * apresentando aumento da ecogenicidade em aproximadamente % de sua área transversal por lipossustituição, compatível com atrofia de desuso.

- Sinais atrofia muscular do * acentuada/moderada/discreta.

TENDINOPATIA CALCÁREA

Tendão do * de calibre normal, apresentando foco cálcico hiperecogênico, regular, medindo até cm.

- Sinais tendinopatia calcárea do .

PARTES MOLES

CISTO SEBÁCEO

Nota-se na alteração palpável da região , nos planos da pele, imagem nodular, de contornos regulares, hipoeecogênica (sugerindo cístico-espesso), levemente heterogênea, sem fluxo ao *Doppler*, medindo cm (L x AP x T), distando cm da superfície da pele.

Observa-se ainda espessamento da pele adjacente à imagem descrita, de até cm.

- Imagem cístico-espessa em partes superficiais. Considerar possibilidade de cisto sebáceo.

COLEÇÃO FLEGMONOSA

Nota-se na região hipogástrica, áreas de coleções císticas anecóides com leves debris, de aspecto flegmonoso nos planos do subcutâneo, medindo até cm (vol = cm³), sugerindo coleções hemorrágicas, não passível de punção.

Observa-se ainda espessamento da pele nesta topografia com borramento dos planos gordurosos adjacentes.
- Imagem cístico-espessa em partes superficiais. Considerar possibilidade de cisto sebáceo.

COLEÇÃO PÓS-OP

Estudo ultrassonográfico complementar com sonda linear de 10MHz, dirigido em região abdominal, evidenciou:

Coleção cística, unilocular, na região peri-incisional pélvica, nos planos do subcutâneo, de contornos irregulares, conteúdo anecóide com leves debris e traves de permeio, medindo x cm (L x AP), se estendendo cm transversalmente, distando cm da pele, com volume estimado de cm³.

Observa-se ainda espessamento da pele nesta topografia com borramento dos planos gordurosos adjacentes.
- Coleção cística em partes superficiais passível de punção/drenagem.

Nota: Exame realizado em caráter de urgência no *^o dia pós-operatório de .

COLEÇÃO HEMATOMA PÓS-TRAUMA

Nota-se na alteração palpável da região *, coleção cístico-espessa, unilocular, nos planos do subcutâneo/musculares, de contornos lobulados, conteúdo com moderados debris e traves de permeio, adjacente ao tendão/vaso *, medindo cm (L x AP x T), distando cm da pele, com volume estimado de cm³.

Observa-se ainda espessamento da pele nesta topografia com borramento dos planos gordurosos adjacentes.
Superfície cortical óssea adjacente sem sinais ecográficos de descontinuidade.
- Sinais de hematoma na *, passível de punção/drenagem.

EDEMA

Pele e tecido celular subcutâneo peri-incisional de espessura aumentada com áreas permeativas anecóides de aspecto flegmonoso, sem evidência de coleções significativas.

- Edema de subcutâneo peri-incisional.

Nota: Exame realizado em caráter de urgência no *^o dia pós-operatório de .

Pele e tecido celular subcutâneo na região *** de espessura aumentada, com aumento difuso da ecogenicidade, sem evidência de coleções locais, podendo estar relacionado a processo inflamatório local

Nota: Os achados dependem da adequada correlação clínico/complementar.

FIBROSE CICATRICAL

*Estudo ultrassonográfico complementar com sonda linear de 10MHz, dirigido em região *, evidenciou:*

Área sólida, nos planos do subcutâneo/musculares, hipocogênica, mal definida e irregular, provida de sombra acústica posterior, medindo cerca de cm (L x AP x T), com volume estimado de cm³ e distando cm da pele.

- Área sólida irregular em partes superficiais. Considerar possibilidade de fibrose cicatricial.

HÉRNIA DE PAREDE REDUTÍVEL

Falha na integridade da aponeurose muscular de cm, na região epigástrica/umbilical, observando herniação de conteúdo omental e intestinal, com fluxo vascular presente ao *Doppler*, acentuando-se à manobra de *Valsava*.

- Hérnia epigástrica/umbilical, sem sinais de encarceramento.

HÉRNIA DE PAREDE ENCARCERADA

Falha na integridade da aponeurose muscular de cm, na região *, com herniação de conteúdo omental e intestinal, medindo cm, associado a pouca mobilidade ao repouso e a manobra de *Valsava*. Fluxo vascular presente ao *Doppler* no conteúdo herniário.

- Hérnia epigástrica/umbilical/incisional com sinais de encarceramento.

HÉRNIA INGUINAL

Herniação de conteúdo omental através do canal inguinal direito/esquerdo, medindo cm de espessura, observado à manobra de *Valsava*.

- Hérnia inguinal à direita/esquerda, sem sinais de encarceramento.

HÉRNIA INGUINO-ESCROTAL

Herniação de conteúdo omental e intestinal através do canal inguinal direito/esquerdo até a bolsa escrotal, com pouca mobilidade às manobras de compressão e *Valsalva*.

Conteúdo herniário intra-escrotal medindo cerca de cm (vol: cm³).

- Hérnia ínguino-escrotal encarcerada à .

LIPOMA

Nota-se na alteração palpável da região , nos planos do subcutâneo, imagem nodular, sólida, de contornos lobulados, isoecogênica ao tecido gorduroso, medindo cm (L x AP x T), distando cm da pele.

- Nódulo em partes superficiais. Considerar possibilidade de lipoma.

PUNHO/MÃO

LESÃO DO COMPLEXO CÁPSULO-LIGAMENTAR

Complexo cápsulo-ligamentar da articulação trapézio-1^o metacarpo apresentando leve borramento dos contornos e discreta irregularidade da superfície óssea adjacente. Apresenta-se distendida por derrame articular leve de aspecto anecóide e homogêneo.

Observa-se afastamento das superfícies articulares trapézio-1^o metacarpo à manobra de estresse, sugerindo lesão ligamentar.

- Sinais lesão do complexo cápsulo-ligamentar com derrame articular leve trapézio-1^o metacarpo e discreta irregularidade óssea adjacente.

NEUROPATIA MEDIANO

Nervo mediano de dimensões aumentadas, com área de mm² (normal ≤ 12 mm²).

- Aumento do calibre do nervo mediano. Considerar possibilidade de neuropatia.

OSTEOARTRITE COM DERRAME ARTICULAR

Cartilagem articular entre o *** difusamente espessada, com borramento dos contornos e irregularidade da superfície óssea adjacente, associado a derrame articular leve com aspecto anecóide e homogêneo.

- Sinais de osteoartrite com derrame articular leve ***.

TENOSSINOVITE TÚNEL DO CARPO

Tendões flexores digitais superficiais e profundos aumentados de calibre na topografia do túnel do carpo, com halos anecóicos de edema sinovial difuso.

