

Resumos

Ginecologia

0010

NULIPARIDADE E PROLAPSO UROGENITAL-HAVERÁ VANTAGENS? A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Vanessa Olival, Maria João Nunes, Ricardo Mira
Centro Hospitalar Lisboa Central, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa, Portugal

Introdução: Prolapso de órgãos pélvicos (POP) inclui o prolapso rectal e o prolapso urogenital. Este último corresponde ao relaxamento das estruturas de suporte do pavimento pélvico, resultando na protusão dos órgãos pélvicos na vagina ou ultrapassando o anel hime-nial para o exterior: anterior (cistocelo), apical (histero-celo ou cúpula) e posterior (rectocelo). Existem vários factores de risco: predisposição genética e étnica, alterações do colagénio e dos tecidos de suporte, neurológicos, paridade, idade, aumento crónico da pressão intra-abdominal como obesidade e obstipação, entre outros.

Objectivos: Descrevemos um caso de uma doente com sintomatologia de massa vulvar.

Metodologia: Doente 45 anos, caucasiana, IMC 22, IO 0000 e com antecedentes pessoais e familiares irrelevantes, foi enviada à Consulta de Ginecologia da nossa instituição por quadro clínico de sensação de corpo estranho na vagina. Ao exame objectivo, observou-se a presença de histerocelo grau III, na ausência de cistocelo e rectocelo. Foi excluída sintomatologia de incontinência urinária de urgência e/ou de esforço; *stress test* negativo e pesquisa de incontinência urinária oculta negativa após redução do prolapso. Restante exame ginecológico negativo. Durante a história clínica não se encontraram factores de risco relevantes; a realçar apenas a etnia caucasiana que apresenta mais risco do que a africo-asiática.

Resultados e Conclusões: A doente foi proposta e submetida a histerectomia vaginal com conservação de anexos sem intercorrências. Actualmente encontra-se assintomática. Este caso clínico tem como objectivo realçar a presença desta patologia em mulheres, aparentemente sem factores de risco. Sabe-se que o POP ocorre em 50% das mulheres múltiparas e apenas em 2% das nulíparas. Contudo, perante queixas atípicas em mulheres nulíparas e sem quaisquer factores de risco

evidentes, é fulcral valorizar as queixas das mesmas e ponderar outros mecanismos fisiopatológicos não tão frequentes mas que poderão estar relacionados, tais como alterações do tecido conjuntivo.

0051

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL – ANÁLISE DESCRITIVA E CONCORDÂNCIA CITOHISTOLÓGICA E COLPOSCÓPICA

Fátima Silva¹, Cristina Carrapatoso², Fernanda Costa², Ana Torgal², Olímpia Carmo²

1. Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho, Vila Nova Gaia, Portugal

2. Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, Penafiel, Portugal

Introdução: A neoplasia intraepitelial cervical (CIN) é considerada uma lesão precursora de carcinoma do colo do útero pelo que a sua deteção, através dos exames citológicos, colposcópicos e histológicos é fundamental para a correcta orientação clínica

Objectivo e Métodos: Estudo retrospectivo de todos os casos de doentes submetidas a procedimento excisional (conização), no período compreendido entre janeiro e dezembro de 2013, com análise das indicações para a intervenção cirúrgica, resultados e relação citohistológica e colposcópica.

Resultados: realizadas 137 conizações, com ansa e agulha diatérmica, em mulheres com idade média de 42 anos (22-75 anos). A discordância citohistológica e/ou colposcópica motivou a realização de 16/137 conizações (11,7%), e a displasia moderada ou grave (CIN2+) 69/137 procedimentos. O procedimento excisional confirmou displasia moderada ou grave em 82/137 casos (60%), sem registo de complicações directamente relacionadas com a técnica cirúrgica.

Conclusão: Apesar do pequeno número de casos desta casuística, verifica-se a existência de uma boa correlação entre os exames de rastreio e de diagnóstico e realça-se a importância da sua conjugação para o sucesso terapêutico da CIN.

Conclusão: Apesar do pequeno número de casos desta casuística, verifica-se a existência de uma boa correlação entre os exames de rastreio e de diagnóstico e realça-se a importância da sua conjugação para o sucesso terapêutico da CIN.

0052

ANGIOMIOFIBROBLASTOMA – TUMOR VULVAR RARO

Filipe Bacelar, S. Câmara, Patrícia Silva, Hugo Gaspar, Manuel Pontes, F. Santos

Hospital Dr. Nélío Mendonça, Funchal, Portugal

Angiomiofibroblastoma é uma forma de tumor benigno mesenquimatoso vulvar/vaginal muito raro (71 casos descritos na literatura anglo-saxónica até 2012). O seu diagnóstico diferencial mais relevante é com o angiomixoma, um tumor localmente agressivo e com elevada taxa de recorrência. Os autores descrevem o caso de uma paciente de 48 anos, sem antecedentes pessoais ou cirúrgicos relevantes, menopausa aos 44 anos, sem terapêutica hormonal, encaminhada do seu centro de saúde para a consulta de pequena cirurgia do Hospital Dr. Nélío Mendonça por suspeita de quisto da glândula de Bartholin direita. À observação, apresentava massa mole e móvel na porção superior do grande lábio direito. Sob anestesia local, foi efetuada disseção e extração de formação quística com componente misto (sólido e líquido), com cápsula intacta, enviada para estudo anátomo-patológico, cujo resultado revelou peça cirúrgica de quistectomia com 49.98g e 7x5x3.5cm de dimensões, proliferação bem delimitada com estroma mixóide e pouco celular, vendo-se uma população de células epitelióide formando pequenos grupos e ninhos (...). As células são positivas para receptores de estrógeno e vimentina, e fracamente para desmina, sendo negativas para citoqueratinas, CD34, CD31 e actina, aspectos compatíveis com um angiomiofibroblastoma; excisão completa. O angiomiofibroblastoma é um tumor muito raro que ocorre mais frequentemente na vulva, exigindo um diagnóstico diferencial com lipoma, quistos ou abscessos das glândulas de Bartholin e, mais relevante, com o angiomixoma. O tratamento é curativo com a excisão completa do tumor, estando descritos períodos de *follow-up* até 37 meses pelo pequeno risco de recorrência local e transformação sarcomatosa.

0054

DEISCÊNCIA DA CÚPULA VAGINAL APÓS HISTERECTOMIA - CASO CLÍNICO

Nuno Barros, Catarina Pardal, Alexandra Miranda, Luis Castro, Alexandra Cadilhe

Hospital de Braga, Braga, Portugal

Introdução: A deiscência da cúpula vaginal, situação

de emergência cirúrgica, é uma complicação rara após a histerectomia, que pode ocorrer desde poucas semanas até anos após o procedimento cirúrgico. A sua incidência em vários estudos varia desde 0,3% a 0,03%. A principal preocupação reside no facto de a evisceração intestinal estar associada a elevada morbilidade nomeadamente lesão e necrose de ansas intestinais, peritonite e sepsis.

Caso clínico: Apresentamos o caso clínico de uma mulher de 34 anos submetida a histerectomia com annectomia bilateral laparoscópica profilática em janeiro de 2014, no IPO do Porto, por apresentar a mutação do gene BRCA 2. Apresentou-se no serviço de urgência do Hospital de Braga em abril, com um quadro de dor abdominal severa associado a sensação de corpo estranho vaginal. Refere que a sintomatologia foi precipitada durante o coito vaginal. Ao exame ginecológico apresentava exteriorização de epiplon pela vagina. Após redução digital e colocação de compressa vaginal foi encaminhada para o bloco operatório. Foi realizado o encerramento da cúpula por via vaginal. A cúpula vaginal foi suturada com pontos contínuos de *vicryl*® 1. O pós-operatório decorreu sem intercorrências. A paciente teve alta clínica 2 dias após a intervenção cirúrgica.

Conclusões: A deiscência da cúpula vaginal é uma complicação rara da histerectomia, sendo mais frequente após procedimentos laparoscópicos. Os fatores precipitantes mais frequentemente associados são o coito vaginal, seguido de esforço físico intenso e esforço de defecação. Os sintomas mais frequentes são a dor abdominal aguda, seguida da hemorragia vaginal. O prolapso do conteúdo abdominal ocorre em cerca de 50% dos casos.

0069

UMA SÉRIE DE TUMORES MALIGNOS DO OVÁRIO: TERAPÊUTICA E SEGUIMENTO

Catarina Policiano, João Lopes, Ana Rodrigues, Carlos Calhaz-Jorge

Departamento de Obstetrícia e Ginecologia CHLN – Hospital Universitário de Santa Maria, Lisboa, Portugal

Introdução: Os tumores malignos do ovário constituem os tumores ginecológicos mais letais, sendo maioritariamente diagnosticados em estadios avançados, dada a inexistência de métodos eficazes de rastreio e de sintomatologia específica.

Objectivo: Análise da terapêutica primária utilizada numa série de tumores malignos do ovário e respecti-

vos resultados em termos de taxa de progressão da doença e mortalidade.

Metodologia: Estudo retrospectivo através da revisão de processos da Consulta de Ginecologia Oncológica de um hospital terciário referentes aos tumores malignos do ovário, diagnosticados entre Janeiro de 2010 e Março de 2014. Realizou-se uma análise estatística descritiva da terapêutica primária (cirurgia primária ou quimioterapia neoadjuvante e cirurgia de intervalo), taxa de progressão da doença, mortalidade e duração do seguimento das doentes incluídas.

Resultados e Conclusões: Incluíram-se 31 casos, sendo que 84% corresponderam ao diagnóstico histológico de adenocarcinoma seroso (22 de alto grau e 4 de baixo grau). Os restantes tipos histológicos identificados foram: adenocarcinoma mucinoso (3/31), adenocarcinoma endometrióide (1/31) e adenocarcinoma de células claras (1/31). Na nossa série, 58% (18/31) dos tumores foram diagnosticados nos estadios III e IV. Em 45% (14/31) dos casos foi efectuada quimioterapia neoadjuvante em presença de critérios imagiológicos de irressecabilidade ou comorbilidades que contraindicavam cirurgia. Destes, 50% registaram boa resposta, com possibilidade de intervenção cirúrgica subsequente. Das doentes em que se optou por cirurgia primária (17/31), 59% (10/17) foram submetidas a quimioterapia adjuvante. Nas 31 doentes registou-se progressão local ou à distância da doença em 29% (9/31). A taxa de mortalidade foi de 19% (5 casos com cirurgia primária e 1 com quimioterapia neoadjuvante) para um seguimento médio de 25 meses (21-50 meses). O seguimento médio da amostra total foi 24 meses (2-50 meses).

Em conclusão, a maioria dos tumores malignos do ovário foram diagnosticados em estadios avançados, impossibilitando frequentemente uma abordagem cirúrgica primária curativa e implicando elevada taxa de mortalidade.

0079

TERATOMA IMATURO DO OVÁRIO GRAU 3: CASO CLÍNICO EM JOVEM DE 12 ANOS

Ana Paula Reis¹, Sandra Lemos², Isabel Ferreira², Helena Nascimento², Mario Oliveira²

1. Centro Hospitalar do Porto, Maternidade Júlio Dinis, Porto, Portugal

2. Centro Hospitalar Baixo Vouga EPE, Hospital Infante D. Pedro, Aveiro, Portugal

Introdução: O teratoma imaturo é formado por tecido com origem nos três folhetos germinativos. Contém estruturas imaturas ou embrionárias. É um tumor raro,

representa menos de 1% dos tumores ováricos, sendo o segundo tumor de células germinativas mais comum. Representa entre 10 a 20% de todos os tumores ováricos em mulheres abaixo dos 20 anos, com um pico entre os 15 e os 19 anos.

Caso Clínico: Jovem de 12 anos, menarca aos 12 anos, virgem, com aumento do volume abdominal com 1 mês de evolução. A ecografia abdominal revelou volumosa massa abdominopélvica, com origem provável na RAD, predominantemente quística com septos, áreas heterogêneas e vascularizadas, medindo 29x19x12 cm. Marcadores tumorais negativos, exceto Ca 125 ligeiramente aumentado (110.3 U/ml). Submetida a laparotomia exploradora, anexectomia direita, lavagem peritoneal e drenagem de quisto hemorrágico de ovário à esquerda. No pós-operatório foi re-laparotomizada por hemoperitôneu volumoso e anemia pós-operatória e submetida a transfusão de 3 U de GR.

O EAP revelou teratoma imaturo do ovário-grau 3. Líquido ascítico negativo para células neoplásicas malignas.

Foi referenciada ao Hospital Pediátrico de Coimbra, onde fez PET e marcadores tumorais que foram negativos. Posteriormente, durante a realização de ecografia abdominal foi diagnosticada formação na RAE com 74x70x53 mm, compatível com quisto hemorrágico. Foi referenciada à Maternidade Byssia Barreto onde realizou PET que registou hipercaptação no ovário esquerdo, de características inespecíficas, e na vertente lateral esquerda do fundo uterino, com comportamento funcional suspeito. Submetida a laparoscopia para estadiamento, quistectomia e recolha de fragmento ovárico para criopreservação. O resultado do EAP foi a favor da benignidade. Permanece em vigilância.

Discussão: O diagnóstico precoce associado à terapêutica imediata e vigilância clínica são imprescindíveis para um prognóstico favorável a longo prazo. Pacientes submetidas a tratamento cirúrgico com preservação do útero e um ovário apresentam função reprodutora dentro da normalidade.

0080

ABDÓMEN AGUDO POR RUTURA DE TUMOR DE CÉLULAS DA GRANULOSA DO OVÁRIO

Ana Paula Reis¹, Nuno Oliveira², Marisa Pinheiