PERGUNTAS E RESPOSTAS PARA O CAPÍTULO DE O-RADS

1- Ao identificar múltiplas lesões ovarianas/anexiais na ultrassonografia, como se deve proceder?

A) Classificar a maior lesão apenas.

B) Usar um O-RADS® para cada lesão.

C) Ignorar lesões menores que 2 cm.

D) Avaliar somente as lesões unilaterais.

2- Quando é recomendado o uso da RM após uma ultrassonografia?

A) Para todas as lesões identificadas na ultrassonografia.

B) Apenas para lesões categorizadas como O-RADS® 1 e 2.

C) Para lesões suspeitas ou indeterminadas (O-RADS® 3, 4, e 5).

D) Nunca; a ultrassonografia é sempre suficiente.

3- As recomendações de conduta do O-RADS® são:

A) Definitivas e imutáveis.

B) Apenas sugestões; a decisão final é do paciente.

C) Guias que podem ser alterados com base em fatores clínicos.

D) Irrelevantes para a prática clínica.

4- Segundo o léxico do O-RADS® RM, o que é tecido sólido?

A)Componente sólido que realça pelo meio de contraste.

B)Qualquer componente com intensidade de sinal menor que o líquido nas sequências ponderadas em T2.

C)Qualquer componente que apresente restrição à difusão.

D)Paredes ou septos finos em um cisto.

5- Pelo léxico do O-RADS® RM, não é considerado tecido sólido:

A)Nódulo de Rokitansky

B)Projeção papilar

C)Septos irregulares

D)Nódulo mural

6-A curva de alto risco apresenta as seguintes características:

A)Aumento gradual do sinal do tecido sólido, menor que o do miométrio, sem platô bem definido.

B)Elevação moderada inicial do sinal do tecido sólido, menor ou igual ao do miométrio, seguida de platô.

C)Elevação do sinal do tecido sólido mais rápida que do miométrio, seguida de platô.

D)Elevação do sinal do tecido sólido mais rápida que do miométrio, seguida de ascensão progressiva.

CBR RESPONDE

1-Como o escore de cor é uma avaliação subjetiva, como posso distinguir entre diferentes graus de fluxo? O Doppler espectral desempenha algum papel?

O escore de cor é uma avaliação geral subjetiva da vascularização interna observada na imagem de Doppler colorido e varia de 1 a 4, correspondendo a nenhum, mínimo, moderado e fluxo muito forte. Alguns fabricantes oferecem configurações automatizadas de "baixo fluxo", enquanto outros exigem ajustes seletivos de parâmetros, incluindo ganho de Doppler colorido, escala (≤4 cm/s), frequência de repetição de pulso e filtros de parede. Seleções adicionais do operador para maximizar a detecção de fluxo incluem o uso de Doppler de energia e a redução do tamanho da caixa de Doppler para a região de interesse. Embora a otimização para estados de baixo fluxo seja importante, é necessário ter cuidado para não fazer ajustes excessivos resultando em artefatos excessivos que também são um fator limitante igualmente.

Com as configurações de Doppler colorido otimizadas, o fluxo que é apenas perceptível deve ser considerado como escore de cor 2 (fluxo mínimo). Em contraste, quando o fluxo de Doppler colorido é robusto e facilmente obtido em todos os componentes sólidos, paredes ou septos de uma lesão, isso seria considerado como escore de cor 4 (fluxo muito forte). Qualquer coisa entre esses dois extremos seria considerada escore de cor 3 (fluxo moderado).

O Doppler espectral é útil como uma ferramenta complementar para distinguir a vascularização do artefato quando os vasos não estão claramente delineados com Doppler colorido. No entanto, o Doppler espectral não desempenha nenhum papel na determinação do escore de cor e avaliação de risco.

2- Como você diferencia entre uma aparência de "cisto filho" ou "cisto dentro de cisto" e um cisto loculado? Isso é o mesmo que um cisto "bilocular"?

A aparência de "cisto filho" ou "cisto dentro de cisto" tem sido usada para descrever volume parcial de um folículo menor adjacente a um cisto simples maior ou a um folículo dominante que parece projetar-se dentro dele. Esses termos também têm sido usados para descrever um folículo dominante com um cumulus oophorus na margem pouco antes da ovulação. Se houver incerteza, pode-se obter um acompanhamento em curto intervalo para avaliar a resolução, já que os achados fisiológicos evoluem de forma oportuna. Correlacionar com o status menopausal é sempre prudente, pois folículos fisiológicos são vistos apenas em pacientes pré-menopausadas e menos comumente em pacientes no início da pós-menopausa (<5 anos de menopausa).

Um cisto loculado tem pelo menos uma septação completa. Quando uma septação é mais ou menos circular, pode imitar uma aparência de "cisto dentro de cisto". Se a localização do cisto menor não parecer estar dentro do parênquima ovariano circundante, ele deve ser avaliado como um cisto loculado, com o termo "bilocular" aplicado se houver uma septação (2 loculus) e "multiloculado" usado para ≥2 septações (≥3 loculus).

Na versão original do O-RADS US, não havia distinção entre um cisto "bilocular" e "multiloculado". No entanto, como muitos cistos aparentemente "biloculares" podem de fato representar folículos/cistos adjacentes, e para melhor se alinhar com o Consenso SRU sobre Cistos Anexiais, que recomenda que um cisto simples com uma única septação lisa e fina seja gerenciado como um cisto simples, "bilocular" foi adicionado ao léxico na versão 2022. Isso é apoiado por dados mais recentes do IOTA 5 que mostraram que um cisto <10 cm com uma única septação lisa tem um risco <1% de malignidade pertencente à categoria O-RADS US 2 (quase certamente benigno). Anteriormente, qualquer cisto com ≥1 septação era considerado multiloculado e era categorizado como O-RADS US 3 (baixo risco); multiloculado foi assim redefinido como ≥2 septações (≥3 loculus) para permitir uma especificidade mais alta e um gerenciamento mais apropriado de cistos loculados.

3- O que é considerado "ascite"? Os ecos dentro do líquido são relevantes?

Para fins de estratificação de risco, ascite é definida como fluido que se estende além do fundo de saco superior ao fundo uterino se o útero estiver antervertido ou antefletido, ou fluido anterior e superior ao útero se o útero estiver retrovertido ou retrofletido. Quando a ascite é vista em conjunto com uma lesão anexial avaliada como O-RADS US 3 (baixo risco) ou 4 (risco intermediário), um upgrade para O-RADS US 5 (alto risco) é justificado quando não há outras etiologias de ascite presentes, como cirrose ou terceiro espaço.

Ecos dentro do fluido são inespecíficos e não desempenham um papel na avaliação de risco. Embora os ecos possam indicar células no contexto de ascite maligna, sangue ou pus podem ter uma aparência semelhante e, portanto, o cenário clínico sempre deve ser considerado.

4- Como diferenciar se o componente sólido é um nódulo de Rokitansky de tecido sólido preocupante em uma lesão gordurosa?

Um nódulo de Rokitansky realça e está associado à gordura, comumente adjacente a septações dentro do dermoide.

Há uma escassez de dados sobre quanto tecido sólido deve levantar suspeitas. Em um dermoide que sofreu degeneração, o tecido sólido maligno geralmente não contém gordura e há mais tecido sólido do que o esperado para um nódulo de Rokitansky. O tecido sólido maligno também tende a estar dentro da parede da lesão.

5- Como classificar cistos hemorrágicos como O-RADS MRI 2 ou 3?  
Em mulheres pré-menopáusicas:

Se o cisto hemorrágico não apresentar realce parietal:

* < 3 cm- O-RADS MRI 1
* > 3 cm- O-RADS MRI 2

Se o cisto hemorrágico apresentar realce parietal:

* < 3 cm- O-RADS MRI 1
* > 3 cm- O-RADS MRI 3

Em mulheres pós-menopáusicas:

* Se o cisto hemorrágico não apresentar realce parietal- O-RADS MRI 2, independentemente do tamanho.
* Se o cisto hemorrágico apresentar realce parietal- O-RADS MRI 3, independentemente do tamanho.