



APRESENTAÇÃO ORAL

GINECOLOGIA

ANTRAL FOLLICLE RESPONSIVENESS AFTER CONTROLLED OVARIAN STIMULATION ASSESSED BY THE FOLLICULAR OUTPUT RATE (FORT) IS ASSOCIATED TO ANTRAL FOLLICLES SMALLER THAN 6MM

Bessow, CK*; Donato, RC; Chapon, RCS; Souza, TO; Genro, VK; Cunha-Filho, JS
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Centro de Reprodução Insemine

OBJECTIVE:The aim of this study was to evaluate which size of antral follicles was most closely related to ovarian response to controlled stimulation, measured by Follicular Output RaTe (FORT). Moreover, we aimed to evaluate also the effect of antimullerian hormone (AMH), FSH, AFC and age as a predictive factor to FORT. **METHODS:** It was performed a prospective cohort study. Eight-one infertile patients were recruited from January, 2015 to January, 2017. FORT was calculated as the ratio of pre-ovulatory follicle (16-22 mm in diameter) count on day of human chorionic gonadotrophin \times 100/small antral follicle (3-8 mm in diameter) count at baseline. Total Antral follicle count (AFC) was performed. In addition, we divided AFC into two groups according to AFC < 6 (follicles from 2-6mm, small follicles) and >6mm (large follicles). All variables were analyzed using Spearman's rho correlation. Moreover, we performed multivariable analysis controlling FORT for age, FSH, AFC, AMH and AFC > 6mm. **RESULTS:**The population average age was 39.5 years. Only the number of small follicles (less than 6mm) had a significantly correlation to FORT ($p < 0.27$), compared with the number of large follicles. FORT was not correlated with age, AMH, FSH or AFC > 6mm. The multivariable analysis, linear regression, demonstrated that controlling for age, total AFC, small follicles, larger follicles and AMH; only total AFC and small AFC were linked to FORT. **CONCLUSION:** The number of small follicles is most closely related to FORT than the number of large follicles, suggesting that those small follicles are decisive and trustworthy to ovarian response. We should rethink AFC as a predictable model, including only follicles lower than 6mm.

OBSTETRÍCIA

INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA GESTAÇÃO: PREVALÊNCIA E FATORES DE RISCOS EM PRIMÍPARAS NO PRIMEIRO TRIMESTRE

Schreiner L; Caruso FB; Todescatto AD; Crivelatti I; Almeida ND; Nygaard CC; dos Santos TG
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS

INTRODUÇÃO: O período gestacional contempla alterações do trato urinário que são divididas em fisiológicas e patológicas. A incontinência urinária (IU) é uma disfunção que pode ocorrer na gestação e tem impacto nas atividades diárias e pode interferir na qualidade de vida das pacientes. A identificação de fatores de risco para IU é importante para auxiliar na sua prevenção. **OBJETIVO:** Identificar a prevalência da IU e seus fatores de risco em gestantes primíparas no primeiro trimestre. **MATERIAL E MÉTODOS:** Convidamos primíparas que se encontravam no primeiro trimestre de pré-natal de baixo risco a serem submetidas a um questionário específico, exame físico, diário miccional e aplicação do International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF). **RESULTADOS:** Sessenta e cinco pacientes foram convidadas a participar do estudo, três não aceitaram, sendo incluídas 62 primíparas. As gestantes tiveram idade média de $24,9 \pm 6,5$ anos, IMC médio de $28,1 \pm 7,8$ kg/m², frequência miccional diurna média de $8,5 \pm 3,5$ micções e noctúria média de $2,2 \pm 2,0$ micções. 8,2 % das gestantes fumavam e 5,1 % usavam absorvente higiênico diário. Nenhuma das pacientes apresentava prolapso genital significativo. Todas as pacientes reconheciam a musculatura do assoalho pélvico ao toque vaginal, de acordo com escala de força da International Continence Society, 47,5% apresentavam contração fraca, 40,7% moderada e 11,9% forte. A prevalência de IU no grupo estudado foi de 9,7 %. Na análise univariada, houve uma tendência a significância do tabagismo como fator de risco (40,0% vs 7,7% $p = 0,07$). Não houve significância estatística em relação as demais variáveis estudadas. Entre as pacientes com perda urinária o escore ICIQ-SF médio foi de $11,5 \pm 5,2$ (escore máximo do ICIQ-SF: 21) que caracteriza grau de incontinência urinária moderada, 50% apresentam IU aos esforços, 33,3% apresentavam IU mista e 16,7 IU de urgência. 50% necessitavam de uso de forro e 33,3% tinham o Empty Stress Supine Test (ESST) positivo ao exame físico, compatível com incontinência severa. **CONCLUSÃO:** A prevalência de IU em primíparas no primeiro trimestre da gestação foi de 9,7 %, 33,3 % destas pacientes apresentavam IU severa de acordo com ESST. Estes dados demonstram uma necessidade de pesquisa e tratamento desta disfunção que pode interferir severamente na qualidade de vida da mulher numa etapa da vida que deveria ser absolutamente agradável. O tabagismo foi identificado como provável fator de risco para esta disfunção, o que serve como mais um argumento para abandono deste hábito que já deveria estar abolido no período gravídico. A inclusão de um maior número de gestantes pode auxiliar na solidificação dos dados descritos e no surgimento de novas informações. O seguimento da gestação para identificar IU que surja durante a gestação e a avaliação dos tratamentos da incontinência durante a gestação são alvos de futuros estudos.



PÔSTERES ELETRÔNICOS

1

MELHORA DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTE COM ENDOMETRIOSE APÓS USO DE DIU HORMONAL: RELATO DE CASO

Pagliarini, AS; Ortiz, EmT; Ortiz, ET
Universidade Luterana do Brasil

Introdução : A endometriose é caracterizada pela presença do endométrio fora da cavidade uterina e em outros órgãos da pelve como trompas, ovários, intestinos e bexiga. Atualmente a doença afeta cerca de seis milhões de brasileiras. Epidemiologicamente, 10% a 15% das mulheres em idade reprodutiva podem desenvolvê-la e 30% tem chances de ficarem estéreis. **Objetivo:** Expor a evolução da doença após um ano de uso de Dispositivo Interno Uterino (DIU) de liberação hormonal de levonorgestrel numa taxa de 20 mcg/24 horas. **Método:** Relato de Caso **Relato de caso:** Paciente de 25 anos, histórico de cólicas menstruais intensas, dores pré-menstruais difusas com agravo durante o período menstrual, fluxo sanguíneo intenso e irregular acompanhados de fadiga e exaustão. Na evolução foram utilizações diversos medicamentos anticoncepcionais sem nenhum sucesso e até piora do quadro em alguns casos. Fazia acompanhamento de exames laboratoriais cujos resultados eram normais exceto a quantidade de hemácias que sempre apresentava em níveis inferiores da normalidade. Foi realizado ultrassonografia transvaginal o qual foi evidenciado início de endometriose e cistos simples em ovário direito. O tratamento de escolha diante do quadro foi aplicação de DIU hormonal. Após dois anos de tratamento, paciente retorna sem nenhuma queixa de dor ou desconforto pélvico e relata amenorreia há um ano e seis meses. Exames laboratoriais normais e ultrassonografia trasnvaginal sem nenhuma alteração apresentando ovários em dimensões normais e nenhuma evidencia de endometriose sugerindo retrocesso do quadro inicial e melhora global na qualidade de vida da paciente. **Conclusão:** A evolução clínica após o início do tratamento se apresentou de maneira favorável à paciente de forma global do quadro clínico. Isso porque, o DIU hormonal agiu no início da endometriose e no cisto em ovário direito evidenciado no acompanhamento através de ultrassonografia transvaginal.

2

O PARTO QUE EU QUERO: PLANO DE PARTO DE PRIMÍPARAS NO INÍCIO DA GESTAÇÃO

Todescatto AD, Schreiner L; Caruso FB; Monteiro J; Almeida ND; Nygaard CC; dos Santos TG
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.

INTRODUÇÃO: A assistência ao parto no Brasil vem aumentando a sua atenção ao protagonismo da gestante frente ao processo de nascimento. Os índices de cesarianas hoje no Sistema Único de Saúde são de aproximadamente 40 % e podem chegar a 84,5% na saúde suplementar. Os altos índices de cesariana têm sido atribuídos a vários fatores, incluindo o desejo da paciente. **OBJETIVOS:** Avaliar o desejo e plano de parto de primíparas no primeiro trimestre de gestação. **MATERIAL E MÉTODOS:** Convidamos primíparas que se encontravam no primeiro trimestre da gestação de pré-natal de baixo risco a serem submetidas a questionário específico com plano de parto e exame físico em sua primeira consulta. Após a concordância, as pacientes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido. Este estudo faz parte do Projeto Gestação e Assoalho Pélvico, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, cadastrado na Plataforma Brasil e Rede Brasileira de Ensaios Clínicos (REBEC) sob registro RBR-8NV3FG. **RESULTADOS:** Sessenta e cinco pacientes foram convidadas a participar do estudo, três não aceitaram por razões pessoais, sendo incluídas 62 primíparas. As gestantes tiveram idade média de $24,9 \pm 6,5$ anos, IMC médio de $28,1 \pm 7,8$ kg/m², tinham em média $10,7 \pm 2,1$ anos de estudo (escolaridade), 96,4% possuíam companheiro (a), a prevalência de abortamentos foi de 18,0% com uma média de $1,18 \pm 0,4$ dentre as pacientes com abortamentos prévios. O percentual de pacientes com cirurgias prévias (em qualquer sítio) foi de 14,8%. Em relação ao parto desejado, 72,7% das pacientes desejavam ter parto vaginal, entre estas 10,5% preferiam a realização de episiotomia no parto. Ao comparar as pacientes que desejavam parto vaginal com as pacientes que desejavam cesariana não houve diferença significativa em relação à idade, tempo de estudo, presença de companheiro, abortos e cirurgia prévias. **CONCLUSÃO:** A maioria das primigestas no início da gestação deseja parto vaginal, afastando a idéia de que o desejo da paciente exerça uma grande pressão sobre as altas taxas de cesariana. O dado em relação ao desejo das pacientes no final da gestação pode demonstrar o impacto do pré-natal no plano de parto e deve ser abordado em estudos futuros.



3

LEUCORRÉIA CRÔNICA APÓS EMBOLIZAÇÃO DE MIOMAS UTERINOS: UM RELATO DE CASO

Hollanda* , ACBDF; Nóbrega, JQR; Fabrício, TNBD; Silva, AF; Lopes, PAAA

Maternidade Escola Januário Cicco

INTRODUÇÃO: A miomatose uterina é neoplasia benigna comum na população feminina com prevalência estimada em 77% nas mulheres no menacme. A terapêutica leva em consideração a idade, o desejo reprodutivo e a sintomatologia e inclui tratamento medicamentoso, endoscópico, cirúrgico e endovascular. Este tem como sua principal indicação o desejo de manutenção do útero. As complicações incluem: síndrome pós-embolização, insuficiência ovariana, necrose e parturição dos leiomiomas. **RELATO DE CASO:** M.E.S.S, 36 anos, GIPI, laqueada, portadora de espondilite anquilosante e miomatose uterina sintomática. Submetida a embolização de mioma uterino (EMUT) em 2015, evoluiu com leucorréia poucos meses após o procedimento, caracterizada em exame físico como abundante, inodoro, esverdeado, oriundo da endocérvice, sem sinais de doença inflamatória pélvica associados. Realizou antibioticoterapia oral mesmo com os resultados negativos do multiplex bacteriano e PCR para o bacilo de Koch, devido à imunossupressão. Apesar disso, a paciente persistiu com descarga vaginal. Ultrassonografia revelou dois nódulos miomatosos, um com componente intramural e submucoso 3,0 cm e outro subseroso 3,3 cm. Realizada histeroscopia sendo visualizada imagem esbranquiçada em parede uterina anterior com pertuito para cavidade endometrial. Indicado hysterectomia total abdominal por se tratar de uma paciente com prole constituída, expressando desejo de um tratamento definitivo, além da presença de novos miomas descritos em exame de ultrassonografia. **DISCUSSÃO:** A presença de leucorréia crônica como desfecho da EMUT tem prevalência de 4% descrita na literatura. Tem como causa a presença de um seio comunicando o mioma necrótico com a cavidade endometrial, visualizado através de estudo histeroscópico e de ressonância magnética. Sugere-se haver uma quebra na fina camada de miométrio presente entre o mioma e a cavidade uterina, a zona juncional, que se desprenderia após a pressão gerada pela necrose de liquefação, formando o seio. O tratamento consiste na abertura transcervical do pertuito, por histeroscopia, com retirada dos debrís necróticos. Tal estratégia obteve taxa de sucesso correspondente a 94%. Conclui-se que a EMUT mostra-se uma alternativa segura e eficaz para o tratamento dos miomas, pelo menor índice de complicações e menor tempo de permanência hospitalar quando comparada a cirurgia. Contudo, possui seus desfechos associados, sendo um deles a leucorréia crônica.

4

SÍNDROME DE HERLYN-WERNER-WUNDERLICH: RELATO DE CASO

Hollanda* , ACBDF; Mesquita, JC; Fabrício, TNBD; Silva, AF; Lopes, PAAA

Maternidade Escola Januário Cicco

INTRODUÇÃO: Alterações no desenvolvimento mülleriano normal durante o desenvolvimento do aparelho reprodutor feminino resultam em anomalias congênitas vaginais, tubárias e uterinas. Sua incidência é incerta, mas estima-se que ocorra em cerca de 1 a 6% das mulheres. Frequentemente, estão associadas a alterações do sistema renal e do esqueleto axial. A síndrome de Herlyn- Werner- Wunderlich (SHWW) é rara, congênita e corresponde à presença de útero didelfo, septo hemivaginal e agenesia renal ipsilateral. Diversas manifestações clínicas são possíveis, incluindo a forma assintomática, dismenorréia e problemas reprodutivos. **RELATO DO CASO:** Paciente de 12 anos, estudante, com queixa de dor pélvica recorrente em hipogástrio e fossa ilíaca esquerda há cinco meses antes do internamento para intervenção cirúrgica. Menarca aos 11 anos e ciclos irregulares. Ao exame ginecológico, apresentava genitália externa normal, hímen íntegro e profundidade normal da vagina, medida com escova de citologia. Portadora de agenesia renal unilateral. Realizou ultrassonografia pélvica, evidenciando útero sem alterações, ovário direito normal e ovário esquerdo aumentado, à custa de um cisto unilocular. A ressonância nuclear magnética revelou útero didelfo, com o dimídio direito apresentando aspecto morfológico habitual, presença de hematocolpo à esquerda, que se estende para o interior do dimídio uterino esquerdo, levantando a possibilidade de septação vaginal longitudinal. Como tratamento, foi realizado a drenagem de hematocolpo associado à exérese de septo vaginal. A paciente evoluiu bem no pós-operatório. **DISCUSSÃO:** Devido à sua raridade, a SHWW é subdiagnosticada. O retardo no seu diagnóstico está associado a intercorrências agudas, como hematocolpo ou piohematocolpo, ou crônicas, a exemplo de endometriose, aderências pélvicas, alterações menstruais, infertilidade e complicações obstétricas. A ressonância magnética, por ser exame muito sensível, auxilia no diagnóstico e no planejamento do tratamento cirúrgico, enquanto a ultrassonografia bidimensional é pouco precisa. O tratamento consiste na septotomia e tem como principal objetivo amenizar os sintomas, prevenir as complicações e promover a preservação dos órgãos genitais. Torna-se fundamental estudar estas más formações em virtude das várias possibilidades diagnósticas e terapêuticas, garantindo o futuro reprodutivo destas pacientes.



5

TUMOR DESMÓIDE DE VULVA: UM RELATO DE CASO

Hollanda*, ACBDF; Mesquita, JC; Fabrício, TNBD; Silva, AF; Lopes, PAAA

Maternidade Escola Januário Cicco

INTRODUÇÃO: O tumor desmóide é uma neoplasia fibromatosa proliferativa de padrão infiltrativo e de alta recorrência, incapaz de gerar metástase. Trata-se de tumor raro, ocorrendo em 3-4 pessoas/milhão na população em geral, sendo duas vezes mais comum em mulheres que em homens, principalmente naquelas em idade fértil, e com tendência a regressão na menopausa, o que demonstra uma influência hormonal associada. Pode surgir de forma esporádica ou compondo a síndrome de Gardner. **RELATO DE CASO:** I.C.A.S, solteira, 38 anos, atendida no ambulatório de ginecologia geral da MEJC referindo surgimento de tumoração vulvar em grande lábio direito há 6 meses. Ao exame, evidenciou-se presença de tumoração gigante vulvar em grande lábio direito, de consistência elástica. Deu entrada no serviço de urgência anteriormente, onde houve a tentativa de drenagem, sem sucesso, tendo a lesão sido biopsiada, revelando a presença de tecido conjuntivo permeado por capilares. O procedimento cirúrgico foi indicado com o histopatológico evidenciando tumor desmóide. **DISCUSSÃO:** Diversas são as opções terapêuticas no tratamento do tumor desmóide, variando de acordo com o curso clínico da doença. Para os casos de doença com acometimento local é consenso na literatura que o tratamento de primeira linha é cirúrgico. Neste, tem-se como objetivo a excisão completa da lesão, com histopatológico evidenciando presença de margens livres. Porém, pela inexistência de cápsula, padrão infiltrativo da doença e, muitas vezes, proximidade com estruturas nobres, isso não é possível e tem-se como resultado a presença de margens comprometidas. Nestes casos, preconiza-se o tratamento adjuvante com radioterapia. Para os casos de doença avançada, o tratamento medicamentoso é preconizado. Os principais medicamentos envolvidos são anti-inflamatórios não esteroidais, tamoxifeno e quimioterapia. Os dois primeiros são preferencialmente utilizados em pacientes com tumores irrecutíveis assintomáticos. A quimioterapia, por sua vez, é a terapêutica de escolha em pacientes com tumores irrecutíveis, de crescimento rápido e sintomáticos. Por ser uma doença infrequente, são necessários mais ensaios clínicos para avaliação e definição dos melhores esquemas terapêuticos no manejo da doença.

6

NEOPLASIA INTRAEPITELIAL VULVAR - DOENÇA DE BOWEN: RELATO DE CASO

Artus, BA; Manta,AB;Souza,DT

Disciplina de Ginecologia e Obstetrícia - FAMED - Universidade Federal de Pelotas

INTRODUÇÃO: A neoplasia intraepitelial vulvar (NIV), termo utilizado desde 2004 para designar alterações epiteliais escamosas da vulva, caracteriza-se por displasia com vários graus de atipia. É considerada lesão precursora do câncer vulvar e sua incidência vem aumentando, de forma significativa. Nas últimas décadas, tem sido diagnosticada em mulheres cada vez mais jovens, onde observamos a associação positiva do tabagismo com a infecção por papilomavírus humano. Ressalta-se a associação do líquem escleroso ou plano com alto potencial oncogênico em pacientes mais idosas. A NIV tem sua classificação em tipo usual, diferenciado ou não e é classificada conforme sua agressividade biológica. **RELATO DE CASO:** A.R.P., sexo feminino, 50 anos, solteira, menopausada há 1 ano. Foi encaminhada do ginecologista da unidade básica de saúde, rede pública de Pelotas, para o ambulatório de ginecologia da Universidade Federal de Pelotas por apresentar a inspeção vulvar, alterações de pele de cor e espessura. Paciente relatava surgimento de lesão em grande lábio direito há 3 meses, sem sintomas associados. O exame colpocitopatológico realizado há 2 meses foi laudado como normal. Durante a vulvoscopia, evidenciou-se na região da fúrcula vaginal 2 áreas com lesão multifocal discrômica de aproximadamente 2 cm cada, com placas queratóticas e hiperpigmentadas, projeções papilares de bordos irregulares e não sangrantes. A pesquisa por linfonodos inguinais palpáveis, foi negativa. Foi realizado biópsia excisional de uma das lesões em regime ambulatorial e solicitado sorologias para a paciente. O anatomopatológico mostrou retalho de pele com neoplasia intraepitelial vulvar do tipo usual (Doença de Bowen), tendo sido esta, totalmente ressecada. A conduta terapêutica foi tomada mediante discussão com a paciente, tendo se optado por vulvectomia parcial da região das lesões restantes, visto que a mesma não teria condições econômicas para custear tratamento com imiquimod. **DISCUSSÃO:** Fica cada vez mais estabelecido a influência do papilomavírus humano no trato genital inferior feminino e a importância do exame ginecológico anual, principalmente naquelas com fatores de risco presentes. O enfoque em se conhecer a história natural da NIV está em prevenir o câncer de vulva e se evitar cirurgias radicais para o seu tratamento.



7

GASTROSQUISE E PÉS TORTOS EM UM FETO CUJOS PAIS SÃO CONSANGUÍNEOS

De Souza BF*; Lopes MMO; Pires FT; Calai G; Da Cunha AC; Telles JAB; Rosa RCM; Zen PRG; Rosa RFM.

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre, RS; Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV), Porto Alegre, RS.

INTRODUÇÃO: a gastrosquise é um defeito congênito da parede abdominal que ocorre lateralmente, e frequentemente à direita, de um anel umbilical normalmente fechado. Os órgãos abdominais que herniam através do defeito não são cobertos por uma membrana. Nosso objetivo foi relatar um(a) feto/criança filho(a) de pais consanguíneos apresentando gastrosquise e pés tortos congênitos identificados através do ultrassom e da ressonância magnética. **RELATO DO CASO:** a gestante veio inicialmente à avaliação por ultrassom fetal com descrição de estrutura irregular, na região paraumbilical, que poderia se correlacionar à gastrosquise. Ela apresentava 15 anos e estava em sua primeira gravidez. Possuía história de consanguinidade: ela e o seu marido eram primos. No exame de ultrassom realizado em nosso serviço, identificou-se, além da gastrosquise, pés tortos congênitos. As sorologias para infecções congênicas eram normais. A ressonância magnética fetal evidenciou um defeito de fechamento da parede abdominal anterior, não coberto, com exteriorização de segmentos de intestino delgado e dos cólons (gastrosquise). Havia dilatação de segmentos de intestino delgado proximal e de porções dos cólons. Os pés eram equinovaros. A ecocardiografia fetal foi normal. A criança nasceu de parto cesáreo, por bolsa rota e trabalho de parto prematuro, pesando 2185 gramas e com escores de Apgar de 8 no primeiro minuto e de 9 no quinto. Ela foi submetida à cirurgia de correção de gastrosquise no primeiro dia de vida. Não havia evidências de sinais de atresia ou estenose intestinal. Seu cariótipo realizado no período pós-natal foi masculino normal (46,XY). **DISCUSSÃO:** a soma dos achados observados em nosso paciente sugere a possibilidade de uma associação com a síndrome de bandas amnióticas. Esta hipótese se torna ainda mais forte devido à idade materna precoce observada na mãe, um fator de risco conhecidamente relacionado a tal situação. Apesar disto, não encontramos evidência, nem através dos exames de imagem, nem na avaliação da criança no momento do nascimento, da presença de uma estrutura sugestiva de banda amniótica. Por outro lado, a consanguinidade observada entre os pais sugere um possível fator genético dentro da etiologia da gastrosquise.

8

SEXO REVERSO E SUA RELAÇÃO COM A DISPLASIA CAMPOMÉLICA

De Souza BF*; Lopes MMO; Pires FT; Thomaz GDGR; Karsburg LL; Decol DP; Calai G; Rosa RCM; Zen PRG; Rosa RFM.

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre, RS.

INTRODUÇÃO: a displasia campomélica é uma doença genética rara associada a mutações no gene SOX9. Geralmente é letal ainda no período neonatal. Nosso objetivo foi relatar o caso de um paciente com displasia campomélica, salientando a sua relação com o sexo reverso. **RELATO DO CASO:** LSJ é a primeira filha de pais não consanguíneos. Ela nasceu a termo por cesariana, pesando 2.780 kg, e com escores de Apgar de 5 e 8. Após o nascimento, necessitou-se realizar intubação orotraqueal e fazer uso de ventilação mecânica. A criança era fenotipicamente feminina e possuía dolicocefalia, fenda palatina, micrognatia, dedos curtos com clinodactilia dos quintos dedos das mãos, fossetas pré-tibiais e pé torto congênito bilateral. As radiografias mostraram a presença 11 pares de costelas, cifoescoliose, hipoplasia dos ossos pélvicos, luxação de quadris, encurvamento dos fêmures e das tíbias, e hipoplasia das fíbulas. A ecografia pélvica revelou a presença de útero; contudo, as gônadas não foram identificadas. O estudo cromossômico mostrou um cariótipo 46,XY. Devido a isto, indicou-se realização de gonadectomia profilática, devido ao risco aumentado de malignização gonadal. Contudo, o paciente evoluiu com piora do quadro respiratório e acabou indo ao óbito no quarto mês de vida. **DISCUSSÃO:** a displasia campomélica cursa com alterações importantes do desenvolvimento esquelético, em especial encurtamento e arqueamento dos ossos longos. O sexo reverso pode estar presente entre os indivíduos com constituição cromossômica masculina 46,XY, uma vez que mutações no gene SOX9 podem levar, além da presença de alterações ósseas, a diferentes graus de disgenesia gonadal. Nestes casos, as gônadas devem ser profilaticamente removidas devido ao risco aumentado de gonadoblastoma.



9

CANCRO MOLE EM ADOLESCENTE EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL, UM RELATO DE CASO

Martinez, CDM*; Eslabão, RR; Manta, AB; Lopes, COM; Maas, T.

UBS União de Bairros, Hospital Universitário São Francisco de Paula, Medicina UCPel

INTRODUÇÃO: O cancro mole é uma doença sexualmente transmissível, causada pelo *Haemophilus ducreyi*, a qual acomete principalmente mulheres (1 homem para cada 10 a 20 mulheres) na faixa etária dos 15 aos 30 anos. É mais incidente em regiões tropicais e com baixas condições de higiene, como nas periferias de grandes cidades brasileiras. **RELATO DE CASO:** Paciente do sexo feminino, 14 anos de idade, natural de Pelotas, nascida em estabelecimento prisional, órfã desde os 10 anos com guarda legal incerta. Procurou a UBS União de Bairros queixando-se do surgimento de cistos (sic) nos genitais, muito dolorosos, há cerca de 1 mês, com aumento progressivo de dor e tamanho. Menarca aos 11 anos, sexarca aos 12 anos, com dois parceiros sexuais até o momento e sem uso de preservativo. Negou também uso de anticoncepcional. Ao exame ginecológico, durante a inspeção vulvar, verificou-se quatro lesões endurecidas e ulceradas em pequenos lábios, com diâmetro médio de 1cm³. Sem linfadenopatias inguinais. No especular, observou-se lesão leucoacética no entorno do orifício externo do colo uterino, além de secreção acinzentada e fétida. Whiff test positivo, testes rápidos com resultado positivo para sífilis. Instituiu-se tratamento para cancro mole com Azitromicina 1g, dose única e Ciprofloxacino 500mg, dose única, ambos imediatamente. Para a sífilis, Penicilina G Benzatina 2.400.000U por semana, durante 3 semanas. **DISCUSSÃO:** O tratamento instaurado foi realizado seguindo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis do MS, de 2015. No caso da sífilis, por se desconhecer o tempo de contágio e a paciente ser assintomática, foi classificada e tratada como sífilis latente tardia. Foi prescrito tratamento contra o gonococo com Ciprofloxacino, pela característica de lesões múltiplas apresentadas no caso que levaram a pensar em possível coinfeção. Para o cancro mole, usou-se a primeira opção ? Azitromicina ? pela fácil disponibilidade e boa ação contra o agente causador.

10

RASTREAMENTO DE CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E DE MAMA EM UMA UBS DE PELOTAS: UMA AÇÃO PROGRAMÁTICA

Eslabão, RR; Rech, C; Ávila, L; Martinez, CDM*; Lopes, COM; Maas, T; Manta, AB.

UBS União de Bairros, Hospital Universitário São Francisco de Paula, Medicina UCPel

INTRODUÇÃO: O rastreamento para câncer de colo do útero e de mama é preconizado pela OMS visando a detecção e tratamento precoce dessas afecções. Na UBS União de Bairros, dentro da ação programática de saúde da mulher, começamos no início de 2017 um programa de rastreamento do câncer de colo do útero e de mama cadastrando as mulheres em idade de rastreio e acompanhando a realização ou não de citopatológicos e mamografias até o momento. **OBJETIVOS:** Cadastrar todas as mulheres da unidade em idade de rastreamento no programa, registrando a situação de cada uma em relação a realização ou não do citopatológico de colo do útero e da mamografia e, a partir disso, realizar um diagnóstico da situação da cobertura do rastreamento. **MATERIAIS E MÉTODOS:** O cadastramento foi realizado em fichas-espelho em cada nova consulta ginecológica onde havia coleta de material para realização de citopatológico ou pedido de mamografia. Os dados dessas fichas eram repassados semanalmente para um banco de dados criado com o Google Spreadsheets. Foram elaboradas fórmulas de cálculos para atualização automática das estatísticas conforme novos dados eram inseridos, mostrando em tempo real a situação do programa de rastreamento. **RESULTADOS E CONCLUSÕES:** A partir dos dados obtidos, encontramos números compatíveis com os preconizados pelo ministério da saúde (n=681) em relação a quantidade de mulheres cadastradas no programa de rastreamento da UBS (n=747). Porém, quando feita análise qualitativa em relação a periodicidade do rastreamento, verificou-se uma grande quantidade de mulheres com exames atrasados ou que sequer haviam realizado qualquer exame de rastreamento (n=580), mas que foram adicionadas em algum momento ao programa por estarem na faixa-etária. Dessa forma, percebemos a necessidade tanto da conscientização das pacientes da realização adequada dos exames, nas datas solicitadas, quanto de realizar busca ativa para chamar as mulheres para realizarem a coleta do citopatológico e a mamografia.



