

Radiologia

Técnicas Básicas - de Bolso

Professor Robson Leal



© Copyright 2005 by Editora Escolar Ltda.

Todos os direitos desta obra são reservados à Editora. Nenhuma parte desta publicação poderá ser reproduzida, guardada pelo sistema "retrieval" ou transmitida de qualquer modo ou por qualquer meio, seja este eletrônico, mecânico, de fotocópia, de gravação ou outros, sem prévia autorização, por escrito, da Editora.

Editor: Airton da Silva

Superv. Edit. e Diagramação: Giovanni Salvatore

Autor: Professor Robson Leal

Capa: Tadeu Santana

Fotos: Júlio César Pereira

Colab.: Maria Ap.de Souza, M^a de Lourdes de Souza, Renato da Silva, **Prof^{es}** do **Col. Fênix:** Toshimitsu Takahashi, Flávia Lagonegro, Fernanda Pantaleão Braga Cavalcanti; **Prof^{es}** do **Col. ETIP (Sto. André),** Gilberto, Célio, Wagner; **EmicLimex**, na pessoa do Sr. Franco Liberati e **Konex** - Acessórios Radiológicos.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Leal, Robson

Radiologia : técnicas básicas : de bolso /

Robson Leal. -- São Paulo : Editora Escolar, 2005.

1. Radiologia médica I. Título

05.440

CDD-616.0757

NLM-WN 110

Editora Escolar Ltda.

R. Rego Barros, 1238

S.Paulo - SP - CEP 03460-000

e-mail:sac@edescolar.com.br - www.editoraescolar.com.br



DEDICATÓRIA

Aos meus pais Cláudio e Aparecida

A minha esposa Luciana e meus filhos:

Marcus Vinícius e Karoliny Christiany

AGRADECIMENTOS

Ao prof^o. Luiz Carlos de Jesus Suzigan, pelo incentivo, apoio e colaboração.

Ao Giovanni Salvatore, pela supervisão.

A Rosângela de Almeida, pelo apoio e pelo incentivo.

Ao Sr. Airton da Silva, pela edição.

Ao Prof^o. Toshimitsu Takahashi, pelo apoio técnico.

Às Prof^a.D^{ra}. Fernanda Pantaleão Braga Cavalcanti, pelo apoio técnico e pedagógico.

Às Prof^{as}. Dr^{as}. Flávia Lagonegro e Sandra Maria Soares de Souza Lisboa, pelo apoio técnico.

À equipe do Colégio Fênix - São Paulo.

À equipe da Editora Escolar, pela oportunidade e confiança.

Aos Srs. Sérgio Luis Basílio e Ismael Gelson Cardoso, pelo convite.

Ao Sr. Franco Liberati, diretor da EmicLimex, pela cessão dos equipamentos para a realização das imagens.

À Konex, pela cessão dos acessórios radiológicos para a realização das imagens.

A Marco Antonio Malacrida, Karina de Moraes Fazio, Vanessa Mara Patrícia Baptista Katia Oliveira e Antonio Carlos Oliveiro, pela colaboração na realização das imagens.

A todas as pessoas que me ajudaram direta e indiretamente para a realização desta obra.

ÍNDICE

MEMBROS SUPERIORES

Incidência de Dedos da Mão PA - 21

Incidência de Dedos da Mão Oblíqua - 22

Incidência de Dedos da Mão Perfil -23

Incidência de Polegar PA -24

Incidência de Polegar Oblíqua-25

Incidência de Mão PA - 26

Incidência de Mão Oblíqua -27

Incidência de Mãos e Punhos PA p/Idade Óssea - 28

Incidência de Punho PA - 29

- Incidência de Escafóide PA - Flexão Radial -32**
- Incidência de Túnel do Carpo Ífero-Superior -33**
- Incidência de Antebraço AP - 34**
- Incidência de Antebraço Perfil - 35**
- Incidência de Cúbito AP - 36**
- Incidência de Cúbito Perfil - 37**
- Incidência de Úmero AP -38**
- Incidência de Úmero Perfil -39**
- Incidência de Úmero Transtorácico - 40**
- Incidência de Ombro AP - Rotação Neutra - 41**
- Incidência de Ombro AP - Rotação Externa - 42**
- Incidência de Ombro AP - Rotação Interna - 43**
- Incidência de Ombro Oblíqua Anterior e Posterior -
Método de Grashey - 44**
- Incidência de Ombro Axial Ífero-Superior -
Método de Lawrence - 45**
- Incidência de Ombro Axial Oblíqua Apical -
Método de Garth - 46**
- Incidência de Ombro Lateral em Y Escapular -
Posição Oblíqua Anterior - 47**
- Incidência de Articulações Acromioclaviculares -
Comparativo Com e Sem Peso - 48**
- Incidência de Clavícula em AP - 49**
- Incidência de Escápula AP - 50**
-
-

MEMBROS INFERIORES

Incidência de Dedos AP (artelhos) - 53

Incidência de Dedos Oblíqua (artelhos) - 54

Incidência de Sesamóides - Método de Lewis - 55

Incidência de Pé AP (dorsoplantar) - 56

Incidência de Pé Oblíqua Rotação Medial - 57

Incidência Calcâneo Axial (plantodorsal) - 58

Incidência de Calcâneo Perfil (médio lateral) - 59

Incidência de Tornozelo AP - 60

Incidência de Tornozelo Perfil (médio lateral) - 61

Incidência de Tornozelo Oblíqua - Rotação Medial a 45° - 62

Incidência de Perna AP - 63

Incidência de Perna Perfil Médio Lateral - 64

Incidência de Joelho AP - 65

Incidência de Joelho Perfil - 66

Incidência de Joelho Oblíqua - Rotação Lateral - 67

**Incidência de Túnel do Joelho PA - Método de Camp
Coventry - 68**

Incidência de Patela PA - 69

Incidência de Patela Perfil - 70

Incidência de Patela Axial - Método de Hughston - 71

Incidência de Patela Axial - Método de Settegast - 72

Incidência de Fêmur AP - 73

Incidência de Fêmur Perfil - 74

TRONCO

Incidência de Pelve AP - 77

**Incidência de Pelve AP - Posição de Rã - Método de
Cleaves Modificado - 78**

**Incidência de Pelve Axial AP - Ossos Pélvicos Anteriores -
Método de Taylor - 79**

Incidência de Pelve AP Axial (entrada) - 80

Incidência de Quadril AP (emipelve) - 81

Incidência de Articulações Sacroilíacas Axial AP - 82

Incidência de Coluna Cervical AP - 83

**Incidência de Coluna Cervical AP Transoral - Boca
Aberta - 84**

Incidência de Coluna Cervical Perfil - 85

**Incidência de Coluna Cervical Oblíquas Anterior e
Posterior - 86/87**

Incidência de Coluna Torácica AP e PA - 88

Incidência de Coluna Torácica Perfil - 89

Incidência de Coluna Lombar AP e PA - 90

Incidência de Coluna Lombar Perfil - 91

**Incidência de Coluna Lombar Oblíquas Anterior e
Posterior - 92**

Incidência de Sacro Axial AP - 93

Incidência de Sacro e Cóccix Perfil - 94

Incidência de Esterno Perfil - 95

Incidência de Articulação Esternoclavicular PA - 96

Incidência de Costelas Anteriores PA - 97

Incidência de Costelas Oblíquas Ant. e Post. - 98/99

Incidência de Tórax PA - 100

Incidência de Tórax Perfil - 101

Incidência de Tórax DL - Método de Laurell - 102

Incidência de Abdome AP - Decúbito Dorsal - 103

Incidência de Abdome AP Ortostático - 104

Incidência de Abdome Decúbito Lateral - 105

Incidência de Abdome Perfil - 106

Incidência de Cúpulas Diafragmáticas - 107

CRÂNIO

Planos Corporais - 111

Incidência de Crânio AP - 112

Incidência de Crânio Perfil - 113

Incidência de Crânio - Método de Towne - 114

Incidência de Crânio - Método de Caldwell - 115

Incidência de Ossos da Face (seios da face) - Método de Waters - 116

Incidência de Ossos da Face (seios da face) - Método de Caldwell) -117

Incidência dos Arcos Zigomáticos (submentovértice) - 118

Incidência de Nasal Perfil - 119

Incidência de Mandíbula PA - 120

Incidência de Mandíbula Perfil Axial - 121

**Incidência de Forames Ópticos - (parieto-orbital) -
Método de Rhese - 122**

**Incidência de ATM Perfil Oblíqua - Método de LAW
Modificado -123**

**Incidência de Mastóides Perfil Axial - Método de
Schuller - 124**

Curriculum do Autor - 125

ABREVIATURAS OPERACIONAIS DESTA OBRA

AP - Antero Posterior

CH - Chassi

DD - Decúbito Dorsal

DFOFI - Distância Foco-Filme

DFO - Distância Foco-Objeto

DL - Decúbito Lateral

DV - Decúbito Ventral

EIAS - Espinha Ilíacas Antero Superior

LAM - Linha Acantomeatal

LCE - Linha Central da Estativa

LCM - Linha Central da Mesa

LGA - Linha Glabeloalveolar

LGM - Linha Glabelomeatal

LIOM - Linha Infra-Orbitomeatal

LIP - Linha Interpupilar

LLM - Linha Labio Meatal

LMM - Linha Mentomeatal

LOM - Linha Orbitomeatal

MAE - Meato Acústico Externo

MAI - Meato Acústico Interno

MID - Membro Inferior Direito

MIE - Membro Inferior Esquerdo

MIO - Margem Infra-Orbitária

MMII - Membros Inferiores

MMSS - Membros Superiores

MSE - Membro Superior Esquerdo

MSD - Membro Superior Direito

MSO - Margem Supra-Orbitária

OAD - Oblíqua Anterior Direita

OAE - Oblíqua Anterior Esquerda

OPD - Oblíqua Posterior Direita

OPE - Oblíqua Posterior Esquerda

PA - Postero Anterior

PMS - Plano Médio Sagital

RC - Raio Central

RE - Rotação Externa

RI - Rotação Interna

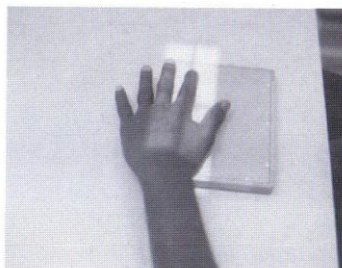
SSO - Sulco Supra-Orbital

TIO - Topo da Inserção da Orelha

*Membros
Superiores*

Incidência de Dedos da Mão PA

Paciente sentado na extremidade da mesa, de forma confortável, fazendo uma angulação de 90°, com o cúbito, mantendo a articulação do ombro, cúbito e punho no mesmo plano para não haver rotação nos dedos a serem radiografados.



RC perpendicular, incidindo no centro da articulação interfalângiana proximal.

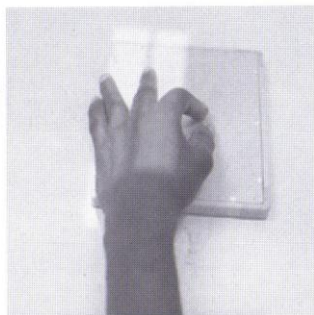
Colimar área de interesse.

