

ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOME TOTAL

RESULTADO:

Fígado com dimensões normais, contornos regulares e ecotextura homogênea.

Veias porta e hepáticas com calibre preservado.

Vesícula biliar de paredes lisas e finas, com conteúdo anecogênico habitual, sem evidência de cálculos no interior.

Vias biliares intra e extra-hepáticas sem evidência de dilatação.

Pâncreas com dimensões, contornos e ecogenicidade normais.

Baço com dimensões, contornos e ecogenicidade normais.

Rim direito com dimensões, contornos e diferenciação córtico-medular preservados. Ausência de cálculos ou dilatação do sistema coletor.

Rim esquerdo com dimensões, contornos e diferenciação córtico-medular preservados. Ausência de cálculos ou dilatação do sistema coletor.

Aorta abdominal com trajeto habitual, sem dilatações evidentes.

Bexiga de paredes finas e lisas, com conteúdo anecogênico habitual. Ausência de líquido livre na cavidade abdominal.

IMPRESSÃO:

Exame dentro dos limites da normalidade.

ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOME SUPERIOR

RESULTADO:

Fígado com dimensões normais, contornos regulares e ecotextura homogênea.

Veias porta e hepáticas com calibre preservado.

Vesícula biliar de paredes lisas e finas, com conteúdo anecogênico habitual, sem evidência de cálculos no interior.

Vias biliares intra e extra-hepáticas sem evidência de dilatação.

Pâncreas com dimensões, contornos e ecogenicidade normais.

Baço com dimensões, contornos e ecogenicidade normais.

Aorta abdominal com trajeto habitual, sem dilatações evidentes.

Ausência de líquido livre no abdome superior.

IMPRESSÃO:

Exame dentro dos limites da normalidade.

ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOME INFERIOR

RESULTADO:

Avaliação direcionada para a pesquisa de apendicite aguda, conforme indicação clínica.

O estudo da fossa ilíaca direita evidenciou alças intestinais com peristalse conservada e gordura mesentérica de aspecto habitual.

Apêndice não identificado.

IMPRESSÃO:

Ausência de sinais ecográficos sugestivos de apendicite aguda.

Obs.: Salientamos que a avaliação ecográfica negativa não afasta formalmente a possibilidade de apendicite aguda, sendo necessária a estrita correlação clínica e laboratorial.

ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOME INFERIOR

RESULTADO:

Avaliação direcionada para a pesquisa de apendicite aguda, conforme indicação clínica.

O estudo da fossa ilíaca direita evidenciou imagem tubular terminando em fundo cego, não compressível, com halo hipoecóico, medido cerca de xx cm de diâmetro, associada a densificação do tecido gorduroso adjacente e proeminência de linfonodos regionais de aspecto reacional.

IMPRESSÃO:

Aspecto ecográfico sugestivo de apendicite aguda. Necessário estrita correlação clínico-laboratorial.

ULTRASSONOGRRAFIA FAST

RESULTADO:

Estudo realizado em caráter de urgência, focado na pesquisa de líquido livre intra-abdominal.

Ausência de líquido livre na cavidade abdominal e nos seios costofrênicos.

Não há evidências formais de derrame pericárdico.

ULTRASSONOGRRAFIA DE RINS E VIAS URINÁRIAS

RESULTADO:

Rim direito com topografia, forma, contornos e dimensões normais, medindo XXX cm, com volume estimado em cerca de XX cm³.

Parênquima com espessura e diferenciação córtico-medular preservadas.

Ausência de cálculos ou dilatação do sistema coletor à direita.

Rim esquerdo com topografia, forma, contornos e dimensões normais, medindo XXX cm, com volume estimado em cerca de XX cm³.

Parênquima com espessura e diferenciação córtico-medular preservadas.

Ausência de cálculos ou dilatação do sistema coletor à esquerda.

Bexiga de paredes finas e regulares, com conteúdo anecogênico habitual.

Jatos ureterais presentes bilateralmente.

IMPRESSÃO:

Exame dentro dos limites da normalidade.

ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO E PRÓSTATA TRANSABDOMINAL

RESULTADO:

Rim direito com topografia, forma, contornos e dimensões normais, medindo XXX cm, com volume estimado em cerca de XX cm³.

Parênquima com espessura e diferenciação córtico-medular preservadas.

Ausência de cálculos ou dilatação do sistema coletor à direita.

Rim esquerdo com topografia, forma, contornos e dimensões normais, medindo XXX cm, com volume estimado em cerca de XX cm³.

Parênquima com espessura e diferenciação córtico-medular preservadas.

Ausência de cálculos ou dilatação do sistema coletor à esquerda.

Próstata de contornos regulares e dimensões preservadas, medindo cerca de xx cm (L x AP x T), com volume estimado em xx cm³.

Próstata de contornos levemente lobulados e dimensões aumentadas, abaulando o assoalho vesical, medindo cerca de xxx cm (L x AP x T), com volume estimado de cerca de xxx cm³. Apresenta ainda ecotextura heterogênea, com focos de calcificação em seu interior.

Vesículas seminais simétricas, com ecotextura conservada.

Bexiga com cerca de XX ml de conteúdo anecogênico habitual, apresentando paredes finas e regulares.

Resíduo pós-miccional desprezível.

Resíduo pós-miccional de aproximadamente xx ml após duas micções.

IMPRESSÃO:

Exame sem evidentes anormalidades.

Próstata de volume aumentado.

Pequeno/moderado/acentuado resíduo pós-miccional.

ULTRASSONOGRAFIA PROSTÁTICA TRANSABDOMINAL

RESULTADO:

Próstata de contornos regulares e dimensões preservadas, medindo cerca de xx cm (L x AP x T), com volume estimado em xx cm³.

Próstata de contornos levemente lobulados e dimensões aumentadas, abaulando o assoalho vesical, medindo cerca de xxx cm (L x AP x T), com volume estimado de cerca de xxx cm³. Apresenta ainda ecotextura heterogênea, com focos de calcificação em seu interior.

Vesículas seminais simétricas, com ecotextura conservada.

Bexiga com cerca de XX ml de conteúdo anecogênico habitual, apresentando paredes finas e regulares.

Resíduo pós-miccional desprezível.

Resíduo pós-miccional de aproximadamente xx ml.

IMPRESSÃO:

Próstata com volume dentro dos limites da normalidade.

Próstata de volume aumentado.

Pequeno/Moderado/Acentuado resíduo pós-miccional.

ULTRASSONOGRAFIA PROSTÁTICA TRANSRETAL

RESULTADO:

Exame realizado por vias suprapúbica e transretal evidencia:

Bexiga com cerca de XX ml de conteúdo anecogênico habitual, apresentando paredes finas e regulares.

Resíduo pós-miccional desprezível.

Resíduo pós-miccional de aproximadamente xx ml.

Próstata de contornos regulares e dimensões preservadas, medindo cerca de xx cm (L x AP x T), com volume de cerca de xxx cm³.

Próstata de contornos levemente lobulados e dimensões aumentadas, abaulando o assoalho vesical, medindo cerca de xxx cm (L x AP x T), com volume estimado de cerca de xxx cm³.

Zona periférica simétrica, regular e homogênea.

Glândula central com textura e ecogenicidade preservadas.

Vesículas seminais simétricas, com ecotextura conservada.

IMPRESSÃO:

Próstata com volume dentro dos limites da normalidade.

Próstata de volume aumentado.

Pequeno/Moderado/Acentuado resíduo pós-miccional.

*Bexiga e resíduo pós-miccional avaliar SEMPRE por via transabdominal, antes do exame transretal

ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTÉRIAS RENAIIS COM DOPPLER

RESULTADO:

Rins com topografia, forma, contornos e dimensões normais (RD medindo XXX cm; RE medindo XXX cm).

Parênquima renal com espessura e diferenciação córtico-medular preservadas, bilateralmente.

Ausência de cálculos ou dilatação dos sistemas coletores.

Aorta de aspecto habitual à altura dos hilos renais.

Doppler espectral das artérias renais de padrão e velocidades preservados nos segmentos acessíveis.

A relação entre as velocidades sistólicas das artérias renais e da aorta está dentro dos limites da normalidade.

Padrões espectrais habituais das artérias intra-renais.

IMPRESSÃO:

Exame dentro dos limites da normalidade.

ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO E ARTÉRIAS RENAIIS COM DOPPLER

RESULTADO:

Rins com topografia, forma, contornos e dimensões normais (RD medindo XXX cm; RE medindo XXX cm).

Parênquima renal com espessura e diferenciação córtico-medular preservadas, bilateralmente.

Ausência de cálculos ou dilatação dos sistemas coletores.

Bexiga de paredes finas e regulares, com conteúdo anecogênico habitual.

Aorta de aspecto habitual à altura dos hilos renais.

Doppler espectral das artérias renais de padrão e velocidades preservados nos segmentos acessíveis.

A relação entre as velocidades sistólicas das artérias renais e da aorta está dentro dos limites da normalidade.

Padrões espectrais habituais das artérias intra-renais.

IMPRESSÃO:

Exame dentro dos limites da normalidade.

COLAR AS TABELAS DO DOPPLER RENAL AQUI

FIGADO

As porções visualizadas do fígado, predominantemente pela via intercostal, apresentam tamanho, contornos e ecotextura preservados

Fígado com contornos regulares, apresentando dimensões acima dos limites superiores da normalidade (LD mede cerca de XX cm; LE mede cerca de XX cm), além de aumento difuso de sua ecogenicidade parenquimatosa.

Leve hepatomegalia, associada a aumento difuso da ecogenicidade hepática, comumente relacionado a esteatose.

Fígado com dimensões normais e contornos regulares, apresentando aumento difuso de sua ecogenicidade parenquimatosa, comumente relacionado a esteatose.

Aumento difuso da ecogenicidade hepática, comumente relacionado a esteatose.

Fígado com dimensões normais e contornos regulares, apresentando aumento difuso de sua ecogenicidade parenquimatosa, o que atenua a penetração do feixe sonoro e prejudica a avaliação de segmentos posteriores.

Aumento difuso da ecogenicidade hepática, comumente relacionado a esteatose.

Fígado com dimensões normais, contornos regulares e ecotextura homogênea, exceto pela presença de diminutos focos ecogênicos, produtores de sombra acústica posterior, localizados no segmento ???, de aspecto residual/cicatricial.

Granulomas hepáticos calcificados.

Fígado com dimensões normais, contornos regulares e ecotextura homogênea, exceto pela presença de formação cística, de aspecto simples, medindo cerca de XX cm, identificada no segmento ???.

Cisto hepático simples.

Fígado com dimensões normais, contornos regulares e ecotextura homogênea, exceto pela presença de imagem nodular hiperecogênica, circunscrita, medindo cerca de XX cm, localizada no segmento ???.

Nódulo hepático hiperecogênico, sugestivo de hemangioma.

Fígado com dimensões normais, contornos regulares e ecotextura homogênea, exceto pela presença de duas imagens nodulares, circunscritas, com área de hiperecogenicidade central e halo hipoeecogênico (aspecto “em alvo”), medindo cerca de XX cm e XX cm, localizadas nos segmentos XX e XX, respectivamente.

Nódulos hepáticos conforme descrito, de aspecto inespecífico ao método. A critério clínico, a complementação propedêutica com outro método de imagem poderá fornecer maiores subsídios diagnósticos.

Fígado com dimensões normais, contornos regulares e ecotextura homogênea, exceto pela presença de imagem nodular hipoeecogênica, circunscrita, medindo cerca de XX cm, localizada no segmento XX.

Nódulo hepático hipocogênico, de aspecto inespecífico ao método. A critério clínico, o estudo por ressonância magnética com contraste hepatobiliar poderá fornecer maiores subsídios diagnósticos.

Fígado com dimensões normais, contornos regulares e ecotextura homogênea, exceto pela presença de múltiplos diminutos focos ecogênicos, com reverberação acústica posterior, esparsos pelo parênquima hepático.

Múltiplos diminutos focos ecogênicos, com reverberação acústica posterior, esparsos pelo parênquima hepático, sugestivos de hamartomas biliares.

VESÍCULA BILIAR

Vesícula biliar não visualizada (paciente relata colecistectomia).

Vesícula biliar repleta de cálculos, limitando a avaliação das dimensões dos mesmos, sem evidentes sinais inflamatórios associados.

Vesícula biliar de paredes lisas e finas, contendo múltiplos cálculos de dimensões infracentimétricas em seu interior, móveis às mudanças de decúbito.

Colelitíase, sem evidentes sinais inflamatórios associados.

Vesícula biliar de paredes lisas e finas, apresentando conteúdo espesso compatível com lama biliar em seu interior, além de alguns cálculos, móveis às mudanças de decúbito, o maior medindo cerca de XX cm.

Colelitíase, sem evidentes sinais inflamatórios associados.

Vesícula biliar normodistendida, de paredes lisas e finas, contendo pequena quantidade de conteúdo espesso em seu interior, móvel às mudanças de decúbito.

Pequena quantidade de conteúdo espesso no interior da vesícula biliar, sugestivo de lama biliar.

Vesícula biliar com conteúdo anecogênico habitual, sem cálculos, de paredes finas, com pequena imagem ecogênica, não produtora de fenômeno acústico posterior, medindo cerca de XX cm, aderida à sua parede XXX.

Imagem ecogênica aderida à parede XXX da vesícula biliar, sugestiva de pólipos.

Vesícula biliar não caracterizada, observando-se, em sua topografia, interface linear hiperecogênica, de aspecto curvilíneo, com marcada sombra acústica posterior.

Vesícula biliar não caracterizada, observando-se, em sua topografia, interface linear hiperecogênica, de aspecto curvilíneo, com marcada sombra acústica posterior (Colelitíase? Vesícula “em porcelana”?). A critério clínico, a complementação com outro método de imagem poderá trazer maiores subsídios diagnósticos.

RINS

Formação cística, de aspecto simples, medindo cerca de XXX cm, localizada em situação cortical, no terço XXX do rim direito.

Formação cística, de aspecto simples, medindo cerca de XXX cm, localizada em situação cortical, no terço XXX do rim esquerdo.

Formações císticas, de aspecto simples, medindo cerca de XX cm e XX cm, localizadas em situação cortical, nos terços superior/médio/inferior e superior/médio/inferior do rim XXX, respectivamente.

Cisto renal simples à direita.

Cisto renal simples à esquerda.

Cistos renais simples bilaterais.

Imagem anecogênica, ovalada, medindo cerca de 1,7 cm no seu maior eixo, identificada no terço inferior da pelve renal esquerda.

Imagem anecogênica no terço inferior da pelve renal esquerda, podendo corresponder a cisto parapiélico ou a ectasia calicinal.

Formação cística, de aspecto simples, medindo cerca de XX cm, localizada no seio renal à direita/esquerda, no terço renal XX.

Cisto renal parapiélico à direita/esquerda.

Múltiplas formações císticas, de aspecto simples, identificadas no seio renal **direito/esquerdo**, a maior medindo cerca de XX cm, localizada no terço renal superior/médio/inferior.

Cistos periapiélicos no rim **direito/esquerdo.**

Imagem hiperecogênica, produtora de sombra acústica posterior, medindo cerca de XX cm, localizada no grupo calicinal superior / médio / inferior do rim direito.

Nefrolitíase à direita, não obstrutiva.

Imagem hiperecogênica, produtora de sombra acústica posterior, medindo cerca de XX cm, localizada no grupo calicinal superior / médio / inferior do rim esquerdo.

Nefrolitíase à esquerda, não obstrutiva.

Imagens hiperecogênicas, produtoras de sombra acústica posterior, identificadas no sistema pielocalicinal de ambos os rins, assim distribuídas:

- grupo calicinal superior do rim direito, medindo cerca de XX cm;
- grupo calicinal médio do rim direito, medindo cerca de XX cm;
- grupo calicinal inferior do rim direito, medindo cerca de XX cm;
- grupo calicinal superior do rim esquerdo, medindo cerca de XX cm;
- grupo calicinal médio do rim esquerdo, medindo cerca de XX cm;
- grupo calicinal inferior do rim esquerdo, medindo cerca de XX cm.

Nefrolitíase bilateral, não obstrutiva.

Observam-se ao menos três imagens hiperecogênicas, produtoras de sombra acústica posterior, localizadas no sistema pielocalicinal do rim XX, assim distribuídas:

- grupo calicinal inferior, medindo cerca de XX cm;
- grupo calicinal médio, medindo cerca de XX cm;
- grupo calicinal superior, medindo cerca de XX cm.

Pequena imagem nodular hiperecogênica, circunscrita, medindo 0,XX cm, localizada na cortical do terço XX do rim **direito/esquerdo**.

Alteração focal na cortical do rim direito/esquerdo, podendo estar relacionada a alteração fibrocicatricial ou mesmo a angiomiolipoma.

Imagem nodular hiperecogênica, circunscrita, medindo cerca de XX cm, localizada em situação cortical, no terço XX do rim direito/esquerdo.

Imagem nodular hiperecogênica na cortical do rim direito/esquerdo, podendo corresponder a angiomiolipoma. A critério clínico, a complementação propedêutica com outro método de imagem poderá fornecer maiores subsídios diagnósticos.

Rim XX com dimensões e diferenciação córtico-medular preservadas, apresentando pequena área hiperecogênica, de aspecto triangular, localizada em situação subcapsular, na face anterior, na junção dos terços renais superior e médio, podendo corresponder a área de defeito juncional parenquimatosa (variação anatômica).

Leve aumento difuso da ecogenicidade de pirâmides renais bilateralmente.

Leve aumento difuso da ecogenicidade de pirâmides renais bilateralmente, devendo-se considerar entre as hipóteses diagnósticas a possibilidade de nefrocalcinose medular. A correlação clínico-laboratorial e, a critério clínico, o controle imaginológico poderão fornecer maiores subsídios diagnósticos.

Bexiga com cerca de XX ml de conteúdo anecogênico habitual, apresentando paredes levemente espessadas e trabeculadas.

Leves espessamento e trabeculação das paredes vesicais, sugerindo bexiga de esforço.

BAÇO

Baço com dimensões normais e contornos regulares, apresentando ecotextura heterogênea, à custa de alguns diminutos focos ecogênicos, não produtores de fenômeno acústico posterior, esparsos pelo seu parênquima.

Diminutos focos ecogênicos esparsos pelo parênquima esplênico, podendo corresponder a corpos de Gamna-Gandy.

PÂNCREAS

Pâncreas com avaliação prejudicada, devido a interposição de alças intestinais.

Cabeça do pâncreas com dimensões, contornos e ecogenicidade normais. Corpo e cauda pancreática com avaliação prejudicada, devido a interposição de alças intestinais.

AORTA

Aorta abdominal ateromatosa, sem dilatações evidentes.
Ateromatose aórtica.

Aorta abdominal com avaliação prejudicada, devido a interposição de alças intestinais.

PROSTATA

Próstata e vesículas seminais não identificadas (paciente relata prostatectomia radical).

Status pós-prostatectomia radical.

Bexiga com cerca de XX ml de conteúdo anecogênico habitual, apresentando paredes levemente espessadas e trabeculadas.

Leves espessamento e trabeculação das paredes vesicais, sugerindo bexiga de esforço.

Leve heterogeneidade do parênquima prostático, sendo mais evidente na região central (correlacionar com exame físico e laboratorial).

Volume de resíduo (ml)	Diagnóstico
00 a 30	Desprezível
30 a 80	Pequeno
80 a 150	Moderado
150 a 300	Acentuado
> 300	Muito acentuado

OBSERVAÇÕES

.: Exame de avaliação prejudicada, devido à intensa interposição de gases intestinais. Na dependência de achados clínicos e laboratoriais e evolução do quadro clínico, controle ecográfico e/ou complementação por outro método de imagem poderá trazer informações adicionais.

.: A grande quantidade de gases intestinais prejudicou a avaliação adequada. Na dependência de achados clínicos e laboratoriais e evolução do quadro clínico, controle ecográfico e/ou complementação por outro método de imagem poderia trazer melhor subsídio diagnóstico.

.: Útero e anexos sem nítidas alterações quando avaliados via abdominal. À critério clínico, o estudo endovaginal poderá trazer maior subsídio diagnóstico.

.: Útero sem nítidas alterações quando avaliado via abdominal. Anexos não identificados, devido a interposição de alças intestinais. A critério clínico, o estudo endovaginal poderá trazer maior subsídio diagnóstico.

.: Endométrio espessado e heterogêneo, medindo cerca de xx cm, quando avaliado via abdominal. A critério clínico, o estudo endovaginal poderá trazer maior subsídio diagnóstico.

.: Endométrio medindo cerca de xx cm, quando avaliado via abdominal. A critério clínico, o estudo endovaginal poderá trazer maior subsídio diagnóstico.

.: Como achado adicional, destacamos próstata de dimensões aumentadas, a ser melhor avaliada, à critério clínico, com estudo específico.

.: Como achado adicional, destacamos aumento difuso da ecogenicidade hepática, comumente relacionado a esteatose, a ser melhor avaliado, a critério clínico, com estudo dirigido.

A critério clínico, a correlação com outro método de imagem poderá fornecer maiores subsídios diagnósticos.

A critério clínico, sugere-se complementação propedêutica com outro método de imagem para obtenção maiores subsídios diagnósticos.

Sugere-se, salvo contraindicação clínica, complementação com estudo citopatológico.

ULTRASSONOGRRAFIA DA REGIÃO INGUINAL DIREITA

RESULTADO:

Pele e tecido celular subcutâneo sem alterações ecográficas.
Herniação de **alças intestinais e** conteúdo gorduroso para o interior do canal inguinal direito, observada às manobras de esforço, com anel herniário medindo cerca de XX cm. Ao repouso o conteúdo herniário mostrou-se redutível.
Não se identificam coleções e/ou lesão expansiva na região estudada.
Linfonodos regionais de aspecto ecográfico habitual.

IMPRESSÃO:

Hérnia inguinal à direita, sem sinais de encarceramento.

ULTRASSONOGRRAFIA DA REGIÃO INGUINAL DIREITA

RESULTADO:

Pele de espessura normal.
Camada subcutânea com espessura e ecogenicidade normais.
Musculatura regional com padrão sonográfico habitual.
Não foram visualizadas herniações às manobras provocativas.
Não foram visualizadas massas ou coleções na região estudada.
Linfonodos regionais de aspecto ecográfico habitual.

IMPRESSÃO:

Exame dentro dos limites da normalidade.

ULTRASSONOGRRAFIA DA REGIÃO INGUINAL ESQUERDA

RESULTADO:

Pele e tecido celular subcutâneo sem alterações ecográficas.
Herniação de **alças intestinais e** conteúdo gorduroso para o interior do canal inguinal esquerdo, observada às manobras de esforço, com anel herniário medindo cerca de XX cm. Ao repouso o conteúdo herniário mostrou-se redutível.
Não se identificam coleções e/ou lesão expansiva na região estudada.
Linfonodos regionais de aspecto ecográfico habitual.

IMPRESSÃO:

Hérnia inguinal à esquerda, sem sinais de encarceramento.

ULTRASSONOGRRAFIA DA REGIÃO INGUINAL ESQUERDA

RESULTADO:

Pele de espessura normal.
Camada subcutânea com espessura e ecogenicidade normais.
Musculatura regional com padrão sonográfico habitual.
Não foram visualizadas herniações às manobras provocativas.
Não foram visualizadas massas ou coleções na região estudada.
Linfonodos regionais de aspecto ecográfico habitual.

IMPRESSÃO:

Exame dentro dos limites da normalidade.

Ectasia de vasos no interior no cordão espermático XXX, sugerindo varicocele. Sugere-se, à critério clínico, avaliação complementar com o estudo Doppler da bolsa escrotal.

ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL

RESULTADO:

Testículos tópicos, com morfologia e ecotextura normais.
Epidídimos com espessura e ecotextura normais.
Veias do plexo pampiniforme de calibre normal, bilateralmente.
Ausência de hidrocele.

Volumetria:

- Testículo direito: xx cm, com volume de cerca de xx cm³.
- Testículo esquerdo: xx cm, com volume de cerca de xx cm³.

IMPRESSÃO:

Exame dentro dos limites da normalidade.

ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER

RESULTADO:

Testículos tópicos, com morfologia normal, ecotextura homogênea e fluxo preservado ao estudo Doppler.
Epidídimos com espessura e ecotextura normais.
Veias do plexo pampiniforme de calibre normal, bilateralmente.
Ausência de hidrocele.

Volumetria:

- Testículo direito: xx cm, com volume de cerca de xx cm³.
- Testículo esquerdo: xx cm, com volume de cerca de xx cm³.

IMPRESSÃO:

Exame dentro dos limites da normalidade.

ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL

DIREITA

Testículo direito tópico, com morfologia e ecotextura normais.
Volumetria: xx cm, com volume de cerca de xx cm³.
Epidídimo direito com espessura e ecotextura normais.
Veias do plexo pampiniforme direito de calibre normal.
Ausência de hidrocele à direita.

ESQUERDA

Testículo esquerdo tópico, com morfologia e ecotextura normais.
Volumetria: xx cm, com volume de cerca de xx cm³.
Epidídimo esquerdo com espessura e ecotextura normais.
Veias do plexo pampiniforme esquerdo de calibre normal.
Ausência de hidrocele à esquerda.

IMPRESSÃO:

Exame dentro dos limites da normalidade.

TESTÍCULOS ECTÓPICOS

ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL

RESULTADO:

Bolsa escrotal vazia.

Testículos ectópicos, identificados no interior dos respectivos canais inguinais, com morfologia e ecotextura normais.

Veias do plexo pampiniforme de calibre normal, bilateralmente.

Ausência de hidrocele.

Volumetria:

- Testículo direito: XXX cm, com volume de cerca de XX cm³.

- Testículo esquerdo: XXX cm, com volume de cerca de XX cm³.

IMPRESSÃO:

Testículos ectópicos, identificados no interior dos respectivos canais inguinais, estando a bolsa escrotal vazia.

ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL

RESULTADO:

Bolsa escrotal vazia.

Testículo direito identificado na proximidade do canal inguinal ipsilateral, com morfologia e ecotextura normais.

Volumetria: xx cm, com volume de cerca de xx cm³.

Epidídimo direito com espessura e ecotextura normais.

Veias do plexo pampiniforme direito de calibre normal.

Ausência de hidrocele à direita.

Testículo esquerdo identificado na distalidade do canal inguinal ipsilateral, com morfologia e ecotextura normais.

Volumetria: xx cm, com volume de cerca de xx cm³.

Epidídimo esquerdo com espessura e ecotextura normais.

Veias do plexo pampiniforme esquerdo de calibre normal.

Ausência de hidrocele à esquerda.

IMPRESSÃO:

Testículos ectópicos, identificados no interior dos respectivos canais inguinais, estando a bolsa escrotal vazia.

Testículo **direito/esquerdo** tópico, apresentando dimensões reduzidas e ecotextura difusamente heterogênea.

Testículo direito/esquerdo atrofico e heterogêneo.

Epidídimo **direito/esquerdo** com ecotextura e espessura normais, exceto pela presença de pequena formação cística, de aspecto simples, medindo cerca de 0,XX cm, identificada na cabeça epididimal.

Pequeno cisto epididimal à direita/esquerda.

25.05.2018

Formação cística de paredes finas e com septos em seu interior, medindo cerca de XX cm (L x AP x T), identificada junto ao polo superior do testículo direito, de provável etiologia epididimal.

Volumosa hidrocele à direita, estendendo-se ao canal inguinal ipsilateral.

Volumosa hidrocele comunicante à direita.

*Análise ao modo Doppler **identificou moderado OU acentuado aumento da vascularização no epidídimo e testículo direito ou esquerdo.***

Espessamento e heterogeneidade da cauda do epidídimo esquerdo, observando-se ainda fluxo vascular aumentado ao estudo Doppler.

Sinais sugestivos de epididimite à esquerda, sendo necessária a adequada correlação clínico-laboratorial.

Dilatação e tortuosidade de vasos do plexo pampiniforme esquerdo, medindo em repouso até 0,XX cm (normal < 0,3 cm), com acentuação e refluxo às manobras de Valsalva.

Varicocele à esquerda.

Notam-se formações tubulares, anecóicas, enoveladas, cujo calibre máximo mede cerca de 0,4 cm, projetadas no plexo pampiniforme esquerdo e que ao estudo Doppler apresentaram fluxo em seu interior. Observamos discreta dilatação e refluxo às manobras de Valsalva.

Varicocele à esquerda.

Imagem hiperecogênica, formadora de evidente sombra acústica posterior, localizada no interior da hemibolsa escrotal direita, móvel, medindo cerca de 0,4 cm.

Pequena imagem hiperecogênica no interior da hemibolsa escrotal direita, móvel, podendo corresponder a escrotolito.

<https://www.slideshare.net/shaffar75/doppler-ultrasound-of-acute-scrotum-23607822>

ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL

RESULTADO:

Colo uterino de aspecto habitual.

Útero em AVF, de contornos regulares, ecotextura miometrial homogênea e dimensões preservadas, medindo xxx cm (L x AP x T), com volume estimado em cerca de XX cm³.

Eco endometrial hiperecótico, homogêneo e regular, medindo 0,XX cm de espessura.

Ovário direito com dimensões e ecotextura normais, contendo pequenas imagens anecóicas de aspecto funcional. Dimensões: XXX cm, com volume de XX cm³.

Ovário esquerdo com dimensões e ecotextura normais, contendo pequenas imagens anecóicas de aspecto funcional. Dimensões: XXX cm, com volume de XX cm³.

Ausência de líquido livre no **fundo de saco posterior**.

IMPRESSÃO:

Exame dentro dos limites da normalidade.

ULTRASSONOGRRAFIA PÉLVICA TRANSABDOMINAL

RESULTADO:

Bexiga de paredes finas e regulares, com conteúdo anecogênico habitual.

Útero em AVF, de contornos regulares, ecotextura miometrial homogênea e dimensões preservadas, medindo XXX cm (L x AP x T), com volume estimado em cerca de XX cm³.

Eco endometrial hiperecótico, homogêneo e regular, medindo 0,xx cm de espessura.

Ovário direito com dimensões e ecotextura normais, contendo pequenas imagens anecóicas de aspecto funcional. Dimensões: XXX cm, com volume de XX cm³.

Ovário esquerdo com dimensões e ecotextura normais, contendo pequenas imagens anecóicas de aspecto funcional. Dimensões: XXX cm, com volume de XX cm³.

Ausência de líquido livre no **fundo de saco posterior**.

IMPRESSÃO:

Exame dentro dos limites da normalidade.

Colo uterino contendo diminutos cistos de retenção (Naboth).

Colo uterino contendo cistos de retenção (Naboth), o maior medindo cerca de XX cm.

Útero em AVF, de contornos regulares, medindo XXX cm (L x AP x T), com volume estimado em cerca de XX cm³, compatível com a paridade.

Ecotextura miometrial difusamente heterogênea, destacando-se imagem nodular hipoecogênica, circunscrita, medindo cerca de XXX cm (L x AP x T), localizada na parede XXX, em situação intramural / subserosa / submucosa, com componente subseroso / submucoso.

Útero em AVF, de ecotextura miometrial heterogênea e dimensões aumentadas, medindo XXX cm (L x AP x T), com volume estimado em cerca de XX cm³, à custa de formações nodulares miometriais, hipoecogênicas, de contornos regulares, assim localizadas:

- na parede corporal anterior / posterior, em situação intramural / submucosa / subserosa, com componente submucoso / subseroso, medindo cerca de XXX cm (L x AP x T);
- na região fúndica, em situação intramural / submucosa / subserosa, com componente submucoso / subseroso, medindo cerca de XXX cm (L x AP x T);

Útero em AVF, de ecotextura miometrial heterogênea e dimensões aumentadas, medindo XXX cm (L x AP x T), com volume estimado em cerca de XX cm³, à custa de formações nodulares miometriais, de contornos regulares, assim caracterizadas:

- nódulo hipoecogênico, localizado na XX, em situação intramural, com componente submucoso/subseroso, medindo cerca de XXX cm (L x AP x T);
- nódulo heterogêneo, predominantemente hipoecogênico, com pequenas áreas císticas e calcificação de permeio, localizado na XX, em situação intramural, com componente submucoso/subseroso, medindo cerca de XXX cm (L x AP x T);

Nódulo miometrial, conforme descrito, sugestivo de mioma.

Nódulos miometriais, conforme descrito, sugestivos de miomas.

Presença de istmocele em cicatriz de cesárea, medindo 1,8 x 1,2 x 0,6 cm (T x AP x L) e acometendo cerca de 75% da espessura miometrial.

Istmocele em cicatriz de cesárea, conforme descrito.

Leve dilatação e tortuosidade de vasos pélvicos à xxx.

Aparente duplicação da cavidade uterina próximo à região fúndica, com tecido miometrial interposto.

Aparente duplicação da cavidade uterina próximo à região fúndica, com tecido miometrial interposto. Considerar a possibilidade útero septado parcial.

Ecotextura miometrial leve e difusamente heterogênea, destacando-se ainda pequenas imagens císticas na zona juncional e leve indefinição da relação endométrio-miométrio.

Útero heterogêneo, com pequenas imagens císticas na zona juncional e leve indefinição da relação endométrio-miométrio, podendo estar relacionado a adenomiose. A critério clínico, a complementação propedêutica com o estudo por ressonância magnética poderá fornecer maiores subsídios diagnósticos.

Ecotextura miometrial difusamente heterogênea, com áreas císticas e ilhas hiperecogênicas de permeio, associado a indefinição da junção endométrio-miométrio.

Útero com ecotextura miometrial difusamente heterogênea, com áreas císticas e ilhas hiperecogênicas de permeio, associado a indefinição da junção endométrio-miométrio, podendo corresponder a adenomiose.

Eco endometrial hiperecócico, medindo XX cm de espessura, contendo em seu interior, na região fúndica, imagem nodular hiperecogênica, com pedículo vascular, medindo cerca de XXX cm (L x AP x T).

Eco endometrial não caracterizado, muito provavelmente relacionado a atrofia, sendo a cavidade uterina virtual.

Dispositivo intra-uterino em posição habitual no interior da cavidade uterina, distando cerca de 0,X cm da cavidade fúndica e XX cm da serosa fúndica.

Dispositivo intra-uterino em posição habitual no interior da cavidade uterina.

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

Imagem nodular na cavidade uterina. Considerar possibilidade de pólipos endometrial.

(GOMES) Imagem arredondada, homogênea, hiperecogênica, medindo cerca de xx cm, localizada no interior da cavidade endometrial.

Aspecto ecográfico pode corresponder a pólipos endometrial.

Ovário XX com ecotextura normal, contendo pequenas imagens anecóicas de aspecto funcional, apresentando dimensões discretamente aumentadas. Dimensões: XX cm, com volume de XX cm³.

Ovário XX discretamente aumentado de volume, com parênquima de aspecto ecográfico preservado.

Ovário direito de dimensões aumentadas, à custa de formação cística de aspecto simples, medindo cerca de XXX cm, localizada em seu interior. Dimensões ovarianas: XXX cm, com volume de XX cm³.

Cisto ovariano simples à direita.

Ovário esquerdo de dimensões aumentadas, à custa de formação cística de aspecto simples, medindo cerca de XXX cm, localizada em seu interior. Dimensões ovarianas: XXX cm, com volume de XX cm³.

Cisto ovariano simples à esquerda.

Ovário direito de dimensões aumentadas, à custa de formação cística de paredes ligeiramente espessas, com moderados debris e traves ecogênicas de permeio, medindo cerca de XXX cm. Dimensões ovarianas: XXX cm, com volume de XX cm³.

Cisto ovariano à direita, de paredes ligeiramente espessas, com moderados debris e traves ecogênicas de permeio (cisto hemorrágico?). A critério clínico, sugere-se controle evolutivo ultrassonográfico.

Ovário esquerdo de dimensões aumentadas, à custa de formação cística de paredes ligeiramente espessas, com moderados debris e traves ecogênicas de permeio, medindo cerca de XXX cm. Dimensões ovarianas: XXX cm, com volume de XX cm³.

Cisto ovariano à esquerda, de paredes ligeiramente espessas, com moderados debris e traves ecogênicas de permeio (cisto hemorrágico?). A critério clínico, sugere-se controle evolutivo ultrassonográfico.

Ovário XX de dimensões aumentadas, à custa de formação cística, com ecos de baixa intensidade homogeneamente distribuídos em seu interior, medindo cerca de XXX cm, com volume de XX cm³.

Cisto ovariano à XX, com ecos de baixa intensidade homogeneamente distribuídos em seu interior, devendo-se considerar, entre as hipóteses diagnósticas, a possibilidade de endometrioma.

Ovário esquerdo de dimensões levemente reduzidas em relação ao esperado para a menacme. Achado que deve ser valorizado na dependência de estrita correlação clínico-laboratorial.

Ovários não visualizados devido à interposição gasosa de alças intestinais.

Regiões anexiais sem evidentes anormalidades.

Ovário direito não visualizado devido à interposição gasosa de alças intestinais.

Região anexial direita sem evidentes anormalidades.

Ovário esquerdo não visualizado devido à interposição gasosa de alças intestinais.

Região anexial esquerda sem evidentes anormalidades.

Formação cística, de aspecto simples, medindo XXX cm, identificada em situação paraovariana XXX.

Cisto paraovariano à XXX, de aspecto simples.

Ovários de dimensões aumentadas, contendo múltiplas imagens arredondadas, anecogênicas, infracentimétricas, de distribuição predominantemente periférica, bilateralmente.

Ovário direito mede XX cm, com volume de XX cm³.

Ovário esquerdo mede XX cm, com volume de XX cm³.

Ovários de dimensões aumentadas, contendo múltiplos folículos de distribuição predominantemente periférica, bilateralmente, o que pode estar relacionado a ovários policísticos. Indicado correlação clínico-laboratorial.

Ovário direito de dimensões aumentadas/normais, contendo múltiplas imagens arredondadas, anecóicas, infracentimétricas, de distribuição periférica, associadas a estroma central hiperecogênico. Dimensões ovarianas: xxx cm, com volume de XX cm³.

Ovário esquerdo de dimensões aumentadas/normais, contendo múltiplas imagens arredondadas, anecóicas, infracentimétricas, de distribuição periférica, associadas a estroma central hiperecogênico. Dimensões ovarianas: xxx cm, com volume de XX cm³.

Múltiplos folículos ovarianos de distribuição periférica, bilateralmente, podendo estar relacionado a ovários policísticos. Indicado correlação clínico-laboratorial.

Ovários com estroma central hiperecogênico e homogêneo, apresentando múltiplas imagens anecogênicas, com diâmetros menores que 10 mm, dispersas pela periferia, bilateralmente.

Ovários micropolicísticos.

ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA

INFORMAÇÕES CLÍNICAS:

Gestação de XX semanas e XX dias, de acordo com o exame prévio do dia XX, realizado com XX semanas e XX dias, **em outro serviço**.

RESULTADO:

Feto único, em situação **longitudinal**, apresentação **cefálica/pélvica**, com dorso à **direita/esquerda**.

Movimentos somáticos fetais presentes.

Batimentos cardíacos rítmicos, com frequência de xx batimentos por minuto.

Placenta de inserção xxx, **homogênea heterogênea**, grau **xx**, com espessura aproximada de **xx** cm.

Cordão umbilical **de morfologia habitual**.

Volume de líquido amniótico **normal** (ILA: XX cm).

BIOMETRIA FETAL:

DBP: xx cm. CC: xx cm. CA: xx cm. CF: xx cm.

Peso fetal aproximado de xx gramas (+/- 10%).

IMPRESSÃO:

Biometria fetal compatível com gestação de xx semanas e xx dia(s) de evolução (+/- XX semanas).

Crescimento fetal no percentil XX, com base no exame prévio do primeiro trimestre.

∴ O presente exame não tem por finalidade a avaliação morfológica.

ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA

INFORMAÇÕES CLÍNICAS:

Gestação de XX semanas e XX dias, de acordo com o exame prévio do dia XX, realizado com XX semanas e XX dias, em outro serviço.

RESULTADO:

Feto único, em situação longitudinal, apresentação cefálica/pélvica, com dorso à direita/esquerda.

Movimentos somáticos fetais presentes.

Batimentos cardíacos rítmicos, com frequência de xx batimentos por minuto.

Placenta de inserção anterior/posterior, homogênea, grau zero, com espessura aproximada de xx cm.

Cordão umbilical de morfologia habitual.

Volume de líquido amniótico normal à análise subjetiva.

BIOMETRIA FETAL:

DBP: xx cm. CC: xx cm. CA: xx cm. CF: xx cm.

Peso fetal aproximado de xx gramas (+/- 10%).

IMPRESSÃO:

Biometria fetal compatível com gestação de xx semanas e xx dia(s) de evolução (+/- XX dias).

Crescimento fetal no percentil XX, com base no exame prévio do primeiro trimestre.

∴ O presente exame não tem por finalidade a avaliação morfológica.

ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA

INFORMAÇÕES CLÍNICAS:

Gestação de XX semanas e XX dias, de acordo com o exame prévio do dia XX, realizado com XX semanas e XX dias, em outro serviço.

RESULTADO:

Colo uterino de aspecto habitual.

Útero globoso, miométrio de aspecto habitual e cavidade uterina contendo saco gestacional normoimplantado e de morfologia normal.

Feto único, com comprimento crânio-nádegas de XX cm e movimentação ativa.

Batimentos cardíacos rítmicos, com frequência de xx batimentos por minuto.

Translucência nucal medindo XX mm (abaixo do percentil 95 para o CCN encontrado).

Ossos nasais presentes.

Placenta de inserção anterior/posterior, homogênea, grau zero, com espessura aproximada de xx cm.

Ovários de aspecto habitual.

IMPRESSÃO:

Gestação tópica, única, com feto de XX semanas e XX dias (+/- 05 dias), com base no comprimento crânio-nádegas.

∴ O presente exame não tem por finalidade a avaliação morfológica.

ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA TRANSVAGINAL

INFORMAÇÕES CLÍNICAS:

Gestação de XX semanas e XX dias, de acordo com a data da última menstruação (XXXX).

RESULTADO:

Colo uterino de aspecto habitual.

Útero globoso, miométrio de aspecto habitual e cavidade uterina contendo saco gestacional normoimplantado e de morfologia normal, com diâmetro médio de XX cm.

Embrião único, com comprimento crânio-nádegas de XX cm e movimentação ativa.

Batimentos cardíacos presentes.

Vesícula vitelínica íntegra e de dimensões preservadas, com diâmetro de XX cm.

Placentação de aspecto habitual.

Ovários de aspecto habitual.

IMPRESSÃO:

Gestação tópica, única, com embrião de XX semanas e XX dias (+/- XX dias), com base no comprimento crânio-nádegas.

Gestação inviável: CCN > ou = 7mm, sem BCE

ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA TRANSVAGINAL

RESULTADO:

Colo uterino de aspecto habitual.

Útero globoso, miométrio de aspecto habitual e cavidade uterina contendo saco gestacional normoimplantado e de morfologia normal.

Embrião único, com comprimento crânio-nádegas de XX mm.

Batimentos cardíacos não identificados.

Vesícula vitelínica íntegra e de dimensões preservadas, com diâmetro de XX mm.

Vesícula vitelínica íntegra, com diâmetro de XX mm (percentil 95 para a idade gestacional: XX mm).

Reação trofoblástica de aspecto habitual.

Ovários de aspecto habitual.

IMPRESSÃO:

Gestação tópica, com embrião de XX semanas e XX dias (+/- 05 dias), com base no comprimento crânio-nádegas, sem sinais de atividade cardíaca, sugerindo gestação inviável.

ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER

INFORMAÇÕES CLÍNICAS:

Gestação de XX semanas e XX dias, de acordo com o exame prévio do dia XX, realizado com XX semanas e XX dias, em outro serviço.

RESULTADO:

Feto único, em situação longitudinal, apresentação cefálica/pélvica, com dorso à direita/esquerda.

Movimentos somáticos fetais presentes.

Batimentos cardíacos rítmicos, com frequência de xx batimentos por minuto.

Placenta de inserção xxx, homogênea heterogênea, grau xx, com espessura aproximada de xx cm.

Cordão umbilical de morfologia habitual.

Volume de líquido amniótico normal (ILA: XX cm).

BIOMETRIA FETAL:

DBP: xx cm. CC: xx cm. CA: xx cm. CF: xx cm.

Peso fetal aproximado de xx gramas (+/- 10%).

DOPPLERFLUXOMETRIA:

Artéria cerebral média: IR = XX / IP = XX

Artéria umbilical: IR = XX / IP = XX

Artéria uterina direita: IR = XX / IP = XX

Artéria uterina esquerda: IR = XX / IP = XX

IP médio das artérias uterinas: XX

IMPRESSÃO:

Biometria fetal compatível com gestação de xx semanas e xx dia(s) de evolução (+/- XX semanas).

Crescimento fetal no percentil XX, com base em exame prévio do primeiro trimestre.

Estudo Doppler dentro dos limites da normalidade para a idade gestacional.

∴ O presente exame não tem por finalidade a avaliação morfológica.

GEMELAR - DICORIÔNICA E DIAMNIÓTICA

ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER

INFORMAÇÕES CLÍNICAS:

Gestação gemelar de XX semanas e XX dias de evolução, de acordo com o exame prévio do dia XX, realizado com XX semanas e XX dias, em outro serviço.

RESULTADO:

Útero gravídico, contendo gestação gemelar, aparentemente dicoriônica e diamniótica (de acordo com ultrassonografia realizada no primeiro trimestre).

Feto A (saco gestacional 1) à direita do abdome materno, em situação longitudinal, com apresentação **cefálica/pélvica** e dorso à **direita/esquerda**, com **movimentos somáticos** presentes e **batimentos cardíacos** rítmicos, com frequência de XX batimentos por minuto.

Feto B (saco gestacional 2) à esquerda do abdome materno, em situação longitudinal, com apresentação **cefálica/pélvica** e dorso à **direita/esquerda**, com **movimentos somáticos** presentes e **batimentos cardíacos** rítmicos, com frequência de XX batimentos por minuto.

Placenta de inserção XX, **homogênea heterogênea**, grau **xx**, com espessura aproximada de **xx** cm, no saco gestacional 1.

Placenta de inserção XX, **homogênea heterogênea**, grau **xx**, com espessura aproximada de **xx** cm, no saco gestacional 2.

Maior bolsão de líquido amniótico no saco gestacional 1: XX mm (normal: 20 a 80 mm).

Maior bolsão de líquido amniótico no saco gestacional 2: XX mm (normal: 20 a 80 mm).

BIOMETRIA FETAL – FETO A:

DBP: xx cm. CC: xx cm. CA: xx cm. CF: xx cm.
Peso fetal aproximado de xx gramas (+/- 10%).

BIOMETRIA FETAL – FETO B:

DBP: xx cm. CC: xx cm. CA: xx cm. CF: xx cm.
Peso fetal aproximado de xx gramas (+/- 10%).

DOPPLERFLUXOMETRIA – FETO A:

Artéria cerebral média: IR = 0,XX / IP = XX
Artéria umbilical: IR = 0,XX / IP = XX

DOPPLERFLUXOMETRIA – FETO B:

Artéria cerebral média: IR = 0,XX / IP = XX
Artéria umbilical: IR = 0,XX / IP = XX

DOPPLERFLUXOMETRIA – ARTÉRIAS UTERINAS:

Artéria uterina direita: IR = 0,XX / IP = XX
Artéria uterina esquerda: IR = 0,XX / IP = XX
IP médio das artérias uterinas: XX

IMPRESSÃO:

Gestação gemelar, aparentemente dicoriônica e diamniótica (de acordo com ultrassonografia realizada no primeiro trimestre), com biometria do feto A compatível com gestação de XX semanas e XX dia(s), e biometria do feto B compatível com gestação de XX semanas e XX dia(s).

Crescimento do feto A no percentil XX e do feto B no percentil XX, com base em exame prévio do primeiro trimestre.

Estudo Doppler dentro dos limites da normalidade para a idade gestacional.

∴ O presente exame não tem por finalidade a avaliação morfológica.

GEMELAR - CAVIDADE AMNIÓTICA E MASSA PLACENTÁRIA ÚNICA ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER

INFORMAÇÕES CLÍNICAS:

Gestação gemelar de XX semanas e XX dias de evolução, de acordo com o exame prévio do dia XX, realizado com XX semanas e XX dias, em outro serviço.

RESULTADO:

Útero gravídico, contendo gestação gemelar.

Feto A à direita do abdome materno, em situação longitudinal, com apresentação cefálica/pélvica e dorso à direita/esquerda, com movimentos somáticos presentes e batimentos cardíacos rítmicos, com frequência de XX batimentos por minuto.

Feto B à esquerda do abdome materno, em situação longitudinal, com apresentação cefálica/pélvica e dorso à direita/esquerda, com movimentos somáticos presentes e batimentos cardíacos rítmicos, com frequência de XX batimentos por minuto.

Massa placentária aparentemente única, de inserção XX, homogênea heterogênea, grau xx, com espessura aproximada de xx cm.

Volume de líquido amniótico normal (ILA: XX cm).

BIOMETRIA FETAL – FETO A:

DBP: xx cm. CC: xx cm. CA: xx cm. CF: xx cm.

Peso fetal aproximado de xx gramas (+/- 10%).

BIOMETRIA FETAL – FETO B:

DBP: xx cm. CC: xx cm. CA: xx cm. CF: xx cm.

Peso fetal aproximado de xx gramas (+/- 10%).

DOPPLERFLUXOMETRIA – FETO A:

Artéria cerebral média: IR = 0,XX / IP = XX

Artéria umbilical: IR = 0,XX / IP = XX

DOPPLERFLUXOMETRIA – FETO B:

Artéria cerebral média: IR = 0,XX / IP = XX

Artéria umbilical: IR = 0,XX / IP = XX

DOPPLERFLUXOMETRIA – ARTÉRIAS UTERINAS:

Artéria uterina direita: IR = 0,XX / IP = XX

Artéria uterina esquerda: IR = 0,XX / IP = XX

IP médio das artérias uterinas: XX

IMPRESSÃO:

Gestação gemelar, aparentemente apresentando uma cavidade amniótica e massa placentária única, com biometria do feto A compatível com gestação de XX semanas e XX dia(s), e biometria do feto B compatível com gestação de XX semanas e XX dia(s).

Crescimento do feto A no percentil XX e do feto B no percentil XX, com base em exame prévio do primeiro trimestre.

Estudo Doppler dentro dos limites da normalidade para a idade gestacional.

∴ O presente exame não tem por finalidade a avaliação morfológica.

FETO quando > de 10 sem
EMBRIÃO até 10 sem

VARIAÇÃO

Até 6-7 sem – 7 dias

De 7 a 14 sem – 5 dias

De 14 a 20 sem – 7 dias

De 20 a 30 sem – 10 dias

De 30 a 36 sem – 2 sem

Acima de 36 sem – 3 sem

Artérias uterinas APÓS 26 SEMANAS

- IR: < 0,58

- IP: < 1,20

- Ausência de incisura (até 26 semanas incisura é fisiológica)

Saco gestacional incipiente no interior da cavidade uterina, sugerindo gestação com 4-5 semanas de evolução. Embrião não visualizado, o que pode estar relacionado à precocidade gestacional. Sugere-se, à critério clínico, controle evolutivo ultrassonográfico em 1-2 semanas.

Presença de área anecogênica/hipoecogênica, de contornos regulares/irregulares, medindo cerca de XXX cm, identificada adjacente à parede XX do saco gestacional, envolvendo menos/cerca de 30% de sua circunferência.

Área anecogênica/hipoecogênica adjacente à parede XX do saco gestacional, envolvendo menos/cerca de 30% de sua circunferência, podendo corresponder a hematoma subcoriônico ou a fusão incompleta das decíduas parietal e capsular. Sugere-se, à critério clínico, controle ultrassonográfico em 1-2 semanas.

Moderada quantidade de conteúdo heterogêneo, predominantemente hiperecogênico, distendendo a **cavidade uterina**, com espessura de até 2,2 cm.

Moderada quantidade de conteúdo heterogêneo, predominantemente hiperecogênico, distendendo a cavidade uterina. Considerar a possibilidade de restos ovulares/coágulos.

Ovário XX contendo formação cística de conteúdo anecóico e paredes espessas, medindo cerca de XX cm, **com vascularização periférica ao estudo Doppler**, sugestiva de corpo lúteo.

Ovário XX de aspecto habitual.

Translucência nucal medindo XX mm (abaixo do percentil 95 para o CCN encontrado).

Ossos nasais presentes.

Ducto venoso com onda "A" positiva.

∴ De acordo com a Fetal Medicine Foundation, a medida da translucência nucal deve ser realizada com comprimento cabeça-nádegas entre 45 e 84 mm.

Translucência nucal medindo XX mm (Percentis da TN para o CCN encontrado: p50 = XX mm / p95 = XX mm).

Translucência nucal com espessura acima do percentil 95 para o CCN encontrado.

Foco hiperecogênico em ventrículo cardíaco esquerdo, compatível com calcificação do músculo papilar ("Golf Ball").

Percentis do ILA para a idade gestacional: p5 = XX cm / p50 = XX cm / p95 = XX cm.

.: A ultrassonografia obstétrica não tem por finalidade o diagnóstico de doenças genéticas e/ou malformações fetais, pois neste estudo não é protocolo a avaliação de detalhes anatômicos e nem de formação fetal.

Presença de incisura protodiastólica em artérias uterinas direita e esquerda, fisiológico para idade gestacional.

Presença de incisura protodiastólica em artéria uterina XX, com IP médio das artérias uterinas acima do percentil 95 para a idade gestacional.

Artérias cerebral média e umbilical apresentando índices de resistência e pulsatilidade dentro dos limites da normalidade para a idade gestacional, sem sinais de centralização.

Presença de incisura protodiastólica em artérias uterinas direita e esquerda.

IP médio das artérias uterinas acima do percentil 95 para a idade gestacional.

Fluxo feto-placentário normal com artérias umbilicais apresentando índices de resistência e pulsatilidade normais.

Não há sinais de centralização.

Não dispomos de ultrassonografias prévias do primeiro trimestre para melhor avaliação da idade gestacional e do crescimento fetal, bem como da corionicidade.

Correlacionar com ultrassonografias anteriores para melhor avaliação da idade gestacional e do crescimento fetal.

Correlacionar com ultrassonografias anteriores (não disponíveis no momento) para melhor avaliação da idade gestacional e do crescimento fetal.

Não dispomos de exames anteriores para melhor avaliação da idade gestacional, bem como do crescimento fetal.

Gestação de _ semanas, com crescimento adequado para a Idade gestacional (percentil próximo aos 50), de acordo com a DUM () e exames ecográficos anteriores.

Gestação tópica, única, com feto vivo, com idade gestacional de XX, de acordo com a biometrial fetal atual (+/- 2 semanas), evidenciando adequado crescimento fetal em comparação com o exame prévio.

Crescimento fetal em correlação com ultrassonografia realizada no primeiro trimestre no percentil 8 para peso. A critério clínico realizar controle ultrassonográfico com Doppler dentro de 15 dias.

ULTRASSONOGRRAFIA MAMÁRIA

RESULTADO - MAMA DIREITA:

Pele de espessura normal.
Camada subcutânea com espessura e ecogenicidade normais.
Complexo aréolo-mamilar sem alterações.
Ecotextura de fundo com predomínio de tecido fibroglandular.
Não há evidências de imagens nodulares sólidas e/ou císticas.
Camada retro-mamária conservada.
Linfonodos de aspecto ecográfico habitual no prolongamento axilar.

RESULTADO - MAMA ESQUERDA:

Pele de espessura normal.
Camada subcutânea com espessura e ecogenicidade normais.
Complexo aréolo-mamilar sem alterações.
Ecotextura de fundo com predomínio de tecido fibroglandular.
Não há evidências de imagens nodulares sólidas e/ou císticas.
Camada retro-mamária conservada.
Linfonodos de aspecto ecográfico habitual no prolongamento axilar.

IMPRESSÃO:

Exame dentro dos limites da normalidade.

BI-RADS categoria XX.

.: Exames anteriores não disponíveis para avaliação. Em mulheres acima de 35 anos a realização da ultrassonografia na presença da mamografia reduz os falsos negativos.

.: Não se caracterizou, no presente estudo, evidente correspondência ao achado mamográfico prévio, descrito em exame do dia XXX. Diante disto sugere-se controle mamográfico do achado em questão.

.: Não se caracterizou, no presente estudo, evidente correspondência ao achado mamográfico prévio, descrito em exame do dia XXX, o que pode estar relacionado a aspectos técnicos interexames. Diante disto sugere-se controle mamográfico do achado em questão.

ULTRASSONOGRAFIA DE REGIÕES MAMÁRIAS

DIREITA

Pele e tecido celular subcutâneo sem alterações ecográficas.
Área heterogênea, predominantemente hipoecogênica, medindo cerca de XXX cm (L x AP x T), localizada em região retroareolar, podendo corresponder a tecido fibroglandular.
Musculatura regional com forma, contornos e padrão fibrilar preservados.
Linfonodos de aspecto ecográfico preservado na região axilar.

ESQUERDA

Pele e tecido celular subcutâneo sem alterações ecográficas.
Área heterogênea, predominantemente hipoecogênica, medindo cerca de XXX cm (L x AP x T), localizada em região retroareolar, podendo corresponder a tecido fibroglandular.
Musculatura regional com forma, contornos e padrão fibrilar preservados.
Linfonodos de aspecto ecográfico preservado na região axilar.

IMPRESSÃO:

Ginecomastia bilateral, sendo mais proeminente à direita.

ULTRASSONOGRAFIA MAMÁRIA

INDICAÇÃO: Abaulamento palpável na região axilar **direita/esquerda**.

COMPOSIÇÃO DO TECIDO MAMÁRIO:

Ecotextura de fundo homogênea, com predomínio de tecido fibroglandular.

ACHADOS:

Correspondendo ao abaulamento palpável referido pela paciente, observa-se área heterogênea, predominantemente hiperecogênica, localizada na camada subcutânea da região axilar **direita/esquerda**, podendo corresponder a tecido mamário ectópico.

ANÁLISE COMPARATIVA:

Exames anteriores inexistentes.

IMPRESSÃO:

Glândula mamária acessória na região axilar **direita/esquerda**.
BI-RADS categoria 2.

RECOMENDAÇÃO:

Rastreamento periódico.

Laudo conforme método padronizado pelo BI-RADS® 5ª edição do ACR® (American College of Radiology) para imagem da mama.

Nódulo isodenso no quadrante superolateral da mama direita, que à ultrassonografia mostrou-se tratar de nódulo sólido, ovalado, com orientação paralela, de margens circunscritas, hipoeecogênico, sem evidente fenômeno acústico posterior, medindo cerca de 1,2 x 0,4 x 0,8 cm (L x AP x T), localizado em projeção de 07 horas, distando cerca 3,4 cm da papila e 1,4 cm da pele.

Nódulos ovalados, com orientação paralela, de margens circunscritas, hipoeecogênicos, sem marcado fenômeno acústico posterior, identificados na mama **direita/esquerda**, assim localizados:

- em projeção de XX horas, a cerca XX cm da papila e XX cm da pele, medindo XXX cm (L x AP x T);
- em projeção de XX horas, a cerca XX cm da papila e XX cm da pele, medindo XXX cm (L x AP x T);

Nódulos ovalados, com orientação paralela, de margens circunscritas, hipoeecogênicos, sem marcado fenômeno acústico posterior, identificados em ambas as mamas, assim localizados:

- em projeção de XX horas da mama direita, a cerca XX cm da papila e XX cm da pele, medindo XXX cm (L x AP x T);
- em projeção de XX horas da mama esquerda, a cerca XX cm da papila e XX cm da pele, medindo XXX cm (L x AP x T);

À ultrassonografia, sem evidente correspondência mamográfica, observa-se formação cística, ovalada, de aspecto simples, produtora de reforço acústico posterior, medindo cerca de XX cm, identificada em projeção de XX hora da mama **direita/esquerda**.

Formação cística, ovalada, de margens circunscritas, com conteúdo heterogêneo e componente sólido em seu interior, com padrão combinado de atenuação posterior, medindo cerca XXX cm (L x AP x T), identificada em projeção de XX horas da mama **direita/esquerda**, distando cerca de XX cm da papila e XX cm da pele.

IMPRESSÃO:

Cisto complexo em mama **direita/esquerda**.

RECOMENDAÇÃO:

Esclarecimento histológico, salvo contraindicação clínica, do cisto mamário complexo à **direita/esquerda**.

Discreta ectasia de ductos mamários em regiões retroareolares, bilateralmente, de forma simétrica, com conteúdo anecogênico, sem evidências de fatores obstrutivos.

IMPRESSÃO:

Discreta ectasia de ductos mamários bilateral.

BI-RADS categoria 2.

Imagem arredondada, de margens circunscritas, hipoecogênica, produtora de reforço acústico posterior, medindo cerca de XX cm, localizada em projeção de XX horas, distando XX cm do mamilo e XX cm da pele, sugestiva de cisto com conteúdo espesso.

Imagens ovaladas, de margens circunscritas, anecogênicas, produtoras de evidente reforço acústico posterior, identificadas em projeção de XX horas, medindo cerca de XX cm, e em projeção de XX horas, medindo cerca de XX cm.

Imagens arredondadas, de margens circunscritas, anecogênicas, produtoras de evidente reforço acústico posterior, dispersas pelo parênquima mamário, sendo a maior localizada em projeção de XX horas, medindo cerca de XX cm.

Discreta ectasia de ductos mamários em região retroareolar, com conteúdo anecogênico, sem evidências de fator obstrutivo.

Discreta ectasia de ductos mamários bilateral, de forma simétrica, sem evidências de fator obstrutivo.

BI-RADS categoria 2.

Discreta ectasia de ductos mamários, com conteúdo anecogênico, evidente no quadrante inferior lateral, sem evidências de fator obstrutivo.

Discreta ectasia de ductos mamários de forma simétrica bilateralmente, sem evidências de fator obstrutivo.

Ectasia ductal, predominando em região retro areolar, aparentemente com conteúdo espesso em seu interior.

Ectasia ductal à esquerda, aparentemente com conteúdo espesso em seu interior. BI-RADS categoria 4.

Pequena área de heterogeneidade do parênquima mamário e da camada subcutânea adjacente, identificada no quadrante súperolateral da mama direita, relacionada à manipulação cirúrgica prévia.

Múltiplas imagens ovaladas, de margens circunscritas, hipercogênicas, não produtoras de fenômeno acústico posterior, esparsas pela camada subcutânea, destacando-se as seguintes:

- em projeção de xx horas, medindo cerca de xxx cm (L x AP x T), com maior eixo paralelo à pele, distando cerca de xx cm do mamilo.

- em projeção de xx horas, medindo cerca de xxx cm (L x AP x T), com maior eixo paralelo à pele, distando cerca de xx cm do mamilo.

- em projeção de xx horas, medindo cerca de xxx cm (L x AP x T), com maior eixo paralelo à pele, distando cerca de xx cm do mamilo.

Nódulos hiperecogênicos na camada subcutânea da mama XX, de provável etiologia lipomatosa.

BI-RADS categoria 3.

ULTRASSONOGRRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL

RESULTADO:

Exame direcionado para a avaliação de abaulamento palpável na parede abdominal supra-umbilical.

Pele de espessura normal.

Camada subcutânea com espessura e ecogenicidade normais.

Correspondendo ao abaulamento palpável referido pela paciente, nota-se herniação de conteúdo gorduroso pré-peritoneal por descontinuidade na linha alba supraumbilical, com anel herniário medindo cerca de XX cm (transversal x longitudinal) e distando cerca de XX cm da cicatriz umbilical. Às manobras de Valsalva e compressão observa-se mobilização do conteúdo herniário.

Não se observou redução do conteúdo herniário durante a realização do exame.

Musculatura regional com padrão sonográfico habitual.

Ausência de coleções e/ou lesão expansiva na região estudada.

IMPRESSÃO:

Hérnia epigástrica, conforme descrito.

ULTRASSONOGRRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL

RESULTADO:

Exame direcionado para a avaliação de abaulamento palpável na região umbilical.

Pele de espessura normal.

Camada subcutânea com espessura e ecogenicidade normais.

Falha na integridade da aponeurose muscular na região umbilical, medindo cerca de XX cm (transversal x longitudinal), por onde se observa herniação de conteúdo gorduroso pré-peritoneal, com acentuação à manobra de Valsalva. Não se observou redução do conteúdo herniário durante a realização do exame.

Musculatura regional com padrão sonográfico habitual.

Ausência de coleções e/ou lesão expansiva na região estudada.

IMPRESSÃO:

Hérnia umbilical, conforme descrito.

Diástase dos músculos retos abdominais, no nível supra-umbilical, em cerca de até XX cm. (fisiológico na gestante de até 3,0 cm)

ULTRASSONOGRRAFIA DE estruturas superficiais

RESULTADO:

Pele de espessura normal.

Camada subcutânea com espessura e ecogenicidade normais.

Musculatura regional com padrão sonográfico habitual.

Ausência de coleções e/ou lesão expansiva na região estudada.

IMPRESSÃO:

Exame dentro dos limites da normalidade.

ULTRASSONOGRRAFIA DE músculo

RESULTADO:

Pele e tecido subcutâneo sem alterações.

Ventres musculares apresentando arranjo estrutural fibrilar conservado.

Não se caracterizam sinais de hérnia, estiramento e/ou contusão muscular.

Estruturas tendíneas de padrão usual.

Superfícies ósseas de contornos regulares.

Ausência de coleções e/ou lesão expansiva na região estudada.

IMPRESSÃO:

Exame dentro dos limites da normalidade.

ULTRASSONOGRRAFIA DE ???

RESULTADO:

Exame direcionado para a avaliação de nodulação palpável na XXX.

Pele de espessura normal.

Correspondendo à nodulação palpável referida pela paciente, nota-se nódulo sólido, ovalado, hiperecogênico, bem delimitado, medindo XXX cm (L x AP x T), localizado na camada subcutânea, sem invasão de planos profundos.

Musculatura regional com padrão sonográfico habitual.

IMPRESSÃO:

Nódulo sólido na camada subcutânea da XXX, conforme descrito, de provável etiologia lipomatosa.

ULTRASSONOGRRAFIA DE OMBRO DIREITO

RESULTADO:

Tendão da cabeça longa do bíceps tópicico, com espessura e textura normais.

Tendão do subescapular com espessura, contornos e ecotextura normais.

Tendão do supra-espinhal com espessura, contornos e ecotextura normais.

Tendão do infra-espinhal com espessura, contornos e ecotextura normais.

Bursa subacromial/subdeltoídea de espessura normal.

Articulação acrômio-clavicular sem evidentes alterações.

Musculatura regional de aspecto ecográfico habitual.

IMPRESSÃO:

Exame dentro dos limites da normalidade.

ULTRASSONOGRRAFIA DE OMBRO ESQUERDO

RESULTADO:

Tendão da cabeça longa do bíceps tópicico, com espessura e textura normais.

Tendão do subescapular com espessura, contornos e ecotextura normais.

Tendão do supra-espinhal com espessura, contornos e ecotextura normais.

Tendão do infra-espinhal com espessura, contornos e ecotextura normais.

Bursa subacromial/subdeltoídea de espessura normal.

Articulação acrômio-clavicular sem evidentes alterações.

Musculatura regional de aspecto ecográfico habitual.

IMPRESSÃO:

Exame dentro dos limites da normalidade.

OMBRO TODO FUDIDO (OMTOFU)

ULTRASSONOGRAFIA DE OMBRO XXX

RESULTADO:

Subluxação medial do tendão da cabeça longa do bíceps, que se encontra levemente espessado e heterogêneo, e com quantidade de líquido acima do habitual no interior de sua bainha.

Tendão do subescapular apresentando espessura reduzida e heterogeneidade textural.

Rotura transfixante maciça do tendão do supra-espinhal, com retração do coto tendíneo, impossibilitando sua avaliação, com conseqüente atrofia/liposs substituição dos ventres musculares e com cabeça umeral irregular e de aspecto "careca".

Tendão do infra-espinhal levemente espessado e heterogêneo, sem sinais de lesões transfixantes.

Pequeno derrame articular, comunicando-se com o plano da bursa subacromial/subdeltoídea.

Alterações degenerativas da articulação acrômio-clavicular.

IMPRESSÃO:

Subluxação medial do tendão da cabeça longa do bíceps.

Tendinopatia e tenossinovite da cabeça longa do bíceps.

Tendinopatia do subescapular, com afilamento tendíneo.

Rotura transfixante maciça do tendão supra-espinhal, com conseqüente atrofia/liposs substituição dos ventres musculares.

Tendinopatia do infra-espinhal.

Pequeno derrame articular, comunicando-se com o plano da bursa subacromial/subdeltoídea.

Alterações degenerativas da articulação acrômio-clavicular.

ULTRASSONOGRAFIA DE BRAÇO DIREITO

RESULTADO:

Pele e tecido subcutâneo sem alterações.
Ventres musculares apresentando arranjo estrutural fibrilar conservado.
Não se caracterizam sinais de hérnia, estiramento e/ou contusão muscular.
Tendão da cabeça longa do bíceps tópicico, com espessura e textura normais.
Tendões do tríceps braquial e bíceps distal apresentando espessura, contornos e arranjo fibrilar preservados.
Ausência de coleções e/ou lesão expansiva na região estudada.

IMPRESSÃO:

Exame dentro dos limites da normalidade.

ULTRASSONOGRAFIA DE BRAÇO ESQUERDO

RESULTADO:

Pele e tecido subcutâneo sem alterações.
Ventres musculares apresentando arranjo estrutural fibrilar conservado.
Não se caracterizam sinais de hérnia, estiramento e/ou contusão muscular.
Tendão da cabeça longa do bíceps tópicico, com espessura e textura normais.
Tendões do tríceps braquial e bíceps distal apresentando espessura, contornos e arranjo fibrilar preservados.
Ausência de coleções e/ou lesão expansiva na região estudada.

IMPRESSÃO:

Exame dentro dos limites da normalidade.

ULTRASSONOGRRAFIA DO COTOVELO DIREITO

RESULTADO:

Tendões flexores e extensores comuns do antebraço de calibre, contornos e textura habituais.

Superfícies ósseas epicondileanas de contornos preservados.

Tendões do tríceps braquial e bíceps distal apresentando espessura, contornos e arranjo fibrilar preservados.

Nervo ulnar sem particularidades.

Cavidade articular sem sinais de derrame.

IMPRESSÃO:

Exame dentro dos limites da normalidade.

ULTRASSONOGRRAFIA DO COTOVELO ESQUERDO

RESULTADO:

Tendões flexores e extensores comuns do antebraço de calibre, contornos e textura habituais.

Superfícies ósseas epicondileanas de contornos preservados.

Tendões do tríceps braquial e bíceps distal apresentando espessura, contornos e arranjo fibrilar preservados.

Nervo ulnar sem particularidades.

Cavidade articular sem sinais de derrame.

IMPRESSÃO:

Exame dentro dos limites da normalidade.

ULTRASSONOGRRAFIA DO PUNHO DIREITO

RESULTADO:

Tendões flexores e extensores com ecogenicidade e padrão fibrilar preservados.

Túnel do carpo e canal de Guyon de aspecto habitual.

Nervo mediano com espessura habitual.

Não foram individualizadas coleções ou tumorações na topografia em estudo.

IMPRESSÃO:

Exame dentro dos limites da normalidade.

ULTRASSONOGRRAFIA DO PUNHO ESQUERDO

RESULTADO:

Tendões flexores e extensores com ecogenicidade e padrão fibrilar preservados.

Túnel do carpo e canal de Guyon de aspecto habitual.

Nervo mediano com espessura habitual.

Não foram individualizadas coleções ou tumorações na topografia em estudo.

IMPRESSÃO:

Exame dentro dos limites da normalidade.

ULTRASSONOGRRAFIA DE MÃO DIREITA

RESULTADO:

Pele e tecido subcutâneo sem alterações.
Musculatura regional com padrão sonográfico habitual.
Estruturas tendíneas de padrão usual.
Recessos articulares sem sinais de derrame.
Superfícies ósseas de contornos regulares.
Ausência de coleções e/ou lesão expansiva na região estudada.

IMPRESSÃO:

Exame dentro dos limites da normalidade.

ULTRASSONOGRRAFIA DE MÃO ESQUERDA

RESULTADO:

Pele e tecido subcutâneo sem alterações.
Musculatura regional com padrão sonográfico habitual.
Estruturas tendíneas de padrão usual.
Recessos articulares sem sinais de derrame.
Superfícies ósseas de contornos regulares.
Ausência de coleções e/ou lesão expansiva na região estudada.

IMPRESSÃO:

Exame dentro dos limites da normalidade.

ULTRASSONOGRAFIA DE QUADRIL DIREITO

RESULTADO:

Pele e tecido celular subcutâneo sem alterações ecográficas.
Musculatura regional de padrão fibrilar preservado.
Tendões dos glúteos mínimo e médio de morfologia, contornos e ecotextura preservadas.
Bursas peritrocantéricas anatômicas.
Estruturas ósseas visualizadas de contornos normais.
Cavidade articular sem sinais de derrame.

IMPRESSÃO:

Exame dentro dos limites da normalidade.

ULTRASSONOGRAFIA DE QUADRIL ESQUERDO

RESULTADO:

Pele e tecido celular subcutâneo sem alterações ecográficas.
Musculatura regional de padrão fibrilar preservado.
Tendões dos glúteos mínimo e médio de morfologia, contornos e ecotextura preservadas.
Bursas peritrocantéricas anatômicas.
Estruturas ósseas visualizadas de contornos normais.
Cavidade articular sem sinais de derrame.

IMPRESSÃO:

Exame dentro dos limites da normalidade.

ULTRASSONOGRRAFIA DO QUADRIL INFANTIL BILATERAL

RESULTADO – QUADRIL DIREITO:

Teto acetabular ósseo com morfologia habitual.

Cabeça femoral em topografia anatômica, com adequada conformação e posicionamento do lábio acetabular.

Ângulo do teto ósseo (alfa) estimado em XX graus.

Ângulo do teto cartilaginoso (beta) estimado em XX graus.

RESULTADO – QUADRIL ESQUERDO:

Teto acetabular ósseo com morfologia habitual.

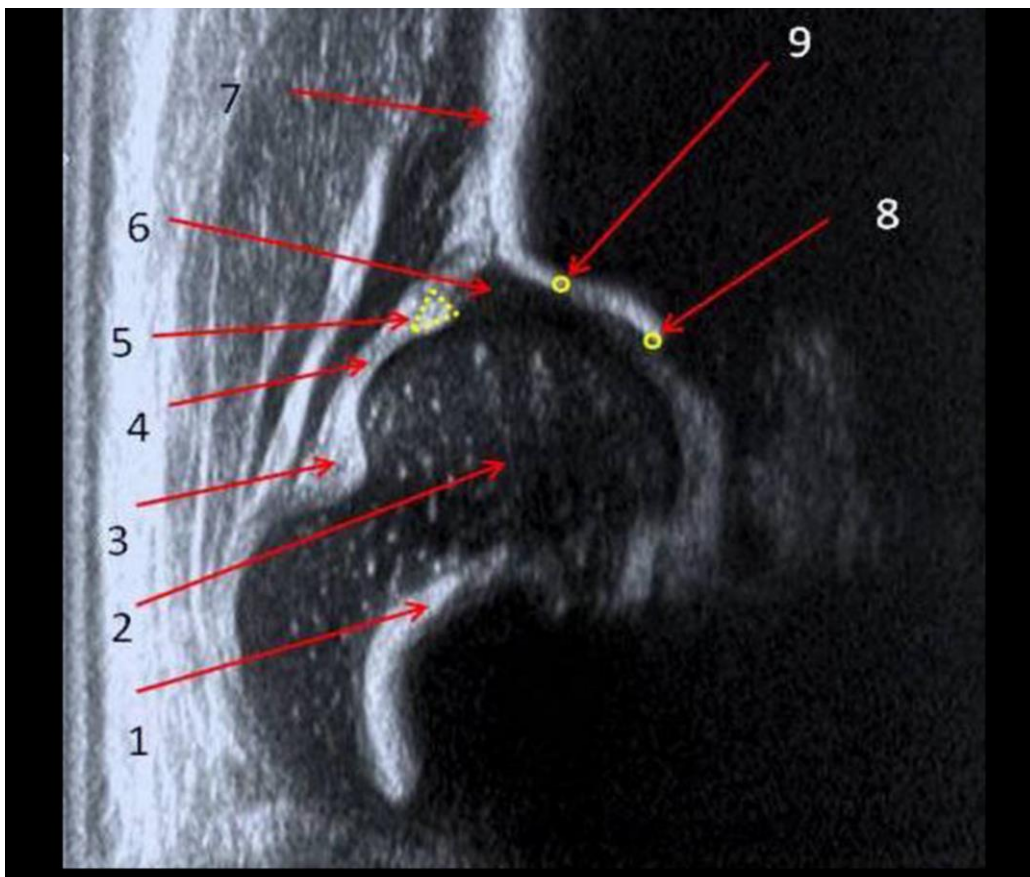
Cabeça femoral em topografia anatômica, com adequada conformação e posicionamento do lábio acetabular.

Ângulo do teto ósseo (alfa) estimado em XX graus.

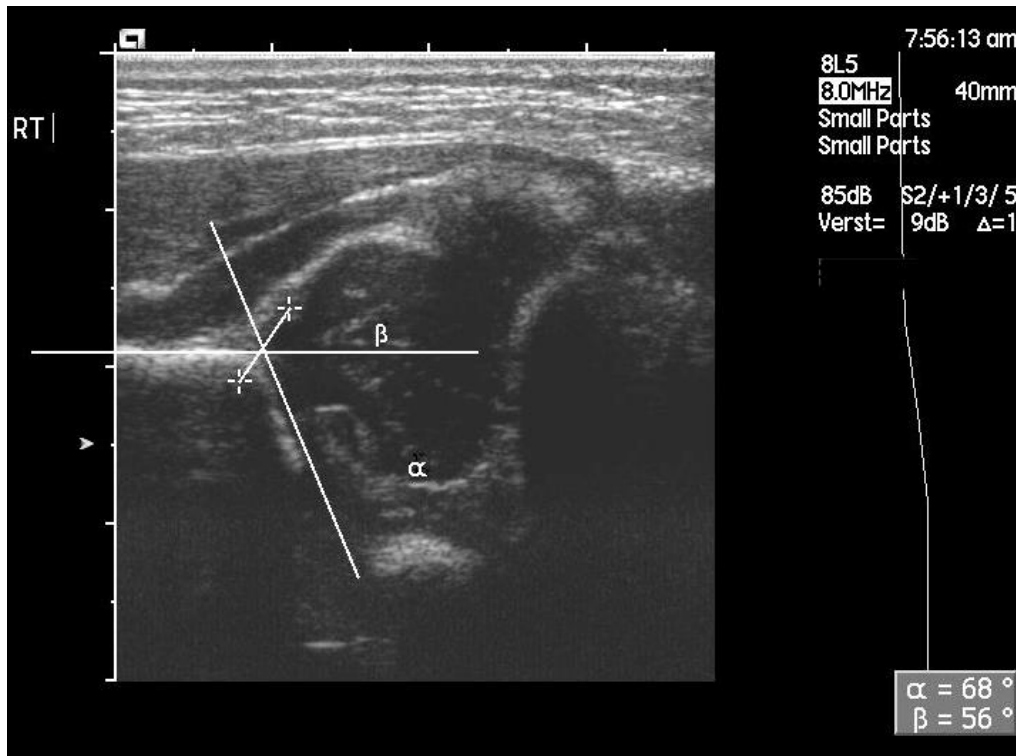
Ângulo do teto cartilaginoso (beta) estimado em XX graus.

IMPRESSÃO:

- Quadril direito tipo Ia de Graf, dentro dos padrões da normalidade.
- Quadril esquerdo tipo Ia de Graf, dentro dos padrões da normalidade.
- **Quadril XX tipo IIa de Graf, relacionado a imaturidade.**



Anatomical checklist 1. chondroosseous border 2. Femoral head 3. Synovial fold 4. Joint capsule 5. Labrum 6. Hyaline cartilage acetabular roof 7. Bony roof 8. lower limb of os ilium 9. turning point (bony rim, that is where the concavity turns to convexity)



Quadro I. Classificação ecográfica dos tipos de anca de acordo com Graf.

Classificação de Graf	Classificação Simplificada/ Grau de maturação	Características Ecográficas/ Morfologia	Ângulo α (°)	Ângulo β (°)
Ia	Madura	Normal	≥ 60	< 55
Ib			≥ 60	> 55
IIa	Fisiologicamente imatura (em crianças até aos 3 meses)		50-59	> 55
IIb	DDA* Atraso na maturação óssea (em crianças com mais de 3 meses)	Displasia acetabular	50-59	> 55
IIc	"Zona crítica"	Anca estável vs. Instável	43-49	70-77
D	Subluxação		43-49	> 77
	Luxação	Bordo cartilágneo deslocado cranialmente; eversão do labrum		
IIIa		Sem alterações estruturais (bordo cartilágneo hipocóico)	< 43	> 77
IIIb		Cartilagem hialina deformada (hipercóica)	< 43	> 77
IV	Luxação severa	Bordo cartilágneo deslocado caudalmente; labrum interposto entre a cabeça femoral e o acetábulo	< 43	> 77

*DDA, Displasia do Desenvolvimento da Anca

ULTRASSONOGRRAFIA DO JOELHO DIREITO

RESULTADO:

Ausência de derrame articular.

Tendão quadricipital com espessura normal, sem descontinuidade e com textura homogênea.

Tendão patelar com espessura normal, sem descontinuidade e com textura homogênea.

Gordura de Hoffa preservada.

Tendões componentes da "pata de ganso" de configuração anatômica em sua inserção tibial.

Tendão poplíteo com espessura normal, sem descontinuidade e com textura homogênea.

Trato iliotibial com espessura e ecotextura preservadas.

Ligamentos colaterais sem alterações.

Fossa poplíteia sem alterações.

IMPRESSÃO:

Exame dentro dos limites da normalidade.

ULTRASSONOGRRAFIA DO JOELHO ESQUERDO

RESULTADO:

Ausência de derrame articular.

Tendão quadricipital com espessura normal, sem descontinuidade e com textura homogênea.

Tendão patelar com espessura normal, sem descontinuidade e com textura homogênea.

Gordura de Hoffa preservada.

Tendões componentes da "pata de ganso" de configuração anatômica em sua inserção tibial.

Tendão poplíteo com espessura normal, sem descontinuidade e com textura homogênea.

Trato iliotibial com espessura e ecotextura preservadas.

Ligamentos colaterais sem alterações.

Fossa poplíteia sem alterações.

IMPRESSÃO:

Exame dentro dos limites da normalidade.

ULTRASSONOGRAFIA DA FOSSA POPLÍTEA DIREITA

RESULTADO:

Pele de espessura normal.

Camada subcutânea com espessura e ecogenicidade normais.

Ventres musculares apresentando arranjo estrutural fibrilar conservado.

Ausência de coleções e/ou lesão expansiva na região estudada.

Vasos poplíteos de trajeto e calibre habituais.

IMPRESSÃO:

Exame dentro dos limites da normalidade.

ULTRASSONOGRAFIA DA FOSSA POPLÍTEA ESQUERDA

RESULTADO:

Pele de espessura normal.

Camada subcutânea com espessura e ecogenicidade normais.

Ventres musculares apresentando arranjo estrutural fibrilar conservado.

Ausência de coleções e/ou lesão expansiva na região estudada.

Vasos poplíteos de trajeto e calibre habituais.

IMPRESSÃO:

Exame dentro dos limites da normalidade.

ULTRASSONOGRRAFIA DE TORNOZELO DIREITO

RESULTADO:

Tendões tibial anterior, extensor longo do hálux e extensor longo dos dedos com espessura, contornos e ecotextura normais.

Tendões tibial posterior, flexor longo dos dedos e flexor longo do hálux com espessura, contornos e ecotextura normais.

Tendões fibulares com espessura, contornos e ecotextura normais.

Tendão calcâneo com contornos, ecotextura e espessura normais, contendo foco de calcificação em sua inserção no osso calcâneo.

Tendão calcâneo com contornos, ecotextura e espessura normais.

Espessamento e hipoecogenicidade da origem da fáschia plantar junto à tuberosidade do osso calcâneo.

Fáschia plantar de espessura e ecogenicidade preservadas.

Ausência de sinais de derrame articular no recesso tibiotalar anterior.

IMPRESSÃO:

Entesopatia do calcâneo (esporão posterior).

Fascite plantar.

Exame dentro dos limites da normalidade.

ULTRASSONOGRRAFIA DE TORNOZELO ESQUERDO

RESULTADO:

Tendões tibial anterior, extensor longo do hálux e extensor longo dos dedos com espessura, contornos e ecotextura normais.

Tendões tibial posterior, flexor longo dos dedos e flexor longo do hálux com espessura, contornos e ecotextura normais.

Tendões fibulares com espessura, contornos e ecotextura normais.

Tendão calcâneo com contornos, ecotextura e espessura normais, contendo foco de calcificação em sua inserção no osso calcâneo.

Tendão calcâneo com contornos, ecotextura e espessura normais.

Espessamento e hipoecogenicidade da origem da fáschia plantar junto à tuberosidade do osso calcâneo.

Fáschia plantar de espessura e ecogenicidade preservadas.

Ausência de sinais de derrame articular no recesso tibiotalar anterior.

IMPRESSÃO:

Entesopatia do calcâneo (esporão posterior).

Fascite plantar.

Exame dentro dos limites da normalidade.

ULTRASSONOGRRAFIA DO PÉ DIREITO

RESULTADO:

Exame direcionado para queixa clínica da paciente, localizada na face plantar do retropé.

Pele e tecido subcutâneo sem alterações.

Musculatura regional com aspecto ecográfico preservado.

Espessamento e hipoecogenicidade da origem da fásia plantar junto à tuberosidade do osso calcâneo.

Fásia plantar de espessura e ecogenicidade preservadas.

Tendão calcâneo com contornos, ecotextura e espessura normais, contendo foco de calcificação em sua inserção no osso calcâneo.

Tendão calcâneo com contornos, ecotextura e espessura normais.

Ausência de coleções e/ou lesão expansiva na região estudada.

IMPRESSÃO:

Fascite plantar.

Entesopatia do calcâneo (esporão posterior).

Exame dentro dos limites da normalidade.

Exame direcionado para queixa clínica da paciente, localizada na face dorsal do antepé.

Pele e tecido subcutâneo sem alterações.

Musculatura regional com aspecto ecográfico preservado.

Tendões flexores e extensores com estrutura normal na região estudada.

Recessos articulares sem derrame e/ou espessamento sinovial.

Espaços intermetatarsais sem sinais de bursopatia e/ou neuroma.

Placas plantares com arquitetura anatômica.

Ausência de coleções e/ou lesão expansiva na região estudada.

ULTRASSONOGRRAFIA DO PÉ ESQUERDO

RESULTADO:

Exame direcionado para queixa clínica da paciente, localizada na face plantar do retropé.

Pele e tecido subcutâneo sem alterações.

Musculatura regional com aspecto ecográfico preservado.

Espessamento e hipoecogenicidade da origem da fáschia plantar junto à tuberosidade do osso calcâneo.

Fáschia plantar de espessura e ecogenicidade preservadas.

Tendão calcâneo com contornos, ecotextura e espessura normais, contendo foco de calcificação em sua inserção no osso calcâneo.

Tendão calcâneo com contornos, ecotextura e espessura normais.

Ausência de coleções e/ou lesão expansiva na região estudada.

IMPRESSÃO:

Fascite plantar.

Entesopatia do calcâneo (esporão posterior).

Exame dentro dos limites da normalidade.

Exame direcionado para queixa clínica da paciente, localizada na face dorsal do antepé.

Pele e tecido subcutâneo sem alterações.

Musculatura regional com aspecto ecográfico preservado.

Tendões flexores e extensores com estrutura normal na região estudada.

Recessos articulares sem derrame e/ou espessamento sinovial.

Espaços intermetatarsais sem sinais de bursopatia e/ou neuroma.

Placas plantares com arquitetura anatômica.

Ausência de coleções e/ou lesão expansiva na região estudada.

ESTRUTURAS SUPERFICIAIS

Formação cística, com conteúdo ligeiramente espesso, medindo cerca de 0,XX cm, identificada em situação subdérmica, na XX.

Formação cística em situação subdérmica na XX, sugestiva de cisto sebáceo.

DEDO/MÃO/PÉ

Pequena formação de aspecto cístico, medindo cerca de XX cm, identificada superficialmente e em íntimo contato com o tendão flexor/extensor do XX quirodáctilo, ao nível da XX.

Pequena formação cística identificada superficialmente e em íntimo contato com o tendão flexor/extensor do XX quirodáctilo, conforme descrito, podendo corresponder a cisto gangliônico.

Correspondendo à nodulação palpável referida pelo paciente, nota-se formação de aspecto cístico, medindo cerca de 1,2 x 0,7 x 1,2 cm (L x AP x T), identificada superficialmente e em íntimo contato com o tendão flexor.

Formação de aspecto cístico identificada na base do terceiro quirodáctilo direito, superficialmente e em íntimo contato com o tendão flexor.

Espessamento da polia flexora A1, na altura da primeira articulação metacarpofalângica.

Espessamento e quantidade de líquido acima do usual no interior da bainha sinovial do tendão flexor ao nível da primeira articulação metacarpofalângica,

Espessamento da polia flexora A1 do primeiro quirodáctilo.

Tenossinovite e tendinopatia do flexor do primeiro quirodáctilo.

Espessamento da polia flexora A1, na altura da quarta articulação metacarpofalangeana.

Tendão flexor do quarto quirodáctilo espessado e hipoecogênico em seu segmento justadistal à polia A1.

Espessamento da polia flexora A1 do quarto quirodáctilo.

Tendinopatia do flexor do quarto quirodáctilo em seu segmento justadistal à polia A1.

Identifica-se, entre as cabeças do terceiro e do quarto metatarsos, imagem nodular, hipoecogênica, circunscrita, estruindo-se manobra de Mulder e medindo cerca de 1,6 x 1,1 x 0,6 cm (L x AP x T).

Imagem nodular no terceiro espaço intermetatarsal, conforme descrito.

Considerar possibilidade de neuroma de Morton.

PUNHO

Formação cística, de conteúdo levemente heterogêneo, medindo cerca de XXX cm (L x AP x T), com volume estimado em cerca de 0,35 cm³, identificada na face dorsal do punho, adjacente à terceira articulação carpometacarpiana, entre tendões do segundo e do quarto compartimentos extensores.

Cisto para-articular na face dorsal do punho.

Diminuta formação cística, medindo XX cm, identificada na face dorsal do punho, profundamente ao quarto compartimento extensor, com aparente colo de comunicação articular.

Diminuta formação cística para-articular na face dorsal do punho.

Nervo mediano de espessura aumentada no nível do túnel do carpo, com área de secção transversa estimada em 0,XX cm².

Aumento do calibre do nervo mediano, comumente observado em portadores da síndrome do túnel do carpo.

Presença de dois nervos medianos na altura do túnel do carpo proximal, ambos de calibre normal, com pequena artéria mediana persistente pérvia interposta.

Bifurcação alta ou bifidez do nervo mediano, com artéria mediana persistente (variação da normalidade).

Tendões do primeiro compartimento extensor de calibre aumentado no nível do processo estiloide do rádio, com quantidade de líquido acima do usual no interior de sua bainha.

Tendinopatia e tenossinovite do primeiro compartimento extensor (De Quervain).

Tendão do sexto compartimento extensor (extensor ulnar do carpo) de calibre aumentado ao nível do processo estiloide da ulna.

Tendinopatia do sexto compartimento extensor.

Tendão do sexto compartimento extensor de espessura e textura preservadas ao nível do processo estiloide da ulna, porém apresentando quantidade de líquido acima do usual no interior de sua bainha, com espessamento da mesma.

Tenossinovite do sexto compartimento extensor.

COTOVELO

Hipoecogenicidade da origem do tendão comum dos extensores junto ao epicôndilo lateral do úmero, onde há pequena excrescência óssea associada.

Hipoecogenicidade da origem do tendão comum dos flexores junto ao epicôndilo medial do úmero, onde há pequena excrescência óssea associada.

Tendinopatia dos extensores do antebraço, com entesófito associado.

Tendinopatia dos flexores do antebraço, com entesófito associado.

Hipoecogenicidade da origem do tendão comum dos extensores junto ao epicôndilo lateral do úmero, onde há pequena excrescência óssea associada.

Tendão comum dos flexores do antebraço de calibre, contornos e textura habituais.

Superfície óssea do epicôndilo medial de contornos preservados.

Tendinopatia dos extensores do antebraço, com entesófito associado.

Hipoecogenicidade da origem do tendão comum dos flexores junto ao epicôndilo medial do úmero, onde há pequena excrescência óssea associada.

Tendão comum dos extensores do antebraço de calibre, contornos e textura habituais.

Superfície óssea do epicôndilo lateral de contornos preservados.

Tendinopatia dos flexores do antebraço, com entesófito associado.

Tendão do tríceps com espessura, contornos e arranjo fibrilar preservados, apresentando focos de calcificação em sua inserção distal.

Tendão do bíceps distal apresentando espessura, contornos e arranjo fibrilar preservados.

Entesopatia distal do tríceps.

Nervo ulnar de espessura discretamente aumentada no nível do túnel cubital, com área de secção transversa estimada em XX mm² (valor de referência: até 8,0 mm²).

Discreto espessamento do nervo ulnar no nível do túnel cubital. A possibilidade de síndrome do túnel cubital deve ser considerada.

Espessamento e hipoecogenicidade do nervo ulnar no nível do túnel cubital, com área de secção transversa estimada em 9,9 mm² (valor de referência: até 8,0 mm²).

Espessamento e hipoecogenicidade do nervo ulnar, sugerindo síndrome do túnel cubital.

OMBRO

Luxação medial do tendão da cabeça longa do bíceps, que se encontra levemente espessado e heterogêneo.

Espessamento e heterogeneidade do tendão do cabo longo do bíceps, com quantidade de líquido acima do usual no interior de sua bainha, sem sinais de lesões transfixantes.

Tendinopatia e tenossinovite do cabo longo do bíceps.

Rotura completa do tendão da cabeça longa do bíceps, com retração distal e heterogeneidade da transição miotendínea.

Destaca-se ainda coleção líquida hemorrágica nos espaços interfasciais adjacentes ao ventre muscular do bíceps, com espessura de até 0,9 cm.

Rotura completa do tendão da cabeça longa do bíceps, com retração distal e heterogeneidade da transição miotendínea e coleção líquida hemorrágica nos espaços interfasciais adjacentes.

Tendão do subescapular com espessura normal, apresentando redução de sua ecogenicidade e heterogeneidade textural, sem sinais de lesões transfixantes.

Tendão do supra-espinal com espessura normal, apresentando redução da ecogenicidade em suas fibras mais anteriores, sem sinais de lesões transfixantes.

Tendão do supra-espinal com espessura normal, apresentando redução da ecogenicidade e heterogeneidade textural, sem sinais de lesões transfixantes.

Tendão do subescapular espessado e heterogêneo, sem sinais de lesões transfixantes.

Tendão do supra-espinal espessado e hipoecogênico, sem sinais de lesões transfixantes.

Tendão do infra-espinal de espessura normal, apresentando redução de sua ecogenicidade, sem sinais de lesões transfixantes.

Tendão do infra-espinal espessado e hipoecogênico, sem sinais de lesões transfixantes.

Tendinopatia do subescapular e do supra-espinal / dos componentes do manguito rotador.

Tendão do supra-espinhal levemente espessado, hipoecogênico, sem sinais de lesões transfixantes.

Tendão do infra-espinhal levemente espessado, hipoecogênico, sem sinais de lesões transfixantes.

De permeio às fibras de transição entre o supra-espinhal e o infra-espinhal, observa-se calcificação de 0,9 cm.

Tendinopatia do supra-espinhal e do infra-espinhal, com calcificação de permeio às suas fibras transicionais, sugerindo tendinopatia calcária.

Tendão do supra-espinhal de espessura normal, apresentando redução da ecogenicidade e heterogeneidade textural, destacando-se foco afibrilar intrassubstancial em fibras médias justa-insercionais, medindo XX cm (longitudinal x transversal) e acometendo menos de 20% da espessura tendínea.

Tendinopatia do supra-espinhal, com rotura parcial de suas fibras.

Tendão do supra-espinhal levemente espessado, heterogêneo, apresentando foco afibrilar intrassubstancial em suas fibras insercionais, medindo XX cm (longitudinal x transversal) e acometendo menos de 20% da espessura tendínea.

Tendinopatia do supra-espinhal, com rotura parcial de suas fibras.

Tendão do supra-espinhal espessado e hipoecogênico, apresentando ainda foco afibrilar intrassubstancial em suas fibras insercionais, medindo XX cm (longitudinal x transversal) e acometendo menos de 20% da espessura tendínea.

Tendinopatia do supra-espinhal, com rotura parcial de suas fibras.

Tendão do supra-espinhal com espessura normal, apresentando redução da ecogenicidade e heterogeneidade textural, destacando-se ainda foco afibrilar intrassubstancial em suas fibras insercionais, medindo XX cm (longitudinal x transversal) e acometendo cerca de 20% da espessura tendínea.

Tendinopatia do supra-espinhal, com rotura parcial de suas fibras.

Tendão do supra-espinhal espessado e hipoecogênico, apresentando ainda foco afibrilar em sua superfície articular, medindo XX cm (longitudinal x transversal) e estendendo-se por cerca de XX% da espessura tendínea.

Tendinopatia do supra-espinhal, com rotura parcial de suas fibras.

Tendão do supra-espinhal hipoecogênico, apresentando descontinuidade transfixante (de espessura total) de fibras anteriores e médias insercionais, medindo XX cm (longitudinal x transversal).

Rotura transfixante do tendão do supra-espinhal.

Descontinuidade transfixante (de espessura total) de fibras anteriores e médias do tendão do supra-espinhal, medindo cerca de XX cm (longitudinal x transversal). Fibras posteriores remanescentes com ecotextura heterogênea.

Rotura transfixante de fibras do supra-espinhal.

Tendão do supra-espinal espessado e heterogêneo, apresentando descontinuidade transfixante (de espessura total) na projeção da zona crítica, medindo XX cm (longitudinal x transversal), preservando fibras mais posteriores.

Tendinopatia do supra-espinal, com rotura transfixante de suas fibras.

Rotura transfixante maciça do tendão do supra-espinal, com retração do coto tendíneo, impossibilitando sua avaliação, com conseqüente atrofia/liposs substituição dos ventres musculares e com cabeça umeral irregular e de aspecto "careca".

Rotura transfixante maciça do tendão supra-espinal.

Leves espessamento e distensão líquida da bursa subacromial/subdeltoídea.

Leve bursite subacromial/subdeltoídea.

Espessamento e distensão líquida da bursa subacromial/subdeltoídea.

Bursite subacromial/subdeltoídea.

Leves alterações degenerativas da articulação acrômio-clavicular.

Artropatia degenerativa acrômio-clavicular.

Alterações degenerativas da articulação acrômio-clavicular.

Artropatia degenerativa acrômio-clavicular.

Distensão capsular da articulação acrômio-clavicular.

Aumento difuso da ecogenicidade da musculatura regional por liposs substituição.

Liposs substituição da musculatura regional, provavelmente relacionado ao desuso.

∴ Exame de avaliação prejudicada, devido à dificuldade da paciente em obter o posicionamento adequado. A critério clínico, a ampliação propedêutica com o estudo por ressonância magnética poderá fornecer informações adicionais

QUADRIL

Espessamento e hipoecogenicidade da inserção dos glúteos mínimo e médio junto ao trocanter maior do fêmur, sem sinais de macrorrupturas detectáveis ao método.

Tendinopatia insercional dos glúteos mínimo e médio.

Distensão líquida de bursa trocantérica.

Bursite trocantérica.

Calcificações adjacentes à espinha ilíaca anteroinferior, local de inserção do reto femoral.

Entesopatia proximal do reto femoral.

Calcificações adjacentes às espinhas ilíacas anterossuperior e anteroinferior.

Entesófitos junto às espinhas ilíacas anterossuperior e anteroinferior.

JOELHO

Tendão quadricipital com espessura normal, sem descontinuidade, apresentando foco de calcificação em sua inserção na patela.

Entesopatia distal do quadríceps.

Espessamento e hipoecogenicidade da inserção proximal do ligamento colateral medial, com pequena quantidade de conteúdo líquido adjacente.

Espessamento e hipoecogenicidade da inserção proximal do ligamento colateral medial, com pequena quantidade de conteúdo líquido adjacente, sugerindo estiramento grau II.

Espessamento e hipoecogenicidade do ligamento colateral medial em sua inserção proximal.

Espessamento e hipoecogenicidade do ligamento colateral medial em sua inserção proximal, de provável etiologia cicatricial.

Espessamento e hipoecogenicidade do ligamento colateral medial, com calcificação de sua porção proximal.

Espessamento e hipoecogenicidade do ligamento colateral medial, com calcificação de sua porção proximal, sugerindo lesão de Pellegrini-Stieda.

Excrescências ósseas nas margens da articulação femorotibial medial, com redução do espaço interósseo e extrusão meniscal associada.

Osteoartrose femorotibial medial, com extrusão meniscal associada. À critério clínico, o estudo por ressonância magnética poderá fornecer informações adicionais.

Excrescências ósseas nas margens da articulação femorotibial, com redução do espaço interósseo, sobretudo no compartimento medial, onde observa-se extrusão meniscal associada.

Osteoartrose femorotibial, com extrusão meniscal associada no compartimento medial. À critério clínico, o estudo por ressonância magnética poderá fornecer informações adicionais.

Extrusão e heterogeneidade do menisco medial.

Extrusão e heterogeneidade do menisco medial, a ser melhor avaliado, a critério clínico, com estudo por ressonância magnética.

Distensão líquida da bursa do semimembrâneo-gastrocnêmio, determinando a formação de cisto poplíteo, medindo XXX cm (L x AP x T), com volume estimado em cerca de xxx cm³.

Cisto poplíteo (Baker).

Distensão líquida da bursa do semimembrâneo-gastrocnêmio, determinando a formação de cisto poplíteo, que mede cerca de XXX cm (L x AP x T), com volume estimado em xxx cm³, e que apresenta conteúdo heterogêneo e calcificações em seu interior.

Cisto poplíteo (Baker).

Espessamento e distensão líquida da bursa do semimembrâneo-gastrocnêmio, determinando a formação de cisto poplíteo, que mede cerca de 4,3 x 0,9 x 3,3 cm (L x AP x T), com volume estimado em 6,7 cm³, e que apresenta conteúdo heterogêneo, com traves ecogênicas de permeio.

Cisto poplíteo (Baker), com conteúdo heterogêneo, que pode estar relacionado a proliferação sinovial ou a conteúdo hemático.

Distensão líquida da bursa do semimembrâneo-gastrocnêmio, determinando a formação de cisto poplíteo, medindo 3,9 x 1,1 x 1,7 cm (L x AP x T), com volume estimado em cerca de 3,7 cm³, com sinais de ruptura associados, caracterizados por espessamento parietal, traves ecogênicas de permeio e extravasamento de pequena quantidade de líquido, que disseca os planos miofasciais do gastrocnêmio medial.

Cisto poplíteo (Baker), com sinais de ruptura associados.

Distensão líquida da bursa do semimembrâneo-gastrocnêmio, determinando a formação de cisto poplíteo, medindo XXX cm (L x AP x T), com volume estimado em cerca de xxx cm³, com sinais de ruptura associados, caracterizados por extravasamento de líquido, que disseca os planos miofasciais do gastrocnêmio medial.

Cisto poplíteo (Baker), com sinais de ruptura associados.

(FRASE DO COMPENDIO PARA RUPTURA) Pequena distensão líquida da bolsa que se interpõe entre o semimembranoso e o gastrocnêmio medial, formando cisto poplíteo com ruptura e extravasamento de líquido que disseca os planos miofasciais do gastrocnêmio medial.

Coleção de conteúdo heterogêneo divulsionando os planos miofasciais do gastrocnêmio medial ao nível da fossa poplíteia, com espessura de até 1,0 cm.

Coleção de conteúdo heterogêneo divulsionando os planos miofasciais do gastrocnêmio medial ao nível da fossa poplíteia (rotura de cisto de Baker?). Sugere-se, à critério clínico, avaliação complementar com o estudo por ressonância magnética.

Formação cística, de paredes finas e conteúdo anecóico, medindo XXX cm (L x AP x T), com volume estimado em cerca de XX cm³, identificada na fossa poplíteia, profundamente à cabeça medial do músculo gastrocnêmio, adjacente à articulação femorotibial medial.

Formação cística identificada na fossa poplíteia, profundamente à cabeça medial do músculo gastrocnêmio, adjacente à articulação femorotibial medial (Cisto gangliônico? Cisto meniscal?). A critério clínico, o estudo por ressonância magnética poderá fornecer maiores subsídios diagnósticos.

Pequena formação cística, medindo 0,9 x 0,3 x 0,7 cm (L x AP x T), identificada adjacente à margem anteromedial articulação femorotibial medial.

Formação cística adjacente à margem anteromedial da articulação femorotibial medial (Cisto meniscal? Cisto gangliônico?). À critério clínico, o estudo por ressonância magnética poderá fornecer maiores subsídios diagnósticos.

Distensão líquida da bursa iliotibial.

Bursite iliotibial, podendo estar relacionada à síndrome da banda iliotibial.

Distensão líquida da bursa semimembranosa.

Bursite semimembranosa.

Distensão líquida das bursas infrapatelares superficial e profunda.

Bursite infrapatelar superficial e profunda.

Fragmentação da tuberosidade anterior da tíbia, sem sinais de tendinopatia ou bursopatia adjacentes.

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

Leve irregularidade dos contornos ósseos do polo inferior da patela, com edema da gordura de Hoffa adjacente.

Leve irregularidade dos contornos ósseos do polo inferior da patela, com edema da gordura de Hoffa adjacente. A possibilidade de doença de Sinding-Larsen-Johansson deve ser considerada.

Fragmentação do aspecto superolateral da patela, sugerindo patela bipartida.

Fragmentação do aspecto superolateral da patela, sugerindo patela bipartida. Sugere-se, à critério clínico, avaliação complementar com o estudo radiográfico.

TORNOZELO

Tendões fibulares espessados e hipoeecogênicos, apresentando ainda quantidade de líquido acima do usual em sua bainha, sem sinais de lesões transfixantes.

Tendões fibulares hipoeecogênicos, destacando-se ainda ruptura longitudinal do tipo “split” no segmento retro / infra-maleolar do fibular curto, com interposição do fibular longo entre suas fibras.

Tendinopatia dos fibulares, com ruptura longitudinal no segmento retro / infra-maleolar do fibular curto.

Tendinopatia e tenossinovite dos fibulares, caracterizadas por espessamento tendíneo, heterogeneidade textural e quantidade de líquido acima do usual no interior da bainha sinovial, destacando-se ainda aspecto sugestivo de ruptura longitudinal do tipo “split” no segmento retro / infra-maleolar do fibular curto.

Tendão calcâneo com contornos, ecotextura e espessura normais, contendo foco de calcificação em sua inserção no osso calcâneo.

Entesopatia do calcâneo.

Espessamento e hipoeecogenicidade da origem da fásia plantar junto à tuberosidade do osso calcâneo, onde há pequena excrescência óssea associada.

Fascite plantar, com entesófito (esporão) associado.

Espessamento e hipoeecogenicidade do corpo do tendão calcâneo, sem sinais de rupturas detectáveis ao método. Notam-se ainda focos de calcificação em sua inserção no osso calcâneo.

Tendinopatia e entesopatia do calcâneo.

Tendão do calcâneo apresentando descontinuidade parcial extensa em seu terço proximal/médio, com preservação de pequena quantidade de fibras mediais, observando-se retração da junção miotendínea, com distância entre os fragmentos medindo cerca de 4,2 cm e preenchimento da área rota por efusão líquida hemorrágica.

Sinais de ruptura parcial extensa do tendão calcâneo.

Descontinuidade parcial de fibras do gastrocnêmio medial junto à transição miotendínea distal, medindo cerca de XX cm, associada a efusão líquida hemorrágica divulsionando os ventres musculares do gastrocnêmio medial e do sóleo, com espessura de até 0,5 cm.

Ruptura parcial na transição miotendínea distal do gastrocnêmio medial, com pequeno hematoma interpondo-se entre os ventres musculares do gastrocnêmio medial e do sóleo.

Pequena imagem cálcica, medindo cerca de 0,5 cm, identificada adjacente à tuberosidade medial do osso navicular, de permeio a fibras insercionais do tendão tibial posterior.

Pequena imagem cálcica adjacente à tuberosidade medial do osso navicular (ossículo navicular acessório?).

ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE

RESULTADO:

Tireóide em topografia habitual, apresentando dimensões preservadas, contornos regulares e ecotextura homogênea.

Ausência de nódulos sólidos e/ou císticos no parênquima tireoidiano.

Ausência de linfonomegalias cervicais.

Dimensões tireoidianas:

Istmo: xx cm.

Lobo direito: xx cm (L x AP x T).

Lobo esquerdo: xx cm (L x AP x T).

Volume glandular: xxx cm³.

IMPRESSÃO:

Exame dentro dos limites da normalidade.

Ausência de lesão focal sólida ou cística ecograficamente significativa.

ULTRASSONOGRAFIA CERVICAL

RESULTADO:

Glândula tireóide em topografia habitual, apresentando dimensões preservadas, contornos regulares e ecotextura homogênea.

Glândulas parótidas em topografia habitual, apresentando forma, contornos e ecotextura preservadas.

Glândulas submandibulares em topografia habitual, apresentando forma, contornos e ecotextura preservadas.

Ausência de linfonomegalias regionais.

Dimensões tireoidianas:

Istmo: xx cm.

Lobo direito: xx cm (L x AP x T).

Lobo esquerdo: xx cm (L x AP x T).

Volume glandular: xxx cm³.

IMPRESSÃO:

Exame dentro dos limites da normalidade.

ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE

1. Glândula tireóide tópica, móvel à deglutição, de volume normal, contornos regulares e textura do parênquima homogênea.
2. Não há evidência de lesão focal sólida ou cística ecograficamente significativa.
3. O lobo direito mede _ x _ x _ mm (L x T x AP) com volume estimado de _ ml.
4. O lobo esquerdo mede _ x _ x _ mm (L x T x AP) com volume estimado de _ ml.
5. Istmo medindo _ mm de espessura.
6. Traquéia centrada.
7. Volume glandular estimado em _ cm³.
8. Ausência de linfadenomegalias satélites.

Avaliação:

TI-RADS categoria XX.

Conduta:

Laudo padronizado conforme referência: Reporting and Data System (TI-RADS): White Paper of the ACR TI-RADS Committee. (2017) Journal of the American College of Radiology

-TC pós tireoidectomia –

Glandula tireoide nao caracterizada. Nota-se tecido com atenuação de partes moles ocupando a loja dos lobos tireoideanos com tenue realce pelo meio de contraste iodado, que pode corresponder a tecido fibrocicatricial relacionado ao procedimento cirurgico ou lesão recidivada / residual.

Identificam-se linfonodos cervicais proeminentes, porém de arquitetura preservada, os maiores em regiões submandibulares, com dimensões no limite superior da normalidade.

Linfonodo cervical de dimensões preservadas, medindo 0,XX cm, porém de ecotextura heterogênea, com perda de sua arquitetura habitual, identificado no nível XX à direita/esquerda.

Linfonodopatia cervical, conforme descrito.

Linfonodo cervical de dimensões levemente aumentadas e ecotextura levemente heterogênea, com perda da diferenciação córtico-hilar, localizada na cadeia IIa esquerda, medindo cerca de 1,1 cm no seu menor eixo.

Linfonodopatia cervical, conforme descrito.

Proeminência numérica de linfonodos cervicais, destacando-se dois de dimensões aumentadas, porém de morfologia preservada, ovalados, hipocogênicos, com mediastino ecogênico, sem sinais de degeneração cístico-necrótica, assim localizados:

- cadeia IIa direita, medindo cerca de 1,4 cm no seu menor eixo;
- cadeia IIa esquerda, medindo cerca de 1,1 cm no seu menor eixo.

Linfonodopatias cervicais, conforme descrito.

Proeminência numérica de linfonodos cervicais à esquerda, destacando-se um de dimensões aumentadas, porém de morfologia preservada, ovalado, hipocogênico, com mediastino ecogênico, sem sinais de degeneração cístico-necrótica, localizado na cadeia IIa, medindo cerca de 1,4 cm no seu menor eixo.

Linfonodopatia cervical, conforme descrito.

Sugere-se, salvo contraindicação clínica, complementação com estudo citopatológico.

Tabela 1 – Classificação de Chammas.

I	Ausência de vascularização
II	Vascularização periférica
III	Vascularização periférica maior ou igual à central
IV	Vascularização central maior que a periférica
V	Vascularização apenas central

Tabela 2 – Principais características do US/Doppler nos nódulos benignos e malignos.

	Benigno	Maligno
Ecogenicidade	Lesão anecoica (cística) ou hiperecogênica	Lesão hipocogênica
Margens	Regulares	Irregulares
Calcificações	Calcificações grosseiras	Microcalcificações
Halo hipocogênico	Presente	Ausente
Vascularização	Chammas I-III	Chammas IV e V

Tireóide em topografia habitual, apresentando dimensões preservadas e contornos regulares.

Ecotextura tireoidiana homogênea, exceto pela presença de duas formações nodulares, assim caracterizadas:

- nódulo sólido, homogeneamente hipocogênico, de contornos regulares, sem halo ou calcificações evidentes, medindo cerca de XXX cm (L x AP x T), com maior eixo paralelo à pele, localizado no terço médio do lobo direito, sem sinais de comprometimento de estruturas vizinhas;
- nódulo sólido-cístico, predominantemente hiperecogênico, de contornos regulares, sem halo ou calcificações evidentes, medindo cerca de XXX cm (L x AP x T), com maior eixo paralelo à pele, localizado no terço médio do lobo esquerdo, sem sinais de comprometimento de estruturas vizinhas.

Tireóide em topografia habitual, apresentando dimensões aumentadas e ecotextura heterogênea, sobretudo à **direita/esquerda**, à custa de múltiplas lesões nodulares, heterogêneas, predominantemente hipocogênicas, com áreas de degeneração cística e calcificações grosseiras de permeio, de contornos regulares, com orientação paralela, sem sinais de comprometimento de estruturas vizinhas, destacando-se as maiores:

- no terço **superior/médio/inferior** do lobo **direito/esquerdo**, medindo cerca de XXX cm (L x AP x T);

Tireóide em topografia habitual, apresentando dimensões aumentadas e ecotextura difusamente heterogênea, à custa de múltiplas lesões nodulares, predominantemente hiperecogênicas, algumas com pequenas áreas císticas de permeio, destacando-se a maior, medindo cerca de 2,7 x 1,9 x 3,3 cm (T x AP x L), com maior eixo paralelo à pele, de contornos regulares, com halo hipocóico, localizada na transição lobo direito-istmo, sem sinais de comprometimento de estruturas vizinhas.

Bócio multinodular.

Glândula tireóide em topografia habitual, apresentando dimensões aumentadas e ecotextura heterogênea, à custa de lesões nodulares, assim caracterizadas:

- nódulo sólido-cístico, predominantemente hiperecogênico, de contornos regulares, sem halo ou calcificações evidentes, medindo cerca de XXX cm (L x AP x T), com maior eixo paralelo à pele, ocupando grande parte do lobo esquerdo, sem sinais de comprometimento de estruturas vizinhas;
- nódulo sólido, homogeneamente hipocogênico, de contornos regulares, sem halo ou calcificações evidentes, medindo cerca de XXX cm (L x AP x T), com maior eixo paralelo à pele, localizado no terço médio do lobo direito, sem sinais de comprometimento de estruturas vizinhas;

Bócio multinodular.

Tireoidopatia crônica com nódulos:

Ecotextura tireoidiana difusamente heterogênea, com áreas hipoecogênicas entremeadas com interfaces lineares ecogênicas, destacando-se duas imagens nodulares sólidas, assim caracterizadas:

- nódulo hipoecogênico, de contornos regulares, sem halo ou calcificações evidentes, medindo cerca de XXX cm (L x AP x T), com maior eixo paralelo à pele, localizado no terço XX do lobo XX, sem sinais de comprometimento de estruturas vizinhas;

Ecotextura tireoidiana discretamente heterogênea, à custa de pequenas imagens nodulares sólidas, levemente hipoecogênicas, sem áreas de degeneração cística ou calcificações evidentes, apresentando contornos regulares, sem halo ou sinais de comprometimento de estruturas vizinhas, assim distribuídas:

- no terço médio/inferior do lobo direito, medindo cerca de 1,0 x 0,7 x 0,9 cm (L x AP x T), com maior eixo paralelo à pele;
- no terço médio do lobo direito, medindo cerca de 0,7 x 0,5 x 0,7 cm (L x AP x T), com maior eixo paralelo à pele;
- no terço inferior do lobo direito, medindo cerca de 0,8 x 0,5 x 0,6 cm (L x AP x T), com maior eixo paralelo à pele. Destaca-se a marcada hipoecogenicidade desta lesão;
- no terço médio do lobo esquerdo, medindo cerca de 0,7 x 0,3 x 0,6 cm (L x AP x T), com maior eixo paralelo à pele.

Ao estudo Doppler, apresenta vascularização central e periférica, predominantemente periférica;

Nota-se ecotextura tireoidiana heterogênea as custas de lesões nodulares, sendo as maiores / mais evidentes detalhadas abaixo:

- nódulo xx: localizado no terço xx do lobo xx, medindo cerca de xx cm, apresentando contornos regulares lobulados, halo parcial completo, ecotextura sólida hiperecogênica isoecogênica hipoecogênica, com áreas de degeneração cística, sem com evidências de calcificações em seu interior, sem com nem comprometimento de estruturas vizinhas. À análise ao modo Doppler evidência vascularização periférica.

Glândula tireoide difusamente heterogênea, à custa de pequenas áreas hipoecogênicas com aspecto pseudo nodular, entremeadas com interfaces lineares ecogênicas. Ao estudo Doppler colorido há aumento da vascularização por todo o parênquima glandular.

Aspecto ecográfico infere tireoidopatia autoimune.

Notam-se raras imagens anecogênicas, com foco ecogênico em seu interior, localizadas lobo esquerdo, que correspondem a cistos com conteúdo colóide, medindo o maior cerca de xx cm.

Cistos tireoidianos com conteúdo colóide.

Glândula parótida XXX em topografia habitual, apresentando dimensões levemente aumentadas e ecotextura difusamente heterogênea, com

múltiplas pequenas áreas hipoecóicas esparsas. Não se evidenciam coleções associadas.

Glândula parótida XXX aumentada e heterogênea, sugerindo processo inflamatório/infeccioso (parotidite).

Glândula parótida XXX em topografia habitual, apresentando dimensões aumentadas e ecotextura difusamente heterogênea, com redução difusa da ecogenicidade, sem evidentes coleções associadas.

PADRAO

ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER DAS ARTÉRIAS CARÓTIDAS E VERTEBRAIS

DIREITA

CARÓTIDA COMUM: pérvia e de calibre normal, sem evidência de placas ateromatosas parietais, com fluxo normocinético.

Espessura do complexo médio-intimal: 0,XX mm.

CARÓTIDA INTERNA: pérvia e de calibre normal, sem evidência de placas ateromatosas parietais, com fluxo normocinético e de baixa resistência.

CARÓTIDA EXTERNA: com emergência e segmento proximal pérvios e de calibre normal, sem evidência de placas ateromatosas parietais, com fluxo normocinético.

ARTÉRIA VERTEBRAL: pérvia, com fluxo normocinético em direção cefálica.

ESQUERDA

CARÓTIDA COMUM: pérvia e de calibre normal, sem evidência de placas ateromatosas parietais, com fluxo normocinético.

Espessura do complexo médio-intimal: 0,XX mm.

CARÓTIDA INTERNA: pérvia e de calibre normal, sem evidência de placas ateromatosas parietais, com fluxo normocinético e de baixa resistência.

CARÓTIDA EXTERNA: com emergência e segmento proximal pérvios e de calibre normal, sem evidência de placas ateromatosas parietais, com fluxo normocinético.

ARTÉRIA VERTEBRAL: pérvia, com fluxo normocinético em direção cefálica.

IMPRESSÃO:

Exame dentro dos limites da normalidade.

PADRÃO NAUJORKS

ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER DAS ARTÉRIAS CARÓTIDAS E VERTEBRAIS

DIREITA

CARÓTIDA COMUM: pérvia e de diâmetro normal. Ao estudo color-Doppler o fluxo é característico de carótida comum (laminar, de baixa resistência e normocinético).

Espessura do complexo médio-intimal: 0,XX mm.

CARÓTIDA INTERNA: apresenta-se pérvia e de diâmetro normal. O fluxo é característico de carótida interna (laminar, de baixa resistência e normocinético).

CARÓTIDA EXTERNA: apresenta-se pérvia e de diâmetro normal. O fluxo é característico (laminar, de elevada resistência e normocinético).

ARTÉRIA VERTEBRAL: apresenta-se pérvia e de diâmetro normal, sendo o vaso dominante. Ao estudo color-Doppler, o fluxo é normal para o vaso (anterógrado, de baixa resistência e normocinético). [SEP]

ESQUERDA

CARÓTIDA COMUM: pérvia e de diâmetro normal. Ao estudo color-Doppler o fluxo é característico de carótida comum (laminar, de baixa resistência e normocinético).

Espessura do complexo médio-intimal: 0,XX mm.

CARÓTIDA INTERNA: apresenta-se pérvia e de diâmetro normal. O fluxo é característico de carótida interna (laminar, de baixa resistência e normocinético).

CARÓTIDA EXTERNA: apresenta-se pérvia e de diâmetro normal. O fluxo é característico (laminar, de elevada resistência e normocinético).

ARTÉRIA VERTEBRAL: apresenta-se pérvia e de diâmetro normal. O fluxo é normal para o vaso. [SEP]

IMPRESSÃO:

Exame dentro dos limites da normalidade.

PADRÃO ALTERADO COM ESTENOSE ACI

ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER DAS ARTÉRIAS CARÓTIDAS E VERTEBRAIS

DIREITA

CARÓTIDA COMUM: pérvia e de calibre normal, com placas ateromatosas parietais esparsas. O fluxo é normocinético.

Da bifurcação para a CARÓTIDA INTERNA: apresenta-se placa calcificada, irregular, com extensão de cerca de XX cm e que determina redução de XX% do diâmetro transversal luminal. Ao estudo Doppler, observa-se fluxo com velocidade de pico sistólico aumentada (VPS = XX cm/s; Relação VPS ACI/ACC = XX).

CARÓTIDA EXTERNA: pérvia e de calibre normal, com placas ateromatosas parietais em sua origem, que não promovem repercussão hemodinâmica significativa. O fluxo é normocinético.

ARTÉRIA VERTEBRAL: pérvia, com fluxo normocinético em direção cefálica.

ESQUERDA

CARÓTIDA COMUM: pérvia e de calibre normal, com placas ateromatosas parietais esparsas. O fluxo é normocinético.

Da bifurcação para a CARÓTIDA INTERNA: apresenta-se placa calcificada, irregular, com extensão de cerca de XX cm e que determina redução de XX% do diâmetro transversal luminal. Ao estudo Doppler, observa-se fluxo com velocidade de pico sistólico aumentada (VPS = XX cm/s; Relação VPS ACI/ACC = XX).

CARÓTIDA EXTERNA: pérvia e de calibre normal, com placas ateromatosas parietais em sua origem, que não promovem repercussão hemodinâmica significativa. O fluxo é normocinético.

ARTÉRIA VERTEBRAL: pérvia, com fluxo normocinético em direção cefálica.

IMPRESSÃO:

Sistema arterial carotídeo cervical com moderado/severo acometimento aterosclerótico.

Estenose de XX% do diâmetro da carótida interna direita.

Estenose de XX% do diâmetro da carótida interna esquerda.

PADRÃO SIMPLIFICADO

ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER DAS ARTÉRIAS CARÓTIDAS E VERTEBRAIS

DIREITA

Artérias carótidas comum, interna e externa pérvias, com trajeto e calibre preservados, apresentando fluxo característico ao estudo Doppler.

Não se evidenciam placas ateromatosas parietais.

Espessura do complexo médio-intimal: 0,XX mm.

Artéria vertebral pérvia, com fluxo normocinético em direção cefálica.

ESQUERDA

Artérias carótidas comum, interna e externa pérvias, com trajeto e calibre preservados, apresentando fluxo característico ao estudo Doppler.

Não se evidenciam placas ateromatosas parietais.

Espessura do complexo médio-intimal: 0,XX mm.

Artéria vertebral pérvia, com fluxo normocinético em direção cefálica.

IMPRESSÃO:

Exame dentro dos limites da normalidade.

PADRÃO DIMINUTAS PLACAS

ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER DAS ARTÉRIAS CARÓTIDAS E VERTEBRAIS

DIREITA

Artérias carótidas comum, interna e externa pérvias, com trajeto e calibre preservados, apresentando fluxo característico ao estudo Doppler.

Observam-se diminutas placas parietais calcificadas (menos de 20% de estenose local) na bifurcação carotídea e origem da carótida interna.

Artéria vertebral pérvia, com fluxo normocinético em direção cefálica.

ESQUERDA

Artérias carótidas comum, interna e externa pérvias, com trajeto e calibre preservados, apresentando fluxo característico ao estudo Doppler.

Observam-se diminutas placas parietais calcificadas (menos de 20% de estenose local) na bifurcação carotídea e origem da carótida interna.

Artéria vertebral pérvia, com fluxo normocinético em direção cefálica.

IMPRESSÃO:

Sistema arterial carotídeo cervical com leve acometimento aterosclerótico.

Observam-se pequenas placas parietais calcificadas esparsas, sobretudo na bifurcação carotídea e origem da carótida interna, onde promovem redução de até 30% do diâmetro transverso luminal.

Observam-se pequenas placas parietais calcificadas esparsas nos segmentos avaliados, destacando-se uma que estende-se da bifurcação carotídea para a origem da carótida interna, medindo 1,9 cm de extensão e promovendo redução de cerca de 30% do diâmetro transverso luminal.

CARÓTIDA COMUM: pérvia e de calibre normal, apresentando placa parcialmente calcificada, regular, identificada em seu terço distal, com extensão de aproximadamente 1,1 cm e que determina redução do diâmetro transverso luminal de 50-60%, com aumento da velocidade de pico sistólico do fluxo no vaso (VPS pré-placa = 74 cm/s; VPS na placa = 131 cm/s).

CARÓTIDA COMUM: pérvia e de calibre normal, apresentando ateromatose difusa, com destaque para placa parcialmente calcificada, regular, identificada em seu terço distal, com extensão de aproximadamente 2,7 cm e que determina cerca de 30% de redução do diâmetro transverso luminal. O fluxo é normocinético.

Presença de placa heterogênea, predominantemente ecolucente com poucas áreas ecogênicas (placa tipo II, aspecto de placa fibrolipídica) lisa que determina aproximadamente 30% de redução do diâmetro transverso luminal.

Presença de placa calcificada, com sombra acústica (placa tipo V) irregular, com extensão = 1,8 cm e que determina aproximadamente 30% de redução do diâmetro transverso luminal.

Da bifurcação para a CARÓTIDA INTERNA: apresenta-se placa parcialmente calcificada, irregular, com extensão de cerca de 2,4 cm e que determina redução de 70-80% do diâmetro transverso luminal. Ao estudo Doppler, observa-se fluxo com velocidade de pico sistólico aumentada (VPS = 194 cm/s; Relação VPS ACI/ACC = 5).

Da bifurcação para a CARÓTIDA INTERNA: apresenta-se placa calcificada, irregular, com extensão de cerca de 1,9 cm e que determina de redução do diâmetro transverso luminal de 50-69%, observando-se aumento da velocidade de pico sistólico do fluxo no vaso (VPS = 128 cm/s; Relação VPS ACI/ACC = 2,2). Distalmente o vaso é retilíneo.

Bifurcação a XX cm do lóbulo da orelha.

Da bifurcação com extensão para a CARÓTIDA INTERNA: apresenta-se longa placa calcificada volumosa, irregular, com extensão = 2,9 cm e que determina XX% de redução do diâmetro transverso luminal. O fluxo é levemente turbulento com velocidade de pico sistólico = XX cm/s e velocidade diastólica final = XX cm/s (ângulo Doppler = XX graus). Distalmente o vaso é retilíneo com diâmetro = XX mm.

Sistema arterial carotídeo cervical com leve acometimento aterosclerótico.

Sistema arterial carotídeo cervical com moderado acometimento aterosclerótico.

Sistema arterial carotídeo cervical com severo acometimento aterosclerótico.

Estenose de XX% do diâmetro da carótida XX **direita/esquerda**.

ESTENOSE:

Artéria carótida interna direita/esquerda apresentando placas de ateroma hipoeocogênica e regular em sua emergência, parcialmente calcificada, estendendo-se desde o bulbo carotídeo, causando estenose de cerca de xx% da luz do vaso ao modo bidimensional, sem causar, entretanto, repercussões hemodinâmicas significativas.

Estenose de cerca de xx% da artéria carótida interna direita/esquerda.

OCLUSÃO:

Artéria carótida interna direita/esquerda apresentando placas de ateroma hipoeocogênica em sua emergência, parcialmente calcificada, estendendo-se desde o bulbo carotídeo, causando oclusão de sua luz.

Oclusão da artéria carótida interna direita/esquerda.

KINKING:

Artéria carótida interna à esquerda apresentando acotovelamento em seu trajeto, sem causar repercussões hemodinâmicas significativas (“kinking anatômico”).

Artéria carótida interna à esquerda apresentando acotovelamento em seu trajeto, sem causar repercussões hemodinâmicas significativas (“kinking anatômico”).

PLACAS:

Placas parietais calcificadas visualizadas nas bifurcações das carótidas comuns e na emergência da artéria carótida interna esquerda, sem causar estenose significativa da luz do vaso.

Placas parietais calcificadas visualizadas na carótida comum direita e em sua bifurcação, sem repercussões hemodinâmicas significativas.

Focos de espessamento intimal esparsos nos trechos visualizados dos sistemas carotídeos.

Ateromatose do sistema carotídeo.

Ao estudo Doppler espectral, observa-se fluxo arritmico em todos os segmentos avaliados, sem evidentes repercussões hemodinâmicas significativas por fatores locais.

Fluxo arritmico em todos os segmentos avaliados, sem evidentes repercussões hemodinâmicas significativas por fatores locais.

CRITÉRIOS PARA DIAGNÓSTICO DE ESTENOSE DE CARÓTIDA INTERNA

	VPS ACI	VDF ACI	Razão VPS ACI/ACC
Normal	< 125	< 40	< 2
< 50%	< 125	< 40	< 2
50 – 69%	125 - 230	40 - 100	2 - 4
>/= 70%	> 230	> 100	> 4

Ref: Society of Radiologists in Ultrasound Consensus Conference - 2003

Referência:

Recomendação para a Quantificação pelo Ultrassom da Doença Aterosclerótica das Artérias Carótidas e Vertebrais: Grupo de Trabalho do Departamento de Imagem Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – DIC - SBC Arq Bras Cardiol: Imagem cardiovasc. 2015 Abril; 28(nº especial):e1- e64

Valores referência para análise do Doppler espectral das artérias carótidas internas:

Estenose entre 0-50% - Pico sistólico até 125cm/s. Pico diastólico final até 40cm/s.

Estenose entre 50-69% - Pico sistólico: 125 a 230cm/s. Pico diastólico final: 40 a 100cm/s.

Estenose > 70% - Pico sistólico: > 230 cm/s. Pico diastólico final: >100cm/s.

Fonte: *Carotid Artery Stenosis: Gray-Scale and Doppler US Diagnosis-Society of Radiologists in Ultrasound Consensus Conference. Radiology 2003; 229: 340-346.*

Valores referência para análise do Doppler espectral das artérias carótidas interna, pós stent carotídeo:

Estenose de maior ou igual a 30% - velocidade de pico sistólico: 154 a 223cm/s.

Estenose de maior ou igual a 50% - velocidade de pico sistólico: 224 a 324cm/s.

Estenose de maior ou igual a 80% - velocidade de pico sistólico: maior ou igual a 325cm/s.

Fonte: *Journal of Vascular Surgery, 48: 589-594.*

ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER DO SISTEMA VENOSO DO MEMBRO SUPERIOR ???

RESULTADO:

Exame direcionado para a pesquisa de trombose venosa.

Sistema Venoso Profundo:

Veias subclávia, axilar, braquial, radial e ulnar pérvias, com calibre normal e compressibilidade normal.

Não se observam sinais de trombose venosa profunda.

Sistema Venoso Superficial:

Veia cefálica e basílica pérvias, com calibre normal e compressibilidade normal.

Não há evidências de trombose venosa superficial.

IMPRESSÃO:

Ausência de sinais ecográficos de trombose venosa profunda ou superficial.

ULTRASSONOGRRAFIA COM DOPPLER DO SISTEMA VENOSO DO MEMBRO INFERIOR ???

INDICAÇÃO CLÍNICA:

Pesquisa de trombose venosa.

Controle de trombose venosa profunda (segmento não informado).

RESULTADO:

Sistema Venoso Profundo:

Veias femorais comum, superficial e profunda pérvias, com compressibilidade preservada e fluxo fásico aos movimentos respiratórios, sem evidência de refluxo patológico às manobras provocativas.

Veia poplítea pérvia, com compressibilidade preservada e fluxo fásico aos movimentos respiratórios, sem evidência de refluxo patológico às manobras provocativas.

Veias tibiais posteriores, tibiais anteriores e fibulares pérvias, com compressibilidade preservada e fluxo fásico aos movimentos respiratórios, sem evidência de refluxo patológico às manobras provocativas.

Veias gastrocnêmias e soleares pérvias, com compressibilidade preservada.

Sistema Venoso Superficial:

Safena magna pérvia, com compressibilidade e fluxo preservados, sem evidência de refluxo patológico às manobras provocativas.

Safena parva pérvia, com compressibilidade e fluxo preservados, sem evidência de refluxo patológico às manobras provocativas.

IMPRESSÃO:

Ausência de sinais ecográficos de trombose venosa profunda ou superficial.

ECODOPPLER DO SISTEMA VENOSO DOS MEMBROS INFERIORES COM MAPEAMENTO DE VARIZES

RESULTADO - MEMBRO INFERIOR ESQUERDO:

Sistema Venoso Profundo:

Veias femorais comum, superficial e profunda pérvias, sem evidência de refluxo patológico às manobras provocativas.

Veia poplíteia pérvia, sem evidência de refluxo patológico às manobras provocativas.

Veias tibiais posteriores, tibiais anteriores e fibulares pérvias, sem evidência de refluxo patológico às manobras provocativas.

Sistema Venoso Superficial:

Junção safeno-femoral **competente/incompetente**, medindo XX mm.

Safena magna identificada em todo o seu trajeto, com perviedade preservada, sem evidência de refluxo patológico às manobra provocativas. Diâmetros transversais:

- Coxa distal: XX mm
- Perna distal: XX mm

Safena parva com perviedade preservada, sem evidência de refluxo patológico às manobra provocativas. Diâmetros transversais:

- Cavo poplíteo: XX mm
- Perna distal: XX mm

Não são visualizadas perforantes insuficientes.

RESULTADO - MEMBRO INFERIOR DIREITO:

Sistema Venoso Profundo:

Veias femorais comum, superficial e profunda pérvias, sem evidência de refluxo patológico às manobras provocativas.

Veia poplíteia pérvia, sem evidência de refluxo patológico às manobras provocativas.

Veias tibiais posteriores, tibiais anteriores e fibulares pérvias, sem evidência de refluxo patológico às manobras provocativas.

Sistema Venoso Superficial:

Junção safeno-femoral **competente/incompetente**, medindo XX mm.

Safena magna identificada em todo o seu trajeto, com perviedade preservada, sem evidência de refluxo patológico às manobras provocativas. Diâmetros transversais:

- Coxa distal: XX mm
- Perna distal: XX mm

Safena parva com perviedade preservada, sem evidência de refluxo patológico às manobras provocativas. Diâmetros transversais:

- Cavo poplíteo: XX mm
- Perna distal: XX mm

Não são visualizadas perforantes insuficientes.

IMPRESSÃO:

Exame dentro dos parâmetros da normalidade.

***ECODOPPLER DO SISTEMA VENOSO DO MEMBRO INFERIOR
XXX COM MAPEAMENTO DE VARIZES*****RESULTADO:****Sistema Venoso Profundo:**

Veias femorais comum, superficial e profunda pérvias, sem evidência de refluxo patológico às manobras provocativas.

Veia poplítea pérvia, sem evidência de refluxo patológico às manobras provocativas.

Veias tibiais posteriores, tibiais anteriores e fibulares pérvias, sem evidência de refluxo patológico às manobras provocativas.

Sistema Venoso Superficial:

Junção safeno-femoral **competente/incompetente**, medindo XX mm.

Safena magna identificada em todo o seu trajeto, com perviedade preservada, sem evidência de refluxo patológico às manobras provocativas. Diâmetros transversais:

- Coxa distal: XX mm
- Perna distal: XX mm

Safena parva com perviedade preservada, sem evidência de refluxo patológico às manobras provocativas. Diâmetros transversais:

- Cavo poplíteo: XX mm
- Perna distal: XX mm

Não são visualizadas perfurantes insuficientes.

IMPRESSÃO:

Exame dentro dos parâmetros da normalidade.

Veia femoral comum pérvia, apresentando refluxo patológico às manobras provocativas.

Veias femorais superficial e profunda pérvias, sem evidência de refluxo patológico às manobras provocativas.

Safena magna identificada em todo o seu trajeto, com perviedade preservada, apresentando refluxo patológico às manobra provocativas no terço XX da XX. Demais segmentos com suficiência preservada.

Veias perfurantes insuficientes localizadas:

- na face medial/posterior da coxa, distando cerca de XX cm do joelho.
- na face medial/posterior da perna, distando cerca de XX cm da face plantar.

Veias varicosas superficiais em coxa e perna, mais proeminentes na face XX da XX.

Veia safena acessória **lateral/medial** insuficiente.

Veia femoral comum direita/esquerda insuficiente.

Junções safeno-femorais insuficientes, bilateralmente.

Junção safeno-femoral direita/esquerda insuficiente.

Veia safena magna **esquerda** insuficiente **em todo o seu trajeto/no terço proximal/médio/distal** da coxa e no terço **proximal/médio/distal** da perna.

Veia safena magna **direita** insuficiente **em todo o seu trajeto/no terço proximal/médio/distal** da coxa e no terço **proximal/médio/distal** da perna.

Veias perfurantes insuficientes em localizações anteriormente descritas.

Veias varicosas superficiais em membros inferiores, bilateralmente.

Veias varicosas superficiais no membro inferior esquerdo.

Veias varicosas superficiais no membro inferior direito.

Safena magna semi-compressível, com material hiperecogênico ocupando parcialmente sua luz, e apresentando refluxo patológico às manobras provocativas em todo o seu trajeto. Diâmetros transversais:

Trombose venosa superficial crônica da safena magna esquerda, com recanalização.

Veias analisadas com aspecto ultrassonográfico dentro dos limites da normalidade.

∴ Varizes superficiais em membros inferiores conforme ectoscopia.

**ULTRASSONOGRRAFIA COM DOPPLER DO SISTEMA
ARTERIAL DO MEMBRO INFERIOR ?????**

RESULTADO:

Artérias femorais comum, superficial e profunda pérvias, sem evidentes placas ateromatosas parietais, apresentando fluxo trifásico e normocinético.

Artéria poplítea pérvia, sem evidentes placas ateromatosas parietais, apresentando fluxo trifásico e normocinético.

Artérias tibial anterior, tibial posterior e fibular pérvias, sem evidentes placas ateromatosas parietais, apresentando fluxo trifásico e normocinético.

IMPRESSÃO:

Exame dentro dos limites da normalidade.

**ULTRASSONOGRRAFIA COM DOPPLER DO SISTEMA
ARTERIAL DO MEMBRO INFERIOR ????**

RESULTADO:

Diminutas placas ateromatosas parietais calcificadas esparsas nos segmentos avaliados.

Artérias femorais comum, superficial e profunda pérvias, apresentando fluxo trifásico e normocinético.

Artéria poplítea pérvia, apresentando fluxo trifásico e normocinético.

Artérias tibial anterior, tibial posterior e fibular pérvias, apresentando fluxo trifásico e normocinético.

IMPRESSÃO:

Leve acometimento aterosclerótico do sistema arterial do membro inferior direito, sem repercussão hemodinâmica significativa.

ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER DO SISTEMA ARTERIAL DO MEMBRO INFERIOR ????

RESULTADO:

Artéria femoral comum pérvia, com **leve/moderada/severa** ateromatose calcificada, apresentando fluxo **laminar/turbilhonado**, **trifásico/bifásico/monofásico** e **normocinético/hipercinético/hipocinético**.

Artéria femoral profunda pérvia, com **leve/moderada/severa** ateromatose calcificada, apresentando fluxo **laminar/turbilhonado**, **trifásico/bifásico/monofásico** e **normocinético/hipercinético/hipocinético**.

Artéria femoral superficial pérvia, com **leve/moderada/severa** ateromatose calcificada, apresentando fluxo **laminar/turbilhonado**, **trifásico/bifásico/monofásico** e **normocinético/hipercinético/hipocinético**.

Artéria poplítea pérvia, com **leve/moderada/severa** ateromatose calcificada, apresentando fluxo **laminar/turbilhonado**, **trifásico/bifásico/monofásico** e **normocinético/hipercinético/hipocinético**.

Artéria tibial anterior pérvia, com **leve/moderada/severa** ateromatose calcificada, apresentando fluxo **laminar/turbilhonado**, **trifásico/bifásico/monofásico** e **normocinético/hipercinético/hipocinético**.

Artéria tibial posterior pérvia, com **leve/moderada/severa** ateromatose calcificada, apresentando fluxo **laminar/turbilhonado**, **trifásico/bifásico/monofásico** e **normocinético/hipercinético/hipocinético**.

Artéria fibular pérvia, com **leve/moderada/severa** ateromatose calcificada, apresentando fluxo **laminar/turbilhonado**, **trifásico/bifásico/monofásico** e **normocinético/hipercinético/hipocinético**.

IMPRESSÃO:

Sistema arterial do membro inferior ??? com leve/moderado/severo acometimento aterosclerótico.

Artéria xx xx de calibre preservado, apresentando importante ateromatose parcialmente calcificada, causando estenose de cerca de xx% da luz do vaso ao modo B, notando-se fluxo xx, de padrão xxfásico, com xx de seus picos de velocidade sistólico.

Artéria tibial anterior de calibre preservado, apresentando importante ateromatose parcialmente calcificada, sem evidências de fluxo à análise ao modo Doppler.

Artéria tibial posterior de calibre preservado, apresentando importante ateromatose parcialmente calcificada, notando-se fluxo laminar, de padrão monofásico “*tardus parvus*”, com redução de seus picos de velocidade sistólico.

Artéria fibular de calibre preservado, apresentando moderada ateromatose parcialmente calcificada, notando-se fluxo laminar, de padrão monofásico “*tardus parvus*”, com redução de seus picos de velocidade sistólico.

Oclusão da artéria tibial anterior.

DOPPLER ARTERIAL MMII (oclusão):

Artéria femoral superficial de calibre preservado, apresentando moderada ateromatose parcialmente calcificada, notando-se fluxo laminar, de padrão monofásico, com redução de seus picos de velocidade sistólico em seu terço proximal.

Presença de material ecogênico no interior da artéria femoral superficial em seu terço médio e distal, associado a ausência de sinais de fluxo sanguíneo à análise ao modo

Oclusão da artéria femoral superficial em seu terço médio e distal.

ALTERAÇÃO:

Artéria femoral superficial de calibre preservado, apresentando material ecogênico em seu interior, notando-se fluxo laminar:

-de padrão monofásico, com redução de seus picos de velocidade sistólico em seu terço proximal.

-de padrão monofásico, com aumento de seus picos de velocidade sistólico em seu terço médio, inferindo estenose hemodinamicamente significativa.

-de padrão “*tardus parvus*”, com redução de seus picos de velocidade sistólico em seu terço distal

Artéria poplíteia de calibre preservado, apresentando leve ateromatose parcialmente calcificada, notando-se fluxo laminar, de padrão monofásico, com redução de seus picos de

Artéria tibial anterior de calibre preservado, apresentando leve ateromatose parcialmente calcificada, notando-se fluxo laminar, de padrão “*tardus parvus*”, com redução de seus picos de velocidade sistólico.

Artéria tibial posterior de calibre preservado, sem sinais de significativa ateromatose, notando-se fluxo laminar, de padrão monofásico, com velocidade dentro da normalidade.

Artéria fibular de calibre preservado, apresentando leve ateromatose parcialmente calcificada, notando-se fluxo laminar, de padrão “*tardus parvus*”, com redução de seus picos de velocidade sistólico.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA (Compatível com):

Estenose hemodinamicamente significativa ao nível do terço médio da artéria femoral superficial.

Doença arterial obstrutiva periférica.

ULTRASSONOGRRAFIA COM DOPPLER DO SISTEMA AORTO-ILÍACO

RESULTADO:

Foram avaliadas a aorta abdominal e as artérias ilíacas comuns e externas. Pequenas placas ateromatosas parietais calcificadas esparsas nos segmentos avaliados, sem estenoses significativas.

Aorta abdominal de diâmetro preservado em toda a sua extensão, com medidas a saber:

- ao nível da emergência das artérias renais: XX cm;
- ao nível da bifurcação: XX cm.

Artérias ilíacas comuns com trajeto habitual e calibre preservado, medindo XX cm a direita e XX cm a esquerda.

Artérias ilíacas externas com trajeto habitual e calibre preservado, medindo XX cm a direita e XX cm a esquerda.

Os vasos estudados apresentam padrão espectral e velocidades de pico sistólico normais ao estudo Doppler.

IMPRESSÃO:

Ateromatose aorto-ilíaca.

ULTRASSONOGRRAFIA COM DOPPLER DO SISTEMA AORTO-ILÍACO

RESULTADO:

Foram avaliadas a aorta abdominal e as artérias ilíacas comuns e externas (artérias ilíacas internas de avaliação prejudicada devido à interposição gasosa intestinal).

Placas ateromatosas parietais esparsas nos segmentos avaliados, sem estenoses significativas.

Aorta suprarrenal ectasiada, com calibre máximo de cerca de 3,0 cm.

Aorta infrarrenal apresentando dilatação fusiforme em sua porção distal, com 3,5 cm de diâmetro máximo, 4,6 cm de extensão, e com placas parietais parcialmente calcificadas, medindo até 0,7 cm de espessura.

Aorta com calibre de 3,0 cm ao nível de sua bifurcação.

Artérias ilíacas comuns com trajeto habitual, apresentando-se levemente ectasiadas, com calibre de 1,9 cm a direita e 1,6 cm a esquerda.

Artérias ilíacas externas com trajeto habitual e calibre preservado, medindo 1,2 cm a direita e 1,3 cm a esquerda.

Os vasos estudados apresentam padrão espectral e velocidades de pico sistólico normais ao estudo Doppler.

IMPRESSÃO:

Ateromatose aorto-ilíaca.

Aorta ectasiada e ateromatosa, com dilatação aneurismática fusiforme em seu segmento infrarrenal, conforme descrito.

Ectasia das artérias ilíacas comuns, bilateralmente.

ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER DO SISTEMA AORTO-ILÍACO

RESULTADO:

Foram avaliadas a aorta abdominal e as artérias ilíacas comuns e externas (artérias ilíacas internas de avaliação prejudicada devido à interposição gasosa intestinal).

Placas ateromatosas parietais esparsas nos segmentos avaliados.

Aorta abdominal de diâmetro preservado em toda a sua extensão, com medidas a saber:

- segmento suprarrenal: 1,4 cm;
- segmento infrarrenal: 1,4 cm;
- ao nível da bifurcação: 1,1 cm.

Ao estudo Doppler, a aorta abdominal apresenta-se com padrão espectral e velocidade de pico sistólico normais.

Artéria ilíaca comum direita com trajeto habitual e calibre preservado, medindo 0,8 cm. Ao estudo Doppler apresenta fluxo trifásico, porém com aumento da velocidade de pico sistólico, sugerindo estenose de 50-70% do diâmetro transversal luminal.

Artéria ilíaca comum esquerda com trajeto habitual e calibre preservado, medindo 0,8 cm. Ao estudo Doppler apresenta fluxo com padrão espectral e velocidade de pico sistólico normais.

Artéria ilíaca externa direita com trajeto habitual e calibre preservado, medindo 0,9 cm. Ao estudo Doppler apresenta fluxo trifásico, porém com aumento da velocidade de pico sistólico, sugerindo estenose de 50-70% do diâmetro transversal luminal.

Artéria ilíaca externa esquerda com trajeto habitual e calibre preservado, medindo 0,9 cm. Ao estudo Doppler apresenta fluxo com padrão espectral e velocidade de pico sistólico normais.

IMPRESSÃO:

Ateromatose aorto-ilíaca, destacando-se estenoses hemodinamicamente significativas de 50-70% nas artérias ilíacas comum e externa à direita.

Velocidades da aorta abdominal e principais ramos em cm/s com morfologia das curvas de velocidades

Artéria	Velocidade Sistólica	Velocidade Diastólica Final	Morfologia
Aorta Supra Renal	50 - 80	0 - 10	Bifásica
Aorta Intra Renal	50 - 100	0	Trifásica
Mesentérica Superior pré pran.	80 - 200	Pré Prandial - 0	Trifásica
Mesentérica Superior pós pran.	100 - 250	Pós Prandial - Até 50	Bifásica
Tronco Celíaco	80 - 180	10 - 40	Bifásica
Renais	100 - 180	5 - 40	Bifásica
Art. Renais Corticais	30 - 40	5 - 20	Bifásica

OBS.: Para a quantificação de lesões estenosantes de AMS. e TC., velocidades diastólicas finais maiores de 50 cm/s, curvas monofásicas ou turbulentas indicam estenoses maiores de 60%. Para as artérias renais o índice aorto (IAR) renal deve ser usado para avaliar estas lesões

Velocidade máxima das artérias dos membros inferiores expressas em cm/s e Khz

Artéria	Vel. Pico Sistólico cm/s	Vel. Pico Diastólico	Sístole (Khz)
Íliaca Comum	100 - 160		
Íliaca Externa	100 - 150	0	< 5
Femoral Comum	100 - 140	0	< 5
Femoral Superficial Proximal	90 - 130	0	< 5
Femoral Superficial Adutores	80 - 120	0	< 4
Femoral Profunda	70 - 110	0 - 10	< 4
Poplítea	60 - 100	0	< 3
Tibiais Anterior, Posterior e Fibular	40 - 80	0	< 3

Diâmetro máximo de artérias e veias em adultos

Artérias	Diâmetro (mm)
Aorta Ascendente	28
Arco Aórtico	28
Aorta Descendente proximal	23
Aorta Abdominal (AA)	20 (15 - 20)
Carótida Comum (CC)	10
Carótida Interna pós bulbar (CI)	05
Subclávia (SC)	08
Íliacas (IC- IE- II)	15 - 13 - 10
Mesentérica Sup	08 (5 - 8)
Artéria Renal (AR)	08
Artéria Femoral Comum (FC)	12 (8 - 12)
Artéria Femoral Superficial (FS)	10
Artéria Femoral Profunda (A FP)	05 (4 - 8)
Tibial Posterior (TP)	05
Artéria Poplítea (POPL)	07
Artéria Branquial (B)	08
Tronco Bráquio Cefálico (TBC)	12
Artéria Vertebral (A Vert.)	05
Tronco Celíaco (TC)	05
Parede da Aorta Abdominal	04
Artéria Femoral Profunda (A FP)	05

ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELAR

RESULTADO:

Parênquima cerebral com textura e ecogenicidade habituais.

Eco da linha média centrado.

Ventrículos laterais e III ventrículo apresentando forma, tamanho e ecogenicidade habitual.

Regiões talâmicas apresentando aspecto ecográfico característico, com ecogenicidade e ecotextura preservadas.

Fossa posterior com IV ventrículo e cerebelo de apresentação habitual.

IMPRESSÃO:

Exame dentro dos limites da normalidade.

ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL PARA PESQUISA DE ENDOMETRIOSE PROFUNDA

- 1 - Exame realizado por via transvaginal após preparo intestinal.
- 2 - Bexiga com conteúdo apropriado para o exame, com paredes lisas e regulares.
Uretra retilínea.
- 3 - Canal vaginal com eco central normorefringente.
- 4 - Recesso vésico-uterino de aspecto ecográfico preservado. Ausência de lesões focais.
- 5 - Útero em A/M/R.V.F., medindo _ x _ x _ mm, volume de _ ml, de contornos regulares e mobilidade preservada.
- 6 - O miométrio apresenta estratificação preservada e ecotextura homogênea.
- 7 - Eco endometrial regular, medindo _ mm de espessura.
- 8 - Colo uterino medianizado com forma normal. Canal endocervical sem alterações ecográficas.
- 9 - Ovário direito para-uterino, com mobilidade preservada, forma típica, de contornos bem definidos e ecotextura homogênea, medindo _ x _ x _ mm, volume de _ ml (valor de referência: 3 a 9 ml).
- 10 - Ovário esquerdo para-uterino, com mobilidade preservada, forma típica, de contornos bem definidos e ecotextura homogênea, medindo _ x _ x _ mm, volume de _ ml (valor de referência: 3 a 9 ml).
- 11 - Recesso reto - uterino de aspecto ecográfico preservado. Ausência de lesões focais.
- 12- Fundo de saco de Douglas livre.

Opinião:

Não foram evidenciados focos de endometriose profunda no presente exame.

ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL PARA PESQUISA DE ENDOMETRIOSE PROFUNDA

Exame realizado por via transvaginal após preparo intestinal.

Bexiga com conteúdo apropriado para o exame, com paredes lisas e regulares.

Uretra retilínea.

Canal vaginal com eco central normorefringente (avaliação complementada após introdução de gel vaginal).

Recesso vésico-uterino de aspecto ecográfico preservado. Ausência de lesões focais.

Útero em M.V.F., medindo 66 x 38 x 29 mm, volume de 37 ml, de contornos regulares e **mobilidade reduzida**.

O miométrio apresenta estratificação preservada e ecotextura homogênea.

Eco endometrial regular, medindo 2,2 mm de espessura.

Colo uterino medianizado com forma normal. Canal endocervical sem alterações ecográficas.

Ovário direito para-uterino, **com mobilidade reduzida**, forma típica, de contornos bem definidos e ecotextura homogênea, medindo 26 x 13 x 21 mm, volume de 3,7 ml (valor de referência: 3 a 9 ml).

Imagem hipoecogênica com pontos hiperecogênicos na parede anterior do retossigmóide, com provável acometimento de ligamentos úterossacros, aparentemente aderida ao ovário direito e estruturas adjacentes, medindo 10 x 4 x 6 mm, distando aproximadamente 9/10 cm da borda anal e infiltrando a camada externa da muscular própria.

Ovário esquerdo retro-uterino, **com mobilidade reduzida**, forma típica, de contornos bem definidos e ecotextura homogênea, medindo 24 x 17 x 26 mm, volume de 5,8 ml (valor de referência: 3 a 9 ml).

Recesso reto - vaginal de aspecto ecográfico preservado. Ausência de lesões focais.

Imagem hipoecóica, "em manto", em região retrocervical distando aproximadamente 9 cm da borda anal, e limitando mobilidade uterina.

Opinião:

Provável endometriose profunda em regiões retrocervical, retossigmóide, ovário direito e ligamentos úterossacros associada à mobilidade reduzida de útero e ovários.

Em correlação com ultrassonografia prévia datada de 02/09/2016 houve redução do tamanho da imagem descrita em região de retossigmóide.

ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER

Útero gravídico contendo saco gestacional normo-implantado contendo feto único em situação longitudinal e apresentação cefálica, com dorso à direita.

Movimentação fetal ativa.

BCF presente (131 bpm).

Placenta implantada em parede lateral esquerda, grau 2 de Grannum, com espessura média de 35 mm.

ILA medindo: 12,1 cm. Líquido amniótico de volume normal.

Biometria Fetal:

D.B.P.:89 mm. D.O.F.: 113 mm. F: 69 mm. PC: 327mm. CA: 313 mm.

Peso fetal estimado: 2708 gramas (+/-10%).

Índice cefálico: 83 (normal: 70 a 86).

Relação CC/CA: 1,04 (normal: 0,98 a 1,2).

Relação CF/CA: 22 (normal: 20 a 24).

À avaliação do aparelho urinário fetal observa-se dilatação pielocalicial e ureteral à esquerda e rim direito de aspecto habitual.

Medida da pelve renal esquerda (ântero-posterior): 14,3 mm (valor de referência: até 10 mm).

Ao estudo Doppler observam-se:

Artéria umbilical: IR = 0,60 / IP = 0,87

Artéria cerebral média: IR = 0,78 / IP = 1,67

Índice de resistência da artéria uterina direita: 0,37.

Índice de resistência da artéria uterina esquerda: 0,43.

Índice de pulsatilidade da artéria uterina direita: 0,61.

Índice de pulsatilidade da artéria uterina esquerda: 0,50.

IP médio das artérias uterinas: 0,55 (percentil 16 para a idade gestacional).

Pico de velocidade sistólica da artéria cerebral média: 41,5 cm/s (corresponde a 0,77 múltiplos da mediana).

Valor de referência de pico de velocidade sistólica da artéria cerebral média para a idade gestacional: 53,52 cm/s.

Opinião:

Biometria fetal concordante com idade gestacional por ultrassonografia realizada no primeiro trimestre com 35 semanas e 6 dias de evolução (+/- 2 semanas).

Crescimento fetal em correlação com ultrassonografia realizada no primeiro trimestre no percentil 42 para o peso.

À avaliação do aparelho urinário fetal observa-se dilatação pielocalicial e ureteral à esquerda. A critério clínico realizar controle ultrassonográfico evolutivo dentro de 15 dias.

IP médio das artérias uterinas abaixo do percentil 95 para a idade gestacional.

Fluxo feto-placentário normal com artérias umbilicais apresentando índices de resistência e pulsatilidade normais.

Não há sinais de centralização.

Pico de velocidade sistólica da artéria cerebral média dentro da normalidade para a idade gestacional.

ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA GEMELAR – 205

1. Exame realizado por via supra-púbica.
2. Útero gravídico contendo gestação gemelar, aparentemente monocoriônica/dicoriônica e monoamniótica/diamniótica, com fetos em situação e apresentação variáveis.
3. Útero gravídico contendo gestação gemelar, aparentemente monocoriônica/dicoriônica e monoamniótica/diamniótica, com feto A à direita/esquerda do abdômen materno, em situação longitudinal, apresentação cefálica/pélvica, com dorso anterior/posterior e feto B à direita/esquerda do abdômen materno, em situação longitudinal, apresentação cefálica/pélvica, com dorso anterior/posterior.
5. Útero gravídico, aumentado de volume, de contornos regulares e textura homogênea, contendo saco gestacional normalmente implantado, de paredes íntegras, medindo mm de diâmetro médio.
6. Observam-se embriões com movimentos ativos e batimentos cardíacos presentes.
7. Movimentos fetais ativos.
8. BCF presente (bpm) no feto A e BCF presente (bpm) no feto B.
9. Placenta implantada em parede , grau de Grannum, com espessura média de mm no saco gestacional 1 e placenta implantada em parede , grau de Grannum, com espessura média de mm, no saco gestacional 2.
Medida do maior bolsão de líquido amniótico no saco gestacional 1 (feto A): mm.
Medida do maior bolsão de líquido amniótico no saco gestacional 2 (feto B): mm.
10. Líquido amniótico de volume normal em ambos os sacos gestacionais.
11. Colo uterino de aspecto anatômico.
 - 11.1. Regiões anexiais sem particularidades.
12. Biometria do feto A:

D.B.P.: mm.
D.O.F.: mm.
Fêmur: mm.
Úmero: mm.
Perímetro cefálico: mm.
Circunferência abdominal: mm.
Peso fetal estimado: gramas (+/-10%).
Índice cefálico: (normal: 70 a 86).
Relação CC/CA: (normal: 0,98 a 1,2).
Relação CF/CA: (normal: 20 a 24).
13. Comprimento cabeça-nádegas mede mm.

14. Translucência nucal medindo _ mm (Normal < 2,5 mm).
15. Osso nasal presente.

Biometria do feto B:

D.B.P.: _ mm.
D.O.F.: _ mm.
Fêmur: _ mm.
Úmero: _ mm.

Perímetro cefálico: _ mm.
Circunferência abdominal: _ mm.
Peso fetal estimado: _ gramas (+/-10%).
Índice cefálico: _ (normal: 70 a 86).
Relação CC/CA: _ (normal: 0,98 a 1,2).
Relação CF/CA: _ (normal: 20 a 24).

17. Comprimento cabeça-nádegas mede _ mm.
18. Translucência nucal medindo _ mm (Normal < 2,5 mm).
19. Osso nasal presente.

Opinião:

21. Gestação gemelar, aparentemente mono/diamniótica e mono/dicoriônica (de acordo com ultrassonografia realizada no primeiro trimestre), com biometria do feto A compatível com gestação de _ semanas e _ dias de evolução (+/- _ dias) e biometria do feto B com _ semanas e _ dias de evolução (+/- _ dias).
22. Idade gestacional pela DUM () / por ultrassonografia prévia datada de _ com _ semanas de evolução.
23. Correlacionar com ultrassonografias anteriores para melhor avaliação da idade gestacional.
24. Não dispomos de exames anteriores para melhor avaliação da idade gestacional, bem como do crescimento fetal.
25. Crescimento de ambos os fetos adequados para a idade gestacional (em correlação com ultrassonografia prévia), percentil _ para o feto A e percentil _ para o feto B para os pesos.
26. Líquido amniótico de volume normal em ambos os sacos gestacionais.

Obs.: A corionicidade pode ser determinada com acurácia por meio da ultrassonografia no primeiro trimestre da gestação.

ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA GEMELAR COM DOPPLER – 215

1. Exame realizado por via supra-púbica.
2. Útero gravídico contendo gestação gemelar, aparentemente monocoriônica/dicoriônica e monoamniótica/diamniótica, com fetos em situação e apresentação variáveis.
3. Útero gravídico contendo gestação gemelar, aparentemente monocoriônica/dicoriônica e monoamniótica/diamniótica, com feto A em saco gestacional 1, à direita/esquerda do abdômen materno, em situação longitudinal, apresentação cefálica/pélvica, com dorso anterior/posterior e feto B em saco gestacional 2, à direita/esquerda do abdômen materno, em situação longitudinal, apresentação cefálica/pélvica, com dorso anterior/posterior.
5. Útero gravídico, aumentado de volume, de contornos regulares e textura homogênea, contendo saco gestacional normalmente implantado, de paredes íntegras, medindo _ mm de diâmetro médio.
6. Observam-se embriões com movimentos ativos e batimentos cardíacos presentes.
7. Movimentos fetais ativos.
8. BCF presente (_ bpm) no feto A e BCF presente (_ bpm) no feto B.
9. Placenta implantada em parede _, grau _ de Grannum, com espessura média de _ mm em saco gestacional 1 e placenta implantada em parede _, grau _ de Grannum, com espessura média de _ mm em saco gestacional 2.
Medida do maior bolsão de líquido amniótico no saco gestacional 1: _ mm.
Medida do maior bolsão de líquido amniótico no saco gestacional 2: _ mm.
10. Líquido amniótico de volume normal em ambos os sacos gestacionais.
11. Colo uterino de aspecto anatômico.

12. Biometria do feto A:

- D.B.P.: _ mm.
D.O.F.: _ mm.
Fêmur: _ mm.
Úmero: _ mm.
Perímetro cefálico: _ mm.
Circunferência abdominal: _ mm.
Peso fetal estimado: _ gramas (+/-10%).
Índice cefálico: _ (normal: 70 a 86).
Relação CC/CA: _ (normal: 0,98 a 1,2).
Relação CF/CA: _ (normal: 20 a 24).
Crescimento fetal em correlação com ultrassonografia prévia no percentil _ para o peso.

16. Ao estudo Doppler do feto A observam-se:

17. Índice de resistência da artéria cerebral média: _.
18. Índice de resistência da artéria umbilical: _.
21. Índice de pulsatilidade da artéria cerebral média: _.
22. Índice de pulsatilidade da artéria umbilical: _.

Biometria do feto B:

- D.B.P.: _ mm.

D.O.F.: _ mm.
Fêmur: _ mm.
Úmero: _ mm.
Perímetro cefálico: _ mm.
Circunferência abdominal: _ mm.
Peso fetal estimado: _ gramas (+/-10%).
Índice cefálico: _ (normal: 70 a 86).
Relação CC/CA: _ normal: 0,98 a 1,2).
Relação CF/CA: _ (normal: 20 a 24).
Crescimento fetal em correlação com ultrassonografia prévia no percentil _ para o peso.

Ao estudo Doppler do feto B observam-se:

Índice de resistência da artéria cerebral média: _.
Índice de resistência da artéria umbilical: _.
Índice de pulsatilidade da artéria cerebral média: _.
Índice de pulsatilidade da artéria umbilical: _.

Ao estudo Doppler das artérias uterinas observam-se:

Índice de resistência da artéria uterina direita: _.
Índice de resistência da artéria uterina esquerda: _.
Índice de pulsatilidade da artéria uterina direita: _.
Índice de pulsatilidade da artéria uterina esquerda: _.
Índice de pulsatilidade (IP) médio das artérias uterinas: _ (abaixo do percentil 95 para a idade gestacional).

Opinião:

21. Gestação gemelar, aparentemente mono/dicoriônica e mono/diamniótica (de acordo com ultrassonografia realizada no primeiro trimestre), com biometria do feto A compatível com gestação de _ semanas e _ dias de evolução (+/- _ dias) e biometria do feto B com _ semanas e _ dias de evolução (+/- _ dias).
22. Idade gestacional pela DUM () / por ultrassonografia prévia datada de _ com _ semanas de evolução.
23. Correlacionar com ultrassonografias anteriores para melhor avaliação da idade gestacional.
24. Não dispomos de exames anteriores, correlacionar com ultrassonografias prévias para melhor avaliação da idade gestacional.
25. Crescimento de ambos os fetos adequados para a idade gestacional (em correlação com ultrassonografia prévia), percentil _ para o feto A e percentil _ para o feto B para os pesos.
28. Normodramnia em ambos os sacos gestacionais.
29. Fluxo em artérias uterinas direita e esquerda apresentando índices de resistência e pulsatilidade normais.
- 29.1. IP médio das artérias uterinas abaixo do percentil 95 para a idade gestacional.
30. Presença de incisura protodiastólica em artérias uterinas direita e esquerda, fisiológico para idade gestacional.
31. Fluxo feto-placentário normal com artérias umbilicais apresentando índices de resistência e pulsatilidade normais em fetos A e B.
32. Não há sinais de centralização nos fetos A e B.

ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA DE PRIMEIRO TRIMESTRE GEMELAR COM DOPPLER – 216

1. Exame realizado por via supra-púbica.
2. Útero gravídico contendo gestação gemelar, aparentemente monocoriônica/dicoriônica e monoamniótica/diamniótica, apresentando sacos gestacionais normo-implantados, com feto A à direita/esquerda do abdômen materno e feto B à direita/esquerda do abdômen materno, ambos em situação e apresentação variáveis.
 - 2.1. Útero gravídico contendo gestação gemelar, aparentemente monocoriônica/dicoriônica e monoamniótica/diamniótica, apresentando dois sacos gestacionais normo-implantados, com feto A à direita/esquerda do abdômen materno, em situação longitudinal, apresentação cefálica/pélvica, com dorso anterior/posterior e feto B à direita/esquerda do abdômen materno, em situação longitudinal, apresentação cefálica/pélvica, com dorso anterior/posterior.
3. Movimentos fetais ativos.
4. Placentas implantadas em parede __, grau 0 de Grannum em ambos os sacos gestacionais.
5. Líquido amniótico de volume normal em ambos os sacos gestacionais (análise subjetiva).
6. Colo uterino fechado.
7. Regiões anexiais sem particularidades.

8. Anatomia do feto A:

Crânio de formato ovalado, calota craniana visualizada, com contornos definidos e regulares. Foixe cerebral sem desvio da linha média e plexos coróides presentes e simétricos.

Visualizadas 4 câmaras cardíacas.

Cordão umbilical de aspecto e inserção habituais.

Imagem gástrica presente, bem localizada.

Bexiga visualizada com dimensões habituais.

Membros de aspecto habitual.

Oso nasal presente com aspecto ecográfico habitual.

Translucência interna com aspecto ecográfico habitual.

9. Translucência nucal mede __ mm de espessura (abaixo do percentil 95 para idade gestacional).

10. BCF presente (__ bpm).

11. Comprimento cabeça-nádegas mede __ mm.

12. Ao estudo Doppler do feto A:

O estudo Doppler do ducto venoso apresenta padrões morfológicos habituais (onda a positiva).

O estudo Doppler da regurgitação da válvula tricúspide apresenta padrões morfológicos habituais.

Cálculo do risco de trissomia do 21 do feto A:

Risco basal (idade materna): 1 em _.

Risco corrigido pós-teste (idade materna + translucência nucal): 1 em _.

Cálculo do risco de trissomia do 18 do feto A:

Risco basal (idade materna): 1 em _.

Risco corrigido pós-teste (idade materna + translucência nucal): 1 em _.

Cálculo do risco de trissomia do 13 do feto A:

Risco basal (idade materna): 1 em _.

Risco corrigido pós-teste (idade materna + translucência nucal): 1 em _.

13. Anatomia do feto B:

Crânio de formato ovalado, calota craniana visualizada, com contornos definidos e regulares. Foixe cerebral sem desvio da linha média e plexos coróides presentes e simétricos.

Visualizadas 4 câmaras cardíacas.

Cordão umbilical de aspecto e inserção habituais.

Imagem gástrica presente, bem localizada.

Bexiga visualizada com dimensões habituais.

Membros de aspecto habitual.

Osso nasal presente com aspecto ecográfico habitual.

Translucência interna com aspecto ecográfico habitual.

14. Translucência nucal mede _ mm de espessura (abaixo do percentil 95 para idade gestacional).

15. BCF presente (_ bpm).

16. Comprimento cabeça-nádegas mede _ mm.

17. Ao estudo Doppler do feto B:

O estudo Doppler do ducto venoso apresenta padrões morfológicos habituais (onda a positiva).

O estudo Doppler da regurgitação da válvula tricúspide apresenta padrões morfológicos habituais.

Cálculo do risco de trissomia do 21 do feto B:

Risco basal (idade materna): 1 em __.

Risco corrigido pós-teste (idade materna + translucência nucal): 1 em __.

Cálculo do risco de trissomia do 18 do feto B:

Risco basal (idade materna): 1 em __.

Risco corrigido pós-teste (idade materna + translucência nucal): 1 em __.

Cálculo do risco de trissomia do 13 do feto B:

Risco basal (idade materna): 1 em __.

Risco corrigido pós-teste (idade materna + translucência nucal): 1 em __.

18. Ao estudo Doppler das artérias uterinas:

Índice de resistência da artéria uterina direita: __.

Índice de resistência da artéria uterina esquerda: __.

Índice de pulsatilidade da artéria uterina direita: __.

Índice de pulsatilidade da artéria uterina esquerda: __.

Presença de incisura protodiastólica bilateralmente em artérias uterinas.

Índice de pulsatilidade (IP) médio das artérias uterinas: __ (abaixo do percentil 95 para a idade gestacional).

Opinião:

19. Gestação gemelar, aparentemente mono/diamniótica e mono/dicoriônica, com

biometria do feto A compatível com gestação de __ semanas e __ dias de evolução (+/-

__ dias) e biometria do feto B com __ semanas e __ dias de evolução (+/- __ dias).

20. Idade gestacional por ultrassonografia prévia datada de __ com __ semanas e __ dias de evolução.

21. Normodramnia em ambos os sacos gestacionais.

22. Anatomia dos fetos A e B de aspecto habitual.

23. Avaliação Doppler do ducto venoso e regurgitação tricúspide dentro dos padrões

habituais para os fetos A e B.

24. IP médio das artérias uterinas abaixo do percentil 95 para a idade gestacional (baixo risco de doença hipertensiva específica da gestação).

Obs.: A avaliação do risco de doença hipertensiva específica da gestação pode ser

melhor individualizada através do site da Fetal Medicine Foundation (<https://fetalmedicine.org/calculator/preeclampsia>).

ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA GEMELAR TRANSVAGINAL – 214

1. Exame realizado por via transvaginal / vias transvaginal e supra-púbica.
2. Útero gravídico, aumentado de volume, de contornos regulares e textura homogênea, contendo gestação gemelar, aparentemente dicoriônica e diamniótica, contendo dois sacos gestacionais normalmente implantados e de parede íntegras.
3. Útero gravídico, aumentado de volume, de contornos regulares e textura homogênea, contendo gestação gemelar, aparentemente dicoriônica e diamniótica, contendo sacos gestacionais normalmente implantados e de parede íntegras, com diâmetros médios de _ no saco gestacional 1 e _ no saco gestacional 2.
4. Observam-se dois embriões com movimentos ativos e batimentos cardíacos presentes.
6. Córion frondoso tópico em sacos gestacionais 1 e 2.
7. Líquido amniótico de aspecto habitual em ambos os sacos gestacionais.
8. Colo uterino de aspecto anatômico.
9. Ovário direito medindo _ x _ x _ mm (Volume de _ ml) de aspecto anatômico.
10. Ovário esquerdo medindo _ x _ x _ mm (Volume de _ ml) de aspecto anatômico.

12. Biometria do embrião A:

Comprimento cabeça-nádegas mede: _ mm.

Vesícula vitelínica de aspecto habitual, medindo _ mm.

BCE presente (_ bpm), fisiológico para a idade gestacional.

Biometria do embrião B:

Comprimento cabeça-nádegas mede: _ mm.

Vesícula vitelínica de aspecto habitual, medindo _ mm.

BCE presente (_ bpm), fisiológico para a idade gestacional.

Opinião:

21. Gestação gemelar, aparentemente mono/dicoriônica e mono/diamniótica, com biometrias dos fetos A e B compatíveis com gestação de _ semanas e _ dias de evolução (+/- _ dias).