- Sinais de tenossinovite nos tendões do túnel do carpo.

TENOSSINOVITE 1^o TÚNEL

Tendões abductor longo e extensor curto do polegar aumentados de calibre adjacente a borda radial, com halo anecóico de edema sinovial comprometendo cerca de cm longitudinal.

- Sinais de tenossinovite do 1^o túnel (*De Quervain*).

TENOSSINOVITE 2^o TÚNEL

Tendões extensores longo e curto do carpo aumentados de calibre na topografia da intersecção com a musculatura do 1^o túnel dorsal, com halo anecóico de edema sinovial comprometendo cerca de cm longitudinal.

- Sinais de tenossinovite do 2^o túnel.

TENOSSINOVITE 3^o TÚNEL

Tendão extensor longo do polegar aumentado de calibre adjacente ao tubérculo de Lister, com halo anecóico de edema sinovial comprometendo cerca de mm longitudinal.

- Sinais de tenossinovite do 3^o túnel.

TENOSSINOVITE 4^o TÚNEL

Tendões extensores comuns dos dedos e próprio do indicador aumentados de calibres adjacentes ao rádio, com halo anecóico de edema sinovial difuso, comprometendo cerca de cm longitudinal.

- Sinais de tenossinovite do 4^o túnel.

TENOSSINOVITE 6^o TÚNEL

Tendão extensor ulnar do carpo aumentado de calibre adjacente ao processo estilóide da ulna, com halo anecóico de edema sinovial comprometendo cerca de cm longitudinal.

- Sinais de tenossinovite do 6^o túnel.

CISTO ARTROSSINOVIAL

Formação cística lobulada de conteúdo líquido, anecóide homogêneo, entre o 2º e o 4º túnel dorsal, adjacente ao semilunar, com colo de comunicação articular, medindo cm (L x AP x T).

- Cisto artrossinovial no punho.

OU

Formação cística lobulada de conteúdo líquido, anecóide homogêneo, entre o tendão flexor radial do carpo e o 1º túnel dorsal, com colo de comunicação articular, medindo cm (L x AP x T).

- Cisto artrossinovial no punho.

DEDO EM GATILHO

Tendão flexor do 4º dedo levemente espessado com hipocogenidade textural ao nível da primeira polia anular na cabeça metacarpal associado a travamento à extensão do respectivo quirodáctilo.

- Sinais de tenossinovite estenosante do 4º flexor (dedo em gatilho).

OU

Tendão flexor do 4º dedo apresentando leve espessamento da primeira polia anular ao nível na cabeça metacarpal, sem sinais de travamento à extensão do respectivo quirodáctilo ao exame dinâmico.

- Leve espessamento da 1ª polia anular no 4º flexor.

QUADRIL

BURSITE TROCANTÉRICA

Bursa trocantérica distendida por líquido com aspecto anecóide e homogêneo, medindo cm de espessura.

- Sinais de bursite trocantérica.

DERRAME ARTICULAR

Presença de coleção líquida, com aspecto anecóide, homogêneo, no interior da articulação do quadril, visibilizada no recesso anterior da cápsula. A distância colo-cápsula mede cm.

- Sinais ecográficos compatíveis com sinovite no quadril.

DISPLASIA COXO-FEMORAL RX

Articulação A (HD-), sem sinais de displasia coxofemoral:



Articulação B (HD+/-), articulações próximas do normal:



Articulação C (HD+), displasia coxofemoral de grau leve:



Articulação D (HD++), displasia coxofemoral de grau moderado:



Articulação E (HD+++), displasia coxofemoral de grau severo:



DISPLASIA COXO-FEMORAL US

A técnica de Graf realizada pelo ultrassom é baseada no plano coronal do quadril avaliado em posição neutra, que corresponde no caso do RN a uma discreta flexão. Graf utilizou três retas para medir dois ângulos: alfa e beta. A linha de base corresponde a tangente a parede lateral do osso íliaco que deve necessariamente se apresentar com morfologia reta, o que indica inclusive que o plano de corte escolhido está adequado. O ângulo alfa traduz quantitativamente a displasia da porção óssea do teto do acetábulo e reflete a inclinação do teto acetabular. Quanto menor o ângulo alfa, mais rasa é a cavidade acetabular e portanto, a displasia é mais acentuada. O ângulo alfa normal deve ser maior ou igual a 60 graus. O ângulo beta traduz a posição da fibrocartilagem do lábio acetabular em relação a linha de base. Assim quanto maior for o ângulo beta mais horizontalizado está o lábio, ou seja, o lábio está mais deslocado superiormente pela epífise femoral. Em crianças normais o ângulo beta deve ser menor ou igual a 55 graus.

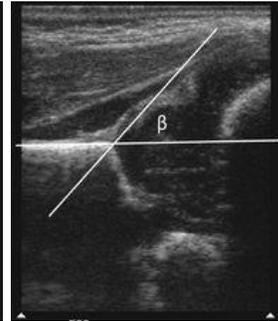
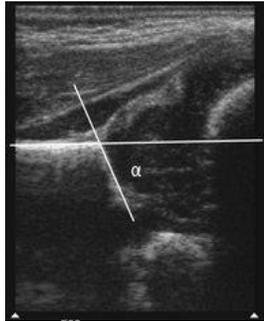
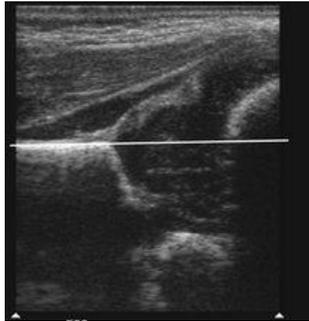
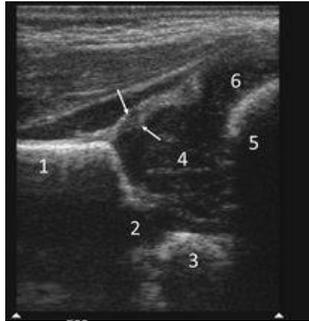


Imagem no plano coronal do quadril avaliado em posição neutra adequada para o método de Graf. Neste plano de corte a parede lateral do íliaco deve estar reta. Veja na figura a seguir as estruturas anatômicas que devem estar rerepresentadas.

Indicação das estruturas anatômicas que devem estar presentes: 1= osso íliaco; 2= cartilagem trirradiada; 3= osso ísquio; 4= epífise femoral proximal; 5= metáfise femoral proximal; 6= trocânter maior do fêmur; setas = fibrocartilagem do lábio (*labrum*) acetabular. No quadril normal o promontório acetabular (transição entre a parede lateral do íliaco e o teto acetabular) deve formar um ângulo agudo. Nos quadris imaturos e nos quadris displásicos o promontório costuma ter contornos arredondados.