Ch 13 x 18 ou 18 x 24, cm dividido longitudinalmente, sem buck.

Dfofi 1m



Incidência de Dedos da Mão Oblíqua



Paciente sentado na extremidade da mesa, de forma confortável, fazendo um ângulo de 90° com o cúbito, mantendo a articulação do ombro, cúbito e punho no mesmo plano, fazendo com que a mão e o punho estejam em uma angulação de 45° .



RC perpendicular, incidindo no centro da articulação interfalângiana proximal.

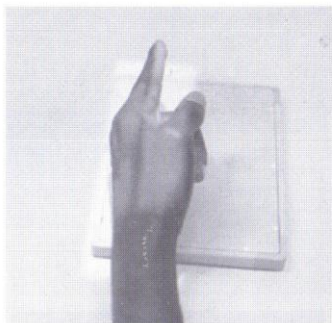
Colimar área de interesse.

Ch 13 x 18 ou 18 x 24cm, dividido longitudinalmente, sem buck.

Dfofi 1m.

Incidência de Dedos da Mão Perfil

Paciente sentado na extremidade da mesa, de forma confortável, fazendo uma angulação de 90° com o cúbito e mantendo a articulação do ombro e do cúbito no mesmo plano, deixando o dedo a ser radiografado em perfil absoluto.



RC perpendicular, incidindo no meio da articulação interfalângiana proximal.

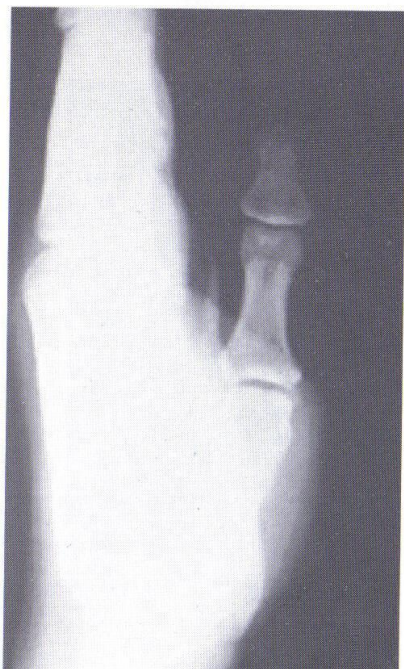
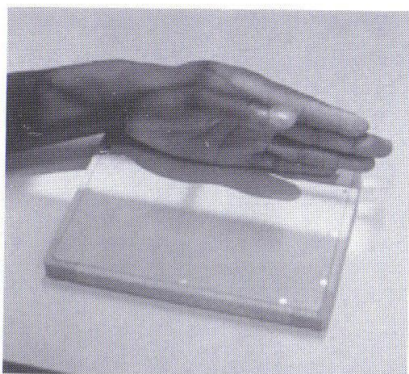
Colimar área de interesse

Ch 13 x 18 ou 18 x 24cm dividido longitudinalmente, sem buck.

Dfofi 1 m.



Incidência de Polegar PA



Paciente sentado na extremidade da mesa, de forma confortável, fazendo uma angulação de 90° , com o cúbito mantendo a articulação do ombro, cúbito e do punho no mesmo plano. Manter a mão em perfil absoluto para o polegar ficar em PA junto à mão.

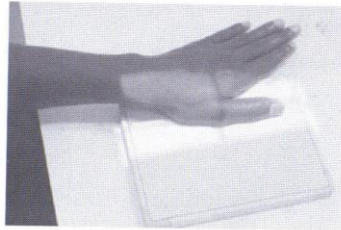
RC perpendicular, incidindo na 1ª articulação metacarpo falangiana.

Colimar área de interesse.

Ch 13 x 18 ou 18 x 24 cm dividido longitudinalmente, sem buck.

Incidência de Polegar Oblíqua

Paciente sentado na extremidade da mesa, de forma confortável, com o membro estendido, fazendo uma angulação com o cúbito de 90° , deixando a articulação do ombro, cúbito e punho no mesmo plano. Manter a palma da mão sobre o chassi, para que o polegar fique em uma oblíqua de 45° .



RC perpendicular, incidindo na 1ª articulação metacarpofalângiana.

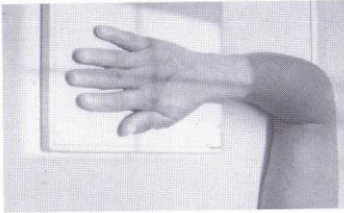
Colimar área de interesse.

Ch 13 x 18 ou 18 x 24cm dividido longitudinalmente, sem buck.

Dfofi 1m.



Incidência de Mão PA



Paciente sentado na extremidade da mesa de forma confortável, fazendo uma angulação de 90° com o cúbito, deixando a articulação do ombro, cúbito e punho no mesmo plano, a palma da mão aberta sobre o chassi e os dedos ligeiramente separados.



RC perpendicular, incidindo na 3ª articulação metacarpofalangiana do 3º dedo.

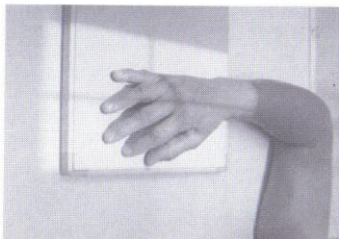
Colimar área de interesse.

Ch 24 x 30cm, dividido longitudinalmente, sem buck

Dfofi 1m

Incidência de Mão Oblíqua

Paciente sentado na extremidade da mesa, de forma confortável, com o cúbito fletido a 90° e a articulação do ombro, cúbito e punho no mesmo plano, com a mão em forma de leque.



RC centralizado na 3ª articulação metacarpofalângiana

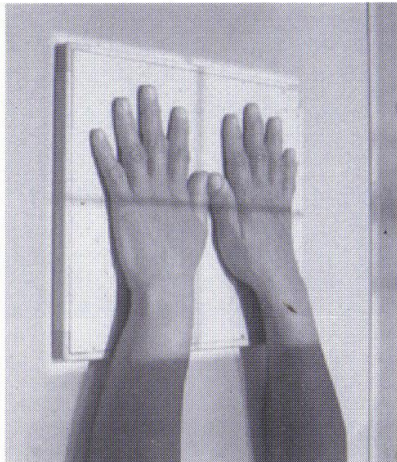
Colimar área de interesse

Ch 24 x 30cm, dividido longitudinalmente, sem buck.

Dfofi 1m.



Incidência de Mãos e Punhos PA p/ Idade Óssea



Paciente sentado na extremidade da mesa, de forma confortável, com os MMSS estendidos e alinhados, com as palmas das mãos sobre o chassi e com os dedos levemente separados.

RC perpendicular, entrando no centro do filme.

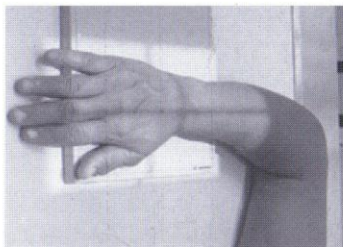
Colimar área de interesse.



Ch 24 x 30cm panorâmico, sem buck.

Incidência de Punho PA

Paciente sentado na extremidade da mesa, de forma confortável, com o cúbito a 90° e a articulação do ombro, cúbito e punho no mesmo plano, com os dedos ligeiramente fletidos sobre o chassi.



RC perpendicular, incidindo no meio da articulação do punho (osso capitato).

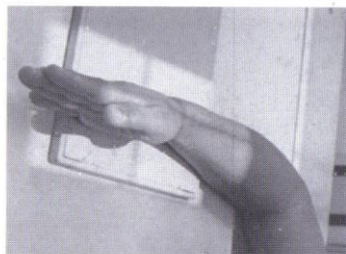
Colimar área de interesse.

Ch 18 x 24cm, dividido longitudinalmente, sem buck.

Dfofi 1m



Incidência de Punho Perfil



Paciente sentado na extremidade da mesa, de forma confortável, com o cúbito fletido a 90°. Manter as articulações do ombro, cúbito e punho no mesmo plano. Punho em perfil absoluto para que não haja rotação.

RC perpendicular, incidindo no meio da articulação do punho (osso escafóide).

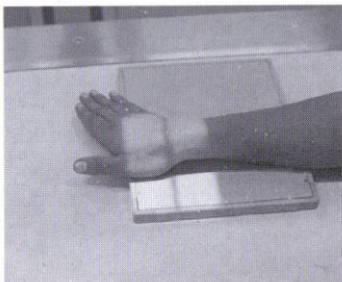
Colimar área de interesse.

Ch 18 x 24cm, dividido longitudinalmente, sem buck.

Dfofi 1m.

Incidência de Escafóide Desvio Ulnar

Paciente sentado na extremidade da mesa, de forma confortável, com o membro estendido. A mão deverá fazer um desvio ulnar.



RC com angulação cranial de 10° a 20° entrando no escafóide aproximadamente 2cm distal ao processo estilóide do rádio.

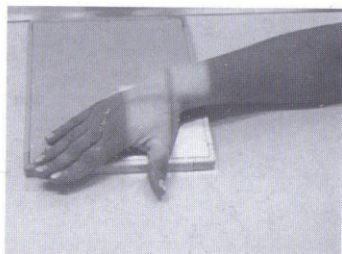
Colimar área de interesse.

Ch 18 x 24cm, dividido em 4 partes ou 24 x 30cm, dividido em 6 partes, sem buck.



Dfofi 1m.

Incidência de Escafóide PA Flexão Radial



Paciente sentado na extremidade da mesa, de forma confortável, com o membro estendido para que não haja rotação no punho. A mão deverá fazer um desvio radial.

RC perpendicular, incidindo no centro do escafóide.



Ch 18 x 24cm, dividido em 4 partes ou 24 x 30cm, dividido em 6 partes sem buck.

Colimar área de interesse.

Dfofi 1m.

Incidência de Túnel do Carpo Ífero Superior

Paciente sentado na extremidade da mesa, de forma confortável, com o membro estendido fazendo uma angulação de 90° com a mão e o punho, não podendo haver rotação do mesmo.



RC com uma angulação de 25° a 30° , incidindo no centro da palma da mão.

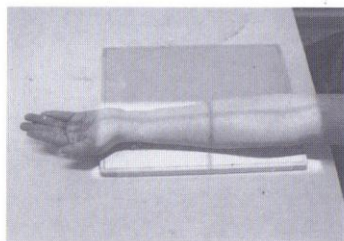
Ch 18 x 24 cm, dividido transversalmente, sem buck.

Colimar área de interesse.

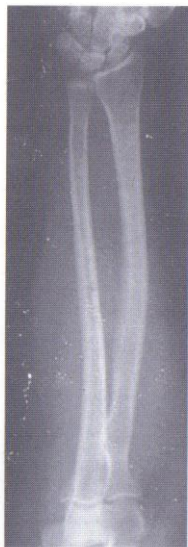
Dfofi 1m.



Incidência de Antebraço AP



Paciente sentado na extremidade da mesa, de forma confortável, com o membro estendido em supinação, mantendo a articulação do ombro, cúbito e punho no mesmo plano.