11

ACRETISMO PLACENTÁRIO: RELATO DE CASO

Viegas(*), CB; Neto, FSS; Souza, LPS; Bouchacourt, RR; Stigger, RS; Lazarrotto, S
Universidade Católica de Pelotas, Universidade Federal de Pelotas

INTRODUÇÃO: Placenta acreta é uma condição obstétrica associada a hemorragia materna potencialmente fatal. Ocorre aproximadamente 1 caso a cada 2500 gestações. Pode ser classificada de acordo com o grau de invasão no miométrio em: acreta vera, increta ou percreta. A placenta percreta é rara, sendo responsável por 5% dos casos de acretismo placentário e ocorre quando as vilosidades penetram a espessura total do miométrio podendo invadir órgãos vizinhos como a bexiga ou reto, e é associada a altas taxas de morbimortalidade materna. O diagnóstico pré-natal é feito através de anamnese, exame físico e exames complementares como ultra-som, ressonância magnética e/ou cistoscopia. A conduta frente ao diagnóstico depende da individualidade de cada caso, desde a realização de histerectomia por cesariana no momento do parto até a retirada da placenta in situ, com ou sem embolização das artérias ilíacas internas e/ou terapia com Metotrexato. **RELATO DO CASO:** A.M.R., 38 anos, G6PV1PC2, Rh+, negra, não tabagista, hígida, procedente do interior de Pelotas, com pré-natal insatisfatório. O US obstétrico realizado com 31s de IG evidenciou placenta previa total. Com 31s6d, novo US foi realizado, demonstrando: FU, CEF, P12, ILA 11.4, placenta previa total, não podendo excluir acretismo placentário. Equipe médica optou por solicitar RNM, que foi realizada com 33s de IG, demonstrando tecido placentário estendido até a superfície da serosa (placenta percreta), inconclusivo para invasão de órgãos adjacentes. Foram realizadas duas doses de corticoide com 33s3d e programada via de parto, com estratégia pré-operatória, contando com avaliação anestésica, cirurgião urologista de sobreaviso, reserva de sangue e leito em UTI. Parto cesáreo eletivo ocorreu após gestação completar 34s, com RNV, peso 2145g, Cap 34 +1, Apgar 9/9. Cesariana culminou em histerectomia subtotal, sem demais intercorrências, com material encaminhado ao anatomopatológico para análise. Paciente apresentou pós-operatório satisfatório, recebendo alta hospitalar em 5 dias. **DISCUSSÃO:** Devido ao aumento das taxas de cesariana, observou-se um aumento na incidência de placentas morbidamente aderentes. O diagnóstico precoce é de fundamental importância para o planejamento da conduta terapêutica e assim minimizar a potencial perda sanguínea.

12

PLACENTA PERCRETA COM INVASÃO VESICAL EM PACIENTE COM INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: UM RELATO DE CASO

Dick, CA; Henrich, SF; Nazareth, EC; Coelho, JM; Ferreira, C; Garcia, JCB.
Universidade Federal da Fronteira Sul; Hospital São Vicente de Paulo

INTRODUÇÃO: O sangramento vaginal é uma complicação encontrada em 4-5% das gestações no segundo e terceiro trimestres. Entre as principais etiologias está a placenta prévia (PP), sendo a sua principal complicação a hemorragia grave. Nos casos em que há cesariana prévia tem-se aumento da incidência de acretismo placentário (AP) com elevação da morbimortalidade materna. **RELATO DO CASO:** Paciente, 24 anos, com idade gestacional de 23 semanas, é atendida para avaliação por sangramento vaginal de moderada quantidade, associado a redução da movimentação fetal. Histórico obstétrico de 4 gestações, 2 partos cesáreos prévios e 1 aborto. Na avaliação inicial, apresentava sinais vitais normais, altura uterina de 23cm, 135 batimentos cardiorfetais (BCFs), com movimentação fetal e dinâmica uterina ausentes, colo uterino grosso, posterior e com orifício cervical externo aberto. A ultrassonografia evidenciou feto único, cefálico, com movimentos presentes, 155 BCFs, índice de líquido amniótico 0, placenta baixa e anterior grau 0. Os exames laboratoriais evidenciaram leucocitose com provas inflamatórias elevadas. Diante disso, a hipótese diagnóstica foi de ruptura prematura de membranas ovulares associada à corioamnionite. A conduta indicada foi a realização de parto cesáreo e durante o procedimento a paciente apresentou quadro de choque hemorrágico, evoluindo com parada cardiorrespiratória, com retorno à circulação espontânea em 2 minutos, sendo encaminhada à Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Horas após, evoluiu com hematúria franca e redução de 3 pontos da hemoglobina, sendo indicada laparotomia exploradora, tendo como achado transoperatório placenta percreta com invasão vesical, sendo realizada histerectomia total e cistectomia parcial para controle do sangramento. Evoluiu com novo choque hipovolêmico e coagulopatia, sendo indicada nova abordagem cirúrgica em dois tempos, Damage Control, quando se identificou 2000ml de sangue da cavidade abdominal sem evidência de sítio de sangramento ativo. Após dois dias foi realizada a cirurgia definitiva com retirada de compressas da cavidade e controle do sangramento residual e hemostasia de vasos em fundo vaginal. Após semanas de internação em cuidados intensivos, paciente evoluiu bem, sem sequelas, recebendo alta da UTI. **DISCUSSÃO:** O AP é caracterizado pela adesão patológica da placenta em relação ao miométrio. Em 7% dos casos a placenta ultrapassa o endométrio e atinge órgãos subjacentes como bexiga, sendo chamada de placenta percreta. O fator de risco mais importante é a PP, principalmente quando associada à partos cesareos prévios, como foi o caso relatado. A busca ativa pelo diagnóstico de AP através de US em toda gestante com fatores de risco é essencial, pois o conhecimento precoce é crucial para programação do nascimento em local apropriado, reduzindo a morbimortalidade materna e perinatal.



13

PLANEJAMENTO FAMILIAR EM GESTANTES DE ALTO RISCO

Dick, CA; Portela, SN; Ferreira, C; Klaesener, C; Casarin, RG; Galli, F.
Universidade Federal da Fronteira Sul; Hospital São Vicente de Paulo.

INTRODUÇÃO: Vários fatores influenciam na maior probabilidade de desfechos desfavoráveis durante uma gestação, e aquele grupo no qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto ou recém-nascido têm maiores chances de serem atingidos do que o da média da população considerada é denominado gestação de alto risco, necessitando de cuidados à saúde de maneira diferenciada. **RELATO DO CASO:** Paciente feminina, 37 anos, histórico obstétrico de quatro gestações, um parto vaginal (com óbito neonatal), duas cesáreas (a última com ruptura uterina e incisão corporal, sendo realizada rafia) e um aborto (mola hidatiforme incompleta), chega à maternidade com 38 semanas de idade gestacional e com queixa de sangramento vaginal. Gestação não planejada, com pré-natal adequado. Ao exame apresentava sinais vitais estáveis, altura uterina de 35 cm, 138 batimentos cardíacos, dinâmica uterina ausente, exame especular com pequena quantidade de sangramento vaginal coletado em fundo de saco vaginal, e no toque vaginal colo uterino grosso, posterior e fechado. Devido ao alto risco materno e fetal do trabalho de parto paciente foi encaminhada para cesárea, e realizada a laqueada tubária. RN saudável e procedimento sem intercorrências. **DISCUSSÃO:** A gestante apresentava múltiplos fatores de risco na sua história obstétrica pregressa, como a cicatriz uterina corporal, ruptura uterina, óbito neonatal, mola hidatiforme e cesáreas sucessivas anteriores. Segundo a Legislação Brasileira sobre planejamento familiar (Lei 9263 de 12 de janeiro de 1996) a esterilização voluntária é permitida em situações de risco à vida ou à saúde da mulher, testemunhada em relatório escrito e assinado por dois médicos e em casos de comprovada necessidade por cesarianas sucessivas anteriores, como situação apresentada neste relato. Além disso, salienta-se a necessidade do planejamento pré-concepcional para que mulheres em idade reprodutiva com fatores de risco onde a gestação possa incrementar morbimortalidade materna tenham acesso à informação e aconselhamento anticoncepcional efetivo.

14

INDUÇÃO DA OVULAÇÃO EM PACIENTES COM SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS EM SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE

Vitola, CR*; Hentschke, MR; Badalotti, M
Hospital São Lucas da PUCRS

INTRODUÇÃO: A anovulação é uma causa importante de infertilidade e o tratamento proposto é a indução da ovulação. A grande maioria das indicações se dá devido à presença de síndrome dos ovários policísticos (SOP). A SOP é o distúrbio endócrino mais comum em mulheres na idade reprodutiva e afeta aproximadamente 4% a 12% desta população. Caracteriza-se por oligo-ovulação ou anovulação, sinais de excesso de androgênios e múltiplos pequenos cistos ovarianos, que podem variar ao longo do tempo na mesma paciente. **OBJETIVOS:** avaliar a resposta de ovulação e gravidez em pacientes com infertilidade por anovulação secundária à SOP, que foram submetidas à estimulação ovariana controlada e coito programado. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Estudo observacional, de coorte, retrospectivo. Foram incluídas as pacientes com diagnóstico de SOP que consultaram por infertilidade na Unidade de Reprodução Humana (RH) do Serviço de Ginecologia do HSL/PUCRS e foram encaminhadas para indução de ovulação (IO) entre janeiro de 2010 e dezembro de 2016. A droga de eleição para o início da estimulação foi o citrato de clomifene (CC), cuja dose aumentou progressivamente de 50 mg/dia até 150 mg/dia na ausência de resposta. Nos casos de resistência ao CC foi acrescentado gonadotrofinas ao esquema de estimulação. O controle da ovulação foi realizado através de ecografias seriadas por profissionais da Unidade RH. Os dados foram obtidos através da revisão de prontuários. **RESULTADOS E CONCLUSÕES:** Foram incluídas 61 pacientes que foram submetidas a 221 ciclos de estimulação ovariana (média de 3,6 ciclos por paciente). A média de idade das pacientes foi 28,4 anos e o IMC (índice de massa corporal) médio foi 29 Kg/m². Houve evidência de ovulação em 54 (88,5%) das pacientes e em 149 (67,4%) dos ciclos analisados. Houve evidência de gestação em 21 (34,4%) das pacientes incluídas, sendo que 15 (71,4%) delas engravidaram somente com o uso de CC. O índice de gestação por ciclo foi de 9,5%, o índice de gestação por ovulação foi de 14,1% e não houve evidência de gestação após o 6º ciclo de indução. A indução da ovulação associada a coito programado tem importante papel no tratamento da infertilidade das pacientes anovuladoras com SOP, e tem a grande vantagem de poder ser realizada dentro do Sistema Único de Saúde. Não há indicação para mais de seis ciclos do procedimento.



15

RELATO DE CASO: CÂNCER DE COLO UTERINO EM GESTANTE

Vitola, CR*, Kramer, AM; Schiavo TSN; Goulart, APS; Gonçalves, MAG
Hospital São Lucas da PUCRS

INTRODUÇÃO: O câncer do colo uterino é o 3º tumor mais frequente na população feminina e a 4ª causa de morte por câncer no Brasil. Nos estádios IB e IIA, o tamanho do tumor é fator relevante na escolha do primeiro tratamento. Em lesões menores que 4cm, indica-se histerectomia abdominal radical tipo III, associada a linfadenectomia pélvica e radioterapia externa pós-operatória ou radioterapia exclusiva. Em lesões maiores que 4cm indica-se radioterapia exclusiva na maioria dos casos. **RELATO DE CASO:** Paciente feminina, 39 anos, casada, com 2 gestações prévias e 1 filho vivo, encaminhada ao ambulatório em 05/07/2017, traz biópsia mostrando neoplasia intraepitelial cervical grau 3. Em uso de anticoncepcional oral combinado. Realizada conização de colo uterino, com diagnóstico anatomopatológico de NIC 3 com margens endocervicais comprometidas. Nova conização identificou carcinoma epidermóide moderadamente diferenciado, medindo 6mm de extensão e 5mm de profundidade, comprometendo amplamente margem cirúrgica circunferencial. Ao estadiamento clínico a paciente apresentou doença restrita ao colo uterino com discreta aderência para parede vaginal e paramétrios livres (Estadiamento clínico ? IIA). Estadiamento sistêmico negativo. Programada histerectomia total ampliada (cirurgia de Wertheim-Meigs). No dia anterior a cirurgia, paciente trazexame BHCG positivo. Exame ultrassonográfico identificou gestação tópica com embrião com vitalidade e compatível com 6 semanas de idade gestacional. A paciente relatou junto com seu cônjuge que a gestação foi indesejada e que mantinha forte desejo de seguir o tratamento indicado. Realizou-se a cirurgia em 11/01/2017. O exame anatomopatológico identificou carcinoma epidermóide moderadamente diferenciado de grau histológico 2, vegetante, presente na junção escamo-colunar de toda circunferência do colo uterino, medindo 1,5cm de extensão horizontal e 0,8cm de espessura máxima, com margens livres. Não foi detectada invasão perineural, angiolinfática ou de paramétrios. Os linfonodos ilíacos e obturatórios examinados mostraram-se livres de doença. **DISCUSSÃO:** Durante a gestação, o tratamento do câncer do colo uterino depende muito do desejo da mulher e de discussões éticas. No Estádio IB1 e IIA1 a indicação é de histerectomia abdominal radical tipo III com o feto intra-útero associado a linfadenectomia pélvica bilateral até as 24 semanas de gestação. Após a 24ª semana, indica-se retirada do feto e posterior cirurgia devido a agressividade da doença e do risco de progressão se postergado tratamento. No caso descrito, devido ao grande risco de prejuízo ao prognóstico materno em manter a gestação, a equipe, juntamente com o casal, optaram por manter o tratamento proposto.

16

RELATO DE CASO: TUMOR DE OVÁRIO VIRILIZANTE

Kramer, AM*; Vitola, CR; Goulart, APS; Gonçalves, MAG
Hospital São Lucas da PUCRS

INTRODUÇÃO: Os tumores de células do cordão sexual são originados do mesênquima gonadal, que origina tanto as células femininas (granulosa e teca), quanto as masculinas (Leydig e Sertoli). Os tumores podem conter ambos os tipos celulares, e quando secretantes, podem ter ação androgênica ou estrogênica. Os tumores secretores de androgênios são raros, correspondendo a cerca de 0,2% das neoplasias ovarianas. **RELATO DE CASO:** Paciente feminina, 47 anos, branca, procedente de Porto Alegre, é encaminhada ao serviço de Ginecologia com queixa de amenorreia há 2 anos, modificação do timbre vocal, acne, hirsutismo em face, alopecia, clitoromegalia, ressecamento vaginal e hipertensão arterial de início recente. Apresentou exames laboratoriais compatíveis com síndrome virilizante, com testosterona total = 1514,7 ng/dL (VR: 13-53), 17 alfa hidroxiprogesterona = 314,4 ng/dL (VR:13-51 na pós menopausa); Dehidroepiandrosterona = 125 ng/dL (VR: 19-231), androstenediona = 10 nmol/L (VR: 0,3-3,7), testosterona livre = 17,88 ng/dL (VR: 0,05-0,95), CA -125= 21,9 U/ml (VR até 35). A ressonância magnética e ecografia evidenciaram lesão cística expansiva de 9,0 X 6,0 x 7,6 cm, com componente sólido mural, semi circunferencial, que apresentava intensa impregnação pelo meio de contraste medindo cerca de 1,6cm em topografia anexial esquerda, sem evidência de lesões em adrenais. Realizada laparotomia exploratória com ooforoplastia esquerda e exérese de cápsula de cisto com cerca de 10cm em ovário esquerdo. A congelação transoperatória mostrou resultado inconclusivo. O diagnóstico anatomopatológico revelou neoplasia gonadal mista de comportamento incerto e imuno-histoquímica demonstrou tumor das células de Sertoli-Leydig de diferenciação intermediária. Paciente já com pan-histerectomia agendada. No pós operatório apresentou diminuição dos pêlos faciais, porém mantém alteração vocal e clitoromegalia. Houve redução da testosterona sérica total para 27ng/dL. **DISCUSSÃO:** Os tumores de Sertoli-Leydig geralmente são associados a bom prognóstico. Em pacientes em idade reprodutiva pode ser optado por ooforectomia unilateral com avaliação do ovário contra-lateral, porém em pacientes pós menopausa é indicado a realização de pan-histerectomia. A taxa de sobrevida em cinco anos é de 70 a 90% e as recorrências pós tratamento são incomuns. Não há dados suficientes para indicação de radioterapia ou quimioterapia adjuvantes. A maioria dos casos fatais ocorre quando há lesão pouco diferenciada.



17

ASSOCIAÇÃO ENTRE PÓLIPOS UTERINOS E ENDOMETRIOSE

Souza, C; Dullius, T; Genro, V; Chapon, R; Oppermann, ML; Cunha Filho, J.

Serviço de Ginecologia e Obstetrícia/ Hospital de Clínicas de Porto Alegre/Brasil

Objetivo: Endometriose e pólipos uterinos são patologias estrogênio dependentes. Propomos este estudo para avaliar a associação entre pólipos uterinos e endometriose. **Material e Métodos:** Realizamos um estudo prospectivo entre janeiro de 2016 e maio de 2017, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Foram incluídas 87 pacientes em avaliação diagnóstica de dor pélvica crônica, infertilidade ou ligadura de trompas. Os pacientes foram submetidos a laparoscopia e histeroscopia no mesmo momento. Recolhemos dados demográficos e clínicos de todos os pacientes com um questionário padrão. Casos que classificamos de acordo com o diagnóstico de laparoscopia no grupo de endometriose e controle. O grupo de endometriose foi composto por 63 pacientes e grupo controle de 24 pacientes. **Resultados:** Embora ainda sem significância estatística, os pólipos uterinos foram mais frequentes no grupo da endometriose do que no grupo controle [13 (20,6 %) pacientes e 3 (12,5 %) pacientes, respectivamente ($p = 0,38$, teste qui-quadrado). A presença de miomas e outras anormalidades intracavitárias uterinas foi semelhante entre os grupos. Quando analisamos as características clínicas dos pacientes com endometriose, descobrimos que as pacientes com pólipos uterinos apresentaram tendência de maiores escores de dor considerando a dismenorréia e a dor pélvica crônica acíclica, mas não a dispáreunia. Além disso, os pólipos uterinos não estavam associados ao tipo de endometriose (peritoneal, endometrioma ou endometriose profunda). A prevalência de pólipos uterinos não foram associados ao estágio de endometriose (ASRM-1996). **Conclusão:** A endometriose e os pólipos uterinos são patologias com potencial associação. Uma etiologia comum entre ambas as doenças poderia explicar a maior prevalência de pólipos uterinos nessa população. Uma extensão deste estudo preliminar está em curso para elucidar esta hipótese.

18

ABDOME AGUDO EM GESTAÇÃO INICIAL: RELATO DE CASO

Naujorks, C; Schreiner, L; Mallmann, K; El Ammar, R; Mohr, CC

PUCRS - Hospital São Lucas

Abdome Agudo em Gestação Inicial: Relato de caso **Introdução:** O abdome agudo é uma situação extremamente desafiadora quando ocorre no início da gestação. As alterações fisiológicas específicas da gestação colaboram para a dificuldade diagnóstica e podem retardar o tratamento da patologia em questão. Relataremos o caso de uma gestante que apresentou-se em abdome agudo e evoluiu com um desfecho muito incomum. **Relato do caso** Mulher, 18 anos, secundigesta, 1 parto normal prévio, atraso menstrual compatível com 6 semanas e 4 dias de gestação, previamente hígida, relatava dor aguda em região epigástrica, inapetência e vômitos. Trazia ecografia abdominal total do mesmo dia que evidenciava grande quantidade de líquido livre na cavidade abdominal, feto único com batimentos cardíacos preservados, sem lesões em regiões anexiais ou em demais órgãos. Ao exame físico apresentava dor abdominal difusa, colo uterino fechado ao toque vaginal e sem dor à mobilização uterina. TA: 90x60, Sat O2: 96%, FC 100 bom. Exames laboratoriais evidenciaram Hemoglobina de 5,5 g/dl, provas de função hepática e pancreática dentro dos parâmetros da normalidade. Indicada Videolaparoscopia exploradora diagnóstica em caráter de urgência pela alta suspeição de abdome agudo hemorrágico. Procedimento evidenciou grande quantidade de sangue na cavidade abdominal proveniente de lesão central supra-uterina, exploração da lesão evidenciou embrião sem vitalidade envolto a tecido trofoblástico compatível com gestação abdominal rota, retirados embrião e tecido trofoblástico envoltos em omento e fixados em parede pélvica supra uterina. Ausência de demais lesões. Realizou transfusão e quatro unidades de concentrado de hemáceas e uma unidade de plasma fresco durante o procedimento. Evoluiu com alta 3 dias após procedimento, em bom estado geral. **Discussão:** A viabilidade fetal é atingida por apenas 10% das gestações abdominais e a ocorrência de ruptura é uma emergência potencialmente letal. A gestação abdominal representa um risco de morte materna 7,7 x maior que o das demais gestações ectópicas. Na alta suspeição de um abdome agudo hemorrágico na gestação é fundamental não postergar a abordagem cirúrgica laparoscópica que pode elucidar e tratar o problema de base como no caso em questão.



19

TUMOR DE KRUKENBERG: RELATO DE CASO

Naujorks, C; De Lucca, MFS, Gonçalves, MAG; Goulart, APS; Massuco, L; Anschau, F; Gasperin, RM; Mallmann, K
Hospital São Lucas da PUCRS

INTRODUÇÃO: Tumor de Krukenberg trata-se de um tumor metastático de células em anel de sinete para o ovário. Extremamente incomum, corresponde a 1-2% das neoplasias de ovário, sua principal origem é o trato gastrointestinal, principalmente estômago. O quadro clínico é inespecífico, assim como em qualquer tumor primário em ovário, e o diagnóstico geralmente é no pós-operatório, com exame histopatológico, que deve ser complementado habitualmente com imunohistoquímica. Apresentamos um caso manejado no Serviço de Ginecologia no Hospital São Lucas da PUCRS. **RELATO DE CASO:** Paciente feminina, 42 anos, encaminhada ao Hospital São Lucas para atendimento oncológico. Refere que apresentou quadro de icterícia e dor em hipocôndrio direito há 1 ano, quando foi submetida à colecistectomia por suspeita de cálculo biliar. Durante o procedimento visualizadas lesões em vesícula biliar e implantes retropancreáticos com obstrução de colédoco. Realizados exames complementares e biopsia de linfonodo, cujo anatomopatológico demonstrou adenocarcinoma bem diferenciado em vesícula com invasão de camada muscular medindo 3,2 x 2,9 x 0,6 cm, com metástase linfonodal. Iniciou quimioterapia com Xeloda. Encontrada massa ovariana esquerda medindo 6,3 x 5,4 x 4,5 cm em tomografias realizadas no seguimento anual da neoplasia primária. Ao exame, referia dor pélvica esporádica, tipo cólica. Encaminhada para consultoria com serviço de ginecologia. Solicitados exames pré-operatórios, com vistas a laparotomia exploradora - CA 125 de 205; TC com estrutura tumescente com densidade heterogênea em região anexial esquerda, com áreas císticas e hipoatenuadas de permeio medindo 8x6x5x4cm; e ecografia transvaginal com ovário esquerdo de dimensões aumentadas, medindo 8,0 x 7,6 x 6,2cm devido a lesão solido-cística multilocular de etiologia a esclarecer. Paciente foi submetida à laparotomia exploratória e confirmou adenocarcinoma em congelação transoperatória, realizada panhisterectomia + omentectomia. Anatomopatológico retifica o diagnóstico de adenocarcinoma, G2, infiltrativo, associado com neoplasia cística mucinosa com atipias celulares e invasão linfática presente. À imunohistoquímica corroborou metástase de sítio primário em vesícula biliar. Tendo em vista o crescimento de lesão ovariana em vigência de xeloda, foi optado por troca de quimioterapia para Irinotecano. Paciente segue em quimioterapia e acompanhamento no serviço. **DISCUSSÃO:** Tumor de Krukenberg com neoplasia primária em vesícula biliar constitui uma baixa proporção de tumores metastáticos em ovário, correspondendo a aproximadamente 3% dos casos. O tratamento padrão é realizado com cirurgia de citorredução, associado ou não a quimioterapia e radioterapia após, dependendo da individualidade de cada caso. Apresenta prognóstico reservado, sendo o tempo de sobrevida média de 16 meses

20

USO DE PLANILHAS ELETRÔNICAS VIRTUAIS PARA ACOMPANHAMENTO DE GESTANTES EM UMA UBS NO MUNICÍPIO DE PELOTAS - RS

Bellinaso, L.J.; Bohm, M.B.; Cocco*, C.D.; Maas, T; Lopes, C.O.M.; Manta, A.B.
Universidade Católica de Pelotas

INTRODUÇÃO: Realizar o acompanhamento pré-natal no âmbito da Atenção Primária a Saúde apresenta-se como um grande desafio, visto o grande contingente de gestantes que utilizam esse nível de atenção. Uma assistência de qualidade necessita dispor de enorme gama de recursos, como controle de comparecimento de consultas, busca ativa de faltosas, identificação de riscos individuais, etc. Muitos serviços não dispõem de dados organizados das gestantes e, devido à alta demanda de trabalho e escassez de tempo, acabam por perder o seguimento de algumas mulheres em pré-natal. **RELATO DO CASO:** No intuito de otimizar o acompanhamento global das gestantes em nossa área de abrangência, foram criadas planilhas eletrônicas virtuais, através do programa Google Spreadsheets, onde constam informações resumidas de cada usuária (nome, número de prontuário, semanas de gestação, risco gestacional, data da última consulta, tempo decorrido da última consulta e prazo de retorno). A planilha encontra-se salva em ambiente virtual, tendo sido formatada com diferentes fórmulas para cálculo de datas e tempos. Além disso, foram aplicados princípios do método japonês Kanban, utilizando cores distintas e filtros para cada informação inserida. **DISCUSSÃO:** Com a incorporação de uma tecnologia leve, acessível e prática, tornou-se possível monitorar de maneira abrangente o status de frequência, risco e tempo de gestação das mulheres acompanhadas em nosso serviço. A visualização diária do arquivo permitiu o planejamento mais rápido e versátil de ações importantes para o seguimento do cuidado, minimizando o risco de perdas. Espera-se que com o tempo de uso dessa ferramenta possamos potencializar o seu desempenho, garantindo uma melhor atenção pré-natal em nosso serviço.



21

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE PRÉ-NATAL PRESTADA NA ESF UNIÃO DE BAIROS NO MUNICÍPIO DE PELOTAS/RS EM 2016 E 2017.

Bellinaso, L.J.; Cocco*, C.D.; Bohm, M.B.; Lopes, C.O.M.; Maas, T; Manta, A.B.
Universidade Católica de Pelotas

INTRODUÇÃO: A Estratégia de Saúde da Família, como porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS), permite o acolhimento das gestantes propiciando um acompanhamento longitudinal e continuado na atenção básica. A adequada assistência de pré-natal representa um grande potencial para a redução da morbimortalidade materna e neonatal, através da identificação de situações de risco e da intervenção precoce. **OBJETIVO:** Este trabalho propõe a avaliação da qualidade da assistência pré-natal prestada na ESF União de Bairros no município de Pelotas/RS, nos anos de 2016 e 2017. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Foi realizado um estudo transversal através da análise de dados contidos na ficha-espelho de cada gestante que realizou todo o pré-natal na referida ESF e que tiveram parto no primeiro semestre de 2017. **RESULTADOS E CONCLUSÕES:** Das 11 gestantes pertencentes à área de abrangência da ESF e acompanhadas na unidade durante o ano de 2016, 81,87% iniciaram o pré-natal durante o primeiro trimestre, com uma média de 8,6 consultas por gestante, apesar da baixa porcentagem de planejamento gestacional evidenciada. Além disso, um alto índice das pacientes realizou adequadamente a suplementação medicamentosa preconizada pelo Ministério da Saúde, com sulfato ferroso e ácido fólico. Ao mesmo tempo, também se verificou uma queda na realização de exames laboratoriais no terceiro trimestre de gestação (54,55%) em comparação ao primeiro trimestre (90,91%), um baixo índice de vacinação contra a Hepatite B (45,45%) e pequena procura por consultas para reavaliação puerperal (45,45%). Percebe-se a necessidade de melhor qualificação do nível dos indicadores de assistência ao pré-natal, com intensificação do controle da realização de exames laboratoriais do terceiro trimestre de gestação, bem como quanto à vacinação, especialmente contra a Hepatite B, além da realização de busca ativa para avaliação da paciente em sua condição puerperal, a fim de identificar necessidades ou problemas do período.