A linha de base de Graf corresponde a tangente a parede lateral do osso íliaco. A parede lateral do íliaco deve necessariamente se apresentar com morfologia reta, o que indica que o plano de corte escolhido está adequado para realizar as mensurações.

O ângulo alfa de Graf reflete a inclinação do teto acetabular. Além da linha de base precisamos de uma segunda linha para definir este ângulo, a linha do teto acetabular. A linha do teto acetabular é traçada tangenciando o teto ósseo conforme a figura. Quanto menor o ângulo alfa, mais rasa é a cavidade acetabular e portanto, a displasia é mais acentuada. O ângulo alfa normal deve ser maior ou igual a 60 graus.

O ângulo beta de Graf está indicado nesta figura e traduz quantitativamente o deslocamento superior da fibrocartilagem do lábio (*labrum*). Além da linha de base precisamos de uma segunda linha para definir este ângulo, a linha labral. Esta linha labral é traçada entre o promontório e a porção central do lábio conforme a figura.

Referência: <http://mskribeirao.com/curiosidades/detalhe/displasia-de-quadril-recem-nascido-rn/>

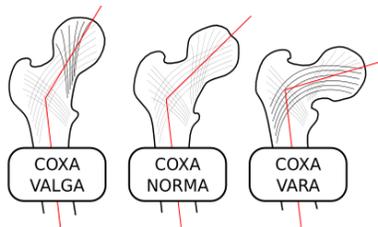
(Site de radiologia do sistema musculoesquelético desenvolvido por profissionais de Ribeirão Preto – SP. Publicação: 18.12.2012).

OSTEOARTROSE

Cartilagem articular fêmoro-acetabular difusamente espessada, com borramento dos contornos e irregularidade da superfície óssea adjacente.

Irregularidade da superfície óssea trocantérica e da espinha íliaca ântero-superior.

- Sinais de osteoartrose coxo-femoral.



TORNOZELO/PÉ

CISTO(S) ARTROSSINOVIAL(IS)

Formação cística lobulada, de conteúdo líquido, anecóide homogêneo, com colo de comunicação articular, entre a articulação talo-navicular, medindo cm (L x AP x T).

- Cisto artrossinovial.

OU

Formações císticas lobuladas, de conteúdo líquido, anecóide homogêneo, com colo de comunicação articular, entre as articulações:

- talo-navicular, medindo cm (L x AP x T).

- fíbulo-calcânea, medindo cm (L x AP x T).

- calcâneo-cubóide, medindo cm (L x AP x T).

- Cistos artrossinoviais.

OSTEOARTROSE TARSO

Borramento dos contornos e irregularidade das superfícies articulares nos ossos do tarso.

- Sinais de osteoartrose no pé.

ENTESOPATIA

Entesopatia calcificada de tendão calcâneo, medindo até cm.

- Entesófito de calcâneo.

TENDINITE CALCÂNEO

Tendão de *Aquiles* aumentado de calibre do calcâneo, medindo cm de espessura, associado a hipoecogenicidade textural justa-insercional.

- Sinais de tendinopatia do calcâneo justa-insercional.

OU

Tendão de *Aquiles* aumentado de calibre, medindo cm de espessura na zona crítica, a cm de sua inserção no calcâneo, com hipoecogenicidade textural local, comprometendo cm longitudinal.

- Sinais de tendinopatia do calcâneo.

TENDINOSE CALCÂNEO

Tendão de *Aquiles* aumentado de calibre em sua inserção/no corpo, com hipoecogenicidade textural e microfocos ecogênicos de fibrose intra-tendínea.

- Sinais de tendinose do calcâneo.

RUPTURA TOTAL DO TENDÃO CALCÂNEO

Tendão de *Aquiles* apresentando descontinuidade total a aproximadamente cm de sua inserção no calcâneo, na projeção da zona crítica, com distância entre os fragmentos de cerca de cm em repouso e cm na posição em “equino” e preenchimento da área rota por efusão líquida hemorrágica.

- Sinais de ruptura total do tendão calcâneo.

RUPTURA PARCIAL DO TENDÃO CALCÂNEO

Tendão de *Aquiles* apresentando descontinuidade parcial das fibras mais profundas/superficiais/laterais/mediais a aproximadamente cm de sua inserção no calcâneo, na projeção da zona crítica, medindo cm longitudinal x cm transversal e preenchimento da área rota por efusão líquida hemorrágica.

- Sinais de ruptura parcial do tendão calcâneo.

TENOSSINOVITE TIBIAL POSTERIOR

Tendão do tibial posterior aumentado de calibre em sua porção maleolar e infra maleolar, com hipoecogenicidade textural e líquido em sua sinóvia, comprometendo cerca de cm longitudinal.

- Sinais de tenossinovite do tibial posterior.

TENDINOSE TIBIAL POSTERIOR

Tendão tibial posterior aumentado de calibre na porção maleolar e infra-maleolar, com heterogeneidade textural e desorganização da arquitetura por micro-focos ecogênicos de fibrose/calcificação e anecóicos de necrose intra-tendínea de permeio por roturas degenerativas locais.

- Sinais de tendinose do tibial posterior.

TENOSSINOVITE DOS FIBULARES

Tendões fibulares aumentados de calibre na porção maleolar, com halo anecóico de edema sinovial local, comprometendo cerca de cm longitudinal.

- Sinais de tenossinovite dos fibulares.

FASCITE PLANTAR

Fáscia plantar com espessura aumentada em sua inserção no calcâneo, medindo cm de calibre, com hipoecogenicidade textural local.

- Sinais de fascite plantar.

OU

Fáscia plantar com espessura aumentada em suas fibras mais mediais, a cerca de cm da inserção no calcâneo, medindo cm de calibre, comprometendo cm longitudinal, associado a hipoecogenicidade textural local.

- Sinais de fascite plantar.

FASCITE CRÔNICA PLANTAR

Fáscia plantar aumentada de calibre em sua inserção no calcâneo, com hipoecogenicidade textural e focos de fibrose/calcificação de permeio. Irregularidade da superfície óssea adjacente.

- Sinais de fascite crônica plantar.

TALALGIA DE IMPACTO

Observa-se aumento da ecogenicidade do coxim adiposo sub-cutâneo do calcâneo inferior, com hipoecogenicidade textural da superfície óssea adjacente. Espessura do coxim de cm (normal <1,5 cm).

- Sinais de talalgia do impacto.

NEUROMA DE MORTON

Nota-se entre as 3ª e 4ª cabeças metatarsianas, na topografia do feixe vasculo-nervoso, imagem nodular, sólida hipoecogênica, estruindo-se à manobra de *Mulder*, medindo cm.

- Imagem nodular entre o 3º e 4º metatarso. Considerar possibilidade de neuroma de *Morton*.

DERRAME ARTICULAR

Derrame articular leve/moderado tíbio-talar de aspecto anecóide e homogêneo.

- Sinais de derrame articular tíbio-talar leve/moderado.

LESÃO LIGAMENTAR

Ligamento apresentando descontinuidade total com extravazamento de líquido articular na área dissecando o fragmento roto.

- Sinais de ruptura do ligamento *.

Ligamentos: talo-fibular anterior/calcâneo-fibular/tíbio-fibular/deltóide.

FIBROMATOSE PLANTAR (DOENÇA DE LEDDERHOSE)

Fáscia plantar apresentando a cerca de cm da inserção no calcâneo, área de espessamento nodular alongada com hipoecogenicidade textural local, medindo cm no eixo da fáscia por cm de espessura.

- Espessamento nodular da fáscia plantar. Considerar possibilidade de fibromatose plantar (*Doença de Ledderhose*).

OU

Fáscia plantar apresentando * áreas de espessamento nodular, alongadas, com hipoecogenicidade textural, caracterizadas assim:

- a cm da inserção no calcâneo, medindo cm (longitudinal x espessura).

- a cm da inserção no calcâneo, medindo cm (longitudinal x espessura).

- Espessamentos nodulares da fáscia plantar. Considerar possibilidade de fibromatose plantar (*Doença de Ledderhose*).

DOPPLER

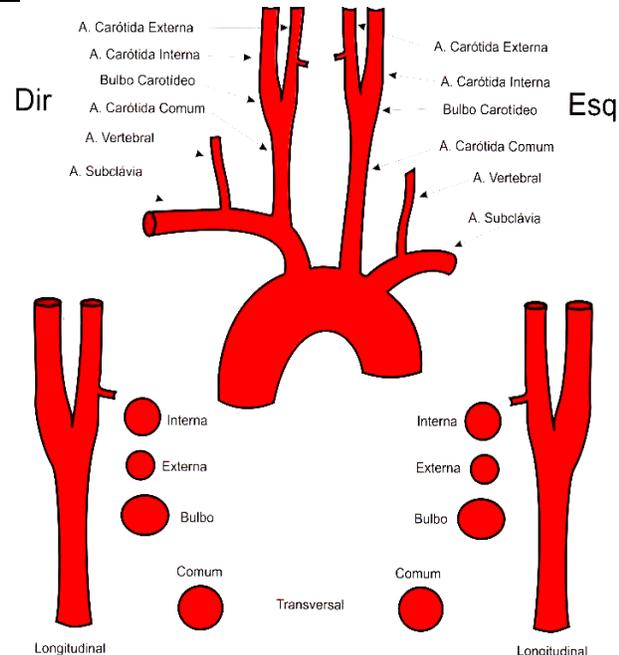
ARTÉRIAS CARÓTIDAS

CRITÉRIOS PARA DIAGNÓSTICO DE ESTENOSE DE CARÓTIDA

Grau de estenose	PARÂMETROS PRIMÁRIOS		PARÂMETROS ADICIONAIS	
	VPS-ACI (cm/s)	Estimativa da placa %	Razão VPS ACI/ACC	VDF-ACI (cm/s)
Normal	< 125	Não há placa	< 2,0	< 40
Menor 50%	< 125	< 50%	< 2,0	< 40
50-69%	125-230	≥ 50	2,0-4,0	40-100
Maior ou = 70%	> 230	≥ 50	> 4,0	> 100
Sub-oclusão	Indefinida	Visível	Variável	Variável
Oclusão	Indetectável	Lúmen indetectável	Não se aplica	Não se aplica

* Estimativa aproximada de estenose através do modo B e Doppler colorido.

Ref: Society of Radiologists in Ultrasound Consensus Conference - 2003.



ESPESSAMENTO MÉDIO-INTIMAL

A artéria carótida comum apresenta diâmetro normal. Presença de espessamento médio-intimal. Ao Doppler observa-se curva espectral de amplitude normal, sem turbulência e aceleração.

- **Espessamento médio-intimal da artéria carótida comum.**

Referência:

Valores de espessura médio-intimal das artérias carótidas comuns por sexo e idade do(a) paciente estudado(a) segundo o *Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis Risk in Communities Study* (Robin L. McClelland, PhD, 2007):

- Percentil 75 da carótida direita: 0,99 mm.
- Percentil 75 da carótida esquerda: 1,1 mm.

OU

Valores de referência (provavelmente sem elevação de risco):

- Pacientes com idade inferior a 50 anos: < 0,8 mm.
- Pacientes com idade superior a 50 anos: < 1,0 mm.

PLACA ATEROSCLERÓTICA NÃO COMPLICADA

Bulbo carotídeo apresentando placa aterosclerótica de aspecto calcificado, com superfície regular.

PLACA ATEROSCLERÓTICA COMPLICADA

Bulbo carotídeo apresentando placa aterosclerótica heterogênea, com predomínio hipoecóico, superfície irregular, calcificações focais e área anecóica central.

ESTENOSE < 50% ACC

Artéria carótida comum apresenta diâmetro reduzido por placa aterosclerótica excêntrica, homogênea, com superfície regular. A avaliação do grau de estenose através de medida de diâmetro em varredura transversa mostra redução de cerca de 30 a 40%. Ao Doppler observa-se curva espectral de amplitude normal, sem turbulência e aceleração.

- **Estenose inferior a 50% da artéria carótida comum**

ESTENOSE DA ARTÉRIA CARÓTIDA INTERNA

A artéria carótida interna apresenta diâmetro reduzido por placa aterosclerótica concêntrica, heterogênea, com predomínio hipoecóico, superfície irregular, calcificações focais e área anecóica central. Ao Doppler observa-se curva de amplitude aumentada e alargamento espectral.

- **Estenose inferior a 50% da artéria carótida interna.**
- **Estenose de 50 a 69% da artéria carótida interna.**
- **Estenose superior a 70% da artéria carótida interna.**

ESTENOSE DA ARTÉRIA CARÓTIDA EXTERNA

A artéria carótida externa apresenta diâmetro reduzido por placa aterosclerótica heterogênea. Ao Doppler observa-se curva de amplitude aumentada e alargamento espectral.

- **Estenose inferior a 50% da artéria carótida externa**
- **Estenose superior a 50% da artéria carótida externa.**

SUB-OCCLUSÃO DA ARTÉRIA CARÓTIDA INTERNA

A artéria carótida interna apresenta diâmetro acentuadamente reduzido por placa aterosclerótica concêntrica, heterogênea, com predomínio hipoecóico, superfície irregular, calcificações focais e área anecóica central. Ao Doppler observa-se curva de amplitude reduzida e alargamento espectral.

- **Achados compatíveis com sub-oclusão da artéria carótida interna.**

OCCLUSÃO DA ARTÉRIA CARÓTIDA INTERNA

A artéria carótida comum apresenta aspecto morfológico normal. Ao Doppler observa-se curva espectral de amplitude reduzida, com componente reverso e ausência de componente telediastólico (padrão de resistência elevada).

A artéria carótida interna apresenta preenchimento luminal por placa aterosclerótica heterogênea, com componente hipoecóico compatível com trombo. Não foi detectado sinal Doppler neste vaso.

- **Achados compatíveis com oclusão da artéria carótida interna.**

ACOTOVELAMENTO (“KINKING”) DA ARTÉRIA CARÓTIDA INTERNA

A artéria carótida interna apresenta diâmetro normal. Não se observam placas ateroscleróticas significativas em seu segmento proximal. Presença de acotovelamento em ângulo reto localizado em seu segmento médio.

- **Acotovelamento da artéria carótida interna.**

ARTÉRIAS VERTEBRAIS

ESTENOSE PROXIMAL (EXAME DIRETO DA LESÃO)

A artéria vertebral foi explorada em sua origem, sendo evidenciada placa aterosclerótica nesta topografia. Ao Doppler observa-se curva espectral de amplitude aumentada e alargamento espectral.

O segmento interapofisário apresenta diâmetro normal. Ao *Doppler* observa-se fluxo de direção cefálica, com curva de amplitude normal, sem turbulência e aceleração.

- Estenose superior a 50% da artéria vertebral.

- Estenose superior a 80% da artéria vertebral.

- Achados compatíveis com estenose hemodinamicamente significativa da artéria vertebral em sua origem.

- Achados compatíveis com estenose hemodinamicamente significativa da artéria vertebral em seu segmento intracraniano.

ESTENOSE PROXIMAL (SEM EXAME DIRETO DA LESÃO)

A artéria vertebral foi explorada em seu segmento interapofisário e apresenta diâmetro normal. Ao Doppler observa-se fluxo de direção cefálica, com curva de amplitude acentuadamente reduzida, sem turbulência e aceleração.

OCLUSÃO

A artéria vertebral foi explorada em sua origem, sendo evidenciada placa aterosclerótica nesta topografia. Não se observa sinal Doppler neste vaso.

- Achados compatíveis com oclusão da artéria vertebral.

OCLUSÃO PROXIMAL COM ENCHIMENTO POR COLATERAIS

A artéria vertebral foi explorada em sua origem, sendo evidenciada placa aterosclerótica nesta topografia. Não se observa sinal Doppler neste vaso.

O segmento interapofisário apresenta diâmetro normal. Ao Doppler observa-se enchimento deste vaso por circulação colateral, determinando fluxo de direção cefálica, com curva de amplitude reduzida, sem turbulência e aceleração.

HIPOPLASIA

A artéria vertebral foi explorada em seu segmento interapofisário e apresenta diâmetro difusamente reduzido (mm). Ao Doppler observa-se fluxo de direção cefálica, com curva de amplitude acentuadamente reduzida, sem componente diastólico (padrão de resistência aumentada).

- Achados compatíveis com hipoplasia da artéria vertebral.

FENÔMENO DO ROUBO SUBCLÁVIO

A artéria vertebral foi explorada em seu segmento interapofisário e apresenta diâmetro normal. Ao *Doppler* observa-se fluxo de direção caudal, com curva de amplitude normal, sem turbulência e aceleração.

Foi realizada insuflação do esfigmomanômetro na artéria braquial acima da pressão sistólica sendo verificada interrupção do fluxo descendente da artéria vertebral.

- Alterações no fluxo vertebral esquerdo compatíveis com “roubo da subclávia”.

OCLUSÃO OU ESTENOSE GRAVE DISTAL

A artéria vertebral foi explorada em seu segmento interapofisário e apresenta diâmetro normal. Ao Doppler observa-se fluxo de direção cefálica, com curva de amplitude reduzida, com componente reverso e ausência de componente diastólico (padrão de resistência elevada).

ARTÉRIAS OFTÁLMICAS

NORMAL

A artéria oftálmica foi explorada por via transorbitária. Ao Doppler observa-se fluxo de direção anterógrada, com curva espectral de amplitude normal.

OCLUSÃO DA ARTÉRIA CARÓTIDA INTERNA

A artéria oftálmica foi explorada por via transorbitária. Ao Doppler observa-se fluxo de direção retrógrada, com curva espectral de amplitude normal.

Conclusões

Ateromatose carotídea com espessamento médio intimal difuso e placas moles na artéria carótida comum - e bulbo carotídeo - - sem repercussão hemodinâmica.

“Stent” na artéria carótida interna direita pérvio.

Obs.: A presença de placa aterosclerótica calcificada representa um fator limitante na avaliação de sua superfície e na quantificação precisa do grau de estenose.

Obs.: A quantificação do grau de estenose da artéria carótida interna foi realizada empregando-se os critérios da Conferência de Consenso da *Society of Radiologists in Ultrasound* (Radiology 2003: 229: 340-346).

CONCLUSÕES

- **Ateromatose carotídea com espessamento médio intimal difuso e placas moles, sem repercussão hemodinâmica na / , medindo respectivamente / (extensão x espessura).**

- **Pequenas placas regulares, predominantemente não calcificadas em / , as quais não determinam estreitamentos luminiais significativos.**

- **Ateromatose difusa, com múltiplas placas calcificadas, predominando nos / .**

STENT

Presença de “Stent” na artéria carótida interna direita, desde o bulbo, que se apresenta pérvio e com velocidade de fluxo sistólico de até - - - cm/s.

OU

Nota-se elevação focal da velocidade de fluxo imediatamente após o stent, da ordem aproximada de 100%, podendo representar estenose nesta topografia.

ROUBO DE SUBCLÁVIA

Inversão no sentido de fluxo protodiastólico na artéria vertebral / , mais evidente durante esforço no membro superior esquerdo, compatível com “roubo da subclávia”.

OU

A artéria vertebral foi explorada em seu segmento interapofisário e apresenta diâmetro normal. Ao *Doppler* observa-se fluxo de direção caudal, com curva de amplitude normal, sem turbulência e aceleração. Foi realizada insuflação do esfigmomanômetro na artéria braquial acima da pressão sistólica sendo verificada interrupção do fluxo descendente da artéria vertebral.

ACOTOVELAMENTO

Acotovelamento / , sem repercussão hemodinâmica (VPS: / cm/s - VDF: / cm/s),

Obs.: Considerar um índice sistólico superior a 4 como critério de repercussão significativa sobre o fluxo.

TORTUOSIDADE

Artérias carótidas com trajeto tortuoso e calibres conservados no segmento cervical.

C ARTIFICIAL - A avaliação com Doppler mostra fluxo com padrão monofásico “portalizado” em todos os segmentos arteriais avaliados, secundário ao dispositivo de suporte hemodinâmico, apresentando velocidades entre - - - cm/s e - - - cm/s à esquerda e entre - - - cm/s e - - - cm/s à direita.