RC perpendicular, incidindo no centro do antebraço.

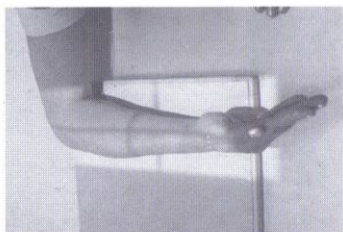
Ch 24 x 30cm, dividido longitudinalmente, sem buck.

Colimar área de interesse.

Dfofi 1m.

Incidência de Antebraço Perfil

Paciente sentado na extremidade da mesa, de forma confortável, fazendo uma angulação de 90° com o cúbito, e mantendo a articulação do ombro, cúbito e punho no mesmo plano e antebraço em perfil absoluto.

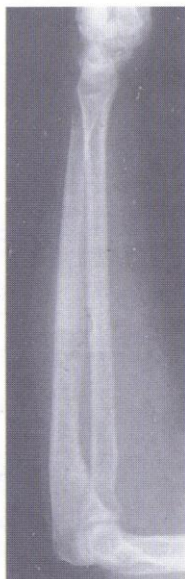


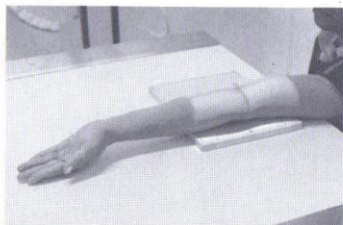
RC perpendicular, incidindo no centro do antebraço.

Ch 24 x 30cm, dividido longitudinalmente, sem buck.

Colimar área de interesse.

Dfofi 1m.



Incidência de Cúbito AP

Paciente sentado na extremidade da mesa, de forma confortável, com o membro estendido, e mantendo a articulação do ombro, cúbito e punho no mesmo plano.



RC perpendicular, incidindo no centro do cúbito.

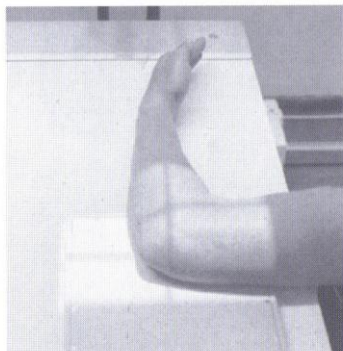
Ch 18 x 24cm, dividido transversalmente, sem buck

Colimar área de interesse.

Dfofi 1m.

Incidência de Cúbito Perfil

Paciente sentado na extremidade da mesa, de forma confortável, fazendo uma angulação de 90°, com o cúbito e mantendo a articulação do ombro, cúbito e punho no mesmo plano.



RC perpendicular, incidindo no centro da articulação do cúbito.

Ch 18 x 24cm, dividido transversalmente, sem buck.

Colimar área de interesse.

Dfofi 1m.



Incidência de Úmero AP



Paciente em DD ou ortostático. Rodar o corpo em direção ao úmero afetado, de forma que a região posterior do ombro e do cúbito estejam em contato com a mesa ou estativa.



RC perpendicular, incidindo na região média do úmero.

Ch 24 x 30 ou 30 x 40cm.
Avaliar estrutura.

Colimar área de interesse.

Dfofi 1m.

Incidência de Úmero Perfil

Paciente em ortostático com o cúbito parcialmente fletido. Rodar o úmero medialmente, de forma que os epicôndilos fiquem perpendiculares ao filme.



RC perpendicular, incidindo na região medial do úmero.

Ch 24 x 30 ou 30 x 40cm.

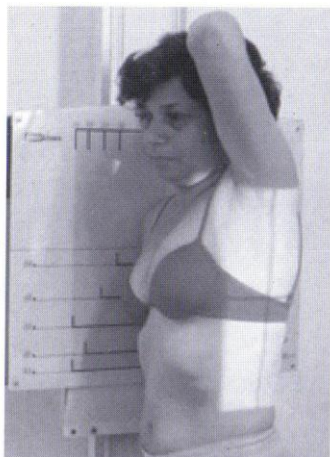
Avaliar estrutura.

Colimar área de interesse.

Dfofi 1m.



Incidência de Úmero Transtorácico



Paciente em posição lateral e ortostática com o lado de interesse na estativa. Abaixar um pouco o ombro do lado a ser radiografado. Apoiar a mão do lado oposto sobre a cabeça e assegurar que o paciente esteja em posição de perfil absoluto.

RC perpendicular, incidindo na região média do úmero a ser radiografado.



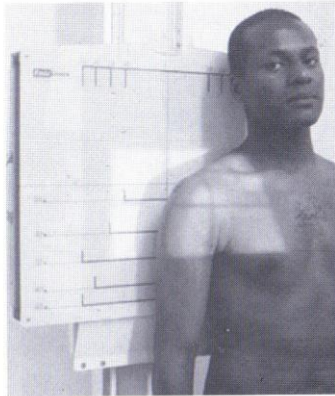
Ch 24 x 30 ou 30 x 40cm, dividido longitudinalmente. Avaliar estrutura.

Colimar área de interesse.

Dfofi 1m.

Incidência de Ombro AP Rotação Neutra

Paciente em DD ou ortostático. Rodar o corpo levemente para o lado afetado. Colocar o úmero do paciente em rotação neutra, formando com os epicôndilos, uma angulação de 45° com a estativa.



RC perpendicular, incidindo na articulação escápulo-umeral.

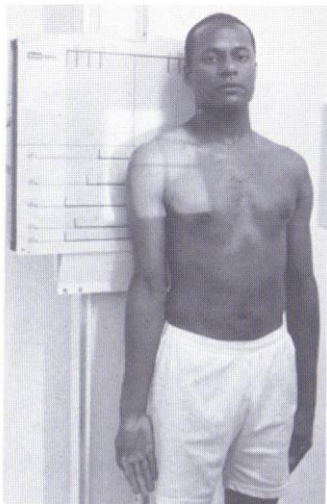
Ch 18 x 24cm panorâmico, com buck.

Colimar área de interesse.

Dfofi 1m.



Incidência de Ombro AP Rotação Externa (RE)



Paciente em DD ou ortostático. Rodar o corpo levemente para o lado afetado, até apoiar o ombro na mesa ou estativa. Manter a articulação escápulo-umeral centralizada na LCM ou LCE. Abduzir um pouco o antebraço e rodá-lo lateralmente. A mão deve estar em supinação e os epicôndilos do úmero em paralelo com a mesa ou estativa.



RC perpendicular, incidindo na articulação escápulo-umeral +/- 2cm abaixo do processo coracóide.

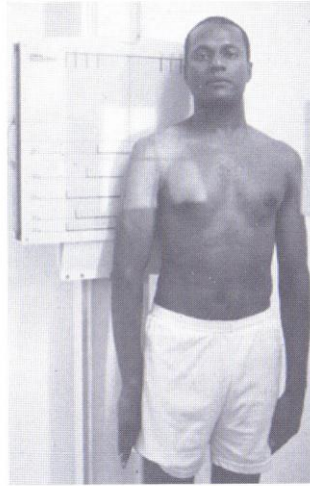
Ch 18 x 24cm panorâmico, com buck.

Colimar área de interesse.

Dfofi 1m.

Incidência de Ombro AP Rotação Interna (RI)

Paciente em DD ou ortostático. Rodar o corpo levemente para o lado afetado até apoiar o ombro na mesa ou estativa. Manter a articulação escápulo-umeral centralizada na LCM ou LCE. Abduzir um pouco o antebraço e rodá-lo internamente de forma que a mão fique em pronação e os epicondilos fiquem perpendiculares à estativa ou mesa.



RC perpendicular, incidindo na articulação escápulo-umeral +/- 2cm abaixo do processo coracóide.

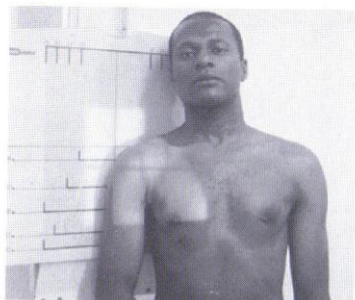
Ch 18 x 24cm panorâmico com buck.

Colimar área de interesse.

Dfofi 1m



Incidência de Ombro Oblíqua Antero-Posterior (frente verdadeira) Método de Grashey



Paciente em DD ou ortostático. Rodar o corpo do paciente aproximadamente de 35° a 45° para o lado afetado. Manter a articulação escápulo-umeral sobre a LCE ou LCM. Abduzir um pouco o braço de forma que fique em rotação neutra.

RC perpendicular, incidindo na articulação escápulo-umeral.

Ch 18 x 24cm panorâmico, com buck.

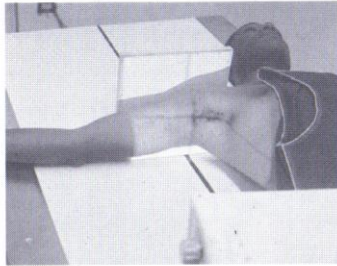
Colimar área de interesse.

Dfofi 1m



Incidência de Ombro Axial Ínfero-Superior - Método de Lawrence

Paciente em DD, com o ombro elevado +/- 8cm, usando um suporte de isopor abaixo do ombro e úmero do paciente. Deslocar o paciente na extremidade da mesa. Manter um suporte para o braço ficar abduzido. Girar a cabeça para o lado oposto e colocar o chassi na posição vertical, o mais próximo possível do pescoço, apoiando com outro suporte. Manter o braço a 90° em relação ao corpo e em rotação externa.

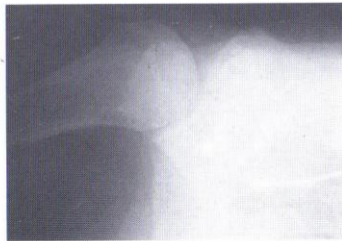


RC perpendicular ao filme, incidindo na axila (cabeça do úmero).

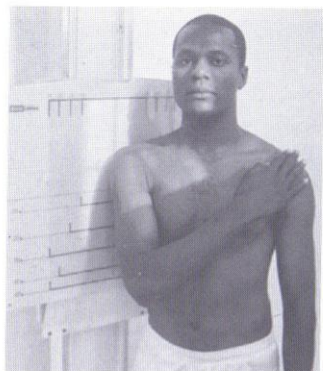
Ch 18 x 24cm panorâmico, sem buck.

Colimar área de interesse.

Dfofi 1m



Incidência de Ombro Axial Oblíqua Apical Método de Garth



Paciente em ortostático e de costas para a estativa. Rodá-lo de forma que o ombro afetado fique em posição oblíqua posterior, de 45° . Centralizar a articulação escápulo-umeral na LCE. Fletir o cúbito e manter o braço através do tórax, apoiando a mão no ombro não afetado.



RC incidindo na articulação escápulo-umera, com uma angulação de 45° caudal.

Ch 18 x 24cm panorâmico, com buck.

Colimar área de interesse.

Dfofi 1m.

Incidência do Ombro Perfil em Y Escapular - Posição Oblíqua Anterior

Paciente em ortostático e de frente para a estativa. Rodá-lo até que fique em uma posição oblíqua anterior, entre 45° e 60° . Palpar as bordas escapulares para determinar a rotação correta. Manter a articulação escápulo-umeral sobre a LCE. Elevar o braço para a frente e apoiar a mão no ombro não radiografado.



RC perpendicular, incidindo na articulação escápulo-umeral.

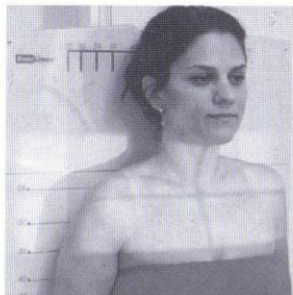
Ch 18 x 24cm panorâmico, com buck.

Colimar área de interesse.

Dfofi 1m.



Incidência da Articulação Acromioclavicular Comparativa Com e Sem Peso



SEM PESO



SEM PESO



COMPESO



Paciente em ortostático e em AP, não podendo haver rotação nos ombros e quadris, e com o peso do corpo distribuído igualmente pelos MMII.

Sem movimentar o paciente, serão realizadas duas radiografias, uma com peso e outra sem peso.

RC perpendicular incidindo em um ponto médio entre as articulações acromioclaviculares.

Ch 30 x 40 ou 35 x 43cm panorâmico, com buck.

Colimar área de interesse.

Dfofi 1,80m.

Incidência de Clavícula em AP

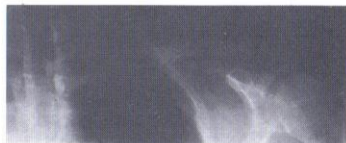
Paciente em DD ou ortostático, com o braço ao lado do corpo e sem rotação. Manter o queixo elevado e olhando para o horizonte. Ombro deve estar em contato com a estativa ou a mesa.



Centralizar a clavícula sobre a LCE ou LCM.

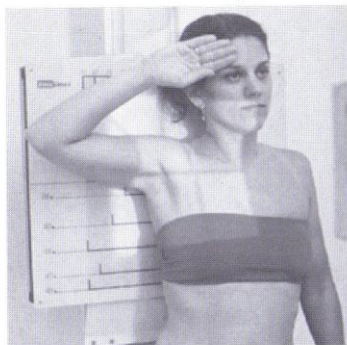
RC perpendicular no meio da clavícula.

Chassi 18 x 24 ou 24x30cm panorâmico.



Colimar a área de interesse.

Dfofi 1m.

Incidência de Escápula AP

Paciente em ortostático ou DD. Manter a região posterior do ombro em contato com a estativa ou a mesa, não podendo haver rotação no tórax.

Manter a escápula na LCM ou LCE. Abduzir levemente o braço a 90° e manter o dorso dos dedos sobre a cabeça (frontal).



RC perpendicular incidindo no meio da escápula.

Ch 18 x 24 ou 24 x 30cm panorâmico, com buck.

Colimar a área de interesse.

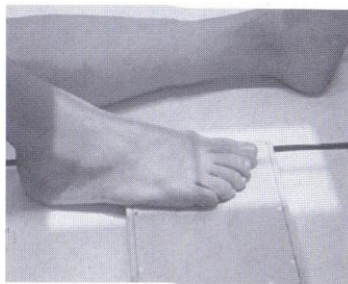
Dfofi 1m.

***MEMBROS
INFERIORES***



Incidência de Dedos AP (artelhos)

Paciente em DD ou sentado sobre a mesa, de forma confortável, com o joelho fletido e o dedo de interesse apoiado sobre o chassi.



RC com uma angulação de 10° a 15° em direção do calcâneo, incidindo na 2ª articulação metatarsofalangiana.

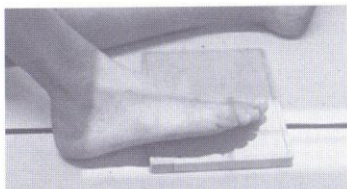
Ch 13 x 18 ou 18 x 24cm, dividido transversalmente, sem buck.

Colimar área de interesse.

Dfofi 1m



Incidência de Dedos Oblíqua (artelhos)



Paciente em DD ou sentado sobre a mesa, de forma confortável, com o joelho fletido. Rodar o membro medialmente para o 1º, 2º e 3º dedo e lateralmente para o 4º e 5º dedo cerca de 45º.



RC perpendicular, incidindo na articulação metatarsofalangiana.

Ch 13 x 18 ou 18 x 24cm, dividido transversalmente, sem buck.

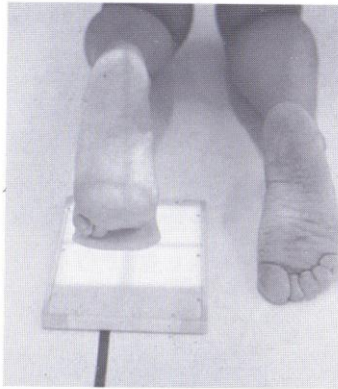
Colimar área de interesse.

Dfofi 1m.

Incidência de Sesamóides Método de Lewis

Paciente em DV, de forma confortável. Dorsifletir o pé, de forma que a região plantar forme um ângulo de aproximadamente 15° a 20° .

Assegurar que não haja rotação no pé, para uma melhor visualização dos sesamóides.



RC perpendicular, incidindo na face posterior da cabeça do hálux. Se o paciente não conseguir uma dorsiflexão adequada, será necessária uma pequena angulação no raio central para compensar.

Ch 13 x 18cm panorâmico, sem buck.

Colimar área de interesse.

Dfofi 1m



Incidência de Pé AP (dorsoplantar)

Paciente em DD ou sentado sobre a mesa, de forma confortável, com o joelho fletido e a região plantar sobre o chassi. Assegurar para que não haja rotação no pé.

RC com uma angulação de 10° direcionado para o calcâneo, incidindo na base do 3º metatarso.

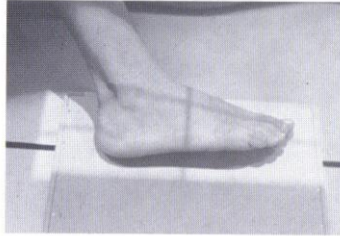
Ch 24 x 30cm, dividido longitudinalmente, sem buck.

Colimar área de interesse.

Dfofi 1m.

Incidência de Pé Oblíqua Rotação Medial

Paciente em DD ou sentado sobre a mesa, de forma confortável. Fletir o joelho e rodar o membro medialmente até que o pé forme um ângulo de 30° a 40° em relação ao chassi.



RC perpendicular, incidindo na base do 3º metatarso.

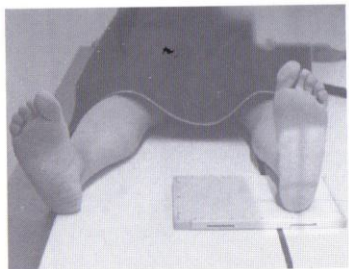
Ch 24 x 30cm, dividido longitudinalmente, sem buck.

Colimar área de interesse.

Dfofi 1m



Incidência de Calcâneo Axial (plantodorsal)



Paciente em DD ou sentado sobre a mesa, de forma confortável e com o membro totalmente estendido.

Centralizar e alinhar a articulação do tornozelo para que não haja rotação no calcâneo. Com uma fita fixada no pé, solicitar para o paciente tracionar, para manter a planta do pé perpendicular ao chassi.



RC entrando com uma angulação de 40° cranial, incidindo na base do 3° metatarso.

Ch 18 x 24cm, dividido transversalmente, sem buck.

Colimar área de interesse.

Dfofi 1m

Incidência de Calcâneo Perfil (médio lateral)

Paciente em DL, de forma confortável. Fletir o joelho afetado cerca de 40° para manter um perfil absoluto do calcâneo. Manter a perna oposta atrás do membro a ser radiografado, para melhor estabilidade do paciente.

Se houver necessidade, colocar um suporte no joelho do paciente. Manter o tornozelo e o pé em um perfil verdadeiro, colocando o maléolo lateral cerca de 1cm posterior ao maléolo medial.

RC perpendicular, incidindo em um ponto 2,5cm inferior ao maléolo medial.

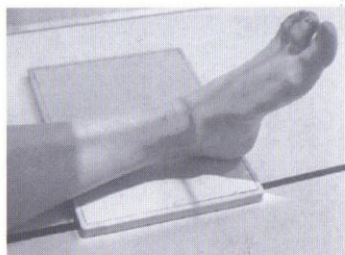
Ch 18 x 24cm, dividido transversalmente, sem buck.

Colimar área de interesse.

Dfofi 1m



Incidência de Tornozelo AP



Paciente em DD ou sentado sobre a mesa. Manter o membro estendido e alinhado.

Ajustar o pé e o tornozelo para um AP verdadeiro, não podendo haver rotação. Para isso a linha intermaleolar não estará paralela ao chassi.



RC perpendicular, incidindo para um ponto médio do tálus.

Ch 18 x 24cm, dividido transversalmente, sem buck.

Colimar área de interesse.

Dfofi 1m..

Incidência de Tornozelo Perfil (médio-lateral)

Paciente em DL, de forma confortável e o lado de interesse para baixo. Fletir o joelho do membro afetado a 40° e manter a perna oposta atrás da que irá ser radiografada, para melhor estabilidade e para evitar super rotação.

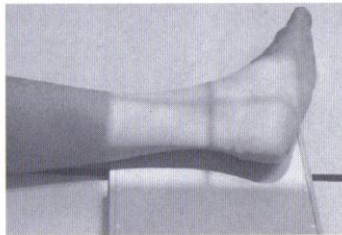
Tracionar o pé dorsalmente de forma que a superfície plantar esteja em um ângulo reto com a perna.

RC perpendicular, incidindo no maléolo medial.

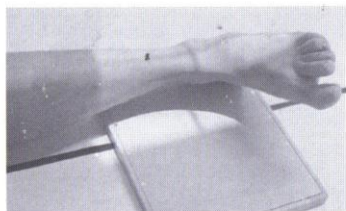
Ch 18 x 24cm, dividido transversalmente, sem buck.

Colimar área de interesse.

Dfofi 1m..



Incidência de Tornozelo Oblíqua Rotação Medial de 45°



Paciente em DD ou sentado sobre a mesa, de forma confortável. Manter o membro estendido e, se necessário, com um calço sob o joelho, para melhor estabilidade. Rodar medialmente todo o membro a 45°, simulando a incidência de encaixe do tornozelo AP.



RC perpendicular, incidindo em um ponto médio entre os maléolos.

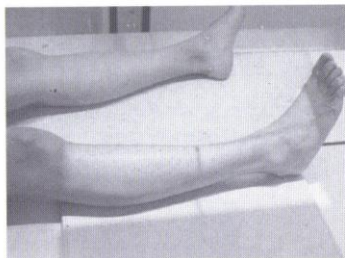
Ch 18 x 24cm, dividido transversalmente, sem buck.

Colimar área de interesse.

Dfofi 1m.

Incidência de Perna AP

Paciente em DD ou sentado sobre a mesa, de forma confortável. Manter o membro estendido e sem rotação. Para isso, é melhor alinhar a pelve, joelho e perna do paciente.



RC perpendicular, incidindo para um ponto médio da tíbia.