22

AMAUROSE E SÍNDROME PRES: RELATO DE CASO

Koller DRS, Silva KM, Raupp G, Patela LHD, Paula LG, Steibel G, Cunha Filho EV
Hospital São Lucas da PUCRS ? Serviço de Obstetria

INTRODUÇÃO A síndrome de PRES, inicialmente descrita em 1996, tem como principais sinais a convulsão, encefalopatia aguda (confusão, cefaléia, vômitos ou alterações de consciência como sonolência ou até mesmo coma) e distúrbios visuais (borrões, hemianopsia ou cegueira total), embora sinais neurológicos focais menos específicos também podem estar presentes. Estes sintomas podem desenvolver-se agudamente ou ao longo de dias, estando geralmente (mas não necessariamente) acompanhados de hipertensão arterial. Sua etiologia mais provável é pela ruptura da barreira hematoencefálica e consequente edema vasogênico, causados pelo aumento dos níveis tensionais. **RELATO DE CASO** Paciente, 30 anos, G2Pc1, idade gestacional de 28 semanas, busca atendimento por aumento dos níveis pressóricos, referindo escotomas, cefaléia e pressão arterial de 173/100mmHg. História de parto cesáreo com 34 semanas por pré-eclâmpsia grave. Nesta gestação, permanecia normotensa até o momento, sem uso de medicações crônicas. Medicada na chegada com nifedipina 10mg e realizado exames laboratoriais que confirmaram o diagnóstico de pré-eclâmpsia. Cinco horas após a avaliação inicial, paciente evoluiu com perda de visão e persistência de cefaleia. Ao exame físico: PA de 160/85mmHg, pupilas isofotorreagentes, sem déficits focais. Nesse momento, prescrito nova nifedipina, sulfato de magnésio e optado por solicitar ressonância magnética de urgência para avaliação do quadro neurológico, bem como avaliação da equipe de neurologia desde hospital. Paciente realizou RNM que evidenciou hiperintensidades em T2 e Flair, localizadas na topografia córtico-subcortical occipital bilateralmente, com aumento de sinal no mapa ADC e algumas áreas corticais hiperintensas na difusão sem hipossinal no ADC?, sugerindo síndrome da encefalopatia posterior reversível (PRES). Foi indicada interrupção da gestação por parto cesáreo. Paciente apresentou melhora total dos sintomas visuais poucas horas após estabilização dos níveis de pressão arterial, recebendo alta, assintomática e normotensa. **DISCUSSÃO** A Síndrome de Encefalopatia Posterior Reversível (PRES) é clinicamente caracterizada por alterações visuais, alteração do estado de consciência e convulsões. Os achados radiológicos da ressonância magnética corroboram o diagnóstico. A sintomatologia e as alterações radiológicas são reversíveis na grande maioria das vezes, quando corrigida a causa base, que, na gestação, costumam ser os distúrbios hipertensivos da gestação, predominantemente a pré-eclâmpsia (PE), no puerpério. Como a PE é uma das maiores causas de mortes maternas no mundo, é imperativo ao médico a suspeição clínica e o reconhecimento de suas complicações, na medida em que o rápido diagnóstico e tratamento podem evitar desfechos desfavoráveis às pacientes, bem como sequelas permanentes.



23

RELATO DE CASO: DISGERMINOMA

Koller DRS, De Luca MFS, Kobe LM, De Azevedo LM, Massuco L, Goulart APS, Anschau F, Guimarães MA
Hospital São Lucas da PUCRS - Serviço de Ginecologia

INTRODUÇÃO O disgerminoma, assim como outros tumores das células estromais do ovário (TCEO), são derivados de células germinativas primordiais. É classificado como um tumor de ovário raro, com uma incidência de aproximadamente 2% de todas neoplasias ovarianas, porém são responsáveis por 32.8% dos TCEO. São mais comuns em adolescentes e mulheres jovens. **RELATO DE CASO** Paciente, 28 anos, nuligesta, IMC 33,2, com dor pélvica há um ano e imagem ecográfica transvaginal de cisto complexo (predominantemente sólido) de 13x9,5x11,7cm em região anexial direita, com IR de 0,56 à dopplerfluxometria. Exame anatomopatológico transoperatório (congelamento de ooforectomia a direita) sugestivo de disgerminoma. Cavidade abdominal sem outros sinais de doença durante a laparotomia. Diante da confirmação imunohistoquímica do disgerminoma, procedeu-se à laparotomia exploradora para estadiamento e tratamento. Realizado linfadenectomia pélvica e omentectomia, sendo todas as peças com anatomopatológico negativo para neoplasia. Estadiamento: 1A. Paciente permanece assintomática nas revisões por 7 meses, quando retorna com quadro de dor pélvica, distensão abdominal, inapetência e emagrecimento (4kg em 2 meses). Novo exame ecográfico abdominal demonstrou fígado de contornos irregulares com lesões expansivas confluentes (as maiores com cerca de 11x5cm), extensa lesão sólida, heterogênea, se estendendo desde o fígado até a pelve, medindo cerca de 22x8,2cm à direita; além de outras lesões sólidas intra-abdominais à esquerda (a maior com cerca de 8x5cm), lesão de 6x5cm no pólo superior do rim direito e presença de linfonomegalias para-aórticas. Realizado tomografia de tórax, abdômen e pelve que evidencia múltiplos implantes peritoneais e atelectasias segmentares parciais em lobo inferior direito e médio do pulmão direito. Iniciado quimioterapia com esquema bleomicina, etoposide e cisplatina (BEP) e planejado nova laparotomia exploradora caso paciente permanecesse com doença macroscópica. Novos exames de imagem realizados 3 meses após início da quimioterapia evidenciaram regressão completa das lesões. Devido desejo de gestar da paciente, foi optado pela não realização da cirurgia citorrredutora complementar, seguindo controle com exames de imagem trimestralmente. **DISCUSSÃO** O estadiamento para pacientes com disgerminoma, assim como para as de mais neoplasias malignas do ovário, é cirúrgico. Contudo, como a maioria das pacientes são jovens e possuem desejo reprodutivo, a cirurgia deve ser o mais conservadora o possível. Segundo recomendações da FIGO, a cirurgia conservadora é o padrão em todos os estadiamentos. A laparotomia deve ser realizada com especial atenção para possíveis áreas de metástase e biopsias das áreas suspeitas, porém o útero e o ovário contralateral devem permanecer intactos. Biopsia de ovário normal não deve ser realizada. Segundo o Royal College Of Obstetric and Gynecology, biopsia de omento e retirada seletiva de linfonodos aumentados também deve ser incluída.

24

DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO INTRAÚTERO DE COLELITÍASE FETAL - RELATO DE CASO

Cunha Filho EV, Eizerik D, Silva KM, Hentschke M, Becker Jr. E, Steibel G, Steibel J
Hospital São Lucas da PUCRS - Serviço de Obstetrícia

Introdução: Relato de caso de um diagnóstico intraútero de colelitíase fetal. **Relato do caso:** Paciente de 44 anos, G1P0, HIV positivo em uso de terapia antirretroviral (TARV) (Tenofovir, Nevirapina e Efavirenz), carga viral indetectável. Ecografias de revisão morfológica de primeiro e segundo trimestres sem alterações. Em consulta com 36 semanas de idade gestacional apresenta +++ de proteína no exame comum de urina. Nesta ocasião foi solicitada relação proteinúria e creatininúria e avaliação ecográfica fetal. Relação P/C = 0,34 e ecografia com crescimento fetal normal (3000 gramas, 36 sem e 5 dias, percentil 75) e líquido amniótico normal. Ecografia revelou, em topografia de vesícula biliar fetal, imagens múltiplas, ecogênicas sugestivas de litíase biliar fetal. Sem mais alterações. Paciente é, então, internada em hospital para avaliação clínica e laboratorial relacionada à proteinúria. **Discussão:** A colelitíase fetal é um achado raro, aparentemente específico do terceiro trimestre de gestação e costuma ter diagnóstico ecográfico ocasional. Sua incidência aproximada é entre 0,05 e 1%. Apesar de existirem poucos relatos na literatura, houve aumento da frequência de diagnóstico nos últimos 20 anos, sobretudo devido ao maior uso da ecografia no acompanhamento pré-natal. Sua etiopatogenia é desconhecida, porém há sugestão de associação com fatores predisponentes maternos, obstétricos e fetais ? fatores genéticos, patologias específicas e uso materno de determinadas substâncias. Acreditamos, no caso relatado, que o fator causal da litíase foi o uso materno de TARV. O material ecogênico na vesícula biliar fetal pode se apresentar em forma de foco único, múltiplo ou difuso. É importante estabelecer a localização exata dos cálculos no interior da vesícula biliar para que seja feito diagnóstico diferencial com outras possíveis causas de ecogenicidade no quadrante superior direito do abdômen, como calcificações intra-hepáticas, teratomas, hepatoblastomas e neuroblastomas retroperitoneais. A colelitíase fetal, diferentemente da adulta e da pediátrica, costuma ser autolimitada e apresentar resolução espontânea com hidratação e alimentação precoce após o nascimento. Algumas características do período pós-natal, como aumento do fluxo da bile e alterações em sua composição, parecem auxiliar na dissolução fisiológica dos cálculos. No entanto, pode haver complicações como obstrução das vias biliares, perfuração, colecistite e pancreatite, sendo que o tratamento cirúrgico deve ser o manejo exclusivo de casos sintomáticos e complicados. Há relatos na literatura de 63 casos com seguimento ultrassonográfico e resolução espontânea, sendo que em 90% dos pacientes a mesma ocorreu em até seis meses de acompanhamento. Apenas em 2% dos pacientes houve persistência do quadro por mais de 12 meses, e apenas 3 casos com necessidade de intervenção cirúrgica foram reportados.



25

CÂNCER OCULTO DE MAMA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

SOUZA, DST; REIS, ET; MANTA, AB; SANTOS, FC; LLANOS, LB

Hospital Escola - Universidade Federal de Pelotas

INTRODUÇÃO: O câncer oculto de mama é uma entidade rara, caracterizada pela metástase linfonodal axilar, ausência de sinais e sintomas locais ao exame clínico mamário e falta de evidências diagnósticas, em exames de imagem. Representa menos de 1% de todos os tipos de câncer de mama. Os focos primários, pequenos ou obscurecidos pelo tecido denso fibroglandular, dificultam a sua localização. A biópsia do linfonodo acometido, é o passo inicial, para conclusão diagnóstica. Além do exame microscópico, podem ser realizadas imuno-histoquímica e microscopia eletrônica. **RELATO DE CASO:** C.R.F.S., feminino, 56 anos, branca, tabagista, menopausada há 4 anos, foi encaminhada ao ambulatório de mastologia da Universidade Federal de Pelotas, devido surgimento de nódulo palpável em axila esquerda, de crescimento rápido há 3 meses. O exame físico das mamas, não evidenciou alterações, porém na axila esquerda, notou-se nódulo palpável, de 5 cm de diâmetro, fixo, aderido aos planos mais profundos e doloroso à palpação. A mamografia evidenciou BIRADS 4 em mama esquerda; quando complementada com a ultrassonografia, visualizou dois nódulos hipoeecóicos, com 8 mm cada, adenopatias da axila esquerda, sendo a maior com 4,8 cm. O resultado da biópsia de linfonodo axilar, realizada em fevereiro de 2016, evidenciou adenocarcinoma metastático. A ressonância magnética nada revelou. A biópsia das lesões mamárias, suspeitas ao ultrassom se mostraram normais; com ausência de atipias celulares. A imuno-histoquímica, receptor de estrogênio negativo, receptor de progesterona positivo em 80%, oncoproteína CERB-B2 positivo (3+), Ki67 positivo em cerca de 25%, AE1/AE3 positivo, compatível com câncer oculto de mama. A paciente foi submetida ao esvaziamento axilar esquerdo, em junho de 2016 e terapia complementar com quimioterapia e radioterapia local. O anatomopatológico demonstrou oito de nove linfonodos do nível 1, metastáticos por adenocarcinoma tipo ductal, três de sete linfonodos do nível 2, com neoplasia e todos os quatro linfonodos do nível 3, livres da doença. Atualmente, a paciente está em uso de tamoxifeno, com boa resposta clínica e sem evidências de doença ativa. **DISCUSSÃO:** Embora a prevalência do câncer de mama oculto seja pequena, faz-se necessário ressaltar a importância do exame físico axilar de rotina, em todas as pacientes, em programas de screening, mesmo quando nenhum nódulo mamário é palpado.

26

PLACENTA PERCRETA: UM DESFECHO FAVORÁVEL

SOUZA, DST; MANTA, AB; REIS, RJ; SANTOS, FC; LLANOS, LB;

Hospital Escola - Universidade Federal de Pelotas

INTRODUÇÃO: Placenta percreta é a condição obstétrica, na qual a implantação placentária ocorre erroneamente, com invasão da serosa, podendo ou não, a mesma, chegar aos órgãos adjacentes. É responsável por apenas 7% dos casos de acretismo placentário, contudo quando presente, apresenta alta taxa de morbimortalidade materna e perinatal. O principal fator de risco para o acretismo placentário é a presença de placenta prévia, cuja incidência, aumenta de acordo com o número de cesáreas anteriores. **RELATO DE CASO:** C.M.X., feminina, 29 anos, tabagista, G4PC3 (última cesárea há 1 ano), idade gestacional 33 semanas e 5 dias. Chega ao serviço de emergência obstétrica do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas, no dia 01/08/2016 apresentando contrações efetivas e sangramento vaginal. Ao toque vaginal, o colo apresentou-se amolecido, 70% apagado e com 6 cm de dilatação. Apresentação fetal cefálica, em plano 0 de De Lee. A paciente trazia consigo, uma ecografia obstétrica de abril de 2016, com 19 semanas e 2 dias de gestação, identificando feto único, vivo e placenta prévia oclusiva total, com possível acretismo placentário. Devido a má adesão da paciente ao pré-natal, nenhum exame complementar, para adicional investigação, havia sido realizado. Foi indicado parto cesariana, com identificação de placenta prévia oclusiva total com invasão de serosa uterina, que se estendia até a serosa vesical. Após retirada de concepto vivo e evitado a dequitação placentária, foi realizado histerorrafia com posterior hysterectomia subtotal. Ambos os anexos, foram preservados. O recém-nascido feminino, nasceu com 2.040g, Apgar 9/9 e Capurro de 36 semanas e 2 dias. A paciente teve boa evolução pós-operatória, sem sinais de hematúria. Recebeu alta hospitalar no sétimo dia pós procedimento cirúrgico, simultaneamente a sua filha. A análise anatomopatológica concluiu: corpo uterino com infiltração e exteriorização do tecido placentário no miométrio (placenta percreta) e decídua em cavidade endometrial; placenta com intensa hipervascularização de vilosidades (corioangiiose). **DISCUSSÃO:** O presente relato, enfatiza a importância da detecção precoce das alterações placentárias e seu devido acompanhamento gestacional, principalmente naquelas pacientes com fatores de risco bem estabelecidos. Além disso, se faz necessário uma equipe multiprofissional treinada e preparada para o planejamento do nascimento e abordagens cirúrgicas de eventuais complicações da patologia.



27

VASCULITE LEUCOCITOCLASTICA INDUZIDA POR METIMAZOL EM GESTANTE: RELATO DE CASO

Garcia, AMSV; *Silva, EB; Canti, IT

Hospital Nossa Senhora da Conceição - Porto Alegre- RS

INTRODUÇÃO: O metabolismo hormonal tireoidiano é influenciado na gestação devido a reação cruzada entre os receptores do hormônio estimulador da tireóide (TSH) e a gonadotrofina coriônica (HCG), levando a estimulação direta da tireóide e aumento temporário do T4 livre. A incidência de reações adversas com o uso das tionamidas é de aproximadamente 12%⁵. A vasculite leucocitoclástica cutânea (VLC) é uma complicação rara que consiste em alterações dermatológicas como púrpura palpável, podendo evoluir para necrose cutânea. A confirmação diagnóstica consiste em achados histopatológicos: vasculite leucocitoclástica com necrose fibrinóide das paredes dos vasos e infiltrado inflamatório neutrofílico. **RELATO DO CASO:** Paciente primigesta, 18 anos, em acompanhamento no pré-natal de Alto Risco por hipertireoidismo, com diagnóstico aos 15 anos, e em uso de metimazol. Paciente suspendeu o uso da medicação por conta própria, no diagnóstico da gestação, sendo reiniciado com 16 semanas pela equipe. Procurou atendimento no Centro Obstétrico do Hospital Nossa Senhora da Conceição, com IG de 17 semanas e 6 dias, por lesões disseminadas em tronco e membros, inicialmente eritematosas, purpúricas e dolorosas evoluindo para lesões bolhosas e necróticas, que surgiram logo após a reintrodução da medicação. Solicitado avaliação das equipes de Reumatologia, Dermatologia e Endocrinologia e interrogado vasculite de hipersensibilidade ao metimazol. Suspenso o uso da droga e iniciado corticoterapia. Realizado biópsia das lesões cutâneas que demonstrou trombos de fibrina nos plexos veno-capilares superficial e médio, não associados a vasculite aguda. Achados compatíveis com fases tardias da VLC, que tem como característica a necrose fibrinóide de pequenos vasos¹¹. Foram excluídos diagnósticos diferenciais, entre eles a síndrome anti-fosfolípide e o lúpus eritematoso. Evoluiu com melhora das lesões e recebeu alta hospitalar com esquema de redução progressiva de corticoterapia para seguimento ambulatorial. Após o parto manteve-se sem uso de tionamida, porém sintomática. Iniciado propranolol e optado por tireoidectomia total como tratamento definitivo. **DISCUSSÃO:** Conclui-se que a descrição deste caso é de grande importância devido a escassez de relatos na literatura médica. Uma vez que o quadro é potencialmente grave, o diagnóstico e o tratamento precoce, associados à escolha de terapias alternativas é de fundamental importância prognóstica.

28

TUMOR DE KRUKENBERG: RELATO DE CASO

Santos HC; Nardi E; Braido M.

Universidade de Caxias do Sul

INTRODUÇÃO: O Tumor de Krukenberg é um tumor raro de ovário, representando 1-2% de todos os tumores ovarianos. O tumor primário habitualmente está localizado no trato gastrointestinal, em 70% dos casos no estômago. Em cerca de 80% dos casos é bilateral. Tem como características uma rápida evolução e prognóstico desfavorável. Os sintomas são inespecíficos, já que em 30% dos casos pode ser a primeira manifestação do tumor primário. A sobrevida média após o diagnóstico é de cerca de 14 meses. **RELATO DE CASO:** Paciente, RCLS, feminina, 39 anos, homoafetiva, previamente hígida, assintomática, em avaliação para fertilização in vitro, vem para análise de massa anexial encontrada ocasionalmente após preparação de endométrio para transferência de embrião. Trouxe exame ecográfico transvaginal onde foi evidenciado ovário direito aumentado de volume, com hiperfluxo e medindo 6,1 x 5,4 cm e ovário esquerdo com cisto simples de 3,9 cm e ausência de líquido livre. A RNM evidenciou ovário direito sólido e com superfície irregular, medindo 6,1 x 5,4 e ovário esquerdo com cisto simples medindo 4,9cm. Estudos laboratoriais demonstraram E2: 494,35 pg/mL; Progesterona: 0,978 ng/mL; LDH: 344; AFP: 2,31; CA 125: 16,8; CA 19-9: 3920,00. Sem antecedentes pessoais ou familiares conhecidos relevantes. Após a consulta foi solicitado marcadores tumorais, pré-operatórios e fornecido laudo para cirurgia. Paciente retorna para mostra de exames: Hb: 12,8; Leucócitos: 5250; Plaquetas: 229.000; TP: 100%; INR: 1,0; TTPA: normal; Creatinina: 0,8; Glicose: 79; Ferritina: 13,3; HbsAg: negativo; HIV: negativo; VDRL: NR; HCV: negativo; EQU e urocultura: negativos; ECG sem alterações. Paciente encaminhada para cirurgia e solicitado controle pós operatório com CA 19-9 e E2. Um mês após, foi realizada a cirurgia, sendo feito ooforectomia à esquerda e ooforoplastia à direita. Não foram evidenciadas demais alterações na cavidade abdominal. Após a cirurgia a paciente retornou para revisão sem queixas, abdome plano e inocente. O Anatomopatológico evidenciou tumor de Krukenberg em ambos os ovários. Após, a paciente foi encaminhada para cirurgia oncológica para avaliação do sítio primário da doença. **DISCUSSÃO:** O caso relatado demonstrou o diagnóstico de um tumor de Krukenberg em uma paciente previamente hígida. Este tumor ovariano se caracteriza por ser metastático e histologicamente caracterizado por células em forma de anéis de sinete. O sítio primário mais comum é o estômago, porém pode ter origem em outros órgãos. O prognóstico é pobre e não existem estudos conclusivos demonstrando o melhor tratamento para este tumor. No entanto, quando as metástases são restritas aos ovários, a ressecção cirúrgica radical pode eliminar a doença residual por completo e também parece aumentar a sobrevida.



29

ATUALIDADES NO RASTREIO DO CÂNCER DE COLO RELACIONADAS COM A INFECÇÃO PELO HPV

Bierhals,EVA; Ferreira,IV*; Meire,K; Scorza,SL; Reis,RJ; Sperotto,AG

Hospital Universitário Ulbra

INTRODUÇÃO: A infecção pelo papiloma vírus humano (HPV) é um fator necessário para a grande maioria dos cânceres de colo (CC). A vacinação para o HPV é uma forma de prevenção primária de alta eficácia. Recentemente, especialistas discutem o uso da Captura Híbrida (CH-HPV) ? técnica de diagnóstico da presença do HPV através da detecção de seu DNA ? como ferramenta de screening para o CC. **OBJETIVO:** Este trabalho vai revisar sobre os principais fatos e contradições referentes ao teste de HPV como novo método de triagem do CC. **MÉTODOS:** Revisão sistemática de literatura com 12 artigos encontrados nas plataformas PUBMED e MEDLINE, através das palavras-chave ?hpvscreening?, ?cervical cancer? e de todos seus respectivos entryterms (MESH). Foram incluídos estudos com validade interna e alto nível de confiança das evidências. **RESULTADOS E CONCLUSÕES:** Estudos de meta-análises e revisões sistemáticas mostraram que esse novo método de triagem é muito eficaz. A maior crítica encontrada ao CH-HPV é a não detecção de formas avançadas de câncer. No entanto, o grau de confiança dessas evidências é baixo, uma vez que poucos estudos conseguem contemplar uma amostra significativa de mulheres com CC avançado. O teste de CH-HPV, diferentemente do citopatológico (CP), permite que a paciente escolha se deseja coletar sua própria amostra ou se algum profissional fará isso. Pode-se atingir, dessa forma, a parcela da população que não utiliza o CP como exame de rastreio. Alguns estudos, por deixarem passar casos de câncer precoce, sugerem que o teste para HPV seja adjuvante na triagem e não um método exclusivo. Contudo, em tal contexto devemos considerar os seguintes fatos: é rara a ocorrência de CC sem relação com o HPV e é baixíssimo o número de casos com tipagens de HPV não detectáveis no exame. O CH-HPV é um método diagnóstico confiável e de alta acurácia para ser usado na triagem do CC. Entretanto, seu alto custo dificulta a sua implementação nos grandes sistemas de saúde mundiais. Além disso, considerando-se a aderência continuada, é necessário que novas evidências avaliem se outras variáveis afetam a eficácia deste método.

30

OBESIDADE MATERNA COMO FATOR DE RISCO INDEPENDENTE PARA PARALISIA CEREBRAL

Sperotto,AG; Bierhals,EVA; Farret Junior,AR; Meier,K; Ferreira,IV*; Reis,RJ

Hospital Universitário Ulbra

INTRODUÇÃO: A paralisia cerebral (PC) é uma encefalopatia crônica de caráter essencialmente motor e traz grande repercussão na qualidade de vida da criança afetada. Há muitos anos se busca descobrir quais fatores efetivamente estão associados com tal comorbidade, para que sua prevenção possa ser realizada. **OBJETIVO:** Revisar sobre a importância da obesidade materna como fator de risco para paralisia cerebral. **MATERIAL E MÉTODOS:** Revisão sistemática de literatura com 52 artigos encontrados nas plataformas PUBMED e MEDLINE, através das palavras-chave: ?cerebral palsy?, ?maternal obesity? e seus respectivos MESH terms. Desses, 4 foram selecionados para revisão completa. Os critérios de inclusão dos artigos foram: amostra populacional materna com IMC > 30, associação independente da obesidade com a PC, idade materna > 25 anos e pelo menos um exame neurológico como método diagnóstico (EEG, TC de crânio ou RNM de encéfalo). **RESULTADOS E CONCLUSÕES:** A obesidade é um fator de risco independente para complicações obstétricas. A PC está sabidamente associada com parto prematuro, contudo, um grande número de casos acontece em partos a termo. Em 2013, um estudo feito com 67.200 mães com IMC > 35 constatou que a obesidade é um fator de risco independente para PC (OR 1.27, 95% CI 1.06-1.52). Em 2014, um estudo de coorte com 83.901 mães identificou também um risco relativo aumentado para PC entre obesas (OR 1.04, 95% CI 1.01, 1.07). Por fim, um estudo publicado pelo JAMA em 2017, contemplando 3029 crianças com PC, constatou uma associação do risco relativo diretamente proporcional ao IMC ? obesidade grau 1 com 1.28, grau 2 com 1.54 e mórbida com 2.02. Conclui-se, por meio de fortes evidências, que obesidade é um fator de risco independente e modificável para paralisia cerebral, devendo ser prevenida durante a gestação.



31

USO DE CONTRACEPTIVOS DE LONGA DURAÇÃO COMO MANEIRA DE REDUZIR GRAVIDEZ INDESEJADA NA ADOLESCÊNCIA

Barreto,AC; Bierhals,EVA*; Farias,A; Farret Junior,AR; Reis,RJ; Sperotto,A
Hospital Universitário Ulbra

INTRODUÇÃO: Adolescentes pertencem a população de maior risco para gestações indesejadas, com taxas entre 77%. Além disso, as gestações não intencionais estão associadas à depressão materna, cuidado pré-natal tardio, redução da amamentação e sobrecarga financeira. Desse modo, a seleção de contracepção reversível de longa duração (CRLD), como o dispositivo intrauterino (DIU) seria favorável para reduzir essa problemática já que está associado, junto com esterilização, a menores taxas de gravidez independente da população estudada sendo sua eficácia não influenciada pelas ações ou adesão do paciente. O uso de DIU ou implantes de etonogestrel foram recomendados como primeira linha de opção para adolescentes em 2014 por sociedades de ginecologia e pediatria. O objetivo deste trabalho é avaliar a validade do uso de CRLD em comparação com os não-CRLD. **MÉTODOS:** Foram encontrados 3540 artigos nas plataformas PUBMED e MEDLINE, mas apenas 7 foram analisados sistematicamente. Os critérios de exclusão foram mulheres maiores de 25 anos. **DESENVOLVIMENTO:** A amostra total analisada foi de 26.907 mulheres, onde 4 estudos eram coorte-prospectivo e 3 eram coorte-retrospectivo. Nenhum desses foi randomizado ou cego para o paciente e médico. Seis de sete estudos apresentaram melhor eficácia na adesão à utilização de CLDRs em 24 meses (86.5%) em comparação com outros métodos pelo mesmo período (41,2%). Cinco de sete estudos reportaram eventos adversos relacionados com o uso de DIU, como Doença Inflamatória Pélvica, porém foram muito pouco incidentes em número (0,2% entre 11 mil adolescentes). A taxa de expulsão foi de 6%. Sangramento e dor foram os sintomas mais comum relatados sendo a dor a principal causa de descontinuação. **CONCLUSÃO:** Em grandes estudos populacionais recentes é possível perceber uma melhor eficácia no uso de DIU em comparação com métodos contraceptivos de curta-duração. Existem relativamente poucos riscos absolutos ou relativos de contra - indicação para o uso DIU. O que torna favorável a sua seleção já que a taxa de gravidez é menor que 1 % ao ano em pacientes típicos e a fertilidade retorna rapidamente após a remoção. Além disso, sua eficácia não requer nenhuma ação por parte da adolescente. Logo, é necessário uma ampliação na oferta desta opção para adolescentes de todas as classes sociais.

