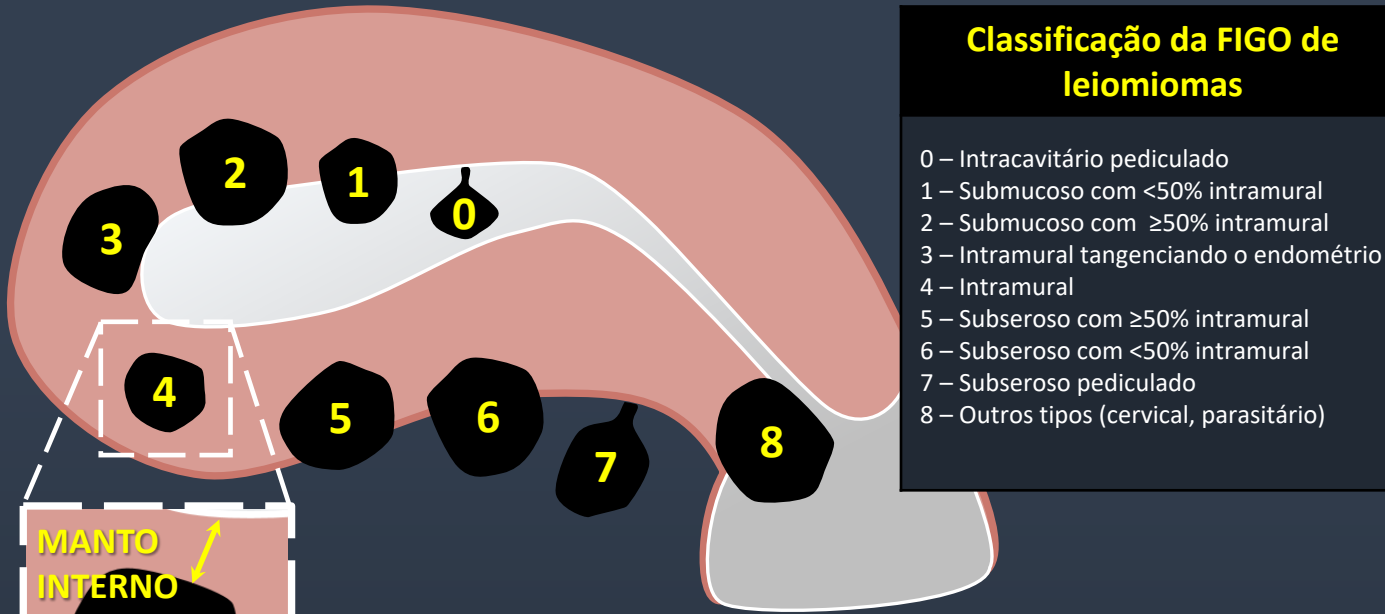


LEIOMIOMAS



Classificação da FIGO de leiomiomas

- 0 – Intracavitário pediculado
- 1 – Submucoso com <50% intramural
- 2 – Submucoso com ≥50% intramural
- 3 – Intramural tangenciando o endométrio
- 4 – Intramural
- 5 – Subseroso com ≥50% intramural
- 6 – Subseroso com <50% intramural
- 7 – Subseroso pediculado
- 8 – Outros tipos (cervical, parasitário)

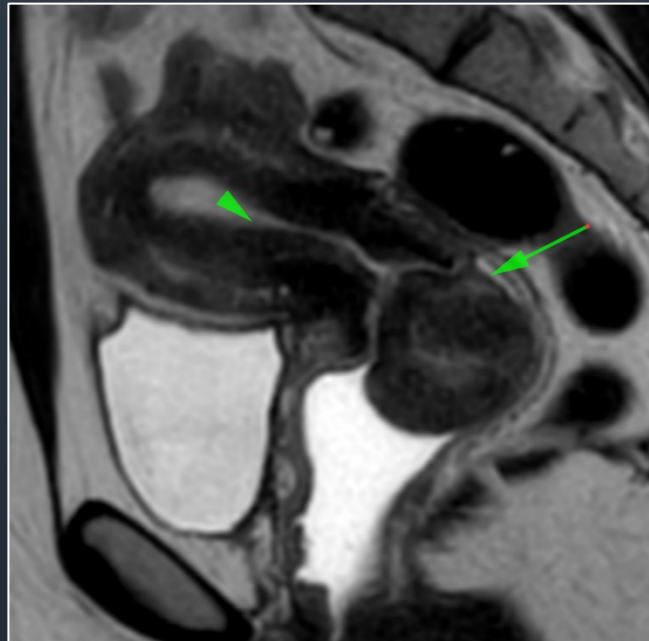
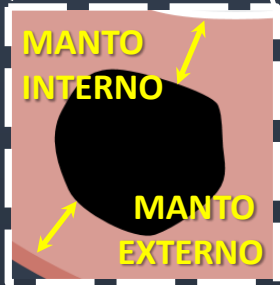


Figura 1. Leiomioma parido. Imagem sagital ponderada em T2 evidencia um nódulo com hipossinal ocupando o terço superior da vagina (seta), com base de implantação na região corporal anterior da cavidade endometrial (cabeça de seta), compatível com leiomioma parido.

Degenerações miomatosas e variantes histológicas

	T2	T1 Gad -	T1 Gad +	DWI	ADC
Não degenerado					
Degeneração hialina					
Degeneração cística					
Degeneração vermelha					
Leiomiossarcoma					

Dados essenciais para o relatório radiológico

- Localização e classificação.
- Dimensões do mioma e do pedículo (caso haja)
- Manto interno (para miomas intramurais e subserosos) e externo (para miomas intramurais)
- Sinais de degeneração ou de malignidade (contornos irregulares, acentuada restrição à difusão, sinais de malignidade extra-uterina)
- Em casos de planejamento cirúrgico, é importante relatar a vascularização do mioma (pré-embolização) e porcentagem de liquefação em relação ao volume total da lesão (pós-embolização)

ISTMOCELE

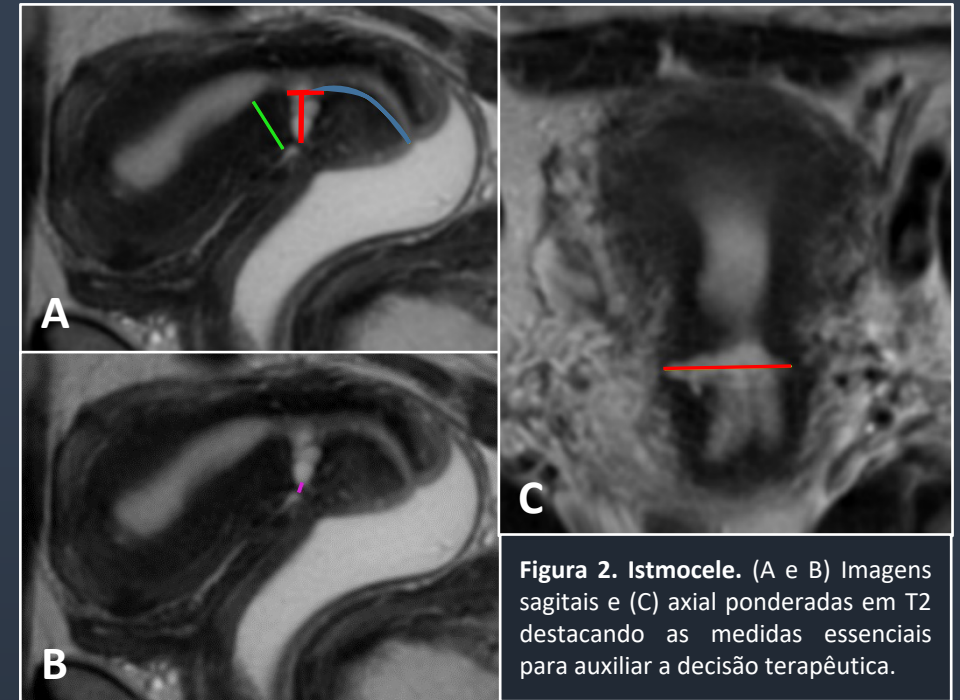
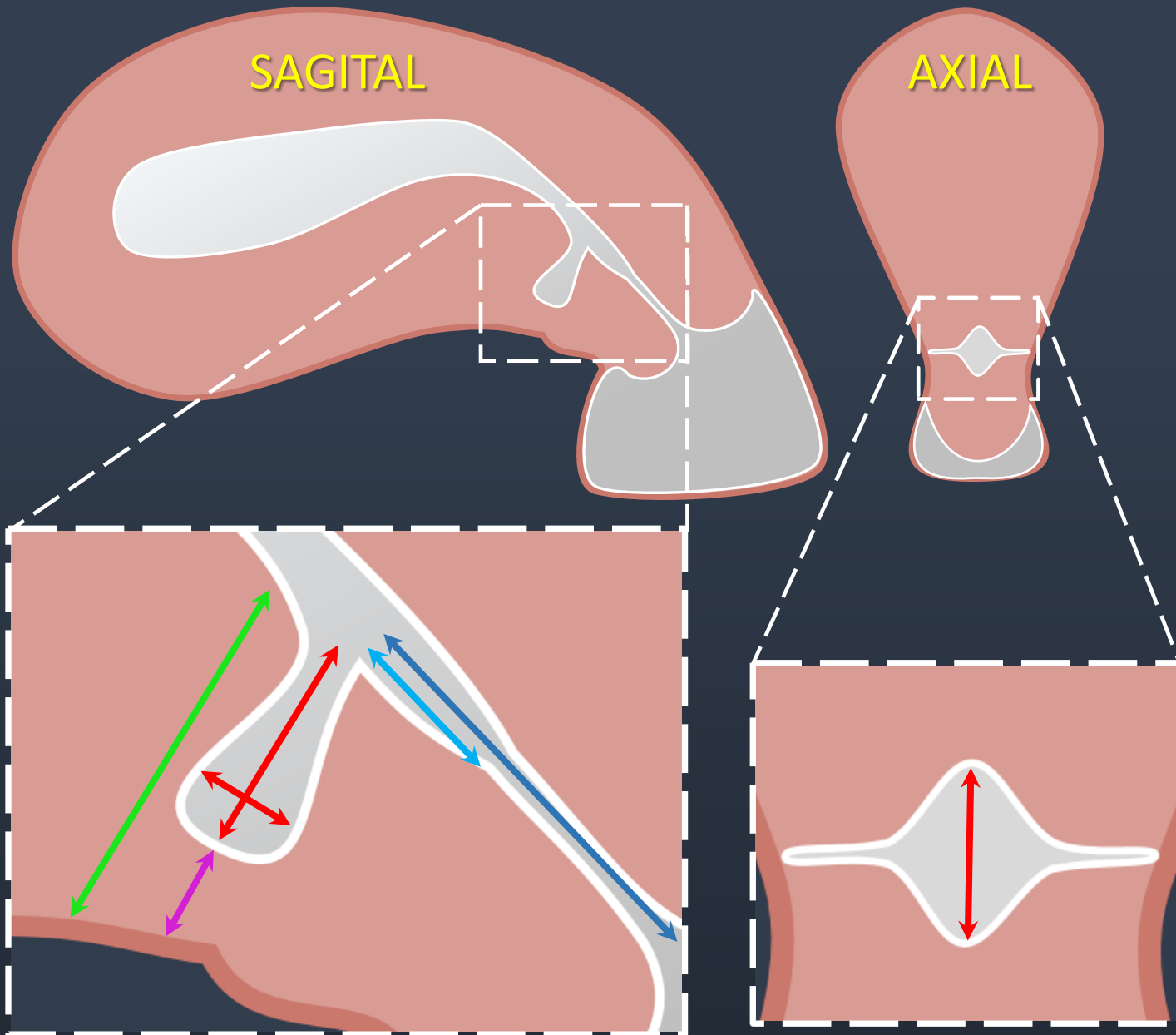


Figura 2. Istmocele. (A e B) Imagens sagitais e (C) axial ponderadas em T2 destacando as medidas essenciais para auxiliar a decisão terapêutica.