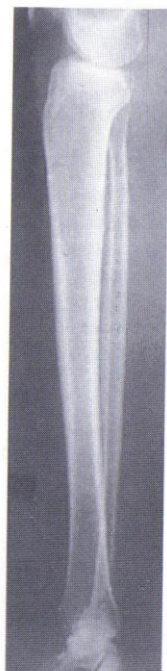
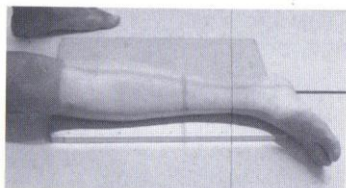
Ch 30 x 40 ou 35 x 43cm, dividido transversalmente, sem buck.

Colimar área de interesse.

Dfofi 1,10m.



Incidência de Perna Perfil Médio Lateral



Paciente em DL, com o membro a ser radiografado para baixo. O membro oposto deverá estar atrás do membro afetado. Flexionar o joelho cerca de 40° e manter a perna em perfil absoluto. Para isso a patela deverá estar perpendicular ao filme.

RC perpendicular incidindo para um ponto médio da tíbia.

Ch 30 x 40 ou 35 x 43cm, dividido longitudinalmente, sem buck.

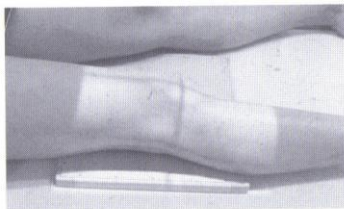
Colimar área de interesse.

Dfofi 1,10m.

Incidência de Joelho AP

Paciente em DD e com o joelho a ser radiografado sobre a LCM, não podendo haver rotação na pelve, e com os membros estendidos.

Rodar a perna medialmente de 3° a 5° , para manter a linha interpicondiliária paralela ao filme, deixando o joelho em um AP verdadeiro.



RC perpendicular para um paciente de coxas e nádegas médias, entre 19 e 24cm, incidindo a 2cm distal ao ápice da patela. Se o paciente for $<19\text{cm}$ 3° a 5° caudal coxas e nádegas pequenas se for $>24\text{cm}$, 3° a 5° cranial coxas e nádegas grandes.

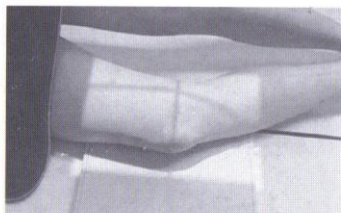
Ch 24 x 30cm, dividido transversalmente, com ou sem buck.

Colimar área de interesse.

Dfofi 1m.



Incidência de Joelho Perfil



Paciente em DL, de forma confortável, com o joelho a ser radiografado, sobre a LCM, com o lado de interesse para baixo. O membro do lado oposto deverá estar atrás do que está sendo radiografado.

Para obter um perfil verdadeiro do joelho verificar se os epicôndilos do fêmur estão sobrepostos. A patela deverá estar perpendicular ao plano do filme.

Flexionar o joelho a ser radiografado cerca de 20° a 30°.

RC com uma angulação de 5° a 7° cranial incidindo 2,5cm distal do epicôndilo medial.

Ch 24 x 30cm dividido transversalmente, com ou sem buck.

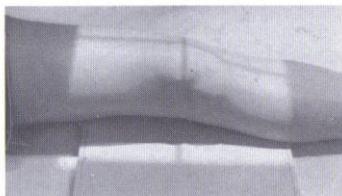
Colimar área de interesse.

Dfofi 1m.



Incidência de Joelho Oblíqua Rotação Lateral

Paciente em DD, com o joelho a ser radiografado sobre a LCM, de forma confortável. Rodar o corpo e a perna lateralmente a 45°.



RC perpendicular, incidindo para um ponto médio 2cm distal ao ápice da patela.

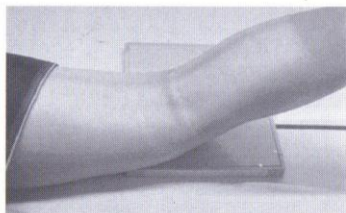
Ch 24 x 30cm, dividido transversalmente com ou sem buck.

Colimar área de interesse.

Dfofi 1m.



Incidência de Túnel do Joelho PA Método de Camp Coventry



Paciente em DV, de forma confortável. Flexionar o joelho de 40° a 50°, elevando o pé. O paciente deverá estar alinhado com a mesa.



RC com uma angulação de 40° a 50° caudal para que fique perpendicular à perna, incidindo na prega poplíteia.

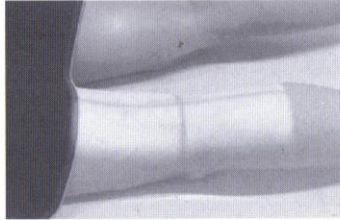
Ch 18 x 24cm panorâmico com ou sem buck.

Colimar área de interesse.

Dfofi 1m

Incidência de Patela PA

Paciente em DV e de forma confortável. Manter o joelho sobre a LCM e alinhado com a mesa. Usar um calço sob o tornozelo e para um PA verdadeiro solicitar uma rotação medial de 5° com o joelho.

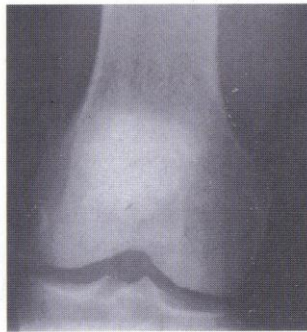


RC perpendicular, incidindo no meio da patela.

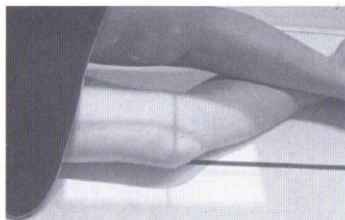
Ch 18 x 24cm, dividido transversalmente, com buck.

Colimar área de interesse.

Dfofi 1m.



Incidência de Patela Perfil



Paciente em DL, de forma confortável, com o lado de interesse para baixo. Fornecer apoio para o joelho oposto, que estará atrás do joelho a ser radiografado.

Alinhar o joelho com a LCM de forma que não haja rotação, e fletir o joelho cerca de 5° a 10°.



RC perpendicular, incidindo na articulação patelofemural.

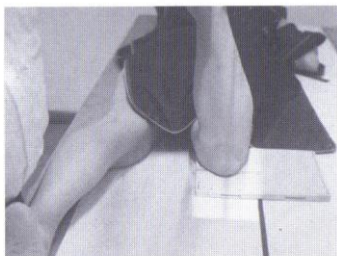
Ch 18 x 24cm, dividido transversalmente, com buck.

Colimar área de interesse.

Dfofi 1m.

Incidência de Patela Axial Método de Hughston

Paciente em DV e de forma confortável. Fletir o joelho a 45°. Apoiar o pé do paciente sobre o colimador. Certificar-se de que não haja rotação no membro.

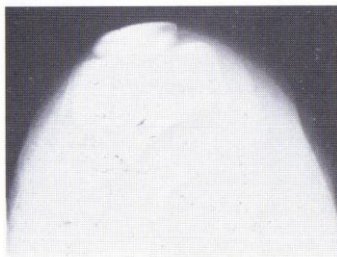


RC com uma angulação de 15° a 20° cranial, incidindo na articulação patelofemural.

Ch 18 x 24cm dividido transversalmente, com ou sem buck.

Colimar área de interesse.

Dfofi 1m.



Incidência de Patela Axial Método de Settegast



Paciente em DV, de forma confortável. Fletir o joelho a 90° e manter esta posição com uma faixa. Certificar-se de que não haja rotação no membro.

RC com uma angulação de 15° a 20° cranial incidindo na articulação patelofemural.

Ch 18 x 24cm dividido transversalmente, com ou sem buck.

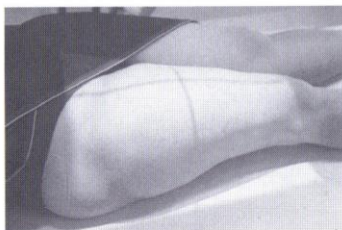


Colimar área de interesse.

Dfofi 1m.

Incidência de Fêmur AP

Paciente em DD, de forma confortável. O membro deverá estar centralizado à LCM. Rodar a perna medialmente 5° para que o fêmur fique em posição de AP verdadeiro.



RC perpendicular incidindo para um ponto médio do fêmur.

Ch 30 x 40 ou 35 x 43cm dividido longitudinalmente, com buck.

Colimar área de interesse.



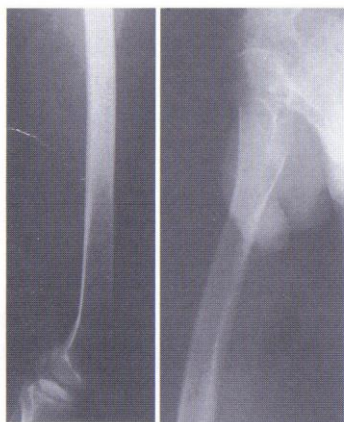
Dfofi 1m.

Incidência de Fêmur Perfil



Paciente em DL, de forma confortável. Fletir o joelho a aproximadamente 45° e alinhar o fêmur com a LCM. Manter o membro oposto estendido e com um calço sob a perna.

RC perpendicular, incidindo para um ponto médio do fêmur.



Ch 30 x 40 ou 35 x 43cm, dividido longitudinalmente, com buck.

Colimar área de interesse.

Dfofi 1m.

TRONCO

Incidência de Pelve AP (posição de Rã) Método de Cleaves Modificado



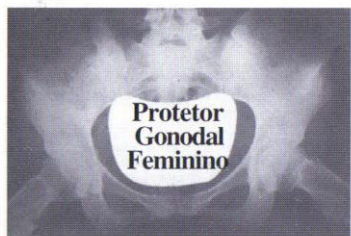
Paciente em DD e braços sobre o tórax, de forma confortável, com o plano mediosagital sobre a LCM. Fletir ambos os membros a 90°, unir a região plantar dos pés e abduzir por igual cerca de 40° a 45°, certificando-se de que não haja rotação na pelve.

RC perpendicular incidindo a 7,5cm abaixo da eias.

Ch 30 x 40, 35 x 35 ou 35 x 43cm panorâmico, com buck.

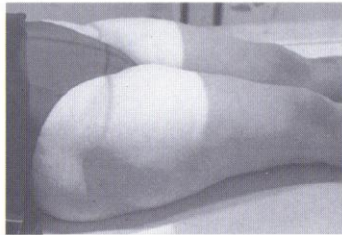
Colimar área de interesse.

Dfofi 1m.



Incidência de Pelve Axial AP (ossos pélvicos anteriores)-Método de Taylor

Paciente em DD e membros estendidos, de forma confortável. Manter os braços sobre o tórax, com o plano mediossagital sobre a LCM, certificando-se de que não haja rotação na pelve.



RC com uma angulação de 20° a 35° em homens e de 30° a 45° cranial em mulheres, incidindo 3 a 5cm distal da borda superior da sínfise púbica.

Ch 24 x 30 ou 30 x 40cm panorâmico, com buck.

Colimar área de interesse.

Dfofi 1m.



Incidência de Pelve AP Axial (entrada)



Paciente em DD, membros estendidos e braços sobre o tórax, de forma confortável. Manter o plano mediossagital sobre a LCM, não podendo haver rotação na pelve.

RC com uma angulação de 40° caudal, incidindo para um ponto médio a nível das eias.

Ch 30 x 40 ou 35 x 43cm panorâmico, com buck.



Colimar área de interesse.

Dfofi 1m.

Incidência de Quadril AP (emipelve)

Paciente em DD, com os membros estendidos e os braços sobre o tórax, de forma confortável. Alinhar o quadril a ser radiografado com a LCM. Fazer uma rotação medial com a perna de 15° a 20°.



RC perpendicular, incidindo para a cabeça do fêmur.

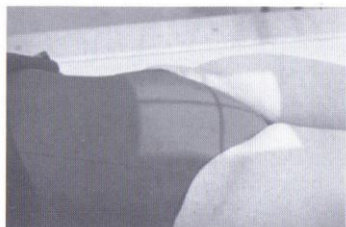
Ch 18 x 24 ou 24 x 30cm panorâmico, com buck.

Colimar área de interesse.

Dfofi 1m.



Incidência de Articulações Sacroilíacas Axial AP



Paciente em DD, com os membros estendidos e os braços sobre o tórax, de forma confortável. Alinhar o plano mediosagital com a LCM, não podendo haver rotação na pelve.

RC com uma angulação de 30° a 45° cranial, incidindo 5cm abaixo do nível das eias.



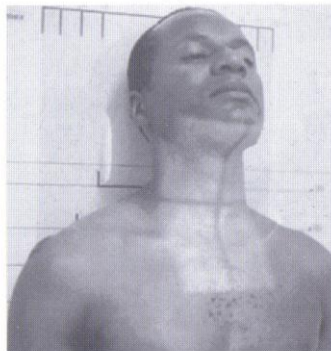
Ch 24 x 30cm panorâmico, com buck.

Colimar área de interesse.

Dfofi 1m.

Incidência de Coluna Cervical AP

Paciente em ortostático e de forma confortável. Alinhar o PMS com o LCE. Traçar uma linha entre o mento e o occipital, para mantê-los no mesmo plano.



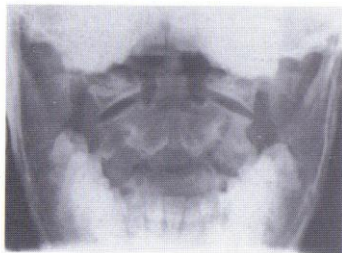
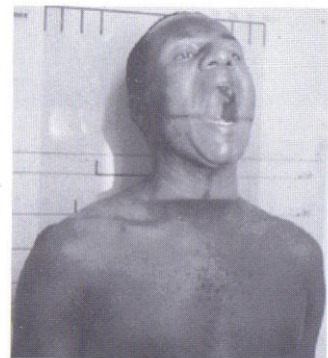
RC com uma angulação de 15° a 20° cranial, incidindo na 4ª vértebra cervical (C4).



Ch 18 x 24cm panorâmico, com buck.

Colimar área de interesse.

Dfofi 1m.

**Incidência de Coluna Cervical AP
Transoral (boca aberta)**

Paciente em DD ou ortostático, de forma confortável, com os braços ao longo do corpo. Alinhar o PMS com a LCM ou LCE. Alinhar a cabeça com a boca aberta, traçando uma linha perpendicular do maxilar até a tuberosidade das mastóides, em um plano perpendicular, não podendo haver rotação no crânio e tórax. Manter a boca bem aberta durante a exposição.

RC perpendicular, incidindo na C2.

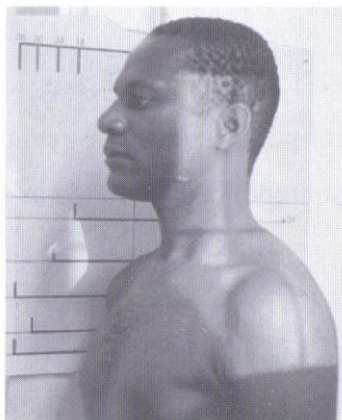
Ch 13 x 18 ou 18 x 24cm panorâmico, com buck.

Colimar área de interesse.

Dfofi 1m.

Incidência de Coluna Cervical Perfil

Paciente em ortostático, de forma confortável, com o ombro apoiado no buck, vertical e em perfil absoluto. Dar pesos por igual para o paciente segurar, a fim de se visualizar C7 e T1. Solicitar para que eleve o queixo.



RC perpendicular, a nível de C4.

Ch 18 x 24cm panorâmico, com buck.

Colimar a área de interesse.

Dfofi 1,80m.



Incidência de Coluna Cervical Oblíquas Anterior e Posterior

Paciente em ortostático, de forma confortável e obliquo a 45° anterior ou posterior, com os braços ao longo do corpo e o queixo ereto para se evitar que se sobreponham as vértebras cervicais

RC 1 para oblíqua anterior, angulado de 15° a 20° caudal, incidindo a nível de C4.

RC2 para oblíqua posterior, angulado de 15° a 20° cranial a nível C4.

Ch 18 x 24cm panorâmico, com buck.

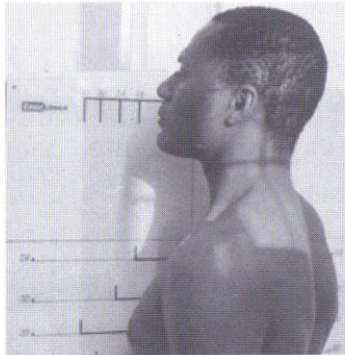
Colimar área de interesse.

Dfofi 1,80m.



RC 1

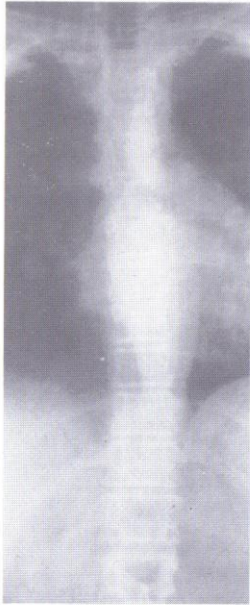
RC 2



Incidência de Coluna Torácica AP e PA



Paciente em DD ou ortostático, e de forma confortável, com os membros ao longo do corpo. Alinhar o PMS sobre a LCM ou LCE. Certificar-se de que não haja rotação na cintura pélvica.



RC perpendicular incidindo a nível de T7.

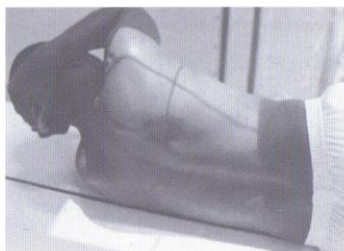
Ch 30 x 40cm dividido longitudinalmente, com buck.

Colimar área de interesse.

Dfofi 1m.

Incidência de Coluna Torácica Perfil

Paciente em DL deitado ou ortostático, com os braços elevados acima da cabeça ou sobre as orelhas, de forma confortável. Fletir os joelhos e calçá-los para melhor estabilidade se for deitado.

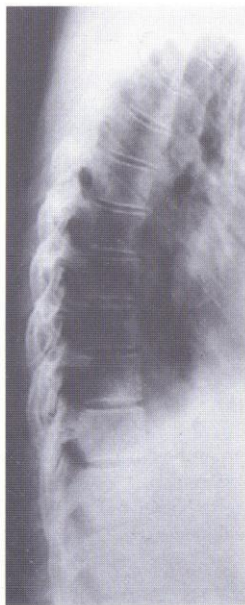


RC perpendicular, a nível de T7.

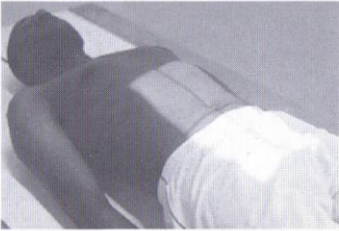
Ch 30 x 40cm, dividido longitudinalmente, com buck.

Colimar área de interesse.

Dfofi 1m.



Incidência de Coluna Lombar AP e PA



Paciente em DD ou DV, de forma confortável, com os joelhos ligeiramente fletidos. Alinhar o PMS sobre a LCM. Certificar-se de que não haja rotação na cintura pélvica.



RC perpendicular, incidindo 3cm acima da crista ilíaca.

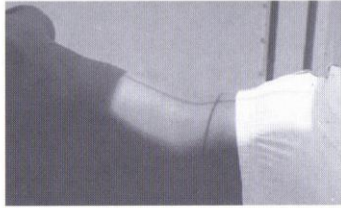
Ch 30 x 40cm, dividido longitudinalmente, com buck

Colimar área de interesse.

Dfofi 1m.

Incidência de Coluna Lombar Perfil

Paciente em DL, com os braços elevados e as mãos sob a orelha. Fletir os joelhos para melhor estabilidade. Alinhar a coluna sobre a LCM. Certificar-se de que não haja rotação na pelve e tronco do paciente.

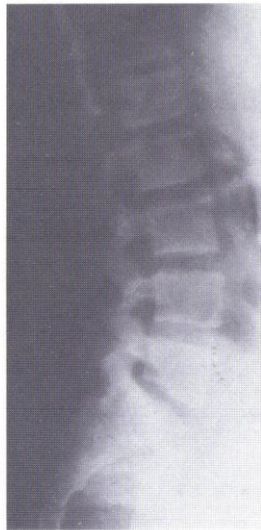


RC perpendicular, incidindo a nível de L3.

Ch 30 x 40cm, dividido longitudinalmente, com buck.

Colimar área de interesse.

Dfofi 1m.



Incidência de Coluna Lombar Oblíquas Anterior e Posterior



Paciente em semi-DD ou DV, de forma confortável. Alinhar a coluna vertebral sobre a LCM. Fletir o joelho para melhor estabilidade. Manter 45° de obliquidade em relação à mesa tanto na anterior quanto na posterior.



RC perpendicular, a nível de L3

Ch 30 x 40cm, dividido longitudinalmente, com buck.

Colimar área de interesse.

Dfofi 1m.

A
n
t
e
r
i
o
r

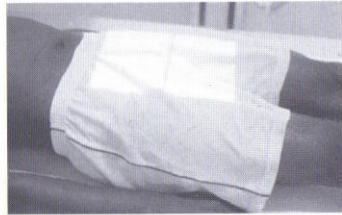


P
o
s
t
e
r
i
o
r



Incidência do Sacro Axial AP

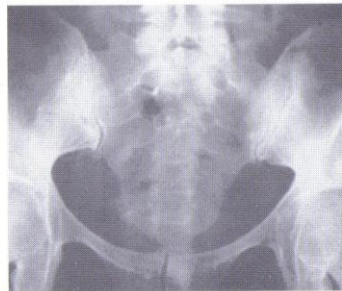
Paciente em DD. Alinhar a coluna sobre a LCM, de forma confortável. Certificar-se de que não haja rotação no tronco e pelve.



RC angulado de 15° cranial, incidindo na EIAS.

Ch 24 x 30cm panorâmico, com buck.

Colimar área de interesse.



Dfofi 1m.

Incidência do Sacro e Cóccix em Perfil



Paciente em DL, com os joelhos fletidos e os braços acima da cabeça, de forma confortável. Alinhar o sacro sobre a LCM e certificar-se de que não haja rotação no tronco e pelve do paciente.



RC perpendicular, incidindo no centro do sacro.

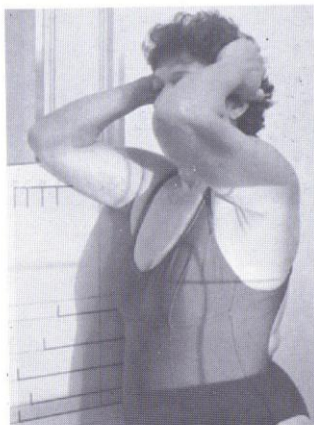
Ch 24 x 30cm panorâmico, com buck.

Colimar área de interesse.

Dfofi 1m.

Incidência de Esterno Perfil

Paciente em ortostático e em perfil. Manter as mãos para trás da cabeça. Alinhar o esterno sobre a LCE. Certificar-se de que não haja rotação do tronco e pelve.



RC perpendicular, incidindo no meio do esterno.

Ch 24 x 30cm panorâmico, com buck.

Colimar área de interesse.

Dfofi 1,80m.



Incidência da Articulação Esternoclavicular PA



Paciente em DV, com os braços acima da cabeça e alinhar a articulação esternoclavicular sobre a LCM. Certificar-se de que não haja rotação na pelve e tronco do paciente.

RC perpendicular, incidindo a nível de T2.

Ch 18 x 24cm panorâmico, com buck.



Colimar área de interesse.

Dfofi 1m.

Incidência de Costelas Anteriores PA

Paciente em ortostático, com o tórax encostado na estativa. Alinhar o PMS sobre a LCE. Elevar o queixo para evitar superposição e elevar os braços para a frente. Certificar-se de que não haja rotação na pelve e no tórax.

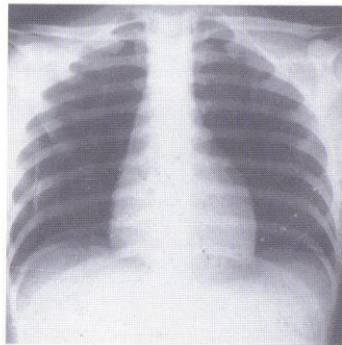


RC perpendicular, incidindo a nível de T7.

Ch 35 x 35cm panorâmico, com buck.

Colimar área de interesse.

Dfofi 1m.



Incidência de Costelas Oblíquas Anterior e Posterior

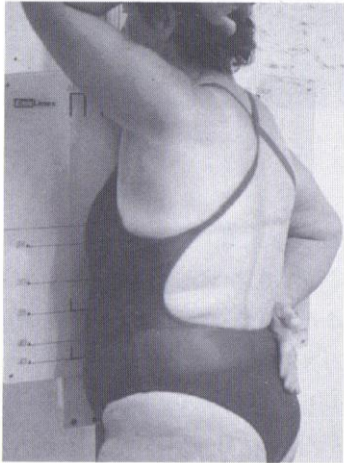
Paciente em ortostático ou DD. Fazer uma obliquidade de 45° com o paciente, anterior ou posterior. Elevar o queixo para evitar superposição e alinhar o PMS sobre a LCE, LCM.

RC perpendicular, incidindo a nível de T7.

Ch 30 x 40 ou 35 x 35cm panorâmico, com buck.

Colimar área de interesse.

Dfofi 1m.



Anterior



Posterior

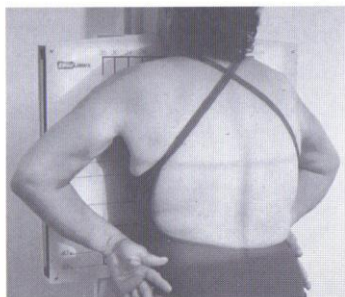
OPE



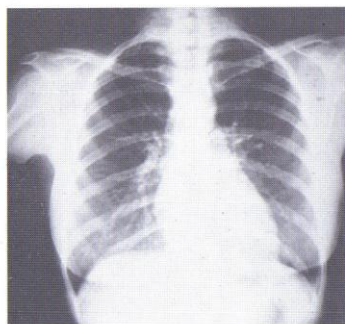
OAD



Incidência de Tórax PA



Paciente em ortostático, com o peito encostado na estativa, queixo elevado, pernas levemente afastadas para melhor estabilidade, com o dorso das mãos sobre a cintura pélvica e ombros elevados para a frente. Alinhar o PMS sobre a LCE e certificar-se de que não haja rotação no tronco e pelve do paciente.



RC perpendicular incidindo a nível de T7.

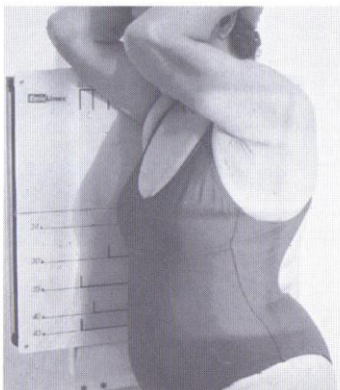
Ch 35 x 35 ou 35 x 43cm panorâmico, com buck.

Colimar área de interesse.

Dfofi 1,80m.

Incidência de Tórax Perfil

Paciente em ortostático e em perfil, com o lado de interesse apoiado na estativa, com os braços sobre a cabeça, segurando os cúbitos, queixo elevado e pernas afastadas, para melhor estabilidade. Certificar-se de que não haja rotação em tronco e pelve. Alinhar o PMS sobre a LCE.

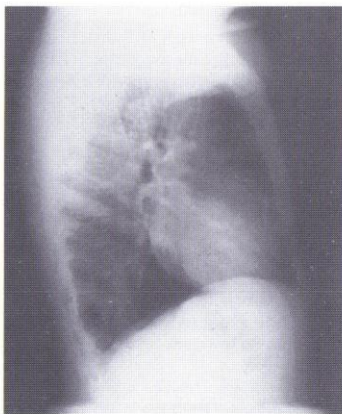


RC perpendicular, incidindo a nível de T7.

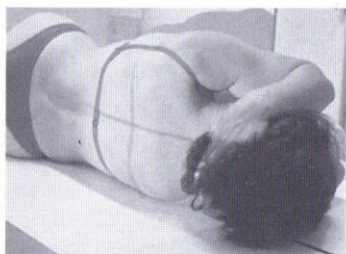
Ch 30 x 40 ou 35 x 35cm panorâmico, com buck.

Colimar área de interesse.

Dfofi 1,80m.



Incidência de Tórax Decúbito Lateral Método de Laurell



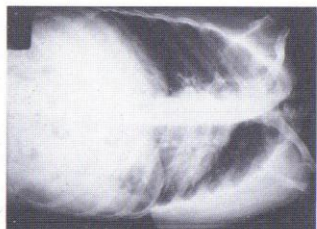
Paciente em DL, em uma maca, apoiado na estativa, com os braços sobre a cabeça, da melhor maneira possível. Certificar-se de que não haja rotação no tronco e pelve. Alinhar o PMS sobre a LCE.

RC perpendicular na horizontal, incidindo a nível de T7.

Ch 35 x 43cm panorâmico, com buck.

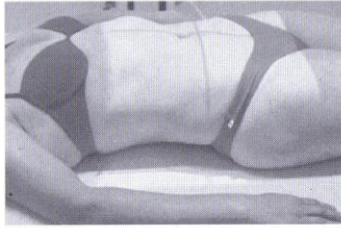
Colimar área de interesse.

Dfofi 1,80m.



Incidência de Abdome AP Decúbito Dorsal

Paciente em DD e de forma confortável. Braços ao longo do corpo. Alinhar o PMS sobre a LCM. Certificar-se de que não haja rotação no tronco e pelve.



RC perpendicular, incidindo a nível do umbigo, ou das EIAS.



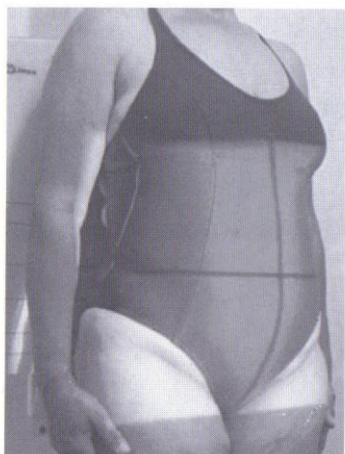
Ch 35 x 43cm panorâmico, com buck.



Colimar área de interesse.

Dfofi 1m.

Incidência de Abdome AP Ortostático



Paciente em ortostático, de costas para a estativa, com o queixo elevado e as pernas ligeiramente afastadas para melhor estabilidade. Certificar-se de que não haja rotação no tronco e pelve. Alinhar o PMS sobre a LCE.

RC perpendicular, incidindo no centro do filme.

Ch 35 x 43cm panorâmico, com buck.

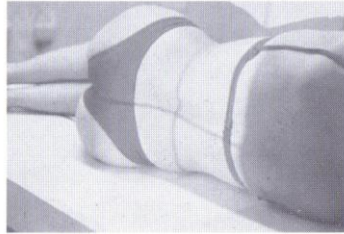
Colimar área de interesse.

Dfofi 1m.



Incidência de Abdome Decúbito Lateral

Paciente em DL, sobre uma maca e encostado na estativa, com os braços acima da cabeça e joelhos levemente fletidos para melhor estabilidade. Certificar-se de que não haja rotação em tronco e pelve. Alinhar o PMS sobre a LCE.

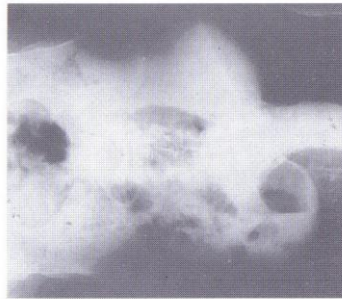


RC perpendicular, incidindo no centro do filme.

Ch 35 x 43cm panorâmico, com buck.

Colimar área de interesse.

Dfofi 1m.

