

## ULTRASSONOGRAFIA GERAL

Código do trabalho: 21

### SEPSIS DE ORIGEM ABDOMINAL: IMPORTÂNCIA DA ULTRASSONOGRAFIA NO DIAGNÓSTICO DO FOCO PRIMÁRIO.

Waldemir Andrade Neto; Luis Jesuino de Oliveira Andrade.

*Santa Casa de Itabuna – Itabuna, BA, Brasil.*

**Introdução:** A sepsis de origem abdominal é um quadro infeccioso potencialmente grave, decorrente de um foco primário abdominal com disseminação hematogênica, levando a ativação de sistemas de defesa do hospedeiro e liberação de mediadores que vão determinar a evolução do quadro. **Objetivo:** Apresentar situações quadros sépticos de origem abdominal e a importância da ultrassonografia (US) no diagnóstico do foco primário. **Material e método:** Ensaio pictórico utilizando imagens de US para ilustrar o diagnóstico do foco primário das mais comuns afecções intra-abdominais que levam à sepsis. **Resultados:** A sepsis de origem abdominal está comumente associada a quadros infecciosos como abscesso hepático, doenças da vesícula biliar, infecções renais, pancreatites, apendicite retrocecal, abscesso do psoas e coleções peritoneais secundárias a intervenções cirúrgicas ou trauma. **Conclusão:** A US, pelo seu baixo custo e facilidade de realização à beira do leito, tem importância fundamental no diagnóstico precoce, melhora do prognóstico e redução da mortalidade deste agravo.

Código do trabalho: 33

### MÁ ROTAÇÃO INTESTINAL: RELATO DE CASO.

Raphael Soares Sgrancio; Ricardo Ricelli Rocha de Almeida; Eduardo Martins Faria; Thiago Ribeiro Leal; Douglas Neves Gonçalves Dias; Cassio Neves Gonçalves Dias; Rafaela Pereira Amorim; Manuela Esteves Rausch Silva.

*Climag – Timóteo, MG, Brasil.*

**Introdução:** A má rotação intestinal é uma anomalia congênita em que ocorre falha na rotação do intestino no eixo da artéria mesentérica superior durante o desenvolvimento embriológico, podendo ser assintomática ou determinar graus variáveis de obstrução intestinal, sendo o vômito o sintoma mais frequente. Grande parte dos pacientes apresenta sintomas nos primeiros meses de vida, mas também podem apresentá-los tardiamente. A real incidência desta malformação não é conhecida, com estimativas variando de 1:200 a 1:6000 nascidos vivos. **Relato do caso:** Paciente M.G.A., sexo masculino, quatro meses de idade, branco, procedente de Timóteo, MG. Referido à pediatria por quadro de vômitos recorrentes, prostração e sinais de desidratação. Ao exame: regular estado geral, fontanela deprimida, otoscopia e oroscopia sem alterações, aparelho respiratório e cardiovascular sem alterações, abdome doloroso à palpação difusamente, sendo realizada hidratação e antiemético. Solicitada ultrassonografia do abdome, que evidenciou rotação do eixo da artéria e veia mesentérica superior, sugerindo má rotação intestinal. Foi então realizada intervenção cirúrgica, pela qual se confirmou o achado e se efetuou a correção da malformação. **Objetivos:** Relatar o caso de um paciente com o diagnóstico de má rotação intestinal, visando a divulgação do conhecimento desta malformação e dando ênfase aos achados ultrassonográficos de imagem. **Métodos:** Relato de caso feito a partir da anamnese, exame complementar de imagem e avaliação cirúrgica. **Conclusão:** O diagnóstico do paciente foi estabelecido com base na história

clínica, exame físico, exame complementar de imagem e ato cirúrgico, que demonstrou achados compatíveis com a suspeita clínica.

Código do trabalho: 101

### REESTENOSE HIPERTÓFICA DE PILORO NO PÓS-OPERATÓRIO.

Eduardo Just da Costa e Silva; Raphael Xenofonte Moraes Pinheiro; Camila Medeiros Pinheiro; Daniel Matias Bezerra Jales; Joanna Brainer Dutra; Lucilo S. de Albuquerque Maranhão Neto; Thiago de Moraes Guedes.

*IMIP – Recife, PE, Brasil.*

A reestenose hipertrófica de piloro idiopática é uma ocorrência incomum, pois a piloromiotomia é quase sempre eficaz na correção da obstrução. Existem poucos casos na literatura, os quais atribuem a recorrência geralmente a piloromiotomia incompleta. Será apresentado caso clínico de paciente que desenvolveu recorrência de estenose hipertrófica de piloro. Paciente do sexo feminino, três meses, submetida há 1 mês e 15 dias a piloromiotomia à Rammstedt, evoluiu satisfatoriamente no pós-operatório, com ganho ponderal. Há seis dias, apresentou recorrência de vômitos não biliosos pós-prandiais, sendo readmitida para investigação do quadro. Radiografia simples de abdome revelou sinal da bolha única. Ultrassonografia de abdome total demonstrou, na região da porção distal de estômago, espessamento pilórico (parede com 0,4 cm) com 2,4 cm de comprimento. Não foi flagrada, durante cerca de 10 minutos, passagem de conteúdo gástrico por essa porção distal. A recorrência de estenose hipertrófica de piloro é rara, com incidência inferior a 2% de todas as crianças operadas. Os achados observados são semelhantes aos no momento da doença.

Código do trabalho: 118

### ASCARIDÍASE DE COLÉDOCO.

Eduardo Just da Costa e Silva; Silvio Cavalcanti de Albuquerque; Edison Barros Silva; Dolores Petrola de Melo Jorge Vieira; Juliana de Oliveira Lopes Cavalcanti; Lys Santana Teixeira; Cris Ferreira de Medeiros; Danielle Lauritzen Duarte.

*IMIP – Recife, PE, Brasil.*

A ascaridíase é uma doença que apresenta alta prevalência, principalmente em países subdesenvolvidos e com condições sanitárias precárias, estimada em 39% da população brasileira e 25% da mundial. Além disso, tal doença é uma importante causa de morbimortalidade entre a população pediátrica. Embora a evolução clínica da doença seja usualmente benigna, ela também pode apresentar complicações. Dentre elas, a migração de áscaris para as vias biliares é bem conhecida, situação em que os exames de imagem são diagnósticos. Será apresentado um caso de ascaridíase de colédoco, diagnosticada por ultrassonografia. Paciente de quatro anos, com quadro de dor abdominal há uma semana, com febre e icterícia associadas. Os exames laboratoriais mostraram aumento de transaminases e bilirrubina direta, além de anemia, leucocitose com desvio à esquerda. O exame ecográfico mostrou dilatação das vias biliares intra-hepáticas e a presença de um verme adulto no colédoco. Vários segmentos intestinais apresentaram também imagens compatíveis com ascaridíase. A ascaridíase é causada pelo *Ascaris lumbricoides*, um nematelminto que habita o intestino delgado, mas que tem propensão à migração para orifícios e

ductos. A migração para o ducto colédoco é incomum, mas pode ocorrer, principalmente em áreas endêmicas. O principal sintoma clínico é a dor no abdome superior, e entre as complicações, obstrução do trato biliar, colangite ascendente, pancreatite aguda e icterícia obstrutiva podem estar presentes. A ultrassonografia tem-se mostrado um bom método para diagnóstico e monitoração do tratamento do verme nas vias biliares. O tratamento clínico ou endoscópico entra como primeira escolha na maioria das vezes, porém, em alguns casos não são possíveis e a intervenção cirúrgica tem sido indicada para esses pacientes.

Código do trabalho: 121

#### **AValiação ULTRASSONOGRÁFICA DO ABDOME AGUDO: PATOLOGIAS MESENTÉRICAS E INTESTINAIS DO ANDAR INFERIOR DO ABDOME.**

Fernanda Marder Torres; Cesar Rodrigo Trippia; Carlos Henrique Trippia; Maria Fernanda Sales Ferreira Caboclo; Rafael Moreno Z. G. Barbosa; Carla Regina M. Medaglia; Erick Przybysz Pinto; Flavia Orizzi de Souza Sandrin.