32

USO DE ÓLEOS DERIVADOS DE PEIXES NA PREVENÇÃO DE DOENÇAS ALÉRGICAS DURANTE O PRÉ-NATAL: META-ANÁLISE E REVISÃO SISTEMÁTICA

Sperotto,AG; Bierhals,EVA*; Farret Junior,AR; Barreto,ACA;Borchart,J; Reis,RJ
Hospital Universitário Ulbra

INTRODUÇÃO: Novas evidências sugerem que a introdução na dieta de ácidos graxos de cadeia longa poli-insaturados (ômega 3 ? LC-PUFAs) durante a gestação poderia reduzir a incidência de doenças alérgicas mediadas por IgE. **OBJETIVO:** Este trabalho avalia, ao se analisar estudos observacionais e trials, se a suplementação com os LC-PUFAs durante a dieta no pré-natal traz algum benefício em relação a placebo no desfecho de doenças imunomediadas por IgE. **MATERIAL E MÉTODOS:** Revisão sistemática com 16 estudos encontrados na plataforma PUBMED através dos MESH terms para ?pregnancy? (população) ?fishoilsupplementation? (intervenção) ?dietaryinterventionvs placebo? (comparação) e ?allergicdisease ? asthma, eczema? (desfecho). Os critérios de inclusão foram: estudos com população somente de gestantes com acompanhamentopré-natal completo, mulheres maiores de 25 anos e um acompanhamento mínimo do lactente até os 6 meses de idade. **RESULTADOS E CONCLUSÕES:** Dos 16 estudos selecionados, 10 eram coortes prospectivos e 6 eram ensaios clínicos randomizados. Entre os estudos clínicos de coorte, 6 demonstraram uma associação entre a ingestão de LC-PUFAs durante o pré-natal e a redução de sintomas de doenças alérgicas na criança. Os outros 4 estudos não mostraram uma associação significativa. Já entre os ensaios clínicos randomizados, que foram realizados através de cápsulas de LC-PUFAs (n-3) versus placebo, houve uma significativa redução na incidência de doenças alérgicas como eczema atópico, asma, alergia ao ovo e outras alergias alimentares. Esses estudos foram conduzidos até 12 meses de idade da criança [RRs (95% ICs) - 0.53 (0.35, 0.81), P = 0.004; 0.68 (0.52-0.89), P = 0.006; 0.55 (0.39-0.76), P = 0.0004; e 0.59 (0.46, 0.76), P < 0.0001]. Parece haver um benefício significativo no aumento da ingesta de óleos derivados de peixe durante o pré-natal para prevenção de doenças alérgicas em crianças. Sugere-se, portanto, que isso pode ser estimulado durante as consultas pré-natais, principalmente quando houver história de atopia familiar.



33

ANÁLISE DA PELVIMETRIA NA GÊNESE DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Bierhalis,EVA*; Ferreira,I; Furlanetto,M; Lieberknecht,LL; Reis,RJ; Sperotto,A
Hospital Universitário Ulbra

INTRODUÇÃO: A incontinência urinária (IU) é um problema de saúde pública. Apresenta uma incidência de 5 a 20% da população, atingindo após os 60 anos uma preocupante taxa de 60%. Observa-se que a IU feminina tem sido discutida e abordada com mais frequência devido seu impacto na qualidade de vida destas mulheres. A literatura já apresenta boa fundamentação dos fatores de risco (gestação, idade, etnia caucasiana, doenças crônicas e história familiar, constipação, cafeína e índice de massa corporal) que influenciam no desenvolvimento de IU. A pelvimetria foi descrita apenas por DeLancey em 2013 como fator predisponente. **OBJETIVO:** Este trabalho objetiva contribuir no entendimento do papel da antropometria pélvica como fator predisponente no aparecimento e na evolução da incontinência urinária. **MATERIAL E MÉTODOS:** Estudo observacional analítico com grupo controle. Comparados dois grupos: Mulheres continentais (grupo controle) com 11 participantes e incontinentes (grupo estudo) também com 11 pacientes. Estas pacientes foram submetidas a pelvimetria e avaliação de fatores de riscos (através de questionário). Os dados foram analisados a partir dos testes de Shapiro-wilk (para avaliar a normalidade das variáveis), teste t de Student para comparar as medidas/variáveis com distribuição normal entre os 2 grupos, teste Mann-Whitney para comparar as distribuições (medianas e intervalos interquartis) das variáveis não-paramétricas entre os grupos. **RESULTADOS:** Foram avaliadas 22 pacientes no total. Onze pacientes em cada grupo (controle e estudo). Em ambos os grupos, quatro pacientes estavam na menacme e as demais na menopausa. Destas, a maioria eram caucasianas (10 no grupo controle e 8 no estudo). A multiparidade foi evidenciada no grupo em estudo diferindo do grupo controle. Todas as medidas calculadas neste trabalho obtiveram resultados estatisticamente significativos, sendo a distância entre as cristas ilíacas a única que não apresentou distribuição normal. As medidas: EIAS/tubérculo púbico ($p=0,006$), entre Íquiós ($p=0,005$), altura da pelve ($p= 0,04$), comprimento anteroposterior ($p= 0,018$). A medida realizada das Cristas ilíacas apresentou significância com valor de $p=0,023$. **CONCLUSÃO:** A avaliação da antropometria pélvica demonstra que é possível ter uma avaliação mais específica para cada paciente, adequando assim, o tipo de cirurgia, fisioterapia pélvica e planejamento de parto, seja ele cirúrgico ou não.

34

RELATO DE UMA PACIENTE COM DISGENESIA GONADAL PURA XY CUJO DISGERMINOMA DE OVÁRIO FOI UMA DAS PRIMEIRAS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Pires FT*; Lopes MMO; De Souza BF; Ferreira JV; Calai G; Graziadio C; Rosa RCM; Zen PRG; Rosa RFM.
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre, RS;

INTRODUÇÃO: a disgenesia gonadal pura XY (DGP XY) é um distúrbio do desenvolvimento sexual associado a anomalias do desenvolvimento gonadal que resulta na presença de genitais externos e internos femininos, apesar do cariótipo 46,XY. Nosso objetivo foi relatar o caso de uma paciente com DGP XY em que o disgerminoma de ovário foi uma das primeiras manifestações clínicas. **RELATO DO CASO:** a paciente veio encaminhada aos 20 anos de idade para avaliação por história de amenorréia primária. Apresentava história de telarca aos 16 anos e de pubarca com 14 anos, após início de hormonioterapia. Tinha história de dor em cólica em andar inferior do abdome há cerca de 2 meses, que se acompanhou de distensão abdominal. A ecografia abdominal havia revelado a presença de uma lesão expansiva, presumivelmente sólida, hipoeoica, com vários focos hiperecogênicos no interior, medindo 3,5 cm X 2,5 cm X 2,5 cm. A paciente apresentava aumento dos níveis de LH e FSH e baixos de estradiol. Ela era filha de pais jovens e não consanguíneos. Não havia outros casos similares na família. Ao exame físico, a paciente apresentava estatura de 160 cm, peso de 55 Kg e perímetro cefálico de 56,5 cm, envergadura de 166 cm, palato alto, orelhas em abano e cúbito valgo O seu cariótipo revelou a presença de uma constituição cromossômica masculina normal (46,XY). A paciente foi submetida à cirurgia de ooforectomia bilateral, sendo que o anatomopatológico da lesão do anexo esquerdo foi compatível com disgerminoma de ovário. **DISCUSSÃO:** a frequência da DGP XY é de cerca de 1 caso para cada 80.000 indivíduos. O risco de desenvolver um tumor gonadal, como visto em nossa paciente, é de 15 a 35%. Portanto, para tais casos, é crucial a realização de gonadectomia profilática bilateral o mais precoce possível.



35

SÍNDROME DE PATAU (TRISSOMIA DO CROMOSSOMO 13): RELATO DE CASO ILUSTRANDO O ACONSELHAMENTO GENÉTICO

Pires FT*; Lopes MMO; De Souza BF; Ferreira JV; Calai G; Betat RS; Telles JAB; Rosa RCM; Zen PRG; Rosa RFM.

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA), Porto Alegre, RS;

INTRODUÇÃO: a trissomia do cromossomo 13, ou síndrome de Patau (SP), é uma condição genética caracterizada por um quadro clínico amplo, usualmente polimalformativo, e uma limitada sobrevida. Nosso objetivo foi relatar um caso ilustrando o aconselhamento genético em casos de SP. **RELATO DO CASO:** a gestante apresentava 32 anos e estava em sua terceira gestação. Possuía história de gravidez prévia de uma criança com diagnóstico de SP por trissomia livre do cromossomo 13 (47,XY,+13). No primeiro trimestre, apresentou uma alteração nos níveis de TSH, tendo sido iniciado uso de levotiroxina. Além disso, apresentou episódio de infecção urinária, tratada com nitrofurantoína. A ecografia fetal inicial, realizada com 14 semanas de gestação não demonstrou alterações. O estudo morfológico com 21 semanas de gravidez também não detectou alterações. A criança, uma menina, nasceu de parto normal, com 38 semanas de gestação, pesando 3735 gramas, medindo 46 cm e com perímetro cefálico de 34 cm. Ela apresentava uma aparência normal. Evoluiu apenas com icterícia, tratada com fototerapia. **DISCUSSÃO:** casos de SP com trissomia livre do cromossomo 13, que são a maioria, relacionam-se com o fenômeno de não-disjunção dos cromossomos, o que se associa principalmente com a idade materna avançada. Por isso, nestas situações, não existe indicação de realização do cariótipo dos pais, pois a alteração ocorre durante a gametogênese. Chama a atenção que o risco de recorrência para futuras gestações, nestes casos, é extremamente baixo (considerado por alguns como de cerca de 1%), não sendo relatado em algumas séries de pacientes. Contudo, deve-se sempre levar em conta o risco para a idade da mãe no momento da futura gestação para o devido aconselhamento genético. Por outro lado, casos secundários a translocações podem apresentar maiores riscos, sendo que neles existe a indicação de avaliação cariotípica dos pais, no intuito de se verificar se algum deles possa ser portador da mesma alteração cromossômica. Em relação aos pacientes apresentando mosaïcismo, com uma linhagem com trissomia livre do cromossomo 13 e outra normal (que é a alteração mais comum), o risco de recorrência assemelha-se àquele de portadores de uma linhagem com trissomia livre exclusiva.

36

FATORES ASSOCIADO À TAXA DE TRANSMISSÃO MATERNO-INFANTIL DO HIV NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

Leopoldino, MAA; Silva, CLO; Chaves, EBM; Corleta, HvE; Fülber, ER; Malfatti, G.

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

INTRODUÇÃO: A taxa de detecção de Aids em crianças ≤ 5 anos de idade tem apresentado tendência a queda no Brasil nos últimos 10 anos. Esta taxa passou de 4,2, em 2005, para 2,8, em 2014, situação parecida com a encontrada no Rio Grande do Sul no mesmo período, onde a taxa passou de 10,8 para 7,2. Apesar da queda observada no Rio Grande do Sul a detecção no nosso estado é muito superior à nacional. Desta forma, como o Hospital de Clínicas (HCPA) é referência no atendimento de gestantes portadoras do HIV, torna-se importante conhecermos nossa taxa de transmissão materno-infantil do HIV (TMI HIV). **OBJETIVO:** Identificar os fatores associados à TMI HIV em gestantes soropositivas atendidas no HCPA no período de 2010 a 2014. **MATERIAL E MÉTODOS:** Estudo de coorte retrospectivo realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) a partir da análise de 292 prontuários de gestantes soropositivas para o HIV e seus recém-nascidos (RNs), no período de 1º/01/2010 a 31/12/2014. **RESULTADOS:** Dos 292 recém-nascidos no período, 11 se infectaram, sendo a taxa de TMI HIV 3,8%. Destes, 47,2% (n=6) gestantes soropositivas tiveram má adesão à terapia antirretroviral (TARV) ($p=0,003$); 36,4% (n=4) tiveram VDRL reagente ($p=0,013$); e 63,6% (n=7) apresentavam a carga viral ≥ 1.000 cópias/mL e CD4 < 500 cel/mm³ no 3º trimestre ($p=0,001$). **CONCLUSÕES:** A taxa de TMI HIV encontrada está acima do preconizado. Os fatores associados à taxa elevada de TMI HIV foram à má adesão a TARV, a presença de sífilis na gestação, a carga viral ≥ 1.000 cópias/mL e o CD4 < 500 cel/mm³ ($p < 0,046$) no 3º trimestre. Isto reforça a necessidade de melhorar a adesão a TARV durante o pré-natal, que levará a um melhor controle da doença reduzindo a taxa de TMI HIV para $< 1\%$, conforme o preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS).



37

FÍGADO GORDUROSO AGUDO DA GESTAÇÃO

Carvalho, G.A.; Vanin, R.C.; Oppermann, M.L.R

Hospital de Clínicas de Porto Alegre- Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

O fígado gorduroso agudo da gestação é uma doença grave e rara, que ocorre no terceiro trimestre da gravidez e que pode levar a morte do binômio materno-fetal. Apresenta incidência de 1/ 10.000 a 15.000 gestações com mortalidade materna estimada em 18% e fetal de 23%. Mais comum em nulíparas e em gestações gemelares. A etiologia dessa entidade envolve um defeito na oxidação mitocondrial dos lipídios pelo feto ocasionando uma sobrecarga de lipídios na circulação materna com conseqüente acúmulo hepático. A apresentação clínica varia desde forma assintomática até hepatite fulminante. O quadro clínico mais freqüente é de evolução de 1 a 2 semanas de náuseas, vômitos, dor em hipocôndrio direito, anorexia, hipoglicemia e cefaléia. Com a evolução pode ocorrer icterícia, ascite, coagulopatia e encefalopatia hepática. Em 50% dos casos à sobreposição de Pré-Eclâmpsia e Síndrome HELLP. Relato de caso: TSC, negra, 18 anos, G2A1, com idade gestacional de 33 semanas e 1 dia, procura atendimento no Centro Obstétrico (C.O.) do HCPA em 01.01.14 devido à dor em hipocôndrio direito, náuseas e vômitos. Realiza exames laboratoriais que evidenciam alteração discreta em provas de função hepática (AST:62; ALT:63; GGT:16; amilase:93) e avaliação de bem estar fetal sem alterações. Evolui com melhora laboratorial (AST:46) e da sintomatologia e recebe alta hospitalar em 05.01.14. Procura novamente o C.O. em 16.01.14 com piora do quadro de náuseas, vômitos e anorexia. Ao exame físico encontrava-se icterícia. Os novos exames laboratoriais mostravam piora das transaminases, hipoglicemia e coagulopatia (AST:74; ALT:153; HGT:34; Fibrinogênio:0; TP:37,6s; KTTTP:65,9s). A cardiocardiografia mostra pouca variabilidade, mas não apresenta desacelerações, com a frequência cardíaca basal em 135bpm. Paciente recebe 2 unidades de fibrinogênio concentrado e é submetida à cesariana com incisão mediana sob anestesia geral, dando a luz a um recém nascido do sexo masculino, pesando 2720g, Apgar 1 e 9. A paciente é levada para recuperação no CTI, sendo necessário hemodiálise para recuperação da função renal. Sete dias após a cesariana paciente mantinha-se com quadro de coagulopatia, sendo submetida à laparotomia exploradora devido a hematoma abdominal de aproximadamente 3 litros. Após tratamento de suporte e antibioticoterapia paciente evolui com melhora progressiva do quadro recebendo alta hospitalar após 34 dias de internação juntamente com seu filho.

38

INCIDÊNCIA, FATORES DE RISCO E SINAIS E SINTOMAS DE GESTAÇÃO ECTÓPICA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Quessada, MA; Leopoldino, MAA; Fülber, ER; Smaniotto, GP; Gross, LG; Naud, PSV; Savaris, RF

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Introdução: A gestação ectópica (GE) corresponde a 6% das mortes maternas no primeiro trimestre. Seu diagnóstico está fundamentado em dois exames complementares: ultrassonografia transvaginal (USTV) e dosagem do Beta-hCG sérico. Contudo, um erro muito comum dos profissionais de saúde é apreciar somente o exame complementar, sem considerar o quadro clínico e os fatores de risco. Usando uma coorte teórica com mais de 800 pacientes com diferentes incidências de GE, Mol e col. propuseram dois modelos probabilísticos para seu diagnóstico: Modelo Fixo e Modelo Flexível. O Modelo Fixo propôs o uso de uma zona discriminatória para os valores de Beta-hCG sérico, ou seja, concentração acima de 1500 mIU/ml deve haver evidência de gravidez intra-uterina, caso contrário é considerado um caso de GE. Entretanto, entre os dois modelos, o Modelo Flexível apresentou melhor desempenho para o diagnóstico de GE. Para o diagnóstico é necessário a análise dos resultados da USTV, valores de Beta-hCG sérico, sinais e sintomas, e fatores de risco, que consistem em: GE prévia, história de cirurgia tubária, tabagismo, uso de dispositivo intrauterino (DIU), história de pelo menos três abortos espontâneos, infertilidade feminina, história de doença inflamatória pélvica (DIP), história de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e ter pelo menos cinco parceiros sexuais. **Objetivo:** Avaliar a incidência, os fatores de risco e a presença de sinais e sintomas das mulheres no primeiro trimestre gestacional, atendidas no Setor de Emergência Ginecológica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). **Método:** Trata-se de um estudo de coorte prospectivo realizado no período de 14 de abril de 2011 a 31 de dezembro de 2013 com mulheres com <12 semanas de gestação atendidas no Setor de Emergência Ginecológica do HCPA. **Resultados:** Foram incluídos no estudo 845 mulheres. A taxa de GE confirmada nesta população foi de 8,5% (95%IC= 6.8 a 10.6). Os fatores de risco mais relevantes para GE foram GE prévia (RR=4; 95%IC= 2.4 a 6.5) e história de cirurgia tubária (RR=2.8; 95%IC= 1.5 a 5.2). Pacientes assintomáticas e sem fator de risco têm uma chance de 5% de ter uma GE. Uma mulher grávida com dor e sangramento presentes e com fator de risco tem 52% mais chances de ter uma GE. **Conclusão:** A incidência diagnóstica confirmada de GE foi de 8,5% (95%IC= 6.8 a 10.6). Entre os fatores de risco para GE, os que apresentaram maior risco relativo foram, em ordem decrescente, GE prévia e história de cirurgia tubária. Os sinais e sintomas mais relevantes para o diagnóstico de GE foram dor e sangramento, que estão fortemente relacionadas ao diagnóstico de GE.



39

SÍNDROME DE POLAND : RELATO DE CASO

Balbé, HM; Zanco, C.

Universidade do Planalto Catarinense

INTRODUÇÃO: A Síndrome de Poland é uma anomalia congênita rara, com risco de menos de 1% de recorrência na mesma família. Tem etiologia desconhecida, e está relacionada à embriogênese da quinta à oitava semana de gestação, principalmente devido a malformações dos vasos sanguíneos, gerando distúrbios no desenvolvimento osteomuscular. Sua manifestação clínica é variável, podendo ser caracterizada por ausência parcial ou total dos músculos peitoral maior, peitoral menor, serrátil e da mama, e do complexo areolopapilar. Menos comumente, pode-se encontrar defeitos em cartilagens e costelas, hipoplasia de tecidos subcutâneos da parede torácica, braquissindactilia ipsilateral e alopecia da região axilar e mamária. A Síndrome de Poland exibe uma predileção pelo gênero masculino numa proporção 3:1. Nos homens, o lado direito é duas vezes mais afetado que o lado esquerdo. Nas mulheres, esta lateralidade é menor evidente. Geralmente, o lado direito é o envolvido em 75% dos casos. O defeito mais comum é de hipoplasia da mama. A verdadeira frequência na população é desconhecida; estima-se que a incidência seja de 1:30.000. O tratamento dos pacientes varia com os defeitos que eles apresentam. Quando o grau de acometimento da extremidade superior é ausente ou pequeno, os pacientes não têm limitações funcionais, a queixa é apenas estética. Nos casos extremos da síndrome, pode ocorrer sindactilia total ou focomelia, além de defeitos ósseos da parede torácica. Existem técnicas de correção cirúrgicas da síndrome que abordam tanto aspectos estéticos quanto funcionais.

RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 39 anos, branca, procurou o serviço de saúde municipal para realizar consulta em ginecologia. Ao exame físico observou-se assimetria torácica, com ausência total da musculatura peitoral maior, peitoral menor e da mama, e do complexo areolopapilar à esquerda, além de apresentar sindactilia na mão ipsilateral com a presença do quinto quirodáctilo. A tomografia computadorizada revelou ausência da mama esquerda e da musculatura peitoral ipsilateral, associada à hipoplasia costal e da clavícula deste hemitórax. A paciente realizou cirurgia para inserção de prótese de silicone, em ambas mamas, devido à estética. Porém, evoluiu com mastite na mama direita, necessitando retirar apenas esta prótese. **DISCUSSÃO:** Segundo dados da literatura, a prevalência da síndrome de Poland varia entre 1:30.000 e 1:50.000, mais frequente em homens. Porém, o relato é referente ao sexo feminino. O acometimento mais comum é do lado direito e, nesse caso, trata-se do lado esquerdo. Apesar de não haver causa conhecida, a etiologia mais aceita da síndrome é que ao final da sexta semana de gestação, quando o broto do membro superior adjacente à parede torácica está em desenvolvimento, ocorra interrupção do suprimento sanguíneo pela hipoplasia da artéria subclávia ou de seus ramos, determinando mudança no desenvolvimento embrionário da musculatura torácica e da mão correspondente.

40

INTERVENÇÕES NO ASSOALHO PÉLVICO DURANTE A GESTAÇÃO: REVISÃO SISTEMÁTICA

Crivelatti, I; Oliveira, JM; Nygaard, CC; dos Santos, TG; Gregolin, B; Schreiner, L.

Hospital São Lucas da PUC

INTRODUÇÃO: O assoalho pélvico feminino exerce importante papel durante a gestação e o parto. Incontinência urinária (IU) e as lesões perineais pós-parto estão entre os principais problemas que afetam o assoalho pélvico feminino no ciclo gravídico-puerperal. Numerosas intervenções no assoalho pélvico têm sido propostas durante a gestação visando benefícios diretos nessas estruturas. **OBJETIVO:** Avaliação dos ensaios clínicos randomizados publicados sobre intervenções no assoalho pélvico durante a gestação e suas consequências no parto e nas disfunções do assoalho pélvico. **MATERIAL E MÉTODOS:** Foi realizada uma revisão sistemática eletrônica através das bases de dados Pubmed, Embase e Lilacs. Os termos de busca usados foram "gestação", "assoalho pélvico", "treinamento dos músculos do assoalho pélvico", "fisioterapia" e "massagem perineal". Critérios de inclusão: estudos randomizados, publicados entre janeiro de 1990 e dezembro de 2016 com pacientes grávidas sem sintomas do assoalho pélvico antes do recrutamento. Foram excluídos os ensaios com pacientes com doença neurológica, língua diferente do inglês, espanhol ou português, com nenhum desfecho relacionado ao assoalho pélvico ou ao parto. Os artigos foram subdivididos em grupos de acordo com cada intervenção específica: treinamento muscular do assoalho pélvico (PFMT), massagem perineal e dispositivo EPI-NO. **RESULTADOS:** Identificamos 946 artigos através da pesquisa eletrônica. Avaliamos o texto completo de 81 publicações e selecionamos 22 ensaios randomizados para inclusão. No grupo de artigos sobre uso de EPI-NO na gravidez, apenas um estudo apresentou diferença significativa na comparação do grupo que fez uso de EPI-NO ao grupo controle em relação à laceração perineal. No grupo sobre PFMT, o ensaio de Salvesen mostrou redução na duração do segundo estágio do parto no grupo PFMT quando comparado ao controle. Os estudos mostraram que a realização de PFMT reduziu a chance de IU na gestação e no pós parto. No grupo sobre massagem perineal e alongamento muscular, identificaram uma redução significativa na dor perineal pós parto e uma redução significativa na duração do segundo estágio do parto no grupo que realizou massagem perineal. Os resultados dos estudos foram discordantes quanto à redução na taxa de episiotomia e de laceração. **CONCLUSÕES:** As evidências disponíveis não demonstram benefício significativo do uso do EPI-NO na prevenção de lesões do assoalho pélvico. Os exercícios de reforço do assoalho pélvico durante a gestação reduzem significativamente o segundo estágio do trabalho de parto e a chance de IU na gestação e no pós parto. Técnicas de alongamento e massagem perineal reduzem a dor pós-parto e o segundo estágio do trabalho de parto. Estudos randomizados que associem alongamento e reforço muscular durante a gestação são fundamentais para testar os benefícios das técnicas quando realizadas ao mesmo tempo.



41

DIABETES PRÉ-GESTACIONAL: AVALIAÇÃO DO PERFIL CLÍNICO E DO RISCO MATERNO-FETAL EM GESTANTES ATENDIDAS NO AMBULATÓRIO DE DIABETES E GESTAÇÃO DO HCPA.

Alessi, J; Wiegand, D; Hirakata, VN; Oppermann, MLR; Reichelt, AJ

Serviços de Endocrinologia, Ginecologia e Obstetrícia e Unidade de Bioestatística, Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Introdução: O diabetes mellitus (DM) pré-gestacional associa-se a desfechos adversos para a mãe e para o concepto. Bom controle metabólico antes e durante a gravidez diminui o risco dessas complicações. **Objetivo:** Descrever o perfil clínico e desfechos da gravidez em mulheres atendidas no ambulatório de pré-natal e diabetes do HCPA. **Métodos:** incluídas 221 gestantes, de 05/2005 a 10/2016. As gestantes receberam atendimento por equipe multiprofissional. As informações foram coletadas do prontuário médico. Dependendo da distribuição das variáveis, os testes χ^2 de Pearson, t de Student ou Mann-Whitney foram empregados nas comparações entre os grupos. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa (projeto 016/331). **Resultados:** Oitenta e seis gestantes eram portadoras de DM tipo 1 (39%, IC 95% 33-45) e 135 de DM tipo 2 (61%, IC 55-67). As gestantes com DM tipo 1 eram mais jovens ($27,4 \pm 5,8$ anos x $33,5 \pm 5,5$ anos, $p < 0,001$) tinham diabetes há mais tempo ($13,0$ anos [intervalo interquartil 6-20,5] x $3,0$ anos [intervalo interquartil 1-7], $p < 0,001$), iniciaram mais cedo o pré-natal ($13,4 \pm 7,0$ semanas x $18 \pm 8,0$ semanas, $p < 0,001$), planejaram a gestação com mais frequência ($15,1$ x $7,4\%$, $p = 0,067$) e apresentavam hemoglobina glicada inicial mais elevada ($8,4 \pm 1,8\%$ x $7,6 \pm 1,6\%$, $p < 0,001$), quando comparadas às com DM tipo 2. As gestantes com DM 2 apresentaram mais frequentemente história familiar de diabetes ($40,3$ x $20,9\%$, $p = 0,003$), antecedentes de diabetes gestacional ($34,1$ x $1,2\%$, $p < 0,001$) e de macrosomia fetal ($21,5$ x $4,7\%$, $p < 0,001$), e obesidade pré-gestacional ($74,6$ x $5,8\%$, $p < 0,001$). Doença hipertensiva da gestação ($37,6$ x $24,8\%$, $p = 0,045$), prematuridade (< 34 semanas: $26,2$ x $11,9\%$, $p = 0,008$ e < 37 semanas $57,5$ x $31,7\%$, $p < 0,001$), admissão em unidade de tratamento intensivo neonatal ($74,6$ x $41,8\%$, $p < 0,001$) e hipoglicemia neonatal ($31,4$ x $17,4\%$, $p = 0,025$) foram mais frequentes nas gestações com DM tipo 1. Outros desfechos (cesarianas, malformações, macrosomia) não foram diferentes entre os dois grupos. **Conclusão:** O DM tipo 2 foi mais prevalente, possivelmente em decorrência do aumento da presença de obesidade em mulheres de idade reprodutiva. Embora progressos no atendimento e na educação dos pacientes com diabetes tenham ocorrido nos últimos anos, as mulheres ainda engravidam sem planejamento, iniciam tardiamente o pré-natal, com mau controle glicêmico, e comumente apresentam desfechos adversos, especialmente as gestantes com DM tipo 1.

42

DIABETES MELLITUS PRÉ-GESTACIONAL E PRÉ-ECLÂMPسيا: AVALIAÇÃO DE FATORES DE RISCO EM COORTE DE GESTANTES ATENDIDAS NO AMBULATÓRIO DE DIABETES E GESTAÇÃO DO HCPA.

Alessi, J; Wiegand, D; Hirakata, VN; Oppermann, MLR; Reichelt, AJ

Serviços de Ginecologia e Obstetrícia, Endocrinologia e Unidade de Bioestatística do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

INTRODUÇÃO: A associação do diabetes mellitus (DM) pré-gestacional a desfechos adversos para a mãe é reconhecida há muito tempo. A pré-eclâmpsia, com prevalência na população brasileira de 2,3%, é um dos desfechos maternos de maior impacto na morbimortalidade e tem sido relacionada também ao mau controle metabólico na gestação. **OBJETIVO:** Avaliar os fatores de risco associados ao desenvolvimento de pré-eclâmpsia em mulheres com diabetes pré-gestacional atendidas no ambulatório de pré-natal especializado do HCPA. **MÉTODOS:** foram atendidas 221 gestantes de 05/2005 a 10/2016, das quais 213 gestantes puderam ser avaliadas: 85 com DM tipo 1 (40%, IC 95% 34-46) e 128 com DM tipo 2 (60%, IC 95% 54-66). Todas receberam atendimento por equipe multiprofissional. As informações foram coletadas do prontuário médico. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa (projeto FIPE-HCPA 016/331). Empregamos o modelo linear generalizado de Poisson para identificar as variáveis associadas ao desfecho. **RESULTADOS:** A prevalência de pré-eclâmpsia na população estudada foi de 30 % (64/213, IC 95% 25-36%) com 32 casos nas gestantes com DM tipo 1 (38%, IC 95% 29-45) e 32 casos nas gestantes com DM tipo 2 (25%, IC 95% 19 -32). A prevalência de hipertensão arterial crônica (HAS) foi de 14 % (12/85, IC 95% 8-22) no DM tipo 1 e de 31 % (40/128, IC 95% 25-39) no DM tipo 2. O modelo multivariado mostrou que mulheres com DM tipo 1 têm risco 1,64 vezes maior de desenvolver pré-eclâmpsia comparadas às com DM tipo 2 (IC 95% 1,02-2,63) e dentre as gestantes com diabetes prévio, aquelas com HAS apresentam aumento ainda mais importante (RR= 2,71[1,8-4,0]). Os níveis da HbA1c no último trimestre (RR: 1,2 [1,0001-1,372]) e o ganho de peso na gestação (RR de 1,04 [1,013-1,076]) associaram-se à pré-eclâmpsia. **CONCLUSÃO:** A pré-eclâmpsia foi mais frequente em mulheres com diabetes pré-gestacional, especialmente no DM tipo 1. A presença de hipertensão crônica foi o fator de risco mais importante para o desenvolvimento de pré-eclâmpsia, enquanto que o mau controle metabólico no final da gestação e o maior ganho de peso foram fatores de risco de pequena magnitude. O emprego de medidas farmacológicas preventivas para o desenvolvimento de pré-eclâmpsia parece justificado nesse grupo de mulheres.