CONC: Alterações hemodinâmicas secundárias ao dispositivo de suporte hemodinâmico acarretando fluxo arterial monofásico e dificultando a análise de eventuais estenoses focais

VERTEBRAL NÃO CARACTERIZADA

Fluxo vertebral direito/esquerdo não caracterizado.

A arteriografia deve ser analisada de acordo com NASCET, que compara a porção do lúmen restante com o lúmen distal normal

Indicações em que a relação do PSV é melhor que o valor absoluto:

- Grande estenose contra-lateral;
- Discrepância entre o tamanho da placa e PSV
- Velocidade da ACC aumentada
- Estados cardíacos hiperdinâmicos
- ICC

Indicações para Follow-up:

>50% (sem indicação de endarterectomia) → 6-12 meses

<50% (Pc de alto risco com placa visível) → 1-2 anos

Normal + Fatores de risco → 3-5 anos

ARTÉRIAS MEMBRO INFERIOR

ESTENOSE < 50% AFS

Nota-se moderada irregularidade parietal com calcificações ateromatosas nos vasos estudados.

ARTÉRIA FEMORAL SUPERFICIAL: pérvia.

- **Porção proximal da coxa:** A análise espectral revelou curvas trifásicas normocinéticas, de alta resistência com Velocidade de Pico Sistólico (VPS: cm/s) dentro da normalidade.
- **No canal de Hunter:** A análise espectral revelou curvas trifásicas com borramento espectral e velocidade de pico sistólico aumentada (VPS: cm/s), porém com relação inferior a 2, sugerindo estenose inferior a 50%.
- **Ateromatose moderada nos vasos estudados.**
- **Estenose inferior a 50% da artéria femoral superficial ao nível do canal de Hunter.**

ESTENOSE > 50% AFS

ARTÉRIA FEMORAL SUPERFICIAL: pérvia.

- **Porção proximal da coxa:** A análise espectral revelou curva trifásica normocinética, de alta resistência com velocidade de pico sistólico dentro da normalidade (VPS: cm/s).
- **Na transição terço proximal/médio da coxa:** Curvas com borramento espectral e velocidade de pico sistólico aumentada (VPS: cm/s), sugerindo estenose superior a 50%.
- **No terço médio da coxa:** Curva bifásica com velocidade de pico sistólico mais reduzida (VPS: cm/s).
- **No canal de Hunter:** Curva monofásica com velocidade de pico sistólico reduzida (VPS: cm/s).

ARTÉRIA POPLÍTEA: pérvia. Curva monofásica com velocidade de pico sistólico reduzida (VPS: cm/s).

ARTÉRIA TIBIAL ANTERIOR: pérvia. Curva monofásica com velocidade de pico sistólico reduzida (VPS: cm/s).

ARTÉRIA TIBIAL POSTERIOR: pérvia. Curva monofásica com velocidade de pico sistólico reduzida (VPS: cm/s).

ARTÉRIA FIBULAR: pérvia. Curva monofásica com velocidade de pico sistólico reduzida (VPS: cm/s).

- **Ateromatose moderada/severa nos vasos estudados.**
- **Estenose hemodinamicamente significativa superior a 50% da artéria femoral superficial no terço proximal/médio da coxa.**
- **Vasos distais à estenose com fluxos monofásicos e velocidades de pico sistólico reduzidas.**

ENCARCERAMENTO POPLÍTEO

Perda do padrão trifásico de fluxo nas artérias poplítea e tibial posterior durante a manobra de flexão plantar do pé. Tal achado, embora inespecífico, pode estar associado à síndrome do encarceramento poplíteo.

VENOSO MEMBRO INFERIOR

REFLUXO VALVAR PROFUNDO

Pérvias, incompetentes com refluxo valvar, de paredes finas e lisas. Compressibilidade preservada.

- Refluxo valvar profundo de veias ***.

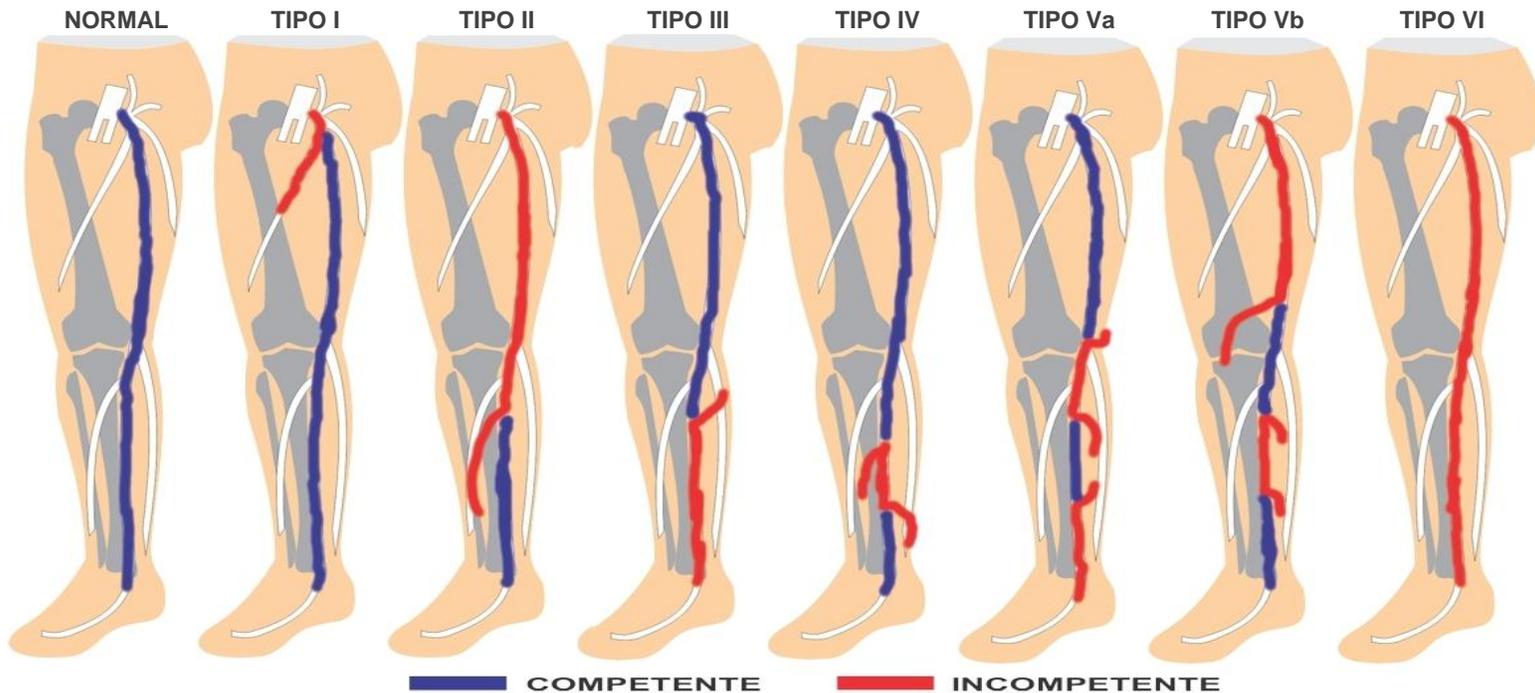
REFLUXO VALVAR - SAFENA

V. SAFENA MAGNA: Pérvia, incompetente com refluxo valvar nos segmentos ***.

- Incompetência de safena magna do tipo .