Dados essenciais para o relatório radiológico

- Istmoceles pequenas são frequentemente assintomáticas, não exigindo grande detalhamento.
- Conteúdo da istmocele: causa de sangramento uterino anormal pós-menstruação nos casos em que há conteúdo hemático coletado.
- Em casos de istmoceles maiores e em pacientes sintomáticas, algumas informações são essenciais para a decisão terapêutica e planejamento cirúrgico, como a mensuração da istmocele nos três eixos; espessura do miométrio adjacente e do miométrio residual; conteúdo da istmocele (ex. hemático) e distância da istmocele aos orifícios interno e externo do colo uterino

ADENOMIOSE

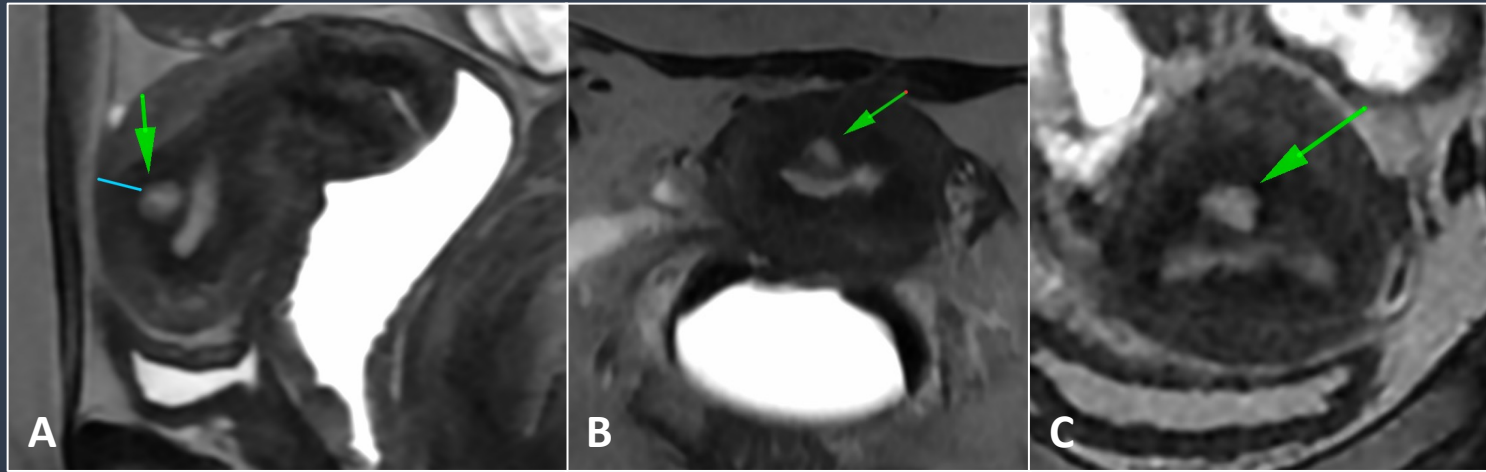


Figura 3. Adenomiase focal. (A) Imagens sagital, (B) axial e (C) coronal ponderadas em T2 evidenciam espessamento focal da zona de transição na parede corporal posterior, ainda com sinal homogêneo, com um cisto subendometrial de permeio (setas). Destaca-se ainda a distância mínima da formação cística à serosa uterina (traço em A).

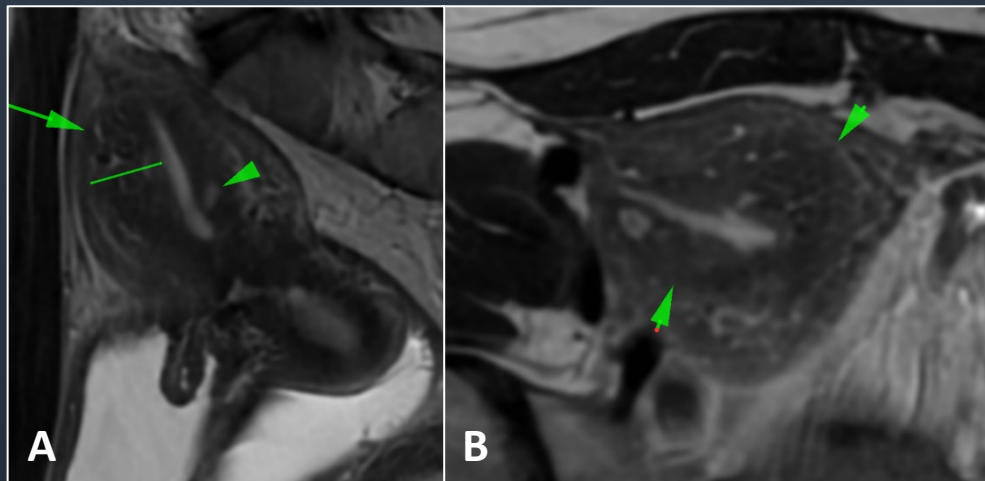


Figura 4. Adenomiase difusa. (A) Imagens sagital e (B) axial ponderadas em T2 evidenciam espessamento e heterogeneidade difusa da zona de transição (setas), com um diminuto cisto subendometrial (cabeça de seta). Destaca-se a espessura máxima da zona de transição (traço em A), dado importante a ser contemplado no relatório.

Dados essenciais para o relatório radiológico

- Espessura da zona juncional.
- Se focal (acometimento de uma única parede) ou difusa (acometimento de mais de uma parede).
- Se interna (medir o manto externo) ou externa (medir o manto interno).
- Espessura máxima da infiltração miometrial (<1/3; entre 1/3 e 2/3; > 2/3).
- Presença e conteúdo dos cistos subendometriais (simples ou hemáticos)

CAVIDADE ENDOMETRIAL

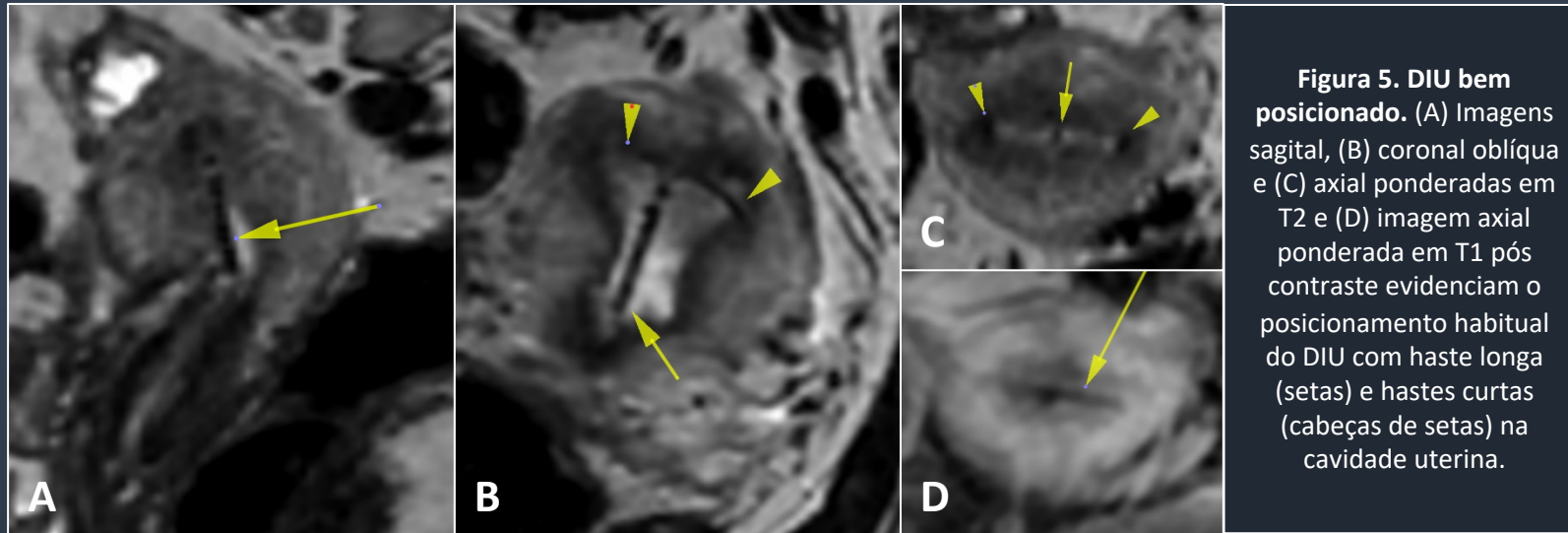


Figura 5. DIU bem posicionado. (A) Imagens sagital, (B) coronal oblíqua e (C) axial ponderadas em T2 e (D) imagem axial ponderada em T1 pós contraste evidenciam o posicionamento habitual do DIU com haste longa (setas) e hastes curtas (cabeças de setas) na cavidade uterina.

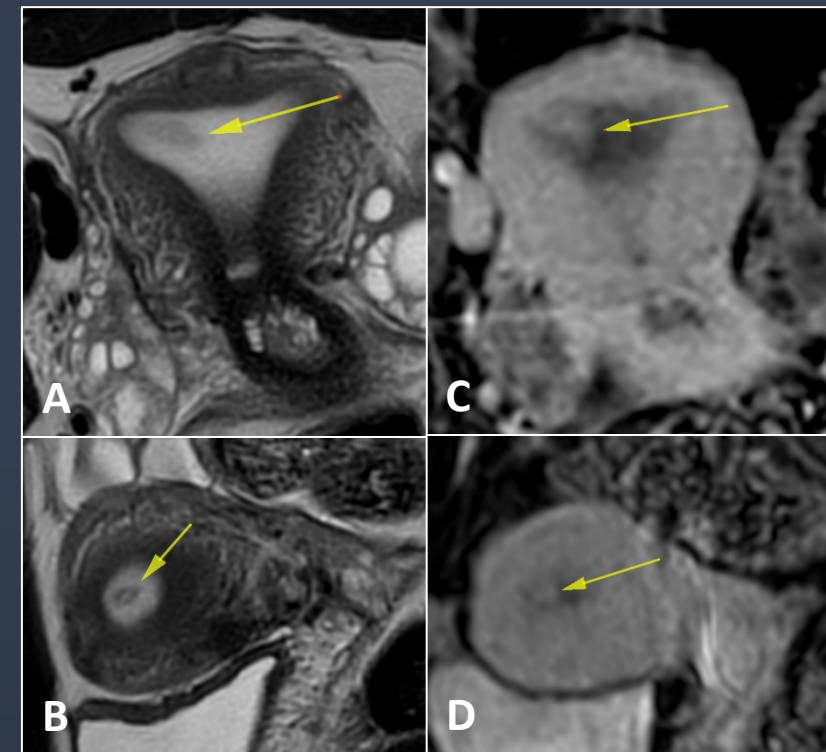


Figura 7. Pólipo endometrial. (A) Imagens axial e (B) sagital ponderadas em T2 e (C) imagens axial e (D) sagital ponderadas em T1 pós contraste um pólipo endometrial vascularizado com base de implantação na região fúndica direita.

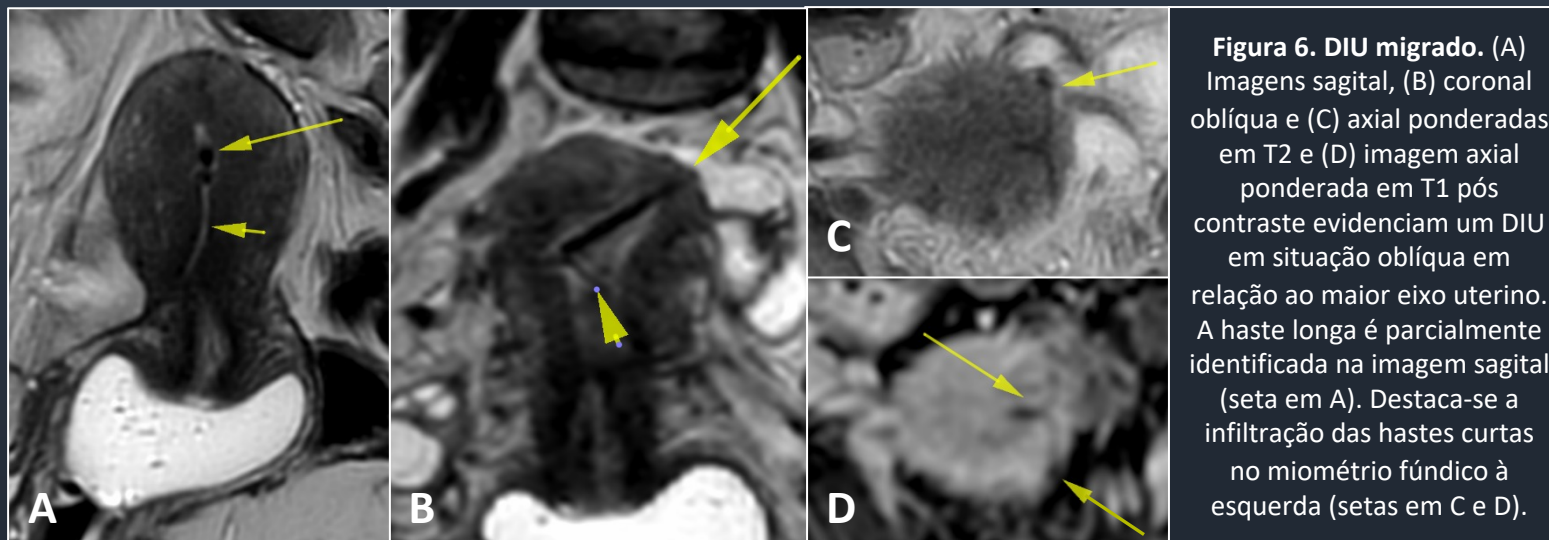


Figura 6. DIU migrado. (A) Imagens sagital, (B) coronal oblíqua e (C) axial ponderadas em T2 e (D) imagem axial ponderada em T1 pós contraste evidenciam um DIU em situação oblíqua em relação ao maior eixo uterino. A haste longa é parcialmente identificada na imagem sagital (seta em A). Destaca-se a infiltração das hastes curtas no miométrio fúndico à esquerda (setas em C e D).

Dados essenciais para o relatório radiológico

Dispositivos intrauterinos

- Em casos de localização não habitual, é importante descrever de forma detalhada a localização, se há infiltração miometrial, transfixação serosa ou migração completa para a cavidade uterina.

Pólipos endometriais

- Dimensões
- Localização e base de implantação
- Vascularização
- Sinais de infiltração miometrial (2% a 3% são displásicos ou malignos).

SÍNDROME DE CONGESTÃO VENOSA PÉLVICA

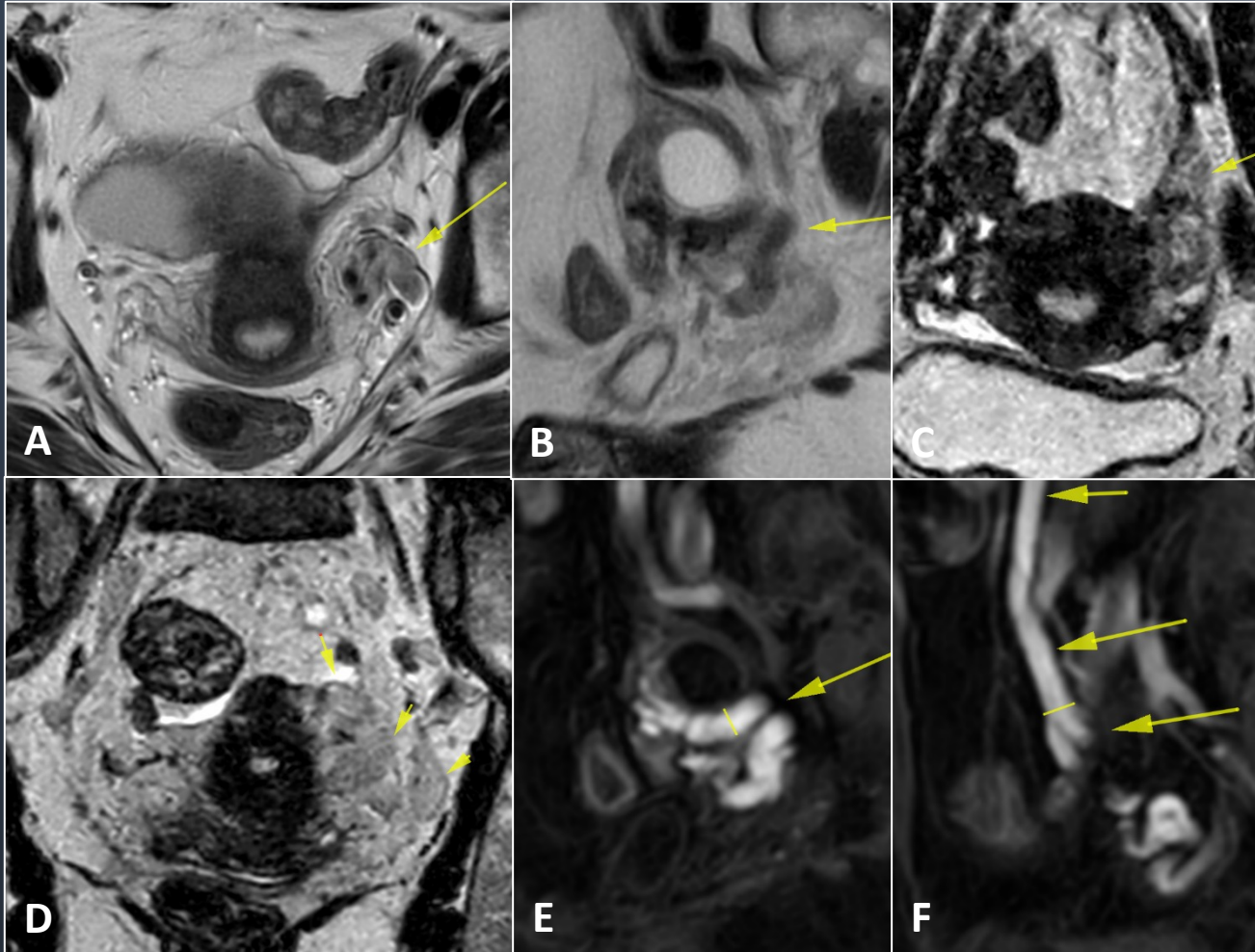


Figura 8. Varizes pélvicas.
(A) Imagens axial, (B) sagital e (C e D) coronais ponderadas em T2 e (E e F) imagens sagitais ponderadas em T1 pós contraste evidenciam ectasia e tortuosidade assimétrica das veias parauterinas esquerdas (setas de A a E), além de ectasia difusa da veia gonadal esquerda (setas em F), que apresenta refluxo. Destaca-se a medida do calibre máximo das veias parauterinas (traço em E) e gonadal (traço em F) esquerdas.

Dados essenciais para o relatório radiológico

- Descrição dos plexos venosos varicosos.
- Calibre máximo das veias varicosas e das gonadais.
- Presença ou ausência de refluxo.
- Presença ou ausência de compressões venosas associadas (ex. Síndrome de Nutcracker, Sd. Cockett / May-Turner).