43

ENDOMETRIOSE INTESTINAL: RELATO DE CASO

Passos, JG*; Jacobo, A; Galli, F; Opelt, L

Universidade Federal da Fronteira Sul-Passo Fundo-RS, Hospital São Vicente de Paulo-Passo Fundo-RS

INTRODUÇÃO: A endometriose é uma doença inflamatória crônica que afeta mulheres jovens em idade reprodutiva. Tem principalmente três apresentações clínicas diferentes: superficial (peritoneal), ovariana (endometriomas) e endometriose profunda. A última é a forma mais avançada da doença, prejudicando frequentemente a fertilidade e interferindo na qualidade de vida das mulheres. **RELATO DO CASO:** Paciente feminina, 37 anos, branca, natural e procedente de Carazinho-RS. Procurou atendimento médico por dor em hipogástrio, iniciada na menarca e com piora há 3 anos. A dor irradiava para a região lombar, em facadas, sendo incapacitante e de forte intensidade (EAVD 9) com piora no período menstrual e aliviada com uso de AINES. Também, relatou dispareunia de profundidade, constipação, tenesmo e disquezia, com agravamento dos sintomas durante o período menstrual. Negou hematoquezia e perda de peso. Como antecedentes, teve a menarca aos 12 anos, gestou aos 20 anos e teve parto vaginal, sem intercorrências. Negou abortos, cirurgias ginecológicas prévias e uso de medicações. Relatou que fazia acompanhamento ginecológico semestral devido ao uso de DIU (dispositivo intrauterino) de cobre o qual foi removido há dois anos por desejo gestacional e dor pélvica. A investigação da dor foi realizada através de ultrassonografia transvaginal e ressonância magnética na cidade de origem, ambos sem alterações. Em um segundo exame de ressonância magnética, foram encontradas evidências de endometriose intestinal sendo a paciente encaminhada ao Hospital São Vicente de Paulo, em Passo Fundo-RS, para avaliação. A intervenção cirúrgica realizada foi histerectomia com anexectomia unilateral direita, retossigmoidectomia e ressecção de lesões de endometriose em paramétrios, através de videolaparoscopia em 03/06/2017 sem intercorrências. **DISCUSSÃO:** O diagnóstico de endometriose deve ser suspeitado em toda mulher com queixa de dor pélvica ou infertilidade. Na endometriose intestinal, dor pélvica, constipação e diarreia, tenesmo, disquezia, hematoquezia e dispareunia são os principais sintomas, conferindo parte da sintomatologia apresentada pela paciente. Atualmente a cirurgia é uma boa opção para as pacientes com endometriose profunda e dor intensa.

44

RISCO DE PARTO PRÉ-TERMO ENTRE CRIOCIRURGIA E ELETROCIRURGIA: REVISÃO SISTEMÁTICA

Juliane Borchart; Eduardo Borchart; Andreia Farias; Mariana Menegon; Shirley Lourenço Scorza
ULBRA/RS

INTRODUÇÃO A conização cervical é a excisão de uma parte do canal endocervical na forma de cone, incluindo toda zona de transformação. As formas mais comuns de realização deste procedimento é através da criocirurgia (CrioCx) ou com fio eletrocirúrgico (LEEP) ? além disso, também há possibilidade de realizar o procedimento com laser. Não há evidência de qual método seja o melhor para uma população em geral [1]. **OBJETIVO** O objetivo deste trabalho é esclarecer qual seria o melhor tipo de abordagem da conização entre a CrioCx e o LEEP para uma população de gestantes, considerando o risco para ocorrência de parto pré-termo. **MÉTODO** Revisão sistemática realizada com artigos encontrados nas plataformas PUBMED e MEDLINE baseado na estratégia PICOT [2] com seus respectivos MESH terms: pregnant woman/gravidity (população); conization (intervation); leep ou cold knife (comparação); preterm birth (desfecho). Assim, foram encontrados 44 artigos, dos quais 7 foram analisados e 4 preencheram todos critérios. Consideramos tanto o valor da prevalência (%) quanto as chances de ocorrência para análise. Os critérios de exclusão eram partos induzidos, cesáreas eletivas, gestações prematuras prévias e outros possíveis fatores de confusão. **DESENVOLVIMENTO** O tipo dos estudos incluídos eram 1 coorte retrospectivo [3], 2 ensaios randomizados [4] e 1 caso-controle [5]. A amostra total foi de 13.294 gestantes. O intervalo de tempo dos estudos foi de 2007 até 2017. O método de diagnóstico para o câncer de colo foi o citopatológico e as amostras tinham NIC grau II e III. Três dos estudos resultaram nos valores de prevalência para o acontecimento de parto pré-termo em pessoas submetidas a LEEP e CrioCx: sendo encontrado um acometimento médio de 23% (DP ± 7) com o procedimento CrioCx e 10% (DP ± 3) com o LEEP. Em dois artigos, os resultados também trouxeram o valor do risco relativo associado com a CrioCx e LEEP: 3.33 e 2.02, respectivamente (95% IC >1). Através da análise destas evidências encontradas em estudos populacionais recentes, permite-se inferir que há uma vantagem na indicação de LEEP, em detrimento da CrioCx, para mulheres que precisem da conização e desejam ter uma futura gestação. Além destes resultados encontrados, foi relatado também, uma maior ocorrência das seguintes complicações obstétricas na CrioCx quando comparada com o LEEP: ruptura prévia de membranas, menor peso ao nascer do bebê e menor média de idade gestacional alcançada. **CONCLUSÃO** O câncer de colo é uma doença crônica cujo o tratamento mais eficaz é a eliminação de lesões precursora das formas invasivas através da conização. A presença de Neoplasias Intra-Cervicais já é um fator de risco para acontecimento de parto prematuro. As evidências mostram que para uma população de mulheres que desejam engravidar, o procedimento LEEP é o mais indicado pois reduz a chance de ocorrência e prevalência de complicações obstétricas e prematuridade.



45

SÍNDROME DE PATAU (TRISSOMIA 13): REPORTE DE CASO DE INTERRUÇÃO VOLUNTÁRIA DA GESTAÇÃO.

Pena Duque, J A.*;Ferreira, C F; Magalhães, J A.

Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA),

INTRODUÇÃO: A Síndrome de Patau (Trissomia 13) é uma aneuploidia polimalformativa grave (e.g. alterações do Sistema Nervoso, linha média e da face, defeitos cardíacos e renais, onfalocele e polidactilia) com incidência de 1/5000 nascimentos. A morte intrauterina é a história natural na maioria dos casos, apresentando os nascidos vivos uma sobrevida média de sete dias (95% morrem no primeiro ano). Casos isolados chegaram até a adolescência. A legislação brasileira só estipula a interrupção voluntária da gestação para os casos de anencefalia, estupro ou risco de morte materna. Apresentamos um caso de paciente com feto com Trissomia 13 que optou e foi realizada a interrupção da gestação. **RELATO DO CASO:** Primigesta, 26 anos, hígida. Gestação planejada. Ecografia morfológica Idade Gestacional 12+2 semanas. Translucência nucal com espessura de 3,9mm. Osso nasal hipoplásico, ângulo facial obtuso, holoprosencefalia, hipotelorismo, fenda palatina, alças intestinais com ecogenicidade elevada (sem distensão) e polidactilia. Pré-natal com Exames laboratoriais e sorologias de rotina normais. Controle ecográfico (16+6 semanas) confirmou as múltiplas malformações acima. Realizada amniocentese para cariótipo fetal sem intercorrências. Avaliação e acompanhamento multidisciplinar com equipes de genética médica e psicologia. Resultado do cariótipo fetal: 47,XY+13, Trissomia livre do cromossomo 13. Ecocardiograma fetal revelou presença de defeito do septo atrioventricular. Dado o desejo da paciente de interrupção da gestação e após aconselhamento multidisciplinar, considerando as múltiplas malformações graves com risco elevado de óbito fetal, foi fornecido laudo para solicitação judicial de interrupção da gestação, o qual foi aprovado. Retornou com 25+3 semanas. Realizada punção intracardiaca fetal de KCl com posterior ausência de batimentos cardíacos fetais. Indução de trabalho de parto (misoprostol 100µg via vagina, de 4/4 horas, parto vaginal sem episiotomia), feto masculino (apgar 0/0, 600 gramas) e posterior curetagem uterina (restos placentários). Puerperio normal e alta hospitalar precoce. **DISCUSSÃO:** O presente caso é uma conduta pouco usual no nosso meio, dada a legislação vigente, porém com perspectivas futuras enquanto às condutas para o manejo dos fetos com malformações potencialmente letais. A interrupção da gestação pode ser feita a partir do diagnóstico precoce e o manejo multidisciplinar em um ambiente hospitalar seguro com um resultado satisfatório.

46

TUMOR DE KRUKENBERG : RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

Souza,LPS*; Debona,F; Filippi,K; Souza,FS; Viegas,CB; Stigger,RS; Bouchacourt, RR; Gomes,FH; Ferrari,MM

Universidade Católica de Pelotas

INTRODUÇÃO: O tumor de Krukenberg (TK) representa de 1-2% dos tumores de ovário, sendo considerado um adenocarcinoma ovariano metastático do trato gastrointestinal constituído por células em "anel de sinete" (contendo muco). O TK tem 70% de origem gástrica, embora também possa ser proveniente do cólon, mama ou vias biliares. Afeta mulheres em média na quinta década de vida. Em 80% dos casos apresenta-se de forma volumosa e bilateral. O prognóstico é reservado e a sobrevida média após o diagnóstico é de 14 meses. **RELATO DE CASO:** Paciente, M.C.T, sexo feminino, 50 anos, casada, três filhos, hipertensa e ex-tabagista. Procurou atendimento com queixa de massa palpável em fossa ilíaca direita há 4 meses associada a plenitude gástrica, dor, aumento do número de evacuações com pouco volume, inapetência e emagrecimento. A tomografia de abdômen evidenciou volumosas massas ovarianas bilaterais, de aspecto neoplásico, acompanhado de volumosa ascite e difusos focos de espessamento peritoneal nodular. A Colonoscopia demonstrou estenose inflamatória à 10 centímetros da borda anal sendo impossibilitado progressão do exame. A biópsia da endoscopia digestiva alta apresentou adenocarcinoma pouco diferenciado com células em anel de sinete. Realizado histerectomia e ooforectomia bilateral. O resultado anatomopatológico das peças e biópsias realizadas durante o procedimento evidenciou ovários esquerdo e direito pesando 625g e 1.365g, respectivamente, presença de infiltração ovariana bilateral por Adenocarcinoma pouco diferenciado com células de anel de sinete, infiltração em trompa esquerda, colo uterino, grande omento e ambas goteiras parietocólicas. **DISCUSSÃO:** O TK é um entidade rara com taxa de mortalidade alta e sobrevida média de 2 anos. O tratamento ideal ainda não está totalmente definido, mas quando as metástases estão limitadas aos ovários a ressecção cirúrgica radical pode eliminar toda a doença residual. A quimioterapia e radioterapia parecem não apresentar melhora significativa no prognóstico. Diante do caso relatado, revela-se de suma importância o diagnóstico precoce visto que tende a melhorar a sobrevida das pacientes.



47

TERATOMA MADURO NA GESTAÇÃO: UM RELATO DE CASO

Biscaro, A; Zanette, VC; Pozza*, LT; Corso, FG; Albarello, J
Universidade do Extremo Sul Catarinense- Criciúma- Santa Catarina

INTRODUÇÃO: O teratoma maduro, também chamado cisto dermoide, é um tumor de células germinativas benigno e na maioria dos casos é assintomático. Frequentemente ocorre em mulheres na idade fértil e é muito raro durante a gestação, sendo geralmente descobertos ao acaso em ultrassonografia obstétrica de rotina. **RELATO DO CASO:** MPB, 21 anos, primigesta, com IG: 16 semanas e 6 dias, assintomática, traz à consulta de pré-natal US obstétrico com presença de cisto na região anexial direita, parte com conteúdo anecóico e parte com conteúdo ecogênico medindo 13 x 6,1 x 8,3 cm. No início do terceiro trimestre foi solicitado marcadores ovariano, RM sem contraste, nova US e a gestante foi orientada quanto aos sinais de alarme (torção / rotura). O resultado dos marcadores tumorais foram - BHCG:14.746, alfa feto proteína: 142,9 e da RM de pelve ? Formação expansiva hiperintensa em T2 predominantemente hipointensa em T1 com foco de hipersinal com finos septos e focos de calcificação medindo 10,5 x 11,2 x 8,3 cm na região anexial direita ? interrogando ser um teratoma pobre em gordura. Quando a gestante chegou com idade gestacional a termo (38 semanas) a pré-natalista conversou com a obstetra de plantão do Hospital São José de Criciúma-SC que aceitou realizar a interrupção da gestação. Após avaliar e assegurar a vitalidade fetal e risco cirúrgico materno; optou-se pela interrupção da gestação via alta com posterior salpingooforectomia à direita todos sem intercorrências. Aos cortes histológicos revelou-se teratoma cístico maduro, com anexos cutâneos e pelos e com ausência de malignidade no material examinado. **DISCUSSÃO:** Os teratomas são tumores de células germinativas pluripotentes, com áreas que, quando visualizadas sob o microscópio, se parecem com cada uma das 3 camadas de um embrião em desenvolvimento: a endoderme (camada mais profunda), a mesoderme (camada média) e a ectoderme (camada externa), sendo que 95% são benignos. O tipo maduro é o tumor mais comum. É benigno e, em geral, afeta pré-pubescentes e mulheres jovens. Também é conhecido por cisto dermoide, e esses tumores ou cistos podem conter diferentes tipos de tecidos benignos, incluindo, dentes, ossos, conteúdo sebáceo, dentre outros. Geralmente, tendem a ser assintomáticos e muitas vezes só são descobertos incidentalmente. Em suma, os teratomas são achados raros na prática obstétrica. A maioria é assintomática, o que dificulta o diagnóstico precoce. São tumores, em geral, benignos, com rara evolução para malignização. O prognóstico é bom, pois sua evolução é lenta. O tratamento definitivo é cirúrgico com a salpingo-ooforectomia unilateral, com coleta de amostras de implantes peritoneais, como procedimento padrão em casos de malignização nas mulheres em idade reprodutiva.

48

O CONHECIMENTO DOS ESTUDANTES DE MEDICINA EM RELAÇÃO AOS MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS E SEUS EFEITOS

Barros ,Caroline Maria Cardozo*; Braga, Isabela Chagas Vianna; Medeiros, Leticia Pinheiro; Custódio, Paula Dias; Mendes, Victor de Noronha; Rittershausen, Victoria Pinho Tavares
Fundação Técnico-Educacional Souza Marques, Escola de Medicina Souza Marques-RJ-Rio de Janeiro

OBJETIVO: Este estudo teve como objetivo descrever o conhecimento dos estudantes de medicina a cerca dos métodos anticoncepcionais tanto com relação aos seus efeitos como seu uso. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Realizou-se um estudo transversal entre estudantes de medicina de diferentes faculdades de diferentes períodos ,de ambos os sexos e sem definição de faixa etária. A coleta de dados se deu ao longo dos meses de maio e junho de 2017 por meio da aplicação de questionário digital contendo variáveis demográficas, conhecimento sobre formas de utilização e efeitos adversos dos métodos contraceptivos. Participaram do estudo um total de 248 estudantes com uma média de idade de 22,13 Com a idade mínima de 17 anos e idade máxima de 55 anos. A proporção em relação ao sexo está dividida em 208 (83,9%) respostas de mulheres e 40(16,1%)respostas de homens. **RESULTADOS:** Observou-se em relação ao conhecimento dos estudantes sobre a pílula anticoncepcional e os riscos de trombose venosa que de apenas 8 (3,2%) responderam que não há relação entre os dois, desconhecendo os efeitos sobre o sistema de coagulação porém, 175 (70%) responderam corretamente dentre esses 151(60%) são mulheres. Outra pergunta que gerou uma divisão de respostas nos estudantes seria se injeção anticoncepcional poderia alterar a densidade óssea da mulher. Na pesquisa, cerca de 144 (58%) dos participantes afirmaram corretamente que a injeção anticoncepcional pode alterar a densidade dos ossos, sendo que dessa parcela 122 (49%) eram mulheres. Uma menor parcela, porém significativa, afirmou a ausência de tal efeito, totalizando em 102, cerca de 42%. Sobre a ciência dos estudantes em relação aos novos contraceptivos orais de baixa dose contendo progestinas com pequena ou nenhuma atividade androgênica, demonstraram não saber prontamente a respeito do mecanismo farmacológico de tais métodos contraceptivos já que 126 (51%) responderam erroneamente a questão. **CONCLUSÃO:** De acordo com os resultados, é possível sugerir que a compreensão dos pesquisados se restringe ao âmbito geral, visto que, houve elevada proporção de erros nas questões mais específicas a respeito do tema. A conhecimento sobre utilização e efeitos parece ser mais ampliado entre as mulheres em comparação aos homens.



49

RELAÇÃO ENTRE A SÍNDROME DO OVÁRIO POLICÍSTICO TRATADO COM METFORMINA E A SÍNDROME METABÓLICA

Piola, Camila Bilheiro; D'Angelo, Fabiana Scarpa; *Medeiros, Leticia Pinheiro; Magalhães, Martha Lessa Beraldo; Canha, Nathalia Farah Nader

Fundação Técnico-Educacional Souza Marques- escola de medicina souza marques- rio de janeiro- rj

OBJETIVO: O objetivo desse trabalho é descrever a relação entre a síndrome do ovário policístico sob o tratamento de metformina e a ocorrência de síndrome metabólica, em mulheres com SOP, a partir de levantamentos biográficos. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Para o desenvolvimento do presente trabalho e o estabelecimento da relação entre as variáveis estudadas ? síndrome do ovário policístico (SOP) tratado com metformina e síndrome metabólica ? foi realizada uma pesquisa nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Medical Analysis and Retrieval System Online (PubMed/MedLine) e Google Acadêmico. **RESULTADOS:** A síndrome do ovário policístico (SOP) e síndrome metabólica (SMet) parecem estar associadas, apesar de constituírem diferentes entidades. A prevalência de síndrome metabólica (SM, segundo critérios do NCEP ATP III) nas pacientes com SOP varia de 33 a 43%, cerca de duas vezes maior que a observada em mulheres da população geral. A hiperinsulinemia, causada pela Síndrome Metabólica, agrava o quadro de hiperandrogenismo, apresentados pelas mulheres com SOP, uma vez que a insulina tem estímulo direto na síntese de androgênios nos ovários e nas suprarrenais. A importância da hiperinsulinemia na patogênese da SOP pode ser deduzida pela efetividade da metformina em pacientes com a síndrome, que é paralela à redução da hiperinsulinemia. A metformina é um anti-hiperglicemiante oral pertencente à classe das biguanidas utilizado no tratamento de diabetes mellitus tipo 2 e que, tornou-se o agente mais utilizado no tratamento da SOP atualmente. A utilização da metformina no tratamento da síndrome do ovário policístico é explicada através do efeito dessa na redução gluconeogênese hepática e no aumento a sensibilidade do músculo à insulina. Desse modo, diminui-se a insulina sérica e, conseqüentemente, a produção de andrógeno pelas células da teca do folículo ovariano. **CONCLUSÃO:** Então, substituindo o uso já consagrado dos anticoncepcionais orais, os quais podem piorar a resistência à insulina, induzir intolerância à glicose aumentando o risco de desenvolvimento de DM2, elevar os níveis de triglicérides e aumentar o risco cardiovascular a metformina, utilizada para tratar pacientes obesos com DM2, tornou-se o agente mais utilizado no tratamento da SOP.

50

SÍNDROME DE HERLYN-WERNER-WUNDERLICH: RELATO DE CASO

Opelt, L*; Jacobo, A; Galli, F; Passos, JG

Universidade Federal da Fronteira Sul-Passo Fundo-RS, Hospital São Vicente de Paulo-Passo Fundo-RS

INTRODUÇÃO: A síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich (HWW) é uma doença congênita rara dos dutos müllerianos, em que há útero didelfo, hemivagina obstruída e agenesia renal unilateral. A apresentação clínica mais comum é como uma massa abdominal secundária a hematocolpo, dor e dismenorria. Em alguns casos, como no relato em questão, a menstruação é normal devido à obstrução de uma hemivagina e o diagnóstico pode ser tardio. **RELATO DE CASO:** Paciente feminina, 21 anos, natural e procedente de Passo Fundo-RS, procurou atendimento em dezembro de 2013, por conta de aumento do volume abdominal e dismenorréia. Teve menarca aos 13 anos, sem sexarca. Realizou ecografia pélvica que identificou lesão expansiva em região anexial direita. Submetida à laparotomia, foi identificado hemi-útero grandemente aumentado de volume as custas de hematometra e ovários normais. Foi realizada histerotomia com esvaziamento uterino. Na sequência foi realizada RNM da pelve que evidenciou útero didelfo, hematocolpo, septo vaginal e agenesia renal à direita. Em Setembro de 2015, foi submetida à videolaparoscopia, histeroscopia e ressecção do septo vaginal. Apresenta útero didelfo, presença de dois colos uterinos. Possui duplicidade da cavidade vaginal, septo longitudinal longo, estendendo-se até o terço inferior da vagina e lado esquerdo da vagina colabado. Ovários sem alterações de morfologia e posição. Paciente mostra agenesia renal à direita, com rim esquerdo hipertrófico por atividade compensatória do rim contralateral. **DISCUSSÃO:** A síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich (HWW) é geralmente assintomática até a menarca, quando se apresenta com dor pélvica e abdominal. No entanto, pode se mostrar em neonatos ou adultos, com infertilidade primária, obstrução urinária e inchaço isquiorretal. A condição é comumente diagnosticada por imagem com ultrassonografia ou tomografia computadorizada, embora atualmente a ressonância magnética tenha surgido como método de diagnóstico mais sensível. Devido à sua raridade, ocorre atraso no seu diagnóstico, o que aumenta o risco de complicações como endometriose e infertilidade. Apesar de sua raridade é importante atentar para pacientes com tais anormalidades mantendo um alto grau de suspeição, garantindo um diagnóstico oportuno e evitando as complicações da síndrome.



51

AVALIAÇÃO DO ASSOALHO PÉLVICO EM PRIMÍPARAS SAUDÁVEIS NO PRIMEIRO TRIMESTRE DA GESTAÇÃO

Caruso FB; Schreiner L; Todescatto AD; Kobe L; Almeida ND; Nygaard CC; dos Santos TG

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS

INTRODUÇÃO: O assoalho pélvico está intimamente relacionado às modificações que ocorrem no corpo feminino durante o ciclo gravídico-puerperal. Entre os principais problemas que acometem essas estruturas estão a incontinência urinária e as lesões perineais pós-parto, especialmente em primíparas. A avaliação detalhada do assoalho pélvico em primíparas saudáveis pode ser uma ferramenta de identificação de fatores de risco e preventivos a futuras lesões do assoalho pélvico. **OBJETIVO:** Avaliar a anatomia e funcionalidade do assoalho pélvico de gestantes primíparas no primeiro trimestre de gestação. **MATERIAL E MÉTODOS:** Convidamos primíparas que se encontravam no primeiro trimestre da gestação de pré-natal de baixo risco a serem submetidas a questionário específico, diário miccional e exame físico em sua primeira consulta. Todas as pacientes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido ao aceitarem participarem do estudo. Foram realizados: Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q), avaliação funcional da força muscular do assoalho pélvico de acordo com a Sociedade Internacional de Continência (ICS), além do Empty Stress Supine Test (ESST) e do International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF). **RESULTADOS:** Sessenta e cinco pacientes foram convidadas a participar do estudo, três não aceitaram por razões pessoais, sendo incluídas 62 primíparas., 6 apresentavam incontinência de acordo com a escala ICIQ-SF, sendo excluídas deste grupo de avaliação. Sendo avaliadas 56 pacientes. Na análise do grupo geral a idade média das pacientes foi de 25,0±6,7 anos, e o IMC médio foi de 27,8±7,1 Kg/m². As medidas do períneo das pacientes apresentaram os seguintes resultados: hiato genital médio foi de 2,5±0,6 cm; corpo perineal médio 3,5± 0,8 cm; e comprimento vaginal total médio foi de 10,1±1,8 cm. O teste de Kegel foi reconhecido por todas as pacientes e, pela escala da ICS, foi fraco em 48,1% das gestantes, moderado em 42,6% e forte em 9,3% das pacientes. O ESST foi negativo em todas as pacientes. Nenhuma paciente apresentava prolapso genital significativo (POP-Q >1). **CONCLUSÕES:** Primíparas saudáveis têm em média: 10,1 cm de comprimento vaginal, hiato genital de 2,5 cm e corpo perineal de 3,5 cm. O conhecimento dos parâmetros de normalidade é importante para auxiliar no reconhecimento de alterações anatômicas que possam colocar o assoalho pélvico em risco durante a gestação e parto. Desfechos em parto e puerpério exercem importante efeito na experiência de mulheres com suas primeiras gestações, e também impactam em sua qualidade de vida. A aferição objetiva das características anatômicas do assoalho pélvico feminino através das medidas perineais pode, a longo prazo, auxiliar na avaliação da relação destas medidas com tais desfechos, e assim prever riscos e auxiliar em intervenções durante a gestação que reduzam ou previnam esses impactos.

52

DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO DE ICTIOSE ARLEQUIM: RELATO DE CASO

*Sfair, LL; Azevedo, LMR; Wagner, M; Marques, GB; Filho, EVC; Sanseverino, MTV.

Hospital São Lucas da PUCRS - Porto Alegre - RS

INTRODUÇÃO: A ictiose arlequim (IA) é uma doença autossômica recessiva com distúrbio de queratinização da pele. É decorrente de uma mutação no gene ABCA12 e sua incidência é de 1:300.000. O fenótipo dos pacientes apresenta ectrópio, eclábio, hipoplasia de osso nasal e pavilhões auriculares, contraturas nos dedos das mãos e dos pés e ausência de cabelos e unhas em alguns casos. O diagnóstico é clínico, mas há possibilidade de suspeição do diagnóstico intra-útero através de ecografia obstétrica. Os sinais ecográficos são boca arredondada amplamente aberta com eclábio, nariz e orelhas hipoplásicos e membros encurtados em uma posição fletida fixamente. A maioria dos pacientes tem um prognóstico ruim, falecendo no período neonatal. As maiores causas de óbito dentre esses pacientes são sepse, infecções de pele e trato respiratório e desequilíbrio hidroeletrólítico. **RELATO DO CASO:** Mãe G3Pn2, sem história de malformações nas gestações anteriores, negava tabagismo e utilização de drogas ou medicações. Nessa gestação apresentou diagnóstico de Diabetes Mellitus gestacional. A Mãe não apresentava história familiar de malformações, mas na família paterna, existem dois tios com sirenómelia. Durante o pré-natal foi realizado diagnóstico de IA em ECO obstétrica com 31 semanas, este confirmado em ecografia com 32 semanas e 2 dias. Paciente havia realizado Ecografias anteriores (inclusive a morfológica com 24 semanas de gestação) todas não evidenciado alterações no paciente. Mãe do paciente apresentou quadro de trabalho de parto prematuro, sendo internada no HSL-PUCRS em 17/01/2017 com 33 semanas de gestação. Utilizando Nifedipina e Betametasona. No dia 20/01/17, após suspensa a nifedipina, quadro evoluiu com RUPREMA e evolução do trabalho de parto, sendo realizado parto cesariano em razão de apresentação pélvica do concepto e possíveis macerações da pele. Paciente feminina com Apgar de 8/9, pesando 2030 g. À inspeção a pele era recoberta por placas córneas espessas e descamativas em face, regiões dorsal e abdominal e em membros superiores e inferiores. Entre essas placas havia fissuras eritematosas com exposição do tecido subcutâneo. Mãos e pés com dedos curtos, edemaciados e com deformidade na flexão dos mesmos. Ectrópio, eclábio, achatamento dos pavilhões auriculares e nariz hipoplásico, também faziam parte do quadro. A conduta foi estabelecer medidas de nutrição, conforto e controle da dor além de manter o paciente em incubadora umidificada juntamente com a hidratação da pele e a lubrificação ocular periódica em UTI neonatal. Paciente foi a óbito no dia 24/01/2017, aos 3 dias e 12 horas de vida, por parada cardiorrespiratória. **DISCUSSÃO:** A IA é uma doença rara, sendo a forma arlequim a mais grave, com prognóstico reservado. Deve ser realizado aconselhamento genético do casal. Devido a raridade desta patologia, o relato dos casos diagnosticados contribui para o maior conhecimento desta patologia.