Obs.: Padrões de refluxo da veia safena magna (J Vasc Br 2004: Functional anatomic classification of saphenous vein insufficiency in the planning for varicose vein surgery base on color Doppler ultrasound):

Normal (28,11%); Tipo I (0,71%): Peri-juncional; Tipo 2 (5,65%): Proximal; Tipo III (9,81%): Refluxo distal; Tipo IV (33,54%): Segmentar; Tipo Va (4,45%): Multissegmentar com JSF competente; Tipo Vb (14,62%): Multissegmentar com JSF incompetente; Tipo VI (3,11%): Refluxo difuso.



SAFENECTOMIA

V. SAFENA MAGNA: Não caracterizada e toda sua extensão (status pós-operatório).

- Sinais de safenectomia total (safena interna).

OU

V. SAFENA MAGNA: Não caracterizada nos 2/3 proximais da coxa (status pós-operatório). Demais porções: Pérvia, de paredes finas e lisas e com compressibilidade preservada.

- Sinais de safenectomia parcial (safena interna).

TROMBOSE VENOSA PROFUNDA AGUDA

De calibres aumentados com material hipocóide no interior, não compressível, sem fluxo detectável ao Doppler.

- Sinais de trombose venosa profunda aguda de veias ***.

TROMBOSE VENOSA PROFUNDA SUBAGUDA/CRÔNICA NÃO RECANALIZADA

De calibres levemente aumentados com material hiperecogênico no interior, aderido à parede do vaso, não compressíveis, com pobres sinais de recanalização.

- Sinais de trombose venosa profunda de aspecto subagudo/crônico não recanalizadas de veias ***.

TROMBOSE VENOSA CRÔNICA PARCIALMENTE RECANALIZADA

De calibres levemente reduzidos com material hiperecogênico e traves no interior, parcialmente compressíveis, de paredes espessas e com sinais de recanalização parcial.

- Sinais de trombose venosa profunda crônica parcialmente recanalizada de veias ***.

TROMBOSE VENOSA CRÔNICA PARCIALMENTE RECANALIZADA

Pérvias, incompetentes com refluxo valvar, de paredes levemente espessas e algumas traves finas no interior, parcialmente compressíveis.

Observa-se ainda circulação colateral adjacente ao segmento * da veia *.

- Sinais de trombose venosa profunda crônica recanalizada de veias ***.

- Sinais de síndrome pós-trombótica com refluxo valvar profundo de veias *** e aumento da circulação colateral.

TROMBOFLEBITE

V. SAFENA MAGNA/PARVA: De calibre aumentado com material hipoecóide no interior, não compressível, sem fluxo detectável ao Doppler, se estendendo do ***.

- Sinais de tromboflebite de veia safena interna/externa na coxa/perna.

VARICOSIDADES

VARICOSIDADES: Presentes em coxa e perna.

- Varicosidades em coxa e perna.

OU

VARICOSIDADES: Veias reticulares presentes em coxa e perna.

- Veias reticulares presentes em coxa e perna.

VEIA(S) PERFURANTE(S) MEDIAIS

V.V. PERFURANTES: A pesquisa foi positiva na face medial da perna a \pm cm da fáscia plantar.

- Veia perfurante incompetente na perna.

OU

V.V. PERFURANTES: A pesquisa foi positiva na face medial da perna a \pm cm e \pm cm da fáscia plantar.

- Veias perfurantes incompetentes na perna.

VEIA PERFURANTE POSTERIOR

V.V. PERFURANTES: A pesquisa foi positiva na face posterior da perna a \pm cm do calcâneo.

- Veia perfurante incompetente na perna.

MEDIDAS

Fígado de morfologia, contornos e dimensões normais, medindo o lobo esquerdo: cm (normal < 10,0 cm), com ângulo do bordo inferior de $^{\circ}$ (normal < 45 $^{\circ}$) e o lobo direito: cm (normal < 150 cm), com ângulo do bordo inferior de $^{\circ}$ (normal < 75 $^{\circ}$).

Vias biliares intra-hepáticas de calibres aumentados, medindo cm à esquerda e cm à direita (normal < 0,25 cm).

Vesícula biliar normodistendida, medindo cm (normal < 10,0 x 4,0 cm), com paredes finas e lisas de espessura medindo cm (normal < 0,4 cm).

Pâncreas de morfologia, contornos, ecotextura e dimensões normais, medindo a cabeça: cm (normal < 3,3 cm), corpo: cm (normal < 2,2 cm) e cauda: cm (normal < 2,8 cm).

Ducto de Wirsung de calibre preservado (normal < 0,2 cm).

Baço de morfologia, contornos, ecotextura e dimensões normais, medindo cm no eixo longitudinal (normal < 12,0 cm) e cm no transversal (normal < 7,0 cm).

Ureter de calibre preservado (normal < 0,5 cm).

Pele: MAMA: **Pele de espessura aumentada, medindo cm** (normal < 0,2 cm).

TESTÍCULO: **Pele e tecido celular subcutâneo de espessura aumentada, medindo cm** (normal < 0,6-0,7 cm).

Colo uterino medindo no eixo longitudinal mm (normal > 3,0 cm), no transversal cm (normal < 2,0 cm no segundo trimestre) e largura do canal cervical cm (normal < 0,8 cm).

Septo intertercicular de espessura medindo cm (normal < 0,5 cm).

Tronco Celíaco: pérvio de calibre e trajeto normais. Fluxo de direção aorto-alça.

Artéria Mesentérica Superior: de trajeto e calibre normais, medindo cm (normal < 0,7 cm), pérvia de calibre e trajeto normais. Fluxo de direção aorto-alça. Distância entre a parede anterior da aorta e a artéria Mesentérica Superior mede cm (normal \leq 1,1 cm).

Artéria Hepática: pérvia de calibre e trajeto normais.

Artérias Ilíacas de trajeto e calibre normais, medindo cm à direita e cm à esquerda (normal < 2,0 cm),

Veias Hepáticas de trajeto e calibre normais, medindo cm (normal < 1,0 cm).