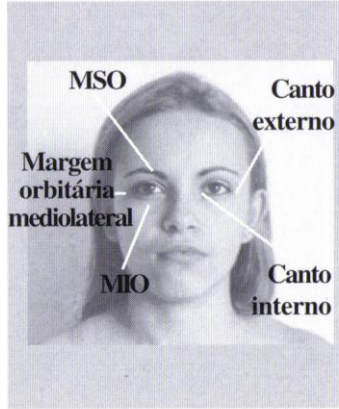


CRÂNIO

Planos Corporais



Plano mediossagital(PMS)

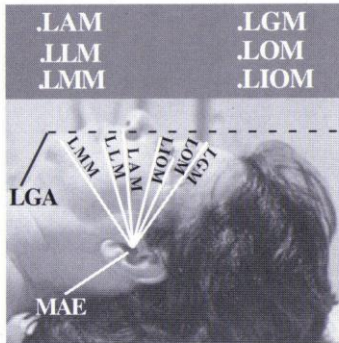


Marcos da Órbita

Marcos da Superfície

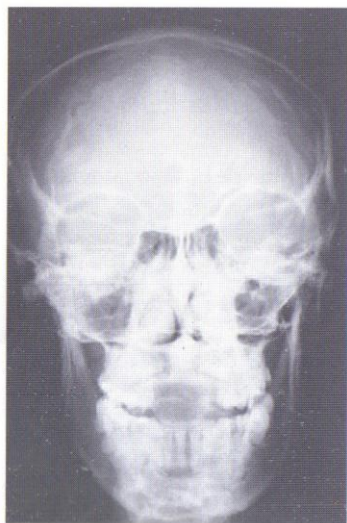


Linhas de Posicionamento



Incidência de Crânio AP

Paciente em DD. Apoiar a região posterior do crânio sobre a LCM. Manter a LOM perpendicular ao filme, não podendo haver rotação no crânio.



RC perpendicular, incidindo na glabella e saindo no occipital.

Ch 24 x 30cm panorâmico, com buck.

Colimar área de interesse.

Dfofi 1m.

Incidência de Crânio Perfil

Paciente em DV, em posição de nadador, com a cabeça em perfil absoluto. Alinhar o PMS paralelo à LCM e à LIP perpendicular ao filme, não podendo haver rotação do crânio.



RC perpendicular, incidindo 5cm acima do MAE.

Ch 24 x 30cm panorâmico, com buck.

Colimar área de interesse.

Dfofi 1m.



Incidência de Crânio Método de Towne



Paciente em DD. Apoiar a região posterior do crânio sobre a LCM. Manter a LOM ou a LIOM de forma perpendicular ao filme. Certificar-se de que não haja rotação na cabeça.



RC com uma angulação de 30° caudal para a LOM ou 37° caudal para a LIOM, incidindo aproximadamente 5cm acima da glabella e saindo no forame magno.

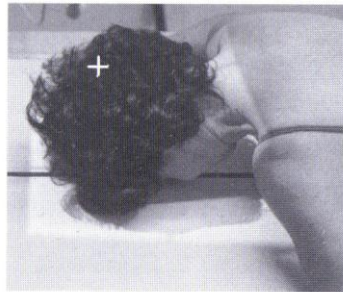
Ch 24 x 30cm panorâmico, com buck.

Colimar área de interesse.

Dfofi 1m.

Incidência de Crânio Método de Caldwell

Paciente em DV. Apoiar o frontal e o nariz sobre a LCM. Manter a LOM perpendicular ao filme. Alinhar o PMS sobre a LCM, certificando-se de que não haja rotação na cabeça.

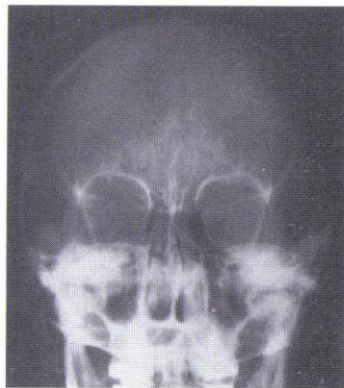


RC com uma angulação de 15° caudal saindo no násio. Pode-se alterar o RC de 25° a 30°, conforme a orientação médica.

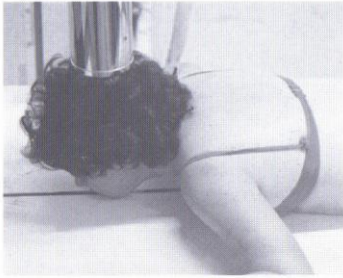
Ch 24 x 30cm panorâmico, com buck.

Colimar área de interesse.

Dfofi 1m.



Incidência de Ossos da Face (seios da face) Método de Waters



Paciente em DV. Estender o pescoço e apoiar o queixo sobre a LCM. Ajustar a cabeça até que a LMM esteja perpendicular ao filme e a LOM forme um ângulo de 37° com a mesa. Certificar-se de que não haja rotação na cabeça.



RC perpendicular saindo do acântio.

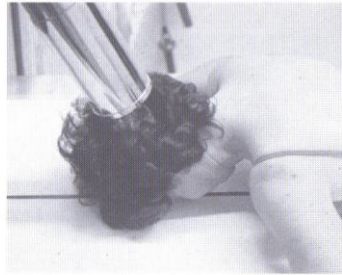
Ch 24 x 30cm, dividido transversalmente, com buck.

Colimar área de interesse.

Dfofi 1m.

Incidência de Ossos da Face (seios da face) Método de Caldwell

Paciente em DV, com o frontal e o nariz sobre a LCM. Manter o PMS sobre a LCM. Retrair o queixo para manter a LOM perpendicular ao filme. Certificar-se de que não haja rotação na cabeça.



RC com uma angulação de 15° caudal saindo do násio.

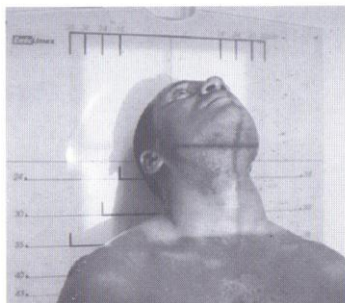
Ch 24 X 30cm, dividido transversalmente, com buck.

Colimar área de interesse.

Dfofi 1m

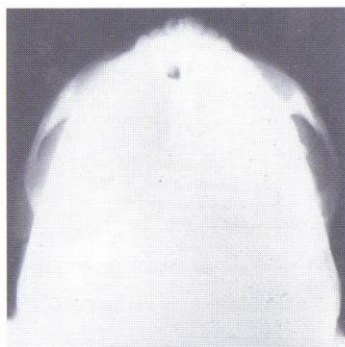


Incidência de Arcos Zigomáticos Submentovértice (SMV)



Paciente em DD ou ortostático. Hiperestender o pescoço elevando o queixo, até que a LIOM fique paralela ao filme. Alinhar o PMS sobre a LCM ou LCE. Certificar-se de que não haja rotação na cabeça.

RC perpendicular, incidindo aproximadamente 4cm inferior à sínfise mandibular.



Ch 24 x 30cm panorâmico, com buck.

Colimar área de interesse.

Dfofi 1m.

Incidência de Nasal Perfil

Paciente em DV e em posição de nadador, e cabeça em perfil absoluto, PMS paralelo à LCM e a LIP perpendicular ao filme, não podendo haver rotação na cabeça.

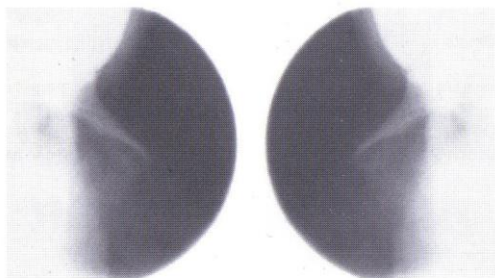


RC perpendicular, incidindo no meio do násio.

Ch 13 x 18cm panorâmico, com ou sem buck.

Colimar área de interesse.

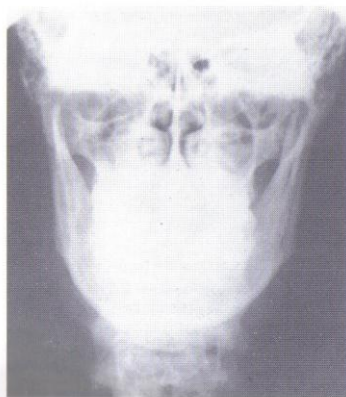
Dfofi 1m.



Incidência de Mandíbula PA



Paciente em DV. Apoiar o frontal e o nariz sobre a LCM. Fletir o queixo a fim de que a LOM fique perpendicular ao filme. PMS sobre a LCM, certificando-se de que não haja rotação na cabeça.



RC perpendicular projetado para sair na junção dos lábios.

Ch 18 x 24cm panorâmico, com buck.

Colimar área de interesse.

Dfofi 1m.

Incidência de Mandíbula Perfil Axial

Paciente em DD ou ortostático. Manter a cabeça em perfil. Estender o pescoço de forma que não haja superposição das vértebras cervicais. Girar a cabeça em 15° , 30° ou 45° para o lado de interesse. Cada angulação visualiza uma determinada região da mandíbula: 15° para um levantamento geral da mandíbula, 30° para se visualizar o corpo e 45° para o mento.



RC com uma angulação de 25° cranial para sair no centro da mandíbula de interesse.

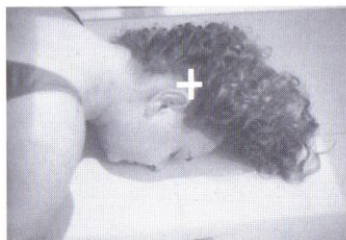
Ch 18 x 24cm panorâmico, com buck.

Colimar área de interesse.

Dfofi 1m.



Incidência de Forames Ópticos (parieto-orbital) - Método de Rhese



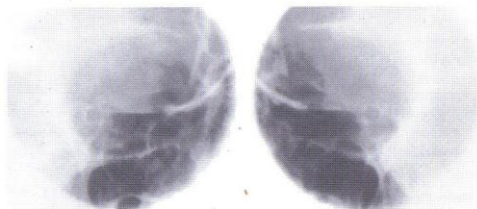
Paciente em DV. Apoiar o nariz, bochecha e o mento sobre a LCM, girar a cabeça, obtendo, com o PMS um ângulo de 53° com o filme e manter a LAM perpendicular ao filme.

RC perpendicular, incidindo na região parietal e saindo na órbita a ser radiografada.

Ch 13 x 18cm panorâmico ou 18 x 24cm, dividido transversalmente, com buck.

Colimar área de interesse.

Dfofi 1m.



Incidência de ATM Perfil Obliqua Método de Law Modificado

Paciente em DV, em posição de nadador. Manter a cabeça em perfil, manter a LIP perpendicular ao filme e girar 15° a face em direção ao filme, mantendo a ATM sobre a LCM.

RC com uma angulação de 15° caudal, incidindo 4cm acima do MAE.

Ch 18 x 24cm, dividido transversalmente, com buck.

Colimar área de interesse.

Dfofi 1m.



Incidência de Mastóides Perfil Axial Método de Schuller

Paciente em DV e em posição de nadador, com a cabeça em perfil. Manter a mastóide sobre a LCM e a LIP perpendicular ao filme.



RC angulado de 25° a 30° caudal, saindo na ponta da mastóide inferior.

Ch 18 x 24cm, dividido transversalmente, com buck.

Colimar área de interesse.



Dfofi 1m.

Curriculum do Autor

O autor, Prof^o Robson Leal possui formação técnica pela União Social Camiliana.

Prestou serviços como profissional em radiologia aos hospitais: Carmino Carichio, Hospital Regional Sul e Hospital Municipal Tide Setúbal.

Além dos hospitais, serviços como profissional em radiologia, foram prestados à Clínica Radiológica Preserve Rad e Clínica Ghelfond.

Atualmente é coordenador de cursos técnicos em radiologia e dos demais em colégio técnico na capital paulista.

Contatos com o autor através do e-mail: robson_leal@ig.com.br.