53

EMBOLIZAÇÃO DAS ARTÉRIAS UTERINAS EM LEIOMIOMA UTERINO SINTOMÁTICO: RELATO DE CASO

Silva, LAD; Ziemiecki, Ejr; Medronha, EF; Rego, HMC; Reis, RJ

Hospital Ernesto Dornelles

Introdução Os leiomiomas uterinos são os tumores pélvicos benignos mais comuns nas mulheres. A maioria é assintomática, mas dependendo do número, do tamanho e da localização dos miomas, elas podem apresentar sintomas. O sintoma mais comum é a hipermenorréia ou menorragia. Diversos fatores delineiam o tipo de tratamento para os leiomiomas sintomáticos, tais como tamanho e localização, idade da paciente e desejo reprodutivo, habilidade de cirurgião. Além disso, deve-se equilibrar o risco de recorrência com os potenciais benefícios da manutenção do útero na definição do tipo de tratamento. A embolização das artérias, que passou a ser utilizada em 1995 por Ravina et al. para controle dos sintomas de miomatose uterina, tem se mostrado uma opção terapêutica segura e eficaz no tratamento do leiomioma sintomático. **Relato de Caso** Paciente feminina, 33 anos, nuligesta, apresentando desejo gestacional e sintomas de hipermenorréia, metrorragia e aumento do volume abdominal, sem resposta ao tratamento conservador com anticoncepcional. Ressonância magnética demonstrou um útero com volume de 396 gramas apresentando 3 miomas, o maior com componente submucoso de 8,9cm e os demais subserosos ambos de 5,3cm. Foi submetida a embolização das artérias uterinas bilateralmente com sucesso em arteriografia abdominal ao final do procedimento. Paciente apresentou melhora de 86,6% na sintomatologia e de 75,7 % na qualidade de vida de acordo com Questionário Americano de Qualidade de Vida relacionado a miomas uterinos. Onze meses após procedimento a ressonância magnética demonstrou acentuada diminuição do volume uterino para 192 gramas e diminuição dos miomas de, no mínimo 50%, ocasionando descompressão importante das estruturas adjacentes. **Discussão** A embolização das artérias uterinas é um procedimento minimamente invasivo e eficaz no tratamento de sintomas relacionados a miomatose uterina em mulheres que desejam preservar o útero ou gestar, nas que desejam rápida retomada as atividades, nas que possuem comorbidades que contraindicam cirurgia. Através da melhora dos sintomas, a embolização das artérias uterinas promove melhora significativa qualidade de vida e rápida recuperação dessas pacientes.

54

ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL: ANÁLISE DE UMA NOVA CLASSIFICAÇÃO HISTOLÓGICA

De Luca MFS, Koller DR, Kobe LM, Goulart APS, Gasperin R, Massuco L, Anschau F, Gonçalves MAG

Hospital São Lucas da PUCRS

INTRODUÇÃO: O câncer de colo uterino possui elevada incidência e mortalidade. Apesar de incomum, o adenocarcinoma de colo uterino tem aumentado em frequência, principalmente em jovens. Esta neoplasia apresenta alguns desafios quanto ao diagnóstico, estadiamento e tratamento. Em 2013 Diaz de Vivar A, et al propuseram uma classificação histológica de adenocarcinomas endocervicais relacionando a mesma com desfechos clínicos. Esta classificação é feita através de critérios patológicos, dividindo os tumores em três categorias: A, B e C, sendo que a ocorrência de metástase para linfonodos pélvicos não foi encontrada na categoria A e foi de 4,4% e 23,8% nas categorias B e C respectivamente. **OBJETIVO:** Descrever e avaliar a relação entre comprometimento linfonodal e classificação de Silva nas cirurgias realizadas no Hospital São Lucas da PUCRS para tratamento de adenocarcinoma endocervical. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Coorte histórica, onde foi realizada uma revisão retrospectiva de todos os casos de adenocarcinoma endocervicais de janeiro de 2009 até maio de 2017 do Hospital São Lucas da PUC-RS. Os casos com diagnóstico final de adenocarcinoma endocervical e que foram submetidos a cirurgia foram elencados e as peças de anatomia patológica foram classificadas de acordo com a classificação de Silva. Após foi realizada a revisão de prontuário e descrição cirúrgica, com ênfase no acometimento linfonodal e posterior descrição dos achados. **RESULTADOS:** Desde janeiro de 2009 até março de 2017 ocorreram 17 casos de adenocarcinoma endocervical no HSL da PUCRS. Nove casos (53%) tiveram diagnóstico de adenocarcinoma endocervical e foram submetidos a algum procedimento cirúrgico. A média de idade foi de 47,6 anos e o estadiamento da FIGO variou de IB a IIIA. De acordo com a Classificação de Silva, 6 pacientes foram categorizadas como tipo B, uma paciente com adenocarcinoma endocervical tipo A e duas tipo C. Foram avaliados 146 linfonodos no total e as pacientes categoria A e B não apresentaram comprometimento. Uma paciente com adenocarcinoma tipo C apresentou linfonodos comprometidos e a outra foi submetida à radioterapia por suspeita de comprometimento linfonodal. As duas pacientes classificadas como tipo C apresentavam invasão linfovascular no colo uterino assim como 1/6 pacientes classificadas como tipo B. **CONCLUSÃO:** Nenhuma paciente classificada como categoria A ou B teve metástase linfonodal e a única evidência de linfonodos positivos foi de pacientes categoria C corroborando com os achados encontrados por Diaz de Vivaar A. Na categoria C, foi encontrado 23,8% de comprometimento. A baixa ocorrência desta histologia dificulta o conhecimento e manejo desta neoplasia; porém, os dados apresentados mostram que talvez o tratamento das categorias A e B não necessite ser tão agressivo, gerando menos morbidade e mortalidade para as pacientes. Porém, mais estudos a respeito são necessários para confirmar esta hipótese.



55

NEUROFIBROMATOSE VULVAR: 180 MESES DE ACOMPANHAMENTO

Kobe, LM; Massuco, L; De Luca, MFS; Koller, DR; Anschau, F; Gonçalves, MAG
Hospital São Lucas da PUCRS

INTRODUÇÃO A neurofibromatose é uma doença genética autossômica dominante, crônica e progressiva, com incidência de 1/2.000 a 1/7.800 nascidos vivos que gera impacto significativo sobre o sistema nervoso e na predisposição à formação tumoral. A característica da neurofibromatose tipo 1 é o desenvolvimento de neurofibromas benignos compostos por todos os tipos de células que compõem o nervo periférico normal. O trato genital feminino é raramente acometido, sendo a vulva o local mais comum. Objetivamos descrever o caso de uma paciente acompanhada por 180 meses devido à neurofibromatose vulvar. **RELATO DE CASO** Paciente feminina, 59 anos, com diagnóstico prévio de neurofibromatose, em tratamento no ambulatório de oncologia ginecológica do HSL-PUCRS desde 2002 por lesões vulvares neurofibromatosas. Durante os 180 meses de acompanhamento, realizou dez procedimentos cirúrgicos na vulva, seis à esquerda e quatro à direita, com o objetivo de aliviar sintomas e melhorar a qualidade de vida. As lesões recidivaram rapidamente nas primeiras cinco intervenções. Após vulvectomy direita, no ano de 2013, paciente permaneceu oligoassintomática até outubro de 2015 com surgimento de nova lesão a direita que levou à última vulvectomy em fevereiro de 2017. As características das lesões eram semelhantes, com tamanho de aproximadamente 15 cm e com achados anatomopatológicos de neurofibromatose. Atualmente, paciente apresenta perda urinária insensível e mantém vida sexual ativa. **DISCUSSÃO** Neurofibromatose é uma doença genética comum. É multissistêmica e afeta a pele, o sistema nervoso central e ossos. Os neurofibromas geralmente se desenvolvem na infância ou adolescência. O número e o local das lesões variam. O acometimento difuso da pele é comum, porém neurofibromatose genital é raro, sendo a vulva acometida em até 18% das pacientes, caracteristicamente por lesões menores de 3 cm. A literatura tem documentado relatos e séries de casos de pacientes com neurofibromas, mais frequentemente com acometimento de clitóris ou de clitóris com outras áreas do sistema genito-urinário. O neurofibroma cutâneo, acometendo apenas grande lábio (sem acometimento de clitóris), como no caso relatado acima, é extremamente incomum. A doença pode se manifestar como assimetria da genitália externa e dor pélvica crônica, podendo também acometer colo, útero e ovários. O tratamento conservador e o acompanhamento clínico das lesões pequenas é a abordagem de escolha para que se evitem múltiplos procedimentos cirúrgicos, porém, o tratamento geralmente requer excisão cirúrgica das lesões sintomáticas, como exemplo do caso exposto, em que as lesões alcançam 15 cm de tamanho, causam desconforto e são recorrentes. A abordagem futura dos neurofibromas utilizando agentes antiangiogênicos, anti-fibróticos e anti-virais está sendo investigada em trial clínicos.

56

O TESTE CLÍNICO DE PERDA URINÁRIA AOS ESFORÇOS COMPARADO AO DIAGNÓSTICO URODINÂMICO

Kobe, LM; Bona, SW; Caruso, FB; Almeida ND; Nygaard, CC; Schreiner L; Santos, TG
Hospital São Lucas da PUCRS

INTRODUÇÃO: O teste clínico mais realizado para identificação de incontinência urinária durante o exame ginecológico é o teste de esforço com bexiga vazia em posição supina (TEBVPS). Neste teste, solicita-se que a paciente faça uma manobra de valsa, logo após urinar, e se observa a perda ou não de urina ao fazer o esforço. Em relação a perda urinária aos esforços, o estudo urodinâmico visa identificar a perda e quantificar a sua severidade através da pressão do ponto de perda. **OBJETIVO:** Relacionar o teste de esforço com bexiga vazia em posição supina com os resultados urodinâmicos. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Análise retrospectiva de prontuários e estudos urodinâmicos realizados na Unidade de Uroginecologia do Hospital São Lucas da PUCRS no período de outubro de 2006 a julho de 2016, em pacientes com queixa de incontinência urinária que realizaram o TEVBPS prévio a realização do estudo urodinâmico. **RESULTADOS E CONCLUSÕES:** Foram estudadas 520 pacientes, a média de idade foi 57,2 +/- 10,1 anos, a média do IMC 29,6 +/- 10,1 kg:m². Em relação ao diagnóstico urodinâmico de incontinência urinária aos esforços (com ou sem envolvimento esfíncteriano), a perda de urina ao teste, obteve sensibilidade de 27,4%, especificidade de 83,6%, valor preditivo positivo de 51,7% e negativo 64,8%. Para o diagnóstico de deficiência esfíncteriana intrínseca isolado a sensibilidade foi de 35,2%, especificidade de 83,2%, valor preditivo positivo de 34,8% e negativo de 83,5%. O TEVBPS positivo está relacionado ao diagnóstico de algum grau incontinência aos esforços ou DEI mas não é um bom preditor da severidade da condição. O teste de perda aos esforços negativo está fortemente relacionado a ausência de deficiência esfíncteriana intrínseca, portanto o teste negativo prediz incontinência urinária menos severa, informação que é muito útil no manejo destes casos.



57

RELATO DE CASO: HEMANGIOPERICITOMA

De Luca MFS, Koller DR, Kobe LM, Goulart APS, Gasperin R, Massuco L, Boeno AC, Anschau F, Gonçalves MAG
Hospital São Lucas da PUCRS

INTRODUÇÃO: O hemangiopericitoma é um tumor vascular raro e potencialmente maligno. Sua incidência é em torno de 1% dos tumores vasculares e 5% dos tumores sarcomatosos. Origina-se das células mesenquimais dos pericitos de Zimmermann que circundam capilares e vênulas, podendo então, se apresentar em qualquer região do corpo. Os sítios mais comuns são em membros inferiores e retroperitônio. A localização pélvica é rara. **RELATO DE CASO:** Paciente, 25 anos, branca, consultou no Hospital São Lucas da PUC-RS em 09/11/16 por suspeita de mioma volumoso durante a gestação. Uma ressonância nuclear magnética de 27/10/15 evidenciava lesão nodular, bem delimitada de 18,3 x 11,2 x 11,1 cm (1157cm³) com sinal heterogêneo e liquefação central, com plano de clivagem em região pré sacral; além de bexiga, colo e corpo uterino (contendo feto único) comprimidos e deslocados anteriormente. Ao exame físico apresentava massa abdominal palpável e proeminente até cicatriz umbilical que ocupava a pelve causando inclusive impossibilidade de progressão do espécuro para coleta de citopatológico de rotina. Exame ultrassonográfico em 18/11/16 evidenciava lesão volumosa, sugestiva de mioma, ocupando toda a pelve, medindo 18,3 x 13 x 13,1 cm, não sendo possível avaliar ovários. No dia 04/01/17 paciente foi levada ao bloco cirúrgico com proposta de realização de miomectomia. No trans-operatório foi identificado que a tumoração descrita acima era proveniente do retroperitônio, com extensa vascularização, e não comprometia útero. Foi realizada exérese total da lesão. Após a cirurgia, evoluiu de maneira satisfatória e recebeu alta hospitalar 6 dias após o procedimento. O exame anatomopatológico demonstrou neoplasia não classificada. O exame de imunohistoquímica definiu diagnóstico de hemangiopericitoma (tumor fibroso solitário). Paciente encontra-se bem e segue acompanhamento no Hospital São Lucas da PUCRS. **DISCUSSÃO:** Este tipo de neoplasia pode ter comportamento benigno, borderline ou maligno. Esta estratificação é feita com base em critérios clínicos e patológicos. Tumores volumosos, com alto índice mitótico, alta celularidade, presença de necrose ou hemorragia, invasão de estruturas adjacentes, recidiva e metástases durante o seguimento são fatores que indicam maior agressividade. O tratamento de escolha é a ressecção completa do tumor. Adjuvância com quimioterapia e radioterapia é controversa, mas a irradiação parece ter benefício em controle local. A sobrevida é em torno de 70-80% em 5-10 anos, com taxas de recidiva em torno de 20-50%. O seguimento deve ser mantido por longo período pois as recorrências podem acontecer tardiamente.

58

DIAGNÓSTICO DAS DISPLASIAS ÓSSEAS: PAPEL DO RAIO-X PÓS-NATAL PARA CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA

Lopes MMO*; De Souza BF; Pires FT; Calai G; Da Cunha AC; Fell PRK; Rosa RCM; Zen PRG; Rosa RFM.

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA), Porto Alegre, RS; Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV), Porto Alegre, RS.

INTRODUÇÃO: as displasias esqueléticas constituem um grupo heterogêneo de doenças caracterizadas por alterações dos ossos e/ou cartilagens. Nosso objetivo é descrever um caso de displasia tanatofórica do tipo 1, salientando a importância da realização do raio-X pós-natal para a confirmação do diagnóstico. **RELATO DO CASO:** APN, 17 anos, encontrava-se em sua segunda gestação. Em ecografia obstétrica, com 16 semanas de gravidez, evidenciaram-se membros menores do que o esperado. Em ultrassom obstétrico com 22 semanas, verificou-se também corpos vertebrais achatados. A ecografia morfológica, com 25 semanas de gestação, revelou polidrâmnio, macrocefalia, fronte proeminente, ponte nasal baixa, estreitamento torácico e importante encurtamento de membros superiores e inferiores (micromelia). A ecocardiografia fetal foi normal. A ressonância magnética fetal demonstrou achados similares ao ultrassom, acrescidos de alteração na morfologia dos lobos temporais do cérebro. O cariótipo fetal foi normal. A criança nasceu de parto cesáreo, com 38 semanas de gravidez, pesando 2750 gramas e com índices de Apgar de 4/6. Foi entubado ainda na sala de parto. O raio-X de corpo inteiro realizado após o nascimento revelou achados como vértebras pequenas e achatadas com aparente aumento do espaço intervertebral, fíbula mais longa que a tíbia e fêmures arqueados e curtos, compatíveis com o diagnóstico de displasia tanatofórica do tipo 1. O paciente permaneceu por 48 horas em ventilação mecânica, vindo a óbito por parada cardiorrespiratória sem resposta à manobra de reanimação. **DISCUSSÃO:** a displasia tanatofórica é uma forma de nanismo autossômico dominante, usualmente letal. A ultrassonografia fetal é um método não invasivo capaz de diagnosticar inúmeras displasias ósseas, incluindo a tanatofórica. Contudo, muitas vezes, o diagnóstico é confirmado apenas após o nascimento, com a realização da radiografia, tal como ocorrido no presente caso. Nosso relato ressalta a importância da realização da radiografia pós-natal para a confirmação do diagnóstico das displasias ósseas.



59

USO DE ANTI-HIPERTENSIVOS ENTRE GESTANTES DE CRIANÇAS PORTADORAS DE CARDIOPATIA CONGÊNITA: AVALIAÇÃO QUANTO AO RISCO FETAL

Lopes MMO*; Pires FT; De Souza BF; Calai G; Da Silva JN; Chaves LL; Batisti RS; da Rosa EB; Silveira DB; Rosa RCM; Zen PRG; Rosa RFM.

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre, RS.

INTRODUÇÃO: As cardiopatias congênitas (CCs) são os defeitos congênitos mais frequentemente observados ao nascimento e representam um verdadeiro problema de saúde pública. **OBJETIVOS:** Avaliar o uso de anti-hipertensivos de acordo com seu risco fetal conhecido em gestações de pacientes com CC. **MATERIAIS E MÉTODOS:** A amostra foi constituída de 198 pacientes que foram consecutivamente avaliados durante a sua primeira hospitalização em uma unidade de terapia intensiva (UTI) cardíaca. Eles foram submetidos a um protocolo que avaliou o uso de anti-hipertensivos durante a sua gestação. Estes foram divididos de acordo com o seu risco fetal, seguindo a classificação proposta pela Food and Drug Administration (FDA). Nós consideramos alto risco quando a criança foi exposta a medicamentos das classes D e X. **RESULTADOS:** Da amostra total, 103 pacientes (52%) eram do sexo masculino, com idades variando de 1 a 4934 dias. As CCs mais frequentemente observadas foram a comunicação interventricular (CIV) (16,1%) e a comunicação interatrial (16,1%). Cento e vinte e quatro pacientes (62,6%) foram expostos ao menos a um medicamento durante a gravidez. Dezoito mães (9%) referiram o uso de anti-hipertensivos na gestação, que incluíram a metildopa (n=7 ? 3,5%), o enalapril (n=4 ? 2%), a hidroclorotiazida (n=3 ? 1,5%), o verapamil (n=2 ? 1%) e o propranolol (n=2 ? 1%). Quanto ao uso do enalapril (n=4), duas gestantes o fizeram no primeiro trimestre de gravidez e duas, no segundo. Quanto ao propranolol, uma o fez no primeiro trimestre e a outra no terceiro. Segundo a classificação do FDA, 3 casos (16,7%) consistiriam de medicações pertencentes à classe B, 12 (66,7%) à classe C e 3 (16,6%) à classe D (2 casos de enalapril onde o uso foi realizado no segundo trimestre e 1 de propranolol, no terceiro trimestre). **CONCLUSÕES:** Constatamos a utilização de anti-hipertensivos pertencentes à classe D entre as gestantes do nosso estudo, sugerindo que essas exposições possam ter até um papel na origem da CC detectada nos pacientes. Isto salienta a importância de medidas de prevenção e de educação dos profissionais de saúde e dos pacientes quanto ao uso destas medicações na gravidez.

60

PERSISTÊNCIA DE SEIO UROGENITAL: RELATO DE CASO DO SERVIÇO DE MEDICINA FETAL DO HOSPITAL MATERNO INFANTIL PRESIDENTE VARGAS

Lupchinski, M.L.F.*; Tomaz, R.R.; Telles, J.; Cunha, A.C.; Lui, L.; Dietrich, C.; Betat, R.; Fell, P.; Targa, L.; Artigalás, O.; Lisboa, M. Hospital Materno Infantil Presidente Vargas - Porto Alegre

INTRODUÇÃO: Os desenvolvimentos dos sistemas urinário e genital estão intimamente ligados. O seio urogenital é dividido em três partes: parte vesical cranial que forma a maior parte da bexiga e é contígua com a alantóide; parte pélvica mediana que se torna a uretra no colo da bexiga e a parte prostática da uretra, nos homens, e toda a uretra, nas mulheres; e parte fálica caudal que cresce em direção ao tubérculo genital (primórdio do pênis e do clitóris). Anomalias do seio urogenital consistem em alterações urológicas, ausência de vértebras sacrais e fístula digestiva, em graus variados. Pode haver também hidrometrocolpos com um períneo liso ou fechado, sem diferenciação em grandes lábios ou escroto. O diagnóstico é feito pelo ultrassom obstétrico, ressonância magnética fetal ou após o nascimento do concepto. O prognóstico fetal dependerá do grau de acometimento. **RELATO DE CASO:** C. P., 34 anos, feminina, primigesta, em uso de insulina para diabetes gestacional, encaminhada ao serviço de medicina fetal do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas por feto com megabexiga. Em ecografia realizada com idade gestacional de 27 semanas e 3 dias viu-se bexiga com paredes finas, dilatação uretral e ascite volumosa. A ecocardiografia fetal mostrou leve ectasia das câmaras cardíacas e derrame pericárdico discreto. Foi realizada punção de ascite fetal e vesicocentese para pesquisa de cariótipo (46,XX) e de função renal (preservada). Em ecografia às 29 semanas e 4 dias, o feto apresentava ascite multisseptada, dilatação dos cálices e pelvis renais, da bexiga e da uretra, e líquido amniótico reduzido. Evoluiu para aumento do volume vesical e adramnia, necessitando de urodrenagem de alívio, retirando-se 240mL. Em ressonância fetal, visualizou-se placenta espessada, severa redução volumétrica dos pulmões, possível aumento do volume cardíaco, severa hidronefrose bilateralmente, ectasia ureteral bilateral, moderada quantidade de líquido na bexiga. Imagem sugerindo severo hidrocolpo e moderada distensão líquida do útero e das trompas, além de líquido livre na cavidade peritoneal. O nascimento deu-se com 32 semanas e 4 dias de gestação por cesariana devido à apresentação pélvica. O recém-nascido pesou 3570g, recebeu apgar 2/8 e apresentava genitália ambígua; o concepto foi submetido a procedimento de drenagem do hidrometrocolpo e evoluiu para óbito em poucas horas após, por hipoplasia pulmonar. **DISCUSSÃO:** A persistência do seio urogenital é rara, ainda pouco descrita na literatura e pode levar o feto a consequências graves como neste relato de caso em que o concepto foi a óbito apesar das intervenções pré e pós natais. Portanto torna-se fundamental o diagnóstico precoce, preferencialmente pré-natal, bem como o planejamento do nascimento, disponibilizando o melhor tratamento ao recém-nascido, com intuito de diminuir a morbi-mortalidade desta malformação.



61

MANEJO CONSERVADOR DE HEMATOMA HEPÁTICO DURANTE GRAVIDEZ - RELATO DE CASO

Hentschke MR*; Campos RC; Piccinini VL; Hahn L; Raupp GS; Silva BT; Paula LG; Cunha Filho EV
Hospital São Lucas da PUCRS ? Serviço de Obstetrícia e Serviço de Cirurgia Geral

Introdução: Relato de caso de paciente com Síndrome HELLP parcial e tratamento conservador de hematoma hepático volumoso. **Relato do caso:** Paciente de 30 anos, casada, cabeleireira, G2PN1, com idade gestacional de 21+6 semanas, interna no HSL/PUCRS por crise hipertensiva. Durante a internação, diante do quadro de pré-eclâmpsia sobreposta, iniciou com dor precordial, com irradiação para ombro direito, inespecífica, que inicialmente associou a episódios prévios de bursite, com piora progressiva. Inicialmente foi descartado tromboembolismo venoso e IAM. Progrediu após 2 dias com piora da dor e dos picos hipertensivos, associada a dor em hipocôndrio direito (HD). Frente ao diagnóstico de síndrome HELLP parcial (LDH 889, TGO 166 e plaquetas 135.000) e ecografia abdominal realizada em caráter de urgência apresentando hematoma hepático (HH) de aproximadamente 20,0 cm, foi iniciado sulfato de magnésio e indicada cesariana de urgência. Recém nascido recebe Apgar 1/1 e evolui à óbito 37 minutos após o nascimento, com peso de 355 g e 25 cm. Após a cesariana, paciente apresentou dispneia, anasarca, manteve picos hipertensivos de difícil controle e persistiu com dor abdominal em HD, sendo admitida na UTI. Necessitou de seis fármacos anti-hipertensivos para controle da pressão. Avaliada pela cirurgia geral, indicou-se tratamento conservador e controle do HH por métodos de imagem seriados e restrição ao leito. TC de abdome 8 dias após o parto mostrou HH subcapsular de aproximadamente 4x12x11 cm (vol. 1044 mL). Sem sinais de ruptura ou extravasamento de líquido para cavidade, mantendo-se a conduta conservadora. Paciente progrediu com piora da dor torácica e pico febril, constatado derrame pleural à direita. Toracocentese com transudato de provável etiologia reacional ao HH, realizada conduta conservadora. Paciente evolui com melhora clínica - PA controlada com duas classes de anti-hipertensivos e TC de abdome antes da alta com HH já com 11 cm. Recebeu alta para repouso domiciliar após 34 dias de internação. TC abdome 4 meses após o parto mostrou HH subcapsular com 3,9 x 1,3 cm. A paciente mantém-se estável, com acompanhamento clínico/cirúrgico via ambulatorial no HSL/PUCRS. **Discussão:** O HH é uma complicação da Síndrome HELLP, cuja incidência está entre 1/40.000 e 1/250.000 e leva a um aumento da mortalidade materna e perinatal. A sintomatologia é variada e geralmente apresenta-se como dor em HD ou epigástrio, distensão abdominal e vômitos. A mais severa das evoluções do HH é a ruptura hepática, que pode ocasionar CIVD, falência hepática e renal agudas, e morte. Embora a patogênese do HH seja pouco conhecida, existem evidências de que a deposição de fibrina causada pela hipovolemia e isquemia, leva à hemorragia e, conseqüentemente, HH. Pacientes hemodinamicamente estáveis podem ser tratados conservadoramente, em UTI, mantendo suporte hemodinâmico adequado. Em casos de pacientes hemodinamicamente instáveis, há indicação de tratamento cirúrgico imediato.

62

VASA PRÉVIA: UM RELATO DE CASO

*Wagner M; Sfair LL; Azevedo LMR; Cunha Filho EV;
Hospital São Lucas da PUCRS, Serviço de Obstetrícia

INTRODUÇÃO: A vasa prévia é uma complicação obstétrica na qual alguns vasos de sangue fetal ficam desprotegidos do cordão umbilical entre o feto e a placenta, o que faz com que esses vasos se exponham à cérvix uterina, colocando-se à frente da apresentação fetal. Assim, na dilatação cervical e, principalmente na ruptura de membranas, há risco de ruptura dos vasos podendo levar à hemorragia severa, colocando as vidas da gestante e do feto em risco. A prevalência é de aproximadamente 1 em 2.500 nascimentos na população em geral e nas gestações concebidas por reprodução assistida pode chegar a 1 a cada 200 nascimentos. O diagnóstico deve ser precoce e o melhor método é o ultrassom transvaginal com doppler, a partir do qual se identificam vasos fetais passando através ou muito próximos do orifício cervical interno do colo uterino. As pacientes com este diagnóstico devem ser monitoradas e hospitalizadas para controle (predominantemente a partir das 32 semanas de IG), principalmente se apresentarem risco de parto prematuro ou ruptura prematura de membranas. Há a indicação de cesariana eletiva, entre 34 e 37 semanas de gestação após a administração de corticóide, já que o parto via vaginal aumentaria os riscos de ruptura dos vasos, elevando as chances de complicações fatais. **RELATO DE CASO:** Paciente feminina, 26 anos, primigesta, previamente hígida, interna com 30 semanas e 5 dias de idade gestacional para investigação de alteração em ecografia. Realizada ecografia obstétrica com presença de vaso fetal prévio à apresentação (vasa prévia) e lobo placentário acessório. Realizada ressonância magnética por suspeita de acretismo placentário, que evidenciou placenta normalmente posicionada, sem sinais sugestivos de acretismo e com lobo placentário acessório, junto à parede posterior do corpo uterino. Mantida internada para vigilância obstétrica, recebe acompanhamento diário, administrado corticoide para amadurecimento pulmonar. Às 34 semanas e 3 dias foi indicada cesariana eletiva, com nascimento de recém-nascido feminino, índice de Apgar 8/9, pesando 2305g. Recém-nascido recebe cuidados intensivos por prematuridade. Paciente evolui bem após o parto. **DISCUSSÃO:** A vasa prévia é uma condição rara, mas que pode ser identificada ecograficamente no pré-natal com mudança importante do prognóstico quando o diagnóstico é realizado, pois a partir do mesmo, pode-se instituir uma conduta obstétrica adequada (internação, vigilância obstétrica, administração de corticoide e cesariana eletiva), permitindo desfechos neonatais favoráveis com redução significativa da mortalidade fetal. Relatos de caso como este reforçam a necessidade da interrupção precoce da gestação, já preconizada através de estudos com séries de casos. Além disso, as imagens obtidas neste caso, exibindo a vasa prévia são de grande relevância acadêmica para auxiliar o ecografista a identificar futuros casos de uma patologia não usual.



63

PUPPP OU FARMACODERMIA: A PROPOSTA DE UM CASO

Cichelero, MB; Bevilaqua, M; Weber, MB; El Beitune, P.

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre e Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

INTRODUÇÃO Diversas são as doenças que podem estar relacionadas com lesões eritematosas e pruriginosas na gestação. O esclarecimento etiológico, dentro dessa condição, é fundamental, uma vez que entidades diferentes podem apresentar prognósticos completamente opostos tanto para a mãe quanto para o feto. **OBJETIVOS** Reportar caso de PUPPP (pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy) e seu diagnóstico diferencial com farmacodermias, evidenciando a necessidade de esclarecimento clínico e anatomopatológico de dermatoses durante a gestação. **RELATO DO CASO** Primípara de 21 anos, com 37 semanas de gestação, apresentava pápulas e placas eritemato-purpúricas coalescentes em coxas, nádegas, região lombar bilateral e abdome, sem acometer palmas e plantas. Paciente refere ter iniciado uso de sulfato ferroso há 3 semanas, cessando quando iniciaram as lesões. Fez uso de Prometazina e de Desloratadina, sem melhora. Seus exames laboratoriais eram normais, incluindo sorologias. Procedeu-se a biópsia de lesão em coxa direita, que revelou marcada espongiose, com derma reticular papilar e superficial mostrando infiltrado inflamatório linfocitário com eosinófilos, compatível com PUPPP. Além disso, após parto cesáreo com 38+3 semanas, a paciente recebeu Dipirona endovenosa, apresentando edema facial e dificuldade respiratória. Relatava histórico de alergia à Dorflex, Ibuprofeno e Voltaren. **DISCUSSÃO** PUPPP é a mais comum dermatose específica da gravidez, de caráter benigno e autolimitado. As farmacodermias, por sua vez, podem atingir qualquer área do tegumento ou mucosas e ter desfecho desfavorável. Ambas podem manifestar-se clinicamente pelo aparecimento de pápulas urticariformes pruriginosas, fazendo-se necessária uma boa anamnese e complementação com o exame histopatológico. A patologia da PUPPP mostra espongiose, paraqueratose ou espongiose eosinofílica, derme com infiltrado linfocítico perivascular não específico e graus variados de edema. Já as farmacodermias podem caracterizar-se por dano vacuolar e da camada basal, presença de eosinófilos e necrose de queratinócitos ou de toda a epiderme, em casos de necrólise epidérmica tóxica, por exemplo. No presente caso, o histórico de alergias prévias e o quadro desenvolvido após a administração de Dipirona foram fatores de confusão para o diagnóstico clínico da PUPPP, que só foi confirmado após resultado histopatológico. Dessa forma, a definição diagnóstica através da biópsia mostrou-se fundamental, uma vez que sabidamente a PUPPP resolve-se com tratamento conservador e não necessita outros cuidados e orientações, ao contrário do que seria necessário em um quadro de farmacodermia.

64

RELAÇÃO ENTRE A QUEIXA DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA E O DIAGNÓSTICO URODINÂMICO DAS PACIENTES SUBMETIDAS À AVALIAÇÃO URODINÂMICA DE MÚLTIPLOS CANAIS NA UNIDADE DE UROGINECOLOGIA DO HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUCRS

Kobe, LM; Bona, SW; Caruso, FB; Almeida ND; Nygaard, CC; Schreiner L; Santos, TG

Hospital São Lucas da PUCRS

INTRODUÇÃO: O estudo urodinâmico é o estudo funcional do trato urinário baixo. Ele objetiva reproduzir as queixas clínicas e identificar processos fisiopatológicos relacionados. Como trata-se de exame invasivo e sujeito a riscos, sua utilidade vem sendo discutida na literatura, uma vez que a queixa clínica, na maioria das vezes, será o fator determinante no manejo das pacientes. **OBJETIVO:** Identificar as queixas clínicas e o diagnóstico realizado através do estudo urodinâmico de múltiplos canais efetuado no Serviço de Ginecologia do Hospital São Lucas da PUCRS- Unidade de Uroginecologia. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Análise retrospectiva de prontuários e estudos urodinâmicos realizados na Unidade de Uroginecologia do Hospital São Lucas da PUCRS no período de outubro de 2006 a julho de 2016. **RESULTADOS E CONCLUSÕES:** Foram incluídas 751 pacientes, com idade média foi 57,2+/- 10,6 anos. Elas tinham em média 2,9 +/- 2,0 partos vaginais prévios. 52,8% das pacientes realizaram o exame por falha do tratamento conservador para incontinência urinária, 31,3% por prolapso associado a incontinência urinária (IU) e 14,7% por prolapso isolado. Entre as pacientes com falha ao tratamento conservador, a queixa de IU mista foi relatada por 42,3% das pacientes, de IU aos esforços isolada em 31,1% e de IU com urgência isolada em 2,6%. A queixa de IU aos esforços isolada quando relacionada ao diagnóstico urodinâmico de IU aos esforços (com ou sem envolvimento esfinteriano) ou deficiência esfinteriana intrínseca (DEI) teve sensibilidade de 58% e especificidade de 100% com valor preditivo negativo de 83% e positivo de 100%. A queixa de IU mista em relação ao diagnóstico urodinâmico de IU mista ou DEI associado a hiperatividade detrusora apresentou sensibilidade de 46%, especificidade de 59%, valor preditivo positivo de 40% e negativo de 65%. A queixa de IU de urgência isolada em relação ao diagnóstico de hiperatividade detrusora teve 99% de especificidade, 66% de valor preditivo positivo e 83% de negativo quando comparada ao diagnóstico de somente hiperatividade detrusora. Na amostra estudada, houve importante discordância entre a queixa da paciente e o diagnóstico urodinâmico. A realização da urodinâmica pode modificar e auxiliar o aconselhamento e a proposta terapêutica.



65

AGENESIA RENAL BILATERAL E SUA RELAÇÃO COM DOENÇAS TIREOIDIANAS

Franz* NL; Lazzarotto S; Castagno AV; Tarquinio FLM; Fontana J; Vincensi AP

Universidade Católica de Pelotas

INTRODUÇÃO: A agenesia renal bilateral é uma anomalia congênita significativamente rara (1:1000-4000 casos) e letal. Trata-se da ausência do desenvolvimento dos néfrons e da falha da divisão do broto ureteral, no âmbito embriológico, implicando na impossibilidade de formação do sistema coletor. Denomina-se sequência de Potter tipo clássica, a qual, nos exames ultrassonográficos, cursa com ausência de líquido amniótico e de imagem vesical. **RELATO DE CASO:** C.L.S.M., sexo feminino, 29 anos, G4,PV1,PC1,A1, portadora de hipotireoidismo prévio e em uso de Puran T4® 75mcg. No acompanhamento pré-natal, ao realizar Ultrassonografia, em 06/02/2017, com 23 semanas e 3 dias, foi descoberto feto oligodrâmnio absoluto, com bexiga urinária não visualizada. Os exames laboratoriais realizados na mesma data revelaram TSH materno de 5,27. Por conseguinte, com 25 semanas e 3 dias, ao fazer Ressonância Magnética e Ultrassonografia Obstétrica com Doppler, em 10/02/2017 e 20/02/2017, respectivamente, não se identificou fluxo nas artérias renais, conferindo o diagnóstico de agenesia renal bilateral, além da circunferência torácica estar menor que o esperado para idade gestacional, sendo compatível com hipoplasia pulmonar. Ecocardiograma fetal realizado em 28/03/2017 sem alterações. Em 19/05/2017, com 38 semanas, paciente internou no Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas por ausência de movimento fetal, sendo, desse modo, executado Ultrassonografia obstétrica, a qual revelou ausência de batimento cardíaco fetal, além de circulação ao Doppler cardíaco e cerebral inexistente, sendo constatado óbito fetal. **DISCUSSÃO:** É possível perceber, através de revisões bibliográficas realizadas, a relação tanto extensa, quanto impactante entre doenças da tireoide e malformações estruturais renais fetais. Ademais, coloca-se em contestação, diante do caso presente, não somente os aspectos da Lei 9.434, sobre o transplante de órgãos, a qual afirma que este procedimento somente poderá ser efetivado em casos de anencéfalos, como também a necessidade de sustentar a gestação até o final, dada a incompatibilidade vital do feto, questão similarmente ainda não permitida sob perspectiva legal.

66

PREVALÊNCIA DE DIABETES MELLITUS GESTACIONAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE CAXIAS DO SUL (RS)

Santos, PA; *Madi, JM; Gross, R; Bernart P; Luchese, Bruna; Garcia, RMR

Universidade de Caxias do Sul

INTRODUÇÃO: O Diabetes mellitus gestacional (DMG) é a intolerância aos carboidratos diagnosticada pela primeira vez durante a gestação e, geralmente, desaparece após o parto. Seu diagnóstico tem mostrado aumento global nas últimas décadas, com prevalência entre 3% a 25%, conforme a localização geográfica, método de rastreamento e características étnicas. No Brasil, estudos sobre a prevalência de DMG na população são escassos, porém dados de 2001 mostram resultados entre 2,4% a 7,2%. O número de gestantes que tiveram assistência pré-natal pelo Sistema Único de Saúde de Caxias do Sul (RS) representa cerca de 60% do total do município, indicando uma amostra representativa da população, que ainda não dispõe de dados sobre a prevalência de DMG. Estudos sobre prevalência fornecem dados fundamentais para o planejamento de programas de saúde voltados para implementar medidas educacionais, preventivas e terapêuticas. **OBJETIVOS:** Estimar a prevalência do DMG e avaliar os fatores de risco associados (índice de massa corporal, idade materna no início da gestação, paridade, familiares de primeiro grau com DM2, abortamento prévio) em população de gestantes atendidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Caxias do Sul (RS). **MATERIAIS E MÉTODOS:** Estudo transversal, descritivo para avaliação de prevalência DMG em 2016, por coleta de dados estratificada de prontuários das 47 UBS. Coletados dados de 1000 prontuários: idade da gestante, etnia, paridade, tabagismo, antecedente de DM2, síndrome hipertensiva (HA pré e durante a gravidez e pré-eclâmpsia), abortos prévios, peso do recém-nascidos, IMC, glicemia jejum e/ou glicemia 120 minutos pós sobrecarga. **RESULTADOS E CONCLUSÕES:** A prevalência estimada foi de 4,5%. Comparando os grupos com e sem DMG: a média da idade materna foi 31 vs 25 anos; IMC >30 em 79% vs 52%; antecedentes de DM2 em 44% vs 32%; tabagismo em 27% vs 16%; síndrome hipertensiva em 12% vs 65%; RN > 4 kg em 8% vs 4%, respectivamente. A prevalência de DMG encontrada foi semelhante aos dados anteriores da literatura. Nossos resultados sugerem associação da obesidade com DMG. Medidas preventivas sobre a obesidade poderão reduzir a prevalência de DMG na população.



67

CA DE COLO UTERINO: A IMPORTÂNCIA DO EXAME CITOPATOLÓGICO.

Bouchacourt, RR*; Hassan, IFK; Souza LPS; Ribeiro, DFS; Viegas, CB; Stigger, RS; Souza, FS.
Hospital São Francisco de Paula (HUSFP)

INTRODUÇÃO: O câncer do colo do útero é o terceiro tumor mais frequente na população feminina, atrás apenas do câncer de mama e colorretal. A prevenção do câncer e de suas lesões precursoras dá-se por meio da realização periódica do exame citopatológico (Papanicolau) em mulheres de 25 a 64 anos sexualmente ativas. O procedimento identifica lesões iniciais permitindo o tratamento precoce. As novas diretrizes do Ministério da Saúde (MS) recomendam a realização de exames a cada três anos e, após dois exames negativos, com intervalo anual. A queda na morbimortalidade provavelmente ocorre devido à expansão da prevenção através do Papanicolau no País. O tratamento cirúrgico é o mais efetivo, entretanto, a maioria dos casos são diagnosticados quando já se encontram em estágio avançado e inoperável. **OBJETIVO:** Realçar a importância do diagnóstico precoce e dos exames periódicos, fundamentais para a abordagem terapêutica adequada e, conseqüente emente, melhor prognóstico da doença. **RELATO DE CASO:** FWS, sexo feminino, 43 anos, solteira, natural e procedente de Pelotas, G4 Pv4 A0. Paciente procurou a Unidade Básica de Saúde, pois iniciou com quadro de inapetência, desânimo e fraqueza sem causa aparente. Queixou-se de menstruação irregular, sangramento intermenstrual e dor. Realizava regularmente os citopatológicos conforme estabelecido pelo MS. Apresentou na consulta o laudo de uma ultrassonografia pélvica que detectou uma massa uterina expansiva - aproximadamente 360 cm³ - invadindo miométrio, cavidade endometrial e que se alastra para vagina e parede anterior pélvica. Após avaliação ginecológica e detecção de anomalias na anatomia do colo uterino, paciente foi encaminhada para o setor de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Universitário São Francisco de Paula para investigação. No local, foi realizado novo exame especular e coletado material para anatomopatológico. **CONCLUSÃO:** Apesar do MS determinar o rastreamento trienal, talvez seja necessário revisar o atual protocolo e estabelecer uma seqüência de exames mais periódica. Mesmo que sua realização periódica não seja garantia de evitar malignidade, manter um acompanhamento mais frequente destas pacientes possibilita diagnóstico mais precoce e, quem sabe, provável sucesso terapêutico. Área de pertinência do trabalho: Ginecologia.

68

NÓ VERDADEIRO DE CORÃO UMBILICAL: RELATO DE CASO.

Bouchacourt, RR*; Nicola, GZ; Souza LPS; Stigger, RS; Viegas, CB; Ribeiro, DFS; Souza, FS.
Hospital São Francisco de Paula (HUSFP)

INTRODUÇÃO: As massas de cordão umbilical são relativamente incomuns e têm etiologias diversas incluindo nós falsos e verdadeiros. Segundo estudos, o nó verdadeiro é uma complicação obstétrica rara - 0,5% a 2% dos partos- podendo interferir no desenvolvimento do concepto. Ele tem sua formação a partir da movimentação excessiva do feto e, quando apertado, pode levar à oclusão vascular e conseqüente óbito intraútero. O diagnóstico, geralmente, é um achado ultrassonográfico incidental sendo, muitas vezes, subdiagnosticado. Alguns fatores de risco associados são diabetes gestacional, polidrâmnio, idade materna avançada e sexo masculino. No entanto, quando auxiliado pelo Doppler, pode ser útil no rastreamento, principalmente, no segundo trimestre. **METODOLOGIA:** Relato de caso, com consentimento, de uma paciente admitida no setor de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital São Francisco de Paula. **RELATO DE CASO:** Paciente DCSM, sexo feminino, 24 anos, solteira, natural e procedente de Jaguarão, G5 Pv3 Pc1 A0, idade gestacional (IG): 39 semanas e 5 dias por ultrassom (US) tardio com 20 semanas e 2 dias, sorologias não reagentes e com insuficiência mitral leve. Paciente interna no HUSFP para realizar parto cesárea devido à patologia cardíaca, cicatriz uterina por cesárea prévia e colo uterino desfavorável. Durante a cirurgia, evidenciaram-se múltiplas aderências, dificuldade para acessar o útero e definir anatomia abdominal e seus planos. Recém-nascido único, vivo, do sexo masculino, APGAR 9/9 e pesando 3165g. Nasceu ativo e reativo e com bom tônus apesar das duas circulares de cordão umbilical e um nó verdadeiro de cordão. **CONCLUSÃO:** Assim, o denominado nó verdadeiro do cordão umbilical, não é indicação absoluta de operação cesariana pelo simples fato de que ? até o momento ? não há método de imagem que faça diagnóstico definitivo antes do nascimento. Em outras palavras, o seu diagnóstico é presumível com US e confirmado somente após o nascimento do bebê, ao se fazer a revisão dos anexos fetais, isto é, ao se verificar a placenta, o cordão umbilical e as membranas ovulares. **ÁREA DE PERTINÊNCIA DO TRABALHO:** Obstetrícia



69

GASTROSKUISE: DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL - RELATO DE CASO

Stigger, RS(*); Viegas, CB; Bouchacourt, RR; Tarquinio, FLM

Universidade Católica de Pelotas - Pelotas - RS

INTRODUÇÃO: Denomina-se Gastrosquise a anomalia congênita caracterizada pela exteriorização das estruturas intra-abdominais, principalmente o intestino fetal, secundária a um defeito no fechamento da parede abdominal. Sua prevalência é de 4/10.000 nascidos vivos. Como fatores de risco, incluem-se: baixa idade materna, primigestação, tabagismo e uso de drogas ilícitas. O diagnóstico é geralmente realizado durante o pré-natal, através do Ultrassom (US) Morfológico, realizado entre as 18-22 semanas de gestação. Dados nacionais relatam uma mortalidade de 53%, com maior parte dos óbitos relacionados a grande comprometimento intestinal, sepse e Síndrome do Intestino Curto, sendo então considerada a segunda causa de óbito neonatal, superada apenas pelas complicações relacionadas a prematuridade. **RELATO DE CASO:** M.F.M., 22 anos, Rh+, branca, primigesta, não tabagista, hígida, procedente de Rio Grande, procurou atendimento especializado com 32s2d de idade gestacional (IG) devido a alteração no US morfológico realizado no 2º trimestre, que evidenciava Gastrosquise. Paciente apresentando história progressiva no pré-natal de tratamento para sífilis no 1º trimestre da gestação, exame citopatológico de colo de útero atrasado, e imunização incompleta. Exames ultrassonográficos anteriores e Ecocardiografia fetal sem alterações. Na primeira consulta, gestante foi informada sobre gravidade do caso, condutas a serem tomadas e lhe foi indicado Cirurgião Pediátrico especializado. Ademais, foram solicitados exames laboratoriais do 3º trimestre e orientada a retornar em 15 dias. Em sua segunda consulta, com 34s2d, houve manutenção das vitalidades fetal e materna, sendo solicitada nova Ecografia com Doppler e retorno em 15 dias. Com 36s2d, paciente retorna a nova consulta de pré-natal, apresentando Ecografia que evidenciava dilatação de alças intestinais, além de elevação de níveis pressóricos. Gestação foi monitorada e prolongada até 37s1d, onde foi realizado parto cesariano eletivo, que contou com equipe multidisciplinar e cirurgião pediátrico na sala de parto, para 1º abordagem cirúrgica pós-parto. RNV, sexo masculino, peso 2725g, Apgar 7/9, sendo encaminhado a UTI neonatal. Recém-nascido evoluiu com Sepse precoce, Insuficiência Renal Aguda Grave, Enterocolite Necrosante e danos neurológicos, indo a óbito no 33º dia de vida. **DISCUSSÃO:** Concluem-se que um diagnóstico intra-útero de gastrosquise é a maneira mais significativa de reduzir a morbimortalidade dessa anomalia congênita, permitindo uma abordagem terapêutica mais rápida e eficiente, em hospitais terciários, diminuindo o tempo entre o parto e a primeira correção cirúrgica, garantindo assim um melhor prognóstico perinatal.

70

SEQUÊNCIA TRAP: RELATO DE UM CASO ATÍPICO

Tomaz, RR*; Lupchinski, MLF; Telles, JAB; Cunha, AC; Lui, L; Fell, P.

Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas

INTRODUÇÃO: Transfusão arterial reversa acomete 1:35.000 gestações e 1% das gestações monozigóticas, e é caracterizada pela inversão no fluxo arterial umbilical de um dos gêmeos. Quando as inserções dos cordões umbilicais são muito próximas pode se estabelecer inversão do fluxo através de uma anastomose artério-arterial. Assim, ao invés de levar o sangue bombeado pelo coração para ser oxigenado na placenta, este vaso vai agora trazer o sangue pobre em oxigênio do outro gemelar, em sentido inverso. O coração do feto cuja circulação tornou-se reversa acaba por tornar-se hipóxico, culminando, na maioria das vezes, com o seu completo desaparecimento. O diagnóstico é ultrassonográfico e pode ser feito durante o morfológico de primeiro trimestre, onde identifica-se um feto com morfologia normal e o outro com morfologia distorcida, caracterizando uma massa amorfa sem área cardíaca identificável. O gêmeo normal pode apresentar sinais de insuficiência cardíaca congestiva progressiva devido à sobrecarga, e este é o critério para interrupção do fluxo de sangue para o feto acárdico através da coagulação dos vasos do cordão por fetoscopia. **RELATO DE CASO:** JRA, 18 anos, secundigesta com um aborto prévio, encaminhada ao serviço de Medicina Fetal do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas com 21 semanas de gestação devido a gestação gemelar monocoriônica e diamniótica, onde um dos fetos (feto 2) se apresentava hidrópico, polimalformado e sem batimentos cardíacos. Durante avaliação, identificado feto 1 apresentando área cardíaca aumentada, aumento da resistência da artéria umbilical, porém com diástole presente. O feto 2 não possuía área cardíaca identificável, apresentava-se hidrópico, polo cefálico individualizado apresentando ventriculomegalia, coluna sem alterações, membros superiores e inferiores bem diferenciados e com morfologia normal. Na inserção do cordão umbilical, visualizado fluxo invertido em uma das artérias umbilicais, caracterizando a sequência TRAP. Na avaliação seguinte, 3 dias após, o feto acárdico apresentava volume bastante aumentado. O feto 1 apresentava diástole zero na artéria umbilical e ducto venoso com IP=1,04. A cirurgia fetal foi agendada na sequência, porém, foi identificado óbito do feto bomba antes que o procedimento pudesse ser realizado. Os fetos pesaram 395g e 610g, respectivamente. **DISCUSSÃO:** Sequência TRAP é comumente descrita como uma gestação gemelar monocoriônica onde, devido a hipoxemia crônica, o feto acometido apresenta malformações disruptivas na parte superior do tronco, membros superiores e polo cefálico, sendo muitas vezes reduzido a uma massa amorfa. O caso relatado alerta para a importância do diagnóstico dopplervelocimétrico da circulação reversa para o correto diagnóstico, uma vez que nem sempre o feto acárdico se apresentará de forma clássica. Como no caso, o feto pode possuir polo cefálico, coluna e membros individualizados, e pode ser facilmente confundido com feto morto. A explicação para estes achados pode ser devida à reversão mais tardia do fluxo umbilical no feto acometido.



71

DISMENORRÉIA PSEUDOMEMBRANOSA: RELATO DE CASO

Ihjaz, SJ; Portela, SN; Hillesheim, VR; Almeida, MS; Rodighero, NP; Dalbosco, SNP.

Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Fronteira Sul e Hospital São Vicente de Paulo, Passo Fundo, RS.

INTRODUÇÃO: a Dismenorréia Pseudomembranosa é um distúrbio menstrual assim denominado por caracterizar-se pela dor e eliminação vaginal de material amorfo fibroelástico ou membranoso. Está associada ao uso de anticoncepcionais orais, tem prevalência entre 45% e 95% e não é mencionada em livros-texto da rotina ginecológica. Relatos como este buscam manter o profissional atualizado para realizar o diagnóstico e tratamento desta patologia. **RELATO DE CASO:** SI, 22 anos, nulípara, em uso de anticoncepcional oral combinado (ciproterona e etinilestradiol) apresentou episódio de dor intensa em baixo ventre, intermitente, em cólica, com início no segundo dia do ciclo, sem alívio com uso de analgésicos. A dor intensificou-se no sétimo dia do ciclo, quando eliminou, por via vaginal, um material sanguinolento, fibroelástico, de formato irregular, que lembrava a cavidade uterina. Nunca apresentou episódio semelhante. O material foi fotografado pela paciente e logo após descartado. O diagnóstico de dismenorréia pseudomembranosa foi realizado clinicamente pelas fotos do conteúdo expelido, pela história clínica, pelo uso de anticoncepcional oral e por exclusão de gravidez e de outras patologias. **DISCUSSÃO:** O conhecimento atual sugere que a dismenorréia pseudomembranosa decorre de um desequilíbrio na quantidade de prostaglandinas e leucotrienos liberados pelo endométrio durante o fluxo menstrual que desencadeiam uma hipercontratilidade uterina, reduzindo o fluxo sanguíneo e aumentando a sensibilidade nervosa à dor. Quadros mais severos têm sido associados a uma maior quantidade de prostaglandinas liberadas preferencialmente nos primeiros dois dias de fluxo menstrual. Alguns fatores podem estar associados como idade inferior a 30 anos, baixo índice de massa corpórea, tabagismo, menarca precoce, ciclos menstruais longos, fluxo menstrual intenso, entre outros. Já os quadros de dismenorréia secundária podem ter diversas etiologias, sendo a mais frequente a endometriose pélvica. Vale ressaltar que embora o exame anatomopatológico seja indispensável, a grande maioria das pacientes descartam o material expelido, como no presente caso. As imagens fotografadas pela paciente com o formato patognomônico do material expelido na forma de útero, são clássicos.

72

ACONDROPLASIA GESTACIONAL

Portela, SN*; Carvalho, LMF; Gluczak, L; Casarin, RG; Silva, RM.

Instituição: Universidade Federal da Fronteira Sul e Hospital São Vicente de Paulo, Passo Fundo, RS.

INTRODUÇÃO: A acondroplasia (ACH) é uma síndrome genética que afeta a ossificação endocondral, sendo uma das causas de nanismo¹. Ocorre entre 0,5 a 1,5/10.000 nascimentos. Embora o defeito genético tenha caráter autossômico dominante, 85 % dos casos resultam de novas mutações². Os portadores apresentam macrocefalia, baixa estatura, membros curtos com predomínio do segmento proximal e limitação da extensão dos cotovelos³. O trabalho relata o caso de gestante com ACH. **RELATO DO CASO:** TV, feminina, 24 anos, G2C1, IG 36 semanas, encaminhada ao Hospital São Vicente de Paulo com ACH, estatura 1,39m, cardiomiopatia hipertrófica, hipotireoidismo e feto com suspeita de malformação. Ao exame: altura uterina: 40 cm, BCF: 150bpm, dinâmica uterina ausente, toque vaginal: colo fechado. Cardiotocografia categoria 1. Ultrassonografia: feto pélvico, peso percentil 76, artéria umbilical única, fronte proeminente, fêmur curto, circunferência cefálica acima do percentil 90, tórax estreito e com suspeita de displasia esquelética. Polidrâmnio (ILA 32.9cm) e doppler normal. A interrupção da gestação foi por via alta com 37 semanas. Após indução anestésica (geral), paciente evoluiu com parada cardiorrespiratória, seguiu-se com extração fetal rápida, manutenção da placenta na cavidade uterina até estabilização, a qual obteve adequada resolução. Feto masculino, 3090 gramas, Apgar 4/7, frequência cardíaca de 100bpm, realizada reanimação e encaminhado para UTI neonatal, onde evoluiu com PCR e óbito. **DISCUSSÃO:** ACH é a displasia esquelética mais comum, principal causa de nanismo^{1,4}. Embora a maioria das mulheres apresentem insuficiência ovariana precoce, a fertilidade não parece ser fortemente afetada e muitos obstetras não estão habituados a manejar tais gestantes⁵. Informações dos desfechos obstétricos são escassas na literatura, contudo existem casos de associação com pré-eclâmpsia, polidrâmnio, prematuridade e óbito fetal, principalmente por hidrocefalia⁴. A cesariana é a via de parto preferencial devido à desproporção cefalopélvica, e opta-se pela anestesia geral⁶. O aconselhamento genético das portadoras de ACH é crucial, pois o indivíduo portador tendo o parceiro reprodutivo com estatura média, tem risco de 50% em cada gestação de ter uma criança com ACH⁷. Portanto, essas gestantes requerem um acompanhamento minucioso, a fim de evitar a alta morbidade materna e fetal^{4,5}.



73

ANOMALIA DE EBSTEIN E GESTAÇÃO: UM RELATO DE CASO

Cesa*, LS; Carniel, MG; Filippini, BC; Portela, SN; Dalbosco, SNP.

Faculdade de Medicina, Universidade de Passo Fundo, Universidade Federal da Fronteira Sul e Hospital São Vicente de Paulo, Passo Fundo, RS.

