

Indicações de ressonância magnética da pelve feminina em um centro de referência oncológico

Indications for magnetic resonance imaging of the female pelvis at a referral center for cancer

Patrícia Prado Cardia¹

É possível otimizar o atendimento em radiologia a partir de diretrizes que reveem critérios de apropriação e parâmetros técnicos para realização e indicação de exames de imagem. Em artigo publicado neste número da **Radiologia Brasileira** foram comparadas as indicações propostas pelo Colégio Americano de Radiologia para a realização de exames de ressonância magnética (RM) da pelve feminina, com as de um centro de referência oncológico nacional⁽⁴⁾. Os resultados obtidos são compatíveis com os apresentados pela renomada instituição americana e demonstram que a maioria das pacientes teve adequada indicação para a realização do exame (76,7%). As principais indicações encontradas pelos autores foram: avaliação da recorrência tumoral após ressecção (25,9%), detecção e estadiamento de neoplasias ginecológicas (23,3%) e avaliação de dor ou massa pélvica (17,1%).

A RM tem seu papel definido no estudo da pelve feminina após a avaliação inicial pela ultrassonografia, o que é amplamente demonstrado na literatura^(2,3). Quando o exame é indicado no contexto clínico adequado, as características inerentes relacionadas ao método (sua capacidade multiplanar, possibilidade de diferenciação tecidual dos órgãos pélvicos e ausência de radiação ionizante) superam as suas desvantagens (maior tempo de execução do exame, possíveis artefatos de movimento, menor disponibilidade e maior custo, quando comparados à tomografia computadorizada).

Como observado pelos autores do trabalho citado⁽⁴⁾, uma das principais indicações do método é a utilização da RM para diagnóstico ou controle oncológico de lesões primárias ginecológicas. Em relação às lesões primárias uterinas, a técnica de difusão facilita a identificação das lesões tumorais do corpo e colo do útero⁽⁴⁾. A utilização da difusão também auxilia o reestadiamento dessas lesões após tratamentos quimioterápico e radioterápico e permite a identificação de lesões tumorais residuais/recidivadas. Esses diagnósticos costumam ser desafiadores, uma vez que alterações acúticas e fibróticas, características desses tratamentos, alteram a morfologia habitual dos órgãos pélvicos^(5,6).

Ainda no campo oncológico, a RM é frequentemente utilizada para a avaliação de lesões anexiais consideradas “indeterminadas” ao estudo ultrassonográfico^(2,7). Inicia-se a interpretação da RM

caracterizando a origem da lesão pélvica como ovariana ou extra-ovariana. Especificamente, quando definida a origem ovariana, prossegue-se com a caracterização das lesões complexas mediante avaliação de componentes sólidos, projeções papilares, septações e vascularização intralesionais. Foram propostos, recentemente, critérios para pontuação desses achados que, somados às informações obtidas nas sequências de difusão e no estudo dinâmico após administração de meio de contraste intravenoso, permitem presumir critérios de malignidade⁽⁸⁾.

Fora dos centros oncológicos, a RM é geralmente solicitada para avaliação das doenças benignas da pelve feminina, conforme citado pelo Colégio Americano de Radiologia⁽⁹⁾. O estudo da vagina, a caracterização das lesões uretrais e periuretrais, a avaliação das malformações mullerianas e, principalmente, o estudo da miomatose, adenomiose e endometriose pélvica, constituem as principais indicações de exames na prática diária desses centros diagnósticos⁽¹⁰⁻¹³⁾.

A avaliação dinâmica do assoalho pélvico, por meio dos exames de defeco-RM, vem substituindo o estudo de defecografia e, cada vez mais, coloproctologistas valorizam os achados demonstrados pela RM, pois as informações obtidas vão muito além da avaliação anatômica dos órgãos pélvicos, com a caracterização de retoceles, enteroceles, invaginação anorretal e anismus⁽¹⁴⁾.

Tratando-se da RM em pacientes gestantes, a segurança para o feto na realização do exame após o primeiro trimestre fortalece a indicação do método na avaliação das complicações relacionadas à gravidez e às doenças intercorrentes da gestação^(15,16).

Considerando os aspectos apresentados, pode-se concluir que as indicações para a realização de RM da pelve feminina compreendem um amplo espectro de condições benignas e malignas, em contextos clínicos já bem estabelecidos, em âmbitos nacional e internacional. Em nosso meio, a validação de diretrizes internacionais propostas por entidades radiológicas reconhecidas fortalece o valor dessas informações. Além disso, permite sua maior disseminação, já que o radiologista também tem o papel de orientar a comunidade médica sobre a adequada indicação dos métodos de imagem.

REFERÊNCIAS

1. Boaventura C, Rodrigues DP, Silva OAC, et al. Evaluation of the indications for performing magnetic resonance imaging of the female pelvis at a referral center for cancer, according to the American College of Radiology criteria. *Radiol Bras.* 2017;50:1-6.

1. Médica Radiologista do Centro Radiológico Campinas/Hospital Vera Cruz e do Hospital e Maternidade Celso Pierro da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC Campinas), Campinas, SP, Brasil. E-mail: pprando@diagnostiqueimagens.com.br

2. Chilla B, Hauser N, Singer G, et al. Indeterminate adnexal masses at ultrasound: effect of MRI imaging findings on diagnostic thinking and therapeutic decisions. *Eur Radiol*. 2011;21:1301–10.
3. Sala E, Wakely S, Senior E, et al. MRI of malignant neoplasms of the uterine corpus and cervix. *AJR Am J Roentgenol*. 2007;188:1577–87.
4. Nougaret S, Tirumani SH, Addley H, et al. Pearls and pitfalls in MRI of gynecologic malignancy with diffusion-weighted technique. *AJR Am J Roentgenol*. 2013;200:261–76.
5. Papadopoulou I, Stewart V, Barwick TD, et al. Post-radiation therapy imaging appearances in cervical carcinoma. *Radiographics*. 2016;36:538–53.
6. Jeong YY, Kang HK, Chung TW, et al. Uterine cervical carcinoma after therapy: CT and MR imaging findings. *Radiographics*. 2003;23:969–81.
7. Guerra A, Cunha TM, Félix A. Magnetic resonance evaluation of adnexal masses. *Acta Radiol*. 2008;49:700–9.
8. Thomassin-Naggara I, Aubert E, Rockall A, et al. Adnexal masses: development and preliminary validation of an MR imaging scoring system. *Radiology*. 2013;267:432–43.
9. American College of Radiology. ACR–SAR–SPR practice parameter for the performance of magnetic resonance of imaging (MRI) of the soft-tissue components of the pelvis. Reston: American College of Radiology; 2015.
10. Troiano RN, McCarthy SM. Mullerian duct anomalies: imaging and clinical issues. *Radiology*. 2004;233:19–34.
11. Cardoso MM, Werner Jr H, Berardo PT, et al. Evaluation of agreement between transvaginal ultrasonography and magnetic resonance imaging of the pelvis in deep endometriosis with emphasis on intestinal involvement. *Radiol Bras*. 2009;42:89–95.
12. Ferreira DM, Bezerra RO, Ortega CD, et al. Magnetic resonance imaging of the vagina: an overview for radiologists with emphasis on clinical decision making. *Radiol Bras*. 2015;48:249–59.
13. Novellas S, Chassang M, Delotte J, et al. MRI characteristics of the uterine junctional zone: from normal to the diagnosis of adenomyosis. *AJR Am J Roentgenol*. 2011;196:1206–13.
14. Brandão AC, Ianez P. MR Imaging of pelvic floor: defecography. *Radiol Clin N Am*. 2013;21:427–45.
15. Masselli G, Brunelli R, Casciani E, et al. Acute abdominal and pelvic pain in pregnancy: MR imaging as a valuable adjunct to ultrasound? *Abdom Imaging*. 2011;36:596–603.
16. Manikkavasakarb S, Ramachandram A, Ramalho M, et al. Malignant uterine disease with concurrent myometrial contraction at MRI: a possible source of overstaging. *Radiol Bras*. 2016;49:340–2.