Veia Cava Inferior de trajeto e calibre normais, medindo cm (normal < 3,7 cm), pérvia com fluxo fásico e boa compressibilidade as manobras de compressão distal e Valsalva. Paredes finas, lisas e regulares. Ausência de trombose venosa aguda ou antiga.

Veia Porta de trajeto e calibre normais, medindo mm (normal < 1,3 cm).

Veia Esplênica de trajeto e calibre normais, medindo cm (normal < 0,9 cm).

Veia Mesentérica Superior de trajeto e calibre normais, medindo cm (normal < 0,9 cm).

Veia Gástrica Esquerda de trajeto e calibre normais, medindo cm (normal < 0,6 cm).

Rim direito mede: cm. Espessura de parênquima: cm.

Rim esquerdo mede: cm. Espessura de parênquima: cm.

SUGESTÕES

Nota: Sugiro à critério clínico, correlação clínico-laboratorial e complementação com tomografia computadorizada sob contraste oral e endovenoso.

Nota: Sugiro, à critério clínico, complementar com tomografia computadorizada de abdome com contraste oral e endovenoso, salvo contra-indicações.

Nota: Sugiro, à critério clínico, complementação com tomografia computadorizada em protocolo de fígado com três fases, salvo contra-indicações.

Nota: Sugiro considerar as hipóteses de restos ovulares de moderada quantidade ou reação decidual em gestação muito precoce com idade gestacional inferior a 5 semanas. À critério clínico, controle ultrassonográfico.

Nota: Estudo comparativo com ultrassonografia ... realizada no dia evidenciou ...

Nota: Gestações muito precoces com menos de 5 semanas podem não ser caracterizadas ao estudo ultrassonográfico.

Nota: Gestações muito precoces podem não ser caracterizadas ao estudo ultrassonográfico com menos de 5 semanas (por via transabdominal) e 4 semanas e 3 dias (por via endovaginal).

Nota: Sugiro, à critério clínico, controle ultrassonográfico após 1-2 semanas.

Nota: A coleção acima descrita é passível de punção, no entanto, o conteúdo é possivelmente cístico espesso.

Nota: A presença de vesícula biliar com paredes espessadas pode corresponder a um achado encontrado nas ascites.

Nota: A presença de vesícula biliar com paredes espessadas pode corresponder a um achado encontrado nos processos inflamatórios/infecciosos sistêmicos.

Nota: Intensa sobreposição gasosa nas regiões de epigástrico, mesogástrico, flancos e fossas ilíacas, dificultando a adequada avaliação ecográfica.

Nota: O método ultrassonográfico apresenta baixa sensibilidade na avaliação pielonefrite aguda em fase muito precoce. Sugiro correlação clínico-laboratorial.

Nota: O método ultrassonográfico apresenta baixa sensibilidade na avaliação hepatite. Sugiro correlação clínico-laboratorial.

Nota: Sugiro correlação clínico-laboratorial para avaliar possibilidade de **colecistite** em estágio inicial.

Nota: Necessária correlação com BI-RADS™ mamográfico para manutenção ou elevação da categoria.

Nota: Estudo comparativo com ultrassonografia realizada no dia não evidenciou mudança ou complicação da suspeita diagnóstica.

ADVERTÊNCIAS

Obs.: Sugiro melhores esclarecimentos sobre dados clínico-laboratoriais do(a) paciente, para que assim, possamos contribuir da melhor forma na conclusão do diagnóstico. Estaremos sempre à disposição para melhor servi-lo.

Obs.: Sugiro melhores esclarecimentos sobre dados clínico-laboratoriais do(a) paciente para realização de exame na urgência.

Obs.: Sugerimos informação sobre dados laboratoriais para apendicite previamente ao estudo ultrassonográfico, aumentando-se com isso, a acurácia do método.

Obs.: Sugerimos a realização de radiografia de abdome para avaliação de ureterolitíase, previamente ao estudo ultrassonográfico, aumentando-se com isso, a acurácia do método, salvo contra-indicações.

Obs.: Necessário correlação com radiografia de abdome devido a ausência de sombra acústica posterior na imagem sugestiva de ureterolitíase. Para isso, sugerimos este exame sempre previamente ao estudo ultrassonográfico na suspeita de tal patologia, aumentando-se, com isso, a acurácia do método, salvo contra-indicações.

Obs.: Recomendamos completa repleção vesical para pedidos de ultrassonografia renal e das vias urinárias.

Obs.: Sugerimos a realização de exames laboratoriais para pancreatite previamente ao estudo ultrassonográfico, aumentando-se com isso, a acurácia do método.

Obs.: Sugerimos a realização de exames laboratoriais para apendicite previamente ao estudo ultrassonográfico, aumentando-se com isso, a acurácia do método.

Obs.: Sugerimos a realização de exames laboratoriais para colecistite previamente ao estudo ultrassonográfico, aumentando-se com isso, a acurácia do método.

Obs.: Necessário HCG previamente ao estudo ultrassonográfico para aumentar-se com isso, a acurácia do método.

Obs.: No exame ultrassonográfico obstétrico convencional não é rotina a observância de pormenores anatômicos, nem detalhes da formação fetal.

Obs.: O objetivo do ultrassom obstétrico é avaliar o crescimento e vitalidade fetais. Não tem finalidade de rastreamento e diagnóstico de doenças genéticas e/ou malformações fetais.

Obs.: O método ecográfico por via endovaginal apresenta maior sensibilidade para detecção de patologias pélvicas comparado ao transabdominal.

Obs.: O método ecográfico apresenta baixa sensibilidade para detecção de patologias do trato gastrointestinal.

Obs.: Sugiro analgesia adequada previamente ao estudo ultrassonográfico.

Obs.: Sugiro sedação adequada previamente ao estudo ultrassonográfico.

Obs.: Sugerimos a realização de radiografia de abdome para avaliação de ureterolitíase, previamente ao estudo ultrassonográfico, aumentando-se com isso, a acurácia do método, para isso, recomendamos o contato médico prévio nos exames de urgência, a fim de contribuir da melhor forma na conclusão do diagnóstico. Estaremos sempre à disposição para melhor servi-lo.

Obs.: Sangramento via vaginal sem repercussões ultrassonográficas no presente estudo.

Obs.: O método ecográfico por via transabdominal apresenta baixa sensibilidade para detecção de patologias pélvicas.

Nota: Devido a baixa repleção vesical, a acurácia do método ecográfico é reduzida para a identificação de litíase renal e em vias urinárias.

Nota: O exame ultrassonográfico para estudo do abdome total não possui como pré-requisito a repleção total da bexiga urinária, salvo por solicitação médica prévia.

Nota: O estudo ecográfico apresenta baixa sensibilidade na detecção de patologias do retroperitônio em condições da ausência de preparo com jejum apropriado.