INTRODUÇÃO: a anomalia de Ebstein é uma malformação congênita caracterizada principalmente por uma anormalidade da valva tricúspide e do ventrículo direito. Ocorre em cerca de 1% de todas as cardiopatias congênitas e sua apresentação clínica varia consideravelmente, dependendo do grau de comprometimento anatômico. **RELATO DE CASO:** FC, 31 anos, branca, G1POAO, portadora de anomalia de Ebstein com insuficiência tricúspide leve à moderada diagnosticada aos 29 anos de idade. A paciente manteve-se assintomática e com boa evolução até a idade gestacional de 33 semanas, quando o feto passou a apresentar restrição de crescimento. Quando alcançou 36 semanas de idade gestacional, o peso fetal encontrava-se entre os percentis 3 e 10, houve aumento dos índices de pulsatilidade em artérias umbilicais acima do percentil 95, e a paciente começou a apresentar dispnéia. Foi realizada a cesariana: recém nascido feminino, peso 2215 gramas e Apgar 9 e 9, saudável. **DISCUSSÃO:** na anomalia de Ebstein, os folhetos posterior e septal da valva apresentam-se inseridos anormalmente no interior do ventrículo direito, tornando a cavidade ventricular atrializada, provocando aumento da cavidade atrial, insuficiência tricúspide e disfunção ventricular direita. O quadro clínico é caracterizado por dispnéia, cianose, arritmias, cardiomegalia e insuficiência ventricular direita, que se manifestam em intensidade e períodos variáveis no curso da doença. Gestantes com anomalia de Ebstein tem seu prognóstico relacionado à presença ou não de cianose e insuficiência cardíaca. A gravidez é desaconselhada em pacientes sintomáticas, com cianose e insuficiência cardíaca, devendo ser planejada e postergada para depois da correção cirúrgica da anomalia, uma vez que há risco aumentado de parto prematuro e morte fetal. Já nas pacientes com anomalia de Ebstein sem cianose e insuficiência cardíaca, a gravidez é bem tolerada. As doenças cardíacas maternas geralmente são associadas a complicações fetais e neonatais como aborto, crescimento fetal restrito e prematuridade. Essas complicações são mais comuns em casos de cianose materna, anticoagulação, tabagismo ou gestações múltiplas. É de extrema importância a avaliação pré-concepcional multidisciplinar para pacientes cardiopatas, a fim de otimizar a função cardíaca e minimizar os riscos na gravidez.

74

LIGADURA TUBÁRIA - A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

Cogo*, JR; Seben, JP; Zanatta, PR; Espelocin, SB; Portela, SN; Dalbosco, SNP

Universidade de Passo Fundo, Faculdade Meridional/IMED Hospital São Vicente de Paulo, Passo Fundo, RS

INTRODUÇÃO: a esterilização feminina (ligadura tubária) é um procedimento que deve ser realizado quando a paciente tem o desejo de contracepção permanente, tem a prole completa e está consciente de que esse método é definitivo e irreversível. Se mal indicada poderá causar danos na vida da mulher, como descreveremos abaixo. **RELATO DE CASO:** MPG, 38 anos, feminina, branca, Gesta III, Cesárea III (apenas 1 filho vivo, 02 recém nascidos foram à óbito por sepse neonatal). Paciente realizou ligadura tubária na terceira cesariana aos 22 anos de idade, justificada pelo mal passado obstétrico. História de nefrectomia direita devido a câncer renal; nefrolitíase à esquerda e infecções urinárias de repetição. Vem à consulta, manifestando intenso desejo de gestar novamente, realizando acompanhamento psicológico, uma vez que se encontra arrependida por ter realizado a laqueadura tão jovem. Decidida a gestar novamente. Foi submetida à fertilização in vitro, com óvulo de doadora. A gestação teve boa evolução, sempre com o acompanhamento psicológico, e com 38 semanas e 1 dia, realizou-se a cesariana. Recém-nascido masculino, 3090 gramas, Apgar 9/10, saudável. **DISCUSSÃO:** a orientação sobre o caráter permanente e irreversível do procedimento deve ser fundamental e é a principal indicação quando há o pedido de esterilização reversível. As indicações estão previstas pela resolução nº 928 de 19.8.1997, da Lei nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996, que dispõe que o procedimento só será permitido em mulheres com capacidade civil e plena, maiores de vinte e cinco anos de idade, ou, pelo menos, dois filhos vivos, e em mulheres com risco a sua vida ou saúde ou do futuro concepto, testemunhados em relatório escrito por dois médicos. Dessa forma, é fundamental que a decisão sobre a realização do procedimento seja tomada após rigorosa orientação, visto que, a probabilidade de arrependimento após procedimento é alta em pacientes abaixo dos 30 anos de idade. Além disso, ainda que seja possível a reversibilidade da esterilização, ao aconselhar a paciente sobre a escolha do método, deve-se salientar o caráter irreversível do procedimento.



75

OLIGODENDROGLIOMA ANAPLÁSICO EM GESTANTE DE 12 SEMANAS

Delazeri, G*²; Portela, SN, ¹ ²; Pires, CAL¹ ²; Araújo, MS²; Buffe, R¹; Zeni, LO¹;

1-Hospital São Vicente de Paulo, Passo Fundo 2-Faculdade de Medicina da Universidade de Passo Fundo

INTRODUÇÃO: Tumores cerebrais durante a gestação são raros e causam forte impacto emocional na vida da mulher. O momento em que a intervenção neurocirúrgica torna-se necessária, na gestação, depende de três fatores: intensidade dos sintomas neurológicos, tipo histológico presumível e idade gestacional. **RELATO DE CASO:** M.E.G., 40 anos, feminina, branca, G2P1, IG 12 semanas. Procurou atendimento médico por cefaléia de forte intensidade, vômitos, perda dos sentidos e da força muscular. Com história de neurocirurgia para Astrocitoma Low Grade há 12 anos. Pela anamnese, foi diagnosticada com síndrome de Hipertensão Intra-craniana e solicitada Ressonância Magnética de encéfalo, que apresentou: lesão expansiva frontal esquerda com características de neoplasia primária recidivada e presença de edema perilesional com efeito de massa. No quinto dia de internação foi realizada neurocirurgia para remoção de tumor, não apresentando intercorrências. Iniciou também tratamento radioterápico, tendo boa evolução. A análise histopatológica evidenciou: oligodendroglioma anaplásico Grau III da OMS. Após 20 dias de pós-operatório paciente recebeu alta hospitalar. A gestação seguiu com boa evolução até cesárea eletiva com 37 semanas para prosseguir o tratamento oncológico. Recém nascido saudável, peso 3290 gramas e Apgar 6/8. **DISCUSSÃO:** a associação de tumor cerebral e gravidez é um evento raro, que coloca em risco tanto a vida da mãe como a do concepto. Os sintomas apresentados pelas pacientes com oligodendrogliomas dependem da localização e da infiltração do tumor, sendo cefaléia e Síndrome de Hipertensão Intra-Craniana achados comuns. Entre 5 e 25% dos tumores gliais são oligodendrogliomas. São também mais propensos a possuir marcadores moleculares favoráveis como a deleção conjunta do braço curto do cromossomo 1(1p), do braço longo do cromossomo 19(19q) e mutações na isocitrato desidrogenase (IDH). As mutações são relevantes para o planejamento e o prognóstico do tratamento. A cirurgia serve para estabelecer o diagnóstico e é usada para aliviar sintomas devidos ao efeito de massa. A abordagem de escolha é a ressecção máxima, mas pode ser realizada ressecção parcial ou apenas biópsia, dependendo da localização e extensão tumoral. Tratamento adjuvante pode ser feito com radioterapia e quimioterapia, sendo que durante a gestação opta-se somente pela radioterapia.

76

PROMOÇÃO DA SAÚDE DAS GESTANTES POR ALUNOS DA FACULDADE DE MEDICINA

Portela SN*; Glusczak L; Dick C; Rodighero N; Mânica, L; Silva, RM

Instituição: Universidade Federal da Fronteira Sul e Hospital São Vicente de Paulo, Passo Fundo, RS.

INTRODUÇÃO: o acolhimento da gestante durante o pré-natal permite o esclarecimento das dúvidas, suporte emocional, identificação dos fatores de risco, além de estimular uma gravidez saudável. A atenção obstétrica e neonatal deve ter como características essenciais a qualidade e a humanização. **OBJETIVOS:** o projeto Vida de Gestante: promoção da saúde e da gestão familiar na gestação (Edital 804/UFS/2014) é realizado por bolsistas da Faculdade de Medicina (UFS) e promove a educação em saúde para gestantes de Passo Fundo e região, fortalecendo o compromisso social da universidade na real interação ensino serviço comunidade. **MATERIAIS E MÉTODOS:** realizou-se um estudo, descritivo e exploratório de caráter qualitativo, que utilizou entrevista semi estruturada para coleta de dados. Os sujeitos foram gestantes que realizavam o pré-natal nas unidades de saúde do município de Passo Fundo, RS. Para a análise de dados, foi utilizada a proposta metodológica de análise temática. A partir das falas dos sujeitos, surgiram as seguintes categorias de temas de interesse das gestantes do município de Passo Fundo: modificações sistêmicas e genitais na gestação, mudanças psicológicas, importância do pré-natal, tipos de parto, normal e cesariana, nutrição na gravidez, atividade física, vacinação na gravidez, cuidados odontológicos na gravidez, cuidados com o recém-nascido, gestão familiar e contracepção no puerpério. Posteriormente, ocorreram as palestras expositivas com recursos de mídia, demonstrações com bonecos, participação de especialistas em Odontologia, Psicologia e Nutrição para orientarem os temas selecionados, e ao final de cada encontro, um momento de diálogo e exposição de dúvidas e anseios com as gestantes e seus companheiros. **RESULTADOS:** observou-se um aprendizado acerca da gravidez por parte das gestantes como agentes de transformação junto às suas famílias e comunidade. **CONCLUSÕES:** a gravidez é uma época de preparação física e psicológica para a maternidade e o parto, e é um momento de intenso aprendizado. Portanto, é uma oportunidade para os profissionais de saúde desenvolverem a educação como dimensão do processo de cuidar. O grupo de gestantes possibilita o intercâmbio de experiências e conhecimentos, oportunizando a promoção da saúde da mulher.



77

ENDOMETRIOSE PROFUNDA E OBSTRUÇÃO URETERAL BILATERAL: UM RELATO DE CASO DE TRATAMENTO LAPAROSCÓPICO

Kremer, TG(1,5)*; Oliveira, JM(2,5); Grazziotin, T(3,4); Nunes, CA(4); Silveira, GGG(4); Dibi, RP(3,4)

(1)Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Porto Alegre - RS, (2)Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - Porto Alegre - RS, (3)Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - Porto Alegre - RS, (4)Complexo Hospitalar Santa

INTRODUÇÃO: Embora considerada uma condição benigna, a endometriose possui impacto negativo na fertilidade e qualidade de vida das pacientes. Dor pélvica crônica afeta 14,7% das mulheres em idade reprodutiva, sendo atribuída a endometriose em um terço dos casos. Em mulheres inférteis, a prevalência de endometriose varia entre 15% a 50%. Endometriose é considerada profunda ou infiltrativa quando implantes atingem uma profundidade de 5mm ou mais no peritônio. Pode acometer dos espaços retrouterino, vesicouterino e outras regiões da pelve. É estimado que 1% a 2% das pacientes com endometriose têm envolvimento do trato urinário. Endometriose ureteral é uma entidade rara e pode causar sintomas urinários como cólica e hematúria durante a menstruação, ou pode ser assintomática (50%). Em casos raros, pode progredir para insuficiência renal em decorrência de uma obstrução insidiosa do ureter. A obstrução ureteral pode ter uma causa extrínseca (mais comum) ou intrínseca. **RELATO DE CASO:** Reportamos um caso de endometriose ureteral bilateral, em uma paciente feminina de 33 anos, G1Ab1, com dismenorreia usando contraceptivo oral contínuo e hidronefrose crônica bilateral em decorrência de compressão extrínseca. A ressonância nuclear magnética mostrou importante hidronefrose bilateral, endometriose infiltrativa retrocervical que se estendia até a cúpula vaginal e paramétrio, invadindo e obstruindo o retossigmoide e ureteres bilateralmente, com extensão de 4,2cm. A paciente tinha história de cálculo renal e cateter duplo-J por um mês. A paciente foi submetida a ureteroneocistostomia laparoscópica e vesicopsoas hitch com retossigmoidectomia, permitindo a preservação renal. Não houve complicações intra ou pós-operatórias. A paciente permaneceu com uma sonda vesical de demora por aproximadamente duas semanas após a cirurgia. **DISCUSSÃO:** Obstrução ureteral secundária a endometriose é mais comumente atribuída a compressão extrínseca com encarceramento do ureter distal e outras estruturas pélvicas em tecido fibroso denso. A RNM tem grande importância no diagnóstico, permitindo a identificação das lesões subperitoneais e viscerais, auxiliando no planejamento cirúrgico. O tratamento cirúrgico com ressecção completa dessas lesões é o atual padrão ouro de tratamento. Embora a ressecção ureteral e a ureteroneocistostomia com vesicopsoas hitch seja um procedimento normalmente realizado via laparotomia, a ressecção ureteral segmentar laparoscópica com ureteroneocistostomia representa uma alternativa para a cirurgia aberta em pacientes que necessitam de ressecção ureteral distal para endometriose, oferecendo uma visão melhorada e permitindo exposição mais precisa, identificação e dissecação das áreas envolvidas na pelve, espaço retroperitoneal e do trato urinário inferior. Além disso, uma abordagem laparoscópica poderia reduzir a dor pélvica associada e o tempo de hospitalização.

78

HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA E DOR: EXISTE ALGUM FATOR DE RISCO?

Kremer, TG(1,5)*; Oliveira, JM(2,5); Vanin C(3,4); de Almeida, SB(4); Dibi, RP(3,4)

(1)Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Porto Alegre - RS, (2)Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - Porto Alegre - RS, (3)Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - Porto Alegre - RS, (4)Complexo Hospitalar Santa

INTRODUÇÃO: A histeroscopia é considerada o exame mais confiável utilizado para avaliar a morfologia da cavidade uterina e a presença de lesões intrauterinas, além de possibilitar a realização direta de biópsia. Apresenta uma acurácia maior quando comparada ao ultrassom transvaginal e vantagens como ser altamente custo efetiva, preferida pelas pacientes e possível de ser realizada ambulatorialmente. **OBJETIVO:** Analisar o nível de dor referido pelas pacientes logo após histeroscopia diagnóstica sem sedação e logo após biópsia orientada de endométrio e correlaciona-lo com alguns fatores da história e exame físico. **MATERIAL E MÉTODOS:** Estudo prospectivo de 90 pacientes encaminhadas para histeroscopia diagnóstica e biópsia de endométrio sem sedação ao setor de Endoscopia Ginecológica do Complexo Hospitalar Santa Casa. Antes do exame foi preenchida ficha de identificação com as características da paciente. Logo após a histeroscopia e logo após a biópsia, foram questionadas quanto ao nível de dor de acordo com 2 escalas (visual numérica e de palavras). **RESULTADOS E CONCLUSÕES:** Das 90 pacientes submetidas à histeroscopia, 78 realizaram também biópsia de endométrio. Os achados revelaram que a biópsia é mais dolorosa em comparação com a histeroscopia de acordo com as duas escalas. As características que influenciaram na intensidade da dor nos exames foram: história de cauterização de colo uterino como fator de risco na histeroscopia de acordo com a escala da palavra ($p = 0,015$); e história de parto normal como fator protetor na histeroscopia de acordo com as duas escalas ($p = 0,030$ para escala visual numérica e $p = 0,038$ para escala da palavra). Em nosso estudo, a biópsia orientada de endométrio causa mais dor que a histeroscopia, provavelmente pelo uso da cureta. A história de cauterização de colo uterino aumenta o risco de dor durante a histeroscopia, e a história de pelo menos um parto normal reduz este risco.



79

MESOTELIOMA PAPILIFERO BEM DIFERENCIADO: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO LAPAROSCÓPICO

Kremer, TG(1,6)*; Oliveira, JM(2,6); Silveira, GGG(3); Rivero, RC(4); Pütten, ACK(4); Dibi, RP(3,5)

(1)Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Porto alegre - RS, (2)Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - Porto Alegre - RS, (3)Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre - Porto Alegre - RS, (4)Laboratório de Patologia Medicina Dig

INTRODUÇÃO: Mesotelioma papilífero bem diferenciado (MPBD) é considerado um tumor borderline que se apresenta como lesão nodular pequena, múltipla ou solitária, em geral assintomático, ocorrendo no peritônio e mais frequente entre os 30 e 50 anos. Pode ser assintomático (maioria) ou apresentar sintomas abdominais, ascite, e massa pélvica. Apesar da benignidade, a sobrevida além de 12 anos é rara. O acompanhamento é recomendado devido ao risco de transformação em mesotelioma maligno difuso. Foram descritos 42 casos de MPBD na literatura, sendo 5 em fundo de saco de Douglas. O tratamento de escolha é o cirúrgico, com ressecção das lesões sempre que possível. **RELATO DE CASO:** Relatamos um caso de uma paciente de 40 anos, feminina, encaminhada para investigação por infertilidade primária há 12 meses. Assintomática. Realizou videolaparoscopia onde se visibilizou três pequenas vesículas em fundo de saco posterior, sendo realizado biópsia. Demais revisão da cavidade abdominal sem particularidade. AP da biópsia apresentou mesotelioma papilífero bem diferenciado. A paciente foi submetida a nova videolaparoscopia 60 dias após para ressecção de peritônio posterior, com identificação de novas lesões (as maiores com 2cm). Foi realizada ressecção total do peritônio posterior e de lesões, com anatomopatológico confirmando mesotelioma papilífero bem diferenciado. Paciente permanece assintomática. **DISCUSSÃO:** O mesotelioma papilífero bem diferenciado é um tumor assintomático na maioria dos casos, (55%), sendo descoberto incidentalmente. O diagnóstico deve ser confirmado com diversas biópsias para diferenciação de outras neoplasias. Dada a raridade desta doença, é crucial que continuemos a aprender sobre MPMD de relatos de caso isolados e pequenas séries de casos. A evidência disponível a partir desses estudos de caso propõe tratamento cirúrgico com ressecção tumoral consistindo na remoção de doença volumosa, não sendo indicada debulking extensivo ou radical, seguida de observação atenta. O papel da quimioterapia na terapia adjuvante permanece indeterminado, sendo que a terapia adjuvante não é livre de potenciais efeitos colaterais significativos e deve ser usada criteriosamente. O tratamento agressivo e quimioterapia local podem ser utilizados em pacientes sintomáticos para tratamentos de derrame pleural ou ascite. O intervalo apropriado para o seguimento é subjetivo e, apesar de ser frequentemente assintomático, o MPBD deve ser acompanhado por um longo período devido ao risco de transformação maligna.

80

MUTIRÃO DE VIDEOCIRURGIA EM ENDOMETRIOSE PROFUNDA: EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO TERCIÁRIO DE REFERÊNCIA DE PORTO ALEGRE

Kremer, TG(1,5)*; Oliveira, JM(2,5); Bertocello, FZ(3,4); Graziotin, T(3,4); Nunes, CA(4); Silveira, GGG(4); Vanin, C(3,4); Dibi, RP(3,4)

(1)Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Porto Alegre - RS, (2)Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - Porto Alegre - RS, (3)Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - Porto Alegre - RS, (4)Complexo Hospitalar Santa

INTRODUÇÃO: A endometriose é uma doença que acomete cerca de 12% das mulheres em idade reprodutiva, apresentando importante impacto na qualidade de vida das pacientes. Apesar da alta prevalência, estudos mostram um tempo médio de cerca de sete anos entre o aparecimento dos sintomas e o diagnóstico. O tratamento deve ser individualizado, considerando sempre os sintomas da paciente. As abordagens mais difundidas são a cirurgia, a terapia de supressão ovariana ou ambas. Destaca-se, portanto, a importância da técnica de videocirurgia, pois essa apresenta eficácia equivalente ou superior, é menos invasiva e possui menor tempo de internação e recuperação quando comparada a técnica cirúrgica aberta. **OBJETIVO:** Proporcionar o melhor tratamento disponível para as pacientes com endometriose profunda. Difundir a técnica cirúrgica minimamente invasiva no tratamento da doença, promovendo discussão e servindo de alerta acerca de tal patologia, desde a sua prevalência até o diagnóstico e tratamento. **MATERIAL E MÉTODOS:** Foram realizados dois Mutirões em Endometriose Profunda, a primeira edição em 17 e 18 de outubro de 2014 e a segunda em 9 e 10 de setembro de 2016, através da parceria entre a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA), a Sociedade Brasileira de Videocirurgia (SOBRACIL) e o Instituto Crispi de Cirurgias Minimamente Invasivas. As cirurgias foram realizadas na Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCMPA). As pacientes foram selecionadas através de ambulatório do SUS de Ginecologia da ISCMPA. Os procedimentos foram realizados por equipe cirúrgica multidisciplinar da ISCMPA e do Instituto Crispi. **RESULTADOS E CONCLUSÕES:** Durante os eventos foram realizadas o total de doze videocirurgias em pacientes com endometriose profunda. Todas as cirurgias foram acompanhadas por videotransmissão simultânea para os participantes do evento, além de palestras acerca do tema. As pacientes selecionadas apresentavam sintomas de dor pélvica crônica, dismenorrea, alterações do hábito urinário e intestinal e infertilidade. Durante as cirurgias pode-se identificar diversas lesões acometendo ovários, cólon, vagina, peritônio vesical e ligamentos uterinos. As pacientes tiveram satisfatoriamente o tecido endometriótico removido e evoluíram com melhora significativa dos sintomas no acompanhamento pós-operatório. Projetos como o Mutirão de Videocirurgia em Endometriose Profunda servem como meio difusor de conhecimento sobre a doença e de seu tratamento entre médicos, estudantes e o público geral. A realização de mutirões como o realizado permitem que pacientes com endometriose profunda com acometimento grave recebam tratamento adequado, ao passo que serve de alerta ao público geral sobre a doença, seus sintomas e tratamento.



81

PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO CATAMENIAL: UM RELATO DE CASO

Oliveira, JM(1,5)*; Kremer, TG(2,5); Klitzke, S(4); Vanin C(3,4); Viana, CFI(4); de Almeida, SB(4); Dibi, RP(3,4)

(1)Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - Porto Alegre - RS, (2)Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Porto Alegre - RS, (3)Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - Porto Alegre - RS, (4)Complexo Hospitalar Santa

INTRODUÇÃO: A endometriose torácica, definida por tecido endometrial em sítio pulmonar ou pleural, é um evento raro, relacionado à doença pélvica em 65 a 84% dos casos. Seu pico de incidência ocorre aos 35 anos de idade e sua principal manifestação é o pneumotórax espontâneo catamenial, preferencialmente localizado à direita. **RELATO DE CASO:** L.C., 30 anos, feminina, branca, não tabagista e não etilista, previamente hígida, buscou atendimento médico devido à dor em hemitórax direito, associada a dispnéia aos esforços. Referia história prévia de dois episódios de pneumotórax espontâneo à direita durante o período menstrual, fato ocorrido nos últimos 6 meses. DUM: há 5 dias. Ao exame, apresentava-se eupnéica, com murmúrio vesicular diminuído em hemitórax direito. Foi realizada Ressonância Magnética (RM) de Tórax, evidenciando hidropneumotórax à direita com áreas nodulares compatíveis com implantes endometriais em pleura visceral diafragmática. Procedeu-se à Videotoracoscopia Cirúrgica com identificação de bolha em lobo pulmonar superior direito (LSD), perfurações e focos de endometriose na pleura diafragmática. Realizada segmentectomia atípica em LSD, plicatura diafragmática para fechamento das perfurações e cauterização dos focos de endometriose, com pleurodese abrasiva e drenagem de tórax. A paciente apresentou boa evolução pós-operatória, sendo iniciado Desogestrel 75mcg contínuo. Após 4 anos, mantém acompanhamento ambulatorial, com amenorréia desde então, negando novo quadro respiratório ou queixas compatíveis com endometriose pélvica. **DISCUSSÃO:** Os sintomas relacionados à endometriose torácica são tipicamente cíclicos e surgem nas primeiras 24h a 48h do início da menstruação. Dor torácica ocorre em 90%, sendo o sintoma mais comum, enquanto a dispnéia manifesta-se em 1/3 dos casos. Exames de imagem podem demonstrar bolhas, pequenas cavidades e lesões cicatriciais no parênquima pulmonar, assim como derrame pleural e nódulos podem representar focos de endometriose pleural. O tratamento bem sucedido requer supressão ou erradicação do tecido endometrial ectópico, seja por meio de ressecção cirúrgica ou supressão hormonal.

82

ADENOCARCINOMA METASTÁTICO DE PÂNCREAS DIAGNOSTICADO CONCOMITANTE À GESTAÇÃO ? RELATO DE CASO

Dullius TP, Savaris RF, Tarasconi DV, Cavalieri JC

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

INTRODUÇÃO: Neoplasias em geral são raras na gestação. Estima-se que a associação neoplasia-gestação incida em 1 caso a cada 1000 gestações, sendo mama, melanoma, colo uterino, linfomas e leucemias agudas malignidades mais relatadas. Adenocarcinoma de pâncreas é incomum abaixo dos 40 anos e consequentemente muito raro em pacientes em idade fértil e em gestantes. Reportamos um caso de extrema raridade, em que a paciente recebeu diagnóstico de gestação inicial e de adenocarcinoma pancreático com metástases hepáticas durante a mesma abordagem diagnóstica. **CASO CLÍNICO:** Paciente de 30 anos procura atendimento médico de emergência foi dor abdominal difusa de forte intensidade, de difícil controle, cerca de 30 dias de evolução e nas última semana associada a náuseas e vômitos. Negava comorbidades e uso contínuo de medicações. Tabagista ativa e ex-usuária de cocaína, abstinente nos últimos 4 meses. Realizou ecografia abdominal total que identificou, além de útero gravídico, nódulos em retroperitônio adjacentes a cabeça do pâncreas e em parênquima hepático. Avaliação complementar com ultrassonografia transvaginal confirmou gestação viável de 8 semanas. Ressonância nuclear magnética confirmou os achados e elevou a suspeição de implantes secundários no fígado. Biópsia de lesão hepática guiada por ultrassonografia apontou imuno-histoquímica compatível com sítio primário do trato bílio-pancreático. A paciente retornou cerca de 20 dias após o diagnóstico com quadro clínico sugestivo de aborto séptico, confirmado por nova ultrassonografia e tratado com curetagem uterina e antibioticoterapia. Seguiu acompanhamento oncológico e foi a óbito cerca de 4 meses após a avaliação inicial. **DISCUSSÃO:** Adenocarcinoma de pâncreas na gestação é uma condição rara e de diagnóstico difícil, visto que suas manifestações são comumente atribuídas à própria gestação. Esse tipo de neoplasia apresenta comportamento agressivo e frequentemente o diagnóstico é feito quando a doença encontra-se em estágio localmente avançado ou metastático. Nessas situações, o prognóstico é sombrio, com sobrevida média de 3 a 6 meses. Se a neoplasia é considerada inoperável, só podem ser oferecidos a paciente tratamento quimioterápico paliativo e suporte para alívio sintomático. Em casos de gestação em curso, medidas diagnósticas e terapêuticas carregam consigo grandes dilemas oncológicos, obstétricos e bioéticos.



TUMOR UTERINO SEMELHANTE AOS TUMORES OVARIANOS DE CÉLULAS DO CORDÃO SEXUAL - RELATO DE CASO

Dullius, T; Ponso, A; Genro, V; Souza, C; Rivero, R; Cunha Filho, J

Serviço de Ginecologia e Obstetrícia/Serviço de Patologia/Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Introdução: ?Uterine Tumores Resembling Ovarian Sex-Cord tumors? (UTROSCT) são tumores raros. Descritos em 1976 por Clement e Scully que, após avaliação de 14 casos, dividiram esses tumores em dois grupos distintos. Neoplasias de estroma endometrial com áreas focais de elementos de cordão sexual (grupo 1) e tumores uterinos com predomínio ou exclusividade de padrão de tumores ovarianos de cordão sexual (grupo 2). Caso Clínico: Paciente de 62 anos com queixa de dor pélvica e aumento do volume abdominal há cerca de 4 meses, sem sintomas digestivos e urinários associados. Negava perda ponderal ou outros sintomas sistêmicos. Não tinha comorbidades e em sua história ginecológica e obstétrica relatava duas gestações e dois partos vaginais, menopausa aos 50 anos, sem uso de terapia de reposição hormonal e sem sangramento pós-menopáusico. Ao exame físico, identificou-se uma massa pélvica móvel até a cicatriz umbilical. Ultrassonografia pélvica transvaginal e tomografia computadorizada mostraram uma massa compatível com cisto ovariano complexo e dosagem de CA-125 sérico era 68UI/mL. Submetida a laparotomia com incisão mediana onde foi identificado um útero aumentado de tamanho, ovários de aspecto macroscópico normal e nenhuma outra anormalidade na cavidade abdominal. Análise anatomopatológica de histerectomia apontou o diagnóstico de UTROSCT. Paciente evoluiu sem intercorrências no pós-operatório imediato. Após dois anos de seguimento, não possui evidência de recorrência. Discussão: UTROSCT são raras neoplasias, tipicamente apresentam-se na peri e pós-menopausa. Suas principais manifestações clínicas são sangramento uterino anormal, aumento do volume abdominal e dor pélvica. A suspeição desses tumores é difícil, já que sua sintomatologia é inespecífica e comum a diversas condições ginecológicas benignas e malignas e não existem achados pré-operatórios característicos em exames de imagem. O diagnóstico é feito através de avaliação anatomopatológica e a imuno-histoquímica aponta uma diversidade de padrões. Embora normalmente tenham comportamento benigno, existem alguns casos descritos de recorrência local e metastática. Não existe consenso, por esse motivo, acerca da abordagem terapêutica mais adequada, tampouco sobre estratégias de seguimento.