*Hospital São Vicente – Curitiba, PR, Brasil.*

A dor aguda no andar inferior do abdome é uma das causas mais comuns de queixas nos serviços de emergência. Em 30% dos casos, o diagnóstico não é definido devido à resolução espontânea dos sintomas. Na investigação, o ultrassom é o método mais utilizado por ser exame de baixo custo, não invasivo e de fácil acesso, além de permitir o direcionamento do exame para a área suspeita. As principais afecções do abdome inferior que causam abdome agudo podem ser divididas em mesentéricas e intestinais, ginecológicas (gravidez ectópica, cistos ovarianos rotos ou hemorrágicos, torção de ovário e doença inflamatória pélvica), urinárias (litíase ureteral distal e infecção urinária) ou lesões musculares da parede abdominal. Das enfermidades mesentéricas e intestinais, as principais causas são a apendicite e a diverticulite, fazendo-se o diagnóstico diferencial com ileíte distal, tiflíte aguda, apendagite, infarto omental segmentar à direita e adenite mesentérica. Algumas importantes alterações ultrassonográficas encontradas no início ajudarão a direcionar o diagnóstico para uma ou outra afecção, sendo essencial o bom conhecimento da anatomia do abdome inferior. Estes achados incluem a presença de espessamento da parede de uma alça intestinal (apêndice, íleo distal, cólon ou ceco), processo inflamatório da gordura do mesentério com a parede intestinal normal (apêndice epiploico ou omento) e hipertrofia de linfonodos mesentéricos (diagnóstico de exclusão). Em função da extensa possibilidade de diagnósticos diferenciais, estes pequenos detalhes, junto com as particularidades de cada doença, ajudarão o radiologista a definir um diagnóstico.

Código do trabalho: 142

#### **ESTUDO ECOGRÁFICO DO DIVERTÍCULO VESICOURACAL: RELATO DE CASO.**

Izabella de Campos Carvalho Lopes; Leonardo José Ferreira Porto; Natalia Delage Gomes; Bruna de Oliveira Melim Aburjeli; Ana Flávia Assis de Ávila; Juliana Oggioni Gaiotti; Elizabeth Asuncion Sanchez de Ayub; Carlos Henrique Mascarenhas Silva.

*Hospital Mater Dei – Belo Horizonte, MG, Brasil.*

**Introdução:** O úraco ou ligamento umbilical medial é uma estrutura tubular situada na linha média que se estende desde a porção anterior da bexiga à região umbilical. É um remanescente embriológico derivado do alantoide e da porção ventral da cloaca, ocorrendo o seu fechamento, geralmente, em torno da 5ª semana. As anomalias congênicas do úraco são pouco frequentes e vários tipos de remanescentes

tem sido descritos: úraco patente, cisto de úraco, *sinus* umbilicouracal e divertículo vesicouracal, podendo apresentar infecção ou tumores. O divertículo vesicouracal é o tipo mais raro e pode passar despercebido durante anos. O objetivo do presente estudo é relatar um caso e revisão dos principais achados por imagem por ecografia de divertículo vesicouracal. **Descrição:** Paciente T.I.P., sexo masculino, 27 anos, branco, assintomático. Realizou ultrassonografia abdominal total no dia 18/5/2012, que evidenciou bexiga com boa repleção, apresentando conteúdo límpido e imagem anecoica ovalada, na parede anterior, na linha média, medindo 18 × 13 × 6 mm (volume = 0,8 cm<sup>3</sup>), sugestiva de divertículo vesicouracal. **Discussão:** O diagnóstico de certeza das anormalidades uracais pode ser feito por meio de um bom exame físico associado a um estudo de imagem apropriado. A ultrassonografia tem-se apresentado como o principal método diagnóstico nesse tipo de doença, sendo considerada uma importante ferramenta para diagnóstico de anomalias congênicas. A presença de uma projeção saculiforme mediana no aspecto superior da bexiga sugere o divertículo vesicouracal. Apesar de pouco frequentes, as doenças causadas pelos remanescentes uracais não devem ser consideradas meras curiosidades médicas e as infecções desses remanescentes não devem ser esquecidas no diagnóstico diferencial de onfalite, dor abdominal aguda e infecções pélvicas.

Código do trabalho: 172

#### **ÂNUS IMPERFURADO: AVALIAÇÃO ULTRASSONOGRÁFICA.**

Ana Maria Doffémond Costa; Leonardo José Ferreira Porto; Carlos Henrique Mascarenhas Silva; Elizabeth Asuncion Sanchez de Ayub; James de Brito Correa; Izabella de Campos Carvalho Lopes; Fernanda Magalhães Menicucci; Juliana Oggioni Gaiotti.

*Hospital Mater Dei – Belo Horizonte, MG, Brasil.*

**Introdução:** As anormalidades congênicas do trato gastrointestinal representam uma importante causa de morbidade em crianças e, menos frequentemente, em adultos. Dentre estas anormalidades, encontram-se as anomalias anorretais, descritas no grupo dos possíveis fatores etiológicos de obstrução intestinal baixa. Nestes casos, a ultrassonografia pode ajudar a diferenciar entre obstrução do intestino delgado e obstrução colônica, além de ser útil para excluir possíveis diagnósticos diferenciais como íleo meconial e peritonite meconial. Apesar de a tomografia computadorizada e a ressonância magnética permitirem uma melhor avaliação dos detalhes anatômicos e apresentarem uma maior especificidade diagnóstica, é extremamente importante minimizar a exposição destas crianças à radiação, pelo fato de serem mais sensíveis aos seus efeitos e apresentarem maior expectativa de vida do que os adultos. **Descrição:** Recém-nascido do sexo masculino, filho de mãe diabética, insulino-dependente, hipertensa crônica e hipotireoideia, com diagnóstico clínico pós-parto de ânus imperfurado. À avaliação do abdome ao nascimento, o mesmo apresentava-se globoso, normotenso e sem visceromegalias. Foram solicitados exames de imagem (radiografia e ultrassonografia abdominal) e interconsulta com a cirurgia pediátrica. Após confirmação da anomalia anorretal, o paciente foi submetido a ato cirúrgico de correção, realizado em dois tempos. **Discussão:** É importante que o imaginologista esteja familiarizado com a anatomia do trato gastrointestinal e tenha em mente as inúmeras etiologias do quadro de abdome agudo obstrutivo em crianças. A ultrassonografia é apontada como elemento auxiliar para elucidação diagnóstica, pois representa uma maneira rápida, segura e não invasiva para a avaliação das anormalidades gastrintestinais. E ainda, mostra-se importante, tanto na determinação da causa quanto na orientação terapêutica destes casos.

Código do trabalho: 187

#### ASPECTOS DO ABSCESSO AMEBIANO À ULTRASSONOGRRAFIA.

Natalia Delage Gomes<sup>1</sup>; Rogerio Batista Araújo Filho<sup>1</sup>; Ana Maria Doffémond Costa<sup>1</sup>; Izabella de Campos Carvalho Lopes<sup>1</sup>; Bruna Vilaça de Carvalho<sup>1</sup>; Patricia Delage Gomes<sup>2</sup>; Elizabeth Asuncion Sanchez de Ayub<sup>1</sup>; Carlos Henrique Mascarenhas Silva<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Hospital Mater Dei; <sup>2</sup> Santa Casa de Belo Horizonte – Belo Horizonte, MG, Brasil.

**Introdução:** Os abscessos amebianos são determinados pela infecção hepática pela *Entamoeba histolytica*, sendo o fígado o local mais comum de sua manifestação extraintestinal. A formação de abscessos hepáticos pode ocorrer em até 25% dos pacientes infectados e é a complicação não entérica mais comum desta infecção parasitária. A apresentação clínica consiste em dor (99% dos casos) e diarreia (15% dos casos). O diagnóstico dos abscessos amebianos hepáticos é feito associando os achados clínicos, ultrassonográficos e testes sorológicos. O presente estudo visa demonstrar os principais aspectos do abscesso amebiano à ultra-sonografia, mediante relato de um caso. **Descrição sucinta:** Paciente pediátrica do sexo feminino com quadro de febre baixa e diarreia há cerca de 35 dias, associada a inapetência e dor abdominal mais evidente na região do hipocôndrio direito. Foi realizada extensa propedêutica com exames laboratoriais e ultrassonografia, esta demonstrando lesões arredondadas, com aspecto hipoeicoide em relação ao fígado normal. Realizado tratamento clínico e posteriormente ultra-sonografia, que demonstrou regressão do quadro. **Discussão:** Embora a diferenciação por imagem entre abscessos amebianos e piogênicos possa ser bastante difícil, alguns achados ultrassonográficos permitem comparações, tais como o formato redondo ou oval que é mais prevalente nos abscessos amebianos (82% nos abscessos amebianos contra 60% nos piogênicos), e o aspecto hipoeicoide com finos ecos em seu interior (56% nos abscessos amebianos contra 36% nos piogênicos). Assim, é importante salientar que o ultrassom apresenta papel de destaque nesta avaliação, e como se trata de afecção frequente, é importante que o radiologista esteja familiarizado com os principais aspectos imagiológicos para levantar essa possibilidade diagnóstica, contribuindo diretamente para a correta avaliação diagnóstica e propedêutica dos pacientes.

Código do trabalho: 192

#### DETECÇÃO ULTRASSONOGRÁFICA DO PNEUMOPERITÔNIO.

Eduardo Just da Costa e Silva; Edison Barros Silva; Silvio Cavalcanti de Albuquerque; Lys Santana Teixeira; Danielle Lauritzen Duarte; Daniel Matias Bezerra Jales; Camila Medeiros Pinheiro; Armando José Sampaio Arruda.

IMIP – Recife, PE, Brasil.

Pneumoperitônio refere-se à presença de ar no interior da cavidade peritoneal e pode ser causado por perfuração de víscera oca, tumores, trauma e pós-operatório. Sua detecção costuma ser feita por radiografia convencional e seus sinais são conhecidos. No entanto, alguns casos não suspeitos clinicamente podem ser inicialmente avaliados por ultrassonografia, sendo importante seu reconhecimento por este método. O ar livre é visto, na maioria das vezes, logo abaixo do peritônio parietal e aparece como um reforço da linha desse peritônio, frequentemente com artefato de reverberação posterior. Será apresentado caso clínico de diagnóstico ultrassonográfico de pneumoperitônio. Escolar examinado por dor abdominal há duas semanas e piorando há três dias. Antecedente de procedimento cirúrgico para correção de megacólon congênito há dois anos. O estudo ecográfico mos-

trou linha fortemente ecogênica entre a parede abdominal anterior e a borda hepática, com artefatos em cauda de cometa. A radiografia convencional posterior confirmou o achado. As dificuldades para a detecção do pneumoperitônio à ultrassonografia podem ser atribuídas à presença de artefatos, gases intestinais, cirurgias abdominais prévias com novo posicionamento dos órgãos e aderências geradas, qualidade do equipamento de ultrassom e experiência do examinador.

Código do trabalho: 196

#### PÂNCREAS DIVISUM: RELATO DE CASO.

Ivy de Toledo Ribeiro Pimenta; Cristiano Hemb de Andrade; Sebastião Marques Zanforlin; Adriano Czapkowski; Claudio Rodrigues Pires.

Cetrus – São Paulo, SP, Brasil.

**Introdução:** Demonstrar um caso de pâncreas divisum e discutir os critérios diagnósticos e sua diferenciação com outras afecções. Pâncreas divisum é uma anomalia congênita rara, apesar de ser a mais comum das alterações congênitas do pâncreas. É caracterizada pela não fusão das faces ventral e dorsal do pâncreas durante o desenvolvimento fetal, que ocorre em torno da oitava semana. Esta condição é encontrada em 5% a 14% da população geral, sendo em geral assintomática ou relacionada a dor abdominal inespecífica. **Descrição do caso:** Descrevem-se aqui os achados ultrassonográficos de uma paciente do sexo feminino, A.P.T., de 46 anos, assintomática, em que foi identificada nesta instituição a presença desta alteração congênita do pâncreas como um achado incidental durante exame de abdome total de rotina. **Discussão:** O diagnóstico diferencial entre pâncreas divisum, pancreatite local e tumor é de extrema importância para uma conduta adequada e um melhor prognóstico do paciente, já que em alguns casos essa anormalidade demonstra-se ao ultrassom como aparente massa focal. Devido à correlação já estabelecida entre pâncreas divisum e pancreatite aguda e crônica, torna-se importante a sua identificação pelo exame ultrassonográfico. O conhecimento das variações anatômicas permite reduzir erros diagnósticos e a limitação devido à qualidade das imagens, muitas vezes prejudicada pelo biótipo ou pela presença de gases intestinais no abdome superior. Desta forma, em muitos casos, torna-se necessária a complementação diagnóstica com outros métodos com menos limitações e maior sensibilidade, como a tomografia computadorizada, a ressonância magnética ou a ultrassonografia endoscópica.

Código do trabalho: 287

#### ACURÁCIA DA ULTRASSONOGRRAFIA PARA O DIAGNÓSTICO DE APENDICITE AGUDA EM UM SERVIÇO DE BELO HORIZONTE, MG.

Estêvão Albino Torres Vargas; James de Brito Correa; Carlos Henrique Mascarenhas Silva; Elizabeth Asuncion Sanchez de Ayub; Bruna de Oliveira Melim Aburjeli; Ana Flávia Assis de Ávila; Natalia Delage Gomes; Juliana Oggioni Gaiotti.

Hospital Mater Dei – Belo Horizonte, MG, Brasil.

**Introdução:** Desde a primeira visualização ecográfica do apêndice vermiforme por Deutsch e Leopold em 1981 e da descrição da técnica de compressão graduada para o exame abdominal por Puylaert em 1986, a ultrassonografia passou a ser recurso diagnóstico complementar para a apendicite aguda. Vários fatores influenciam a acurácia do método, entre eles o gênero e a constituição corporal do paciente, o tempo evolutivo da doença e a experiência do radiologista. O presente estudo correlaciona 650 exames ultrassonográficos com a anatomopatologia, comparando os resultados com a literatura. **Casística e métodos:** Realizamos estudo ultrassonográfico de 650 pacientes que

deram entrada no serviço de emergência de um hospital de Belo Horizonte, MG, no período de outubro/2008 a março/2012, com dor abdominal aguda, nos quais a apendicite se incluía entre as hipóteses diagnósticas. Foram incluídos no estudo todos os pacientes submetidos a intervenção cirúrgica (apendicectomia). **Resultados:** Dos 650 pacientes operados, 562 apresentaram ultrassonografia e anatomopatológico concordantes, 77 falso-negativos (11,8%) e 11 falso-positivos (1,7%, laparotomia branca). A acurácia da ultrassonografia para o diagnóstico de apendicite foi de 86,5%. **Conclusões:** No presente estudo a acurácia da ultrassonografia para o diagnóstico de apendicite foi de 86,5% e encontra-se dentro dos valores descritos pela literatura, que variam de 70% a 93%. Foram 11 os casos de falso-positivos, correspondendo a 1,7%; a literatura justifica esses achados pela confusão de alça ileal com o apêndice vermiforme, pelo julgamento errôneo de apêndice normal por inflamado e pela ocorrência da apendicite com resolução espontânea. O índice de falso-positivos descrito por Vidmar et al. foi de 4,1%, e por Birnbaum e Wilson, entre 6 e 9%. Houve ainda 77 falso-negativos (11,8%), abaixo dos descritos habitualmente pela literatura. Estes valores impõem prudência em descartar o diagnóstico de apendicite aguda apenas pela ultrassonografia.

Código do trabalho: 404

#### **ACHADO INCIDENTAL DA DANÇA DAS FILÁRIAS EM BOLSA ESCROTAL: RELATO DE CASO.**

Ricardo Humberto de Souza Wanderley Filho; Eduardo Just da Costa e Silva; Silvio Cavalcanti de Albuquerque; Lucilo S. de Albuquerque Maranhão Neto; Joanna Brayner Dutra; Felipe Augusto Barbosa Reis de Machado; Raphael Xenofonte Moraes Pinheiro; Ygor Wernst Felipe Barbosa.

IMIP – Recife, PE, Brasil.

Entre as doenças infecciosas, a filariose constitui um sério problema de saúde pública. Estima-se que aproximadamente 129 milhões de pessoas no mundo encontram-se infectadas e que mais de 90% sejam causadas pela *Wuchereria bancrofti*. A filariose linfática é uma das doenças potencialmente erradicáveis, devido às suas características epidemiológicas. Por essa razão, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs, em 1997, sua eliminação mundial – prevista para 2020 –, e o Brasil é signatário dessa proposta. Atualmente, admite-se que em nosso país esteja ocorrendo a transmissão da doença apenas na região metropolitana de Recife, Pernambuco. Embora a situação epidemiológica presumida seja essa, para efeito de certificação da eliminação é necessário estar vigilante para a possibilidade de haver outros focos da doença. Apesar de o linfocroto ser uma rara apresentação da filariose linfática, é na bolsa escrotal onde encontramos mais frequentemente o verme adulto. Não raro, muitos pacientes buscam a emergência com dor testicular e são submetidos a ultrassonografia (US) de bolsa escrotal, e alguns destes pacientes oriundos de áreas endêmicas não foram beneficiados pelo programa de erradicação. Aí está a importância do reconhecimento por parte dos ultrassonografistas dos sinais que indicam a presença deste parasita, já que a US tem-se mostrado como uma boa ferramenta para o diagnóstico, mesmo que incidental, desta doença. No nosso relato de caso, um homem de 35 anos com queixa de dor e edema em bolsa escrotal há cinco dias foi submetido a US, que diagnosticou gangrena de Fournier, porém foram observadas múltiplas formações tubulares anecoicas de aspecto semelhante ao corpo do epidídimo esquerdo, notando-se em seu interior estruturas ecogênicas alongadas, dotadas de movimentos giratórios característicos (dança das filárias), também demonstrados pelo modo M. Foi realizada a notificação à vigilância sanitária e o paciente foi submetido a intervenção cirúrgica, por causa da fasciite necrotizante da bolsa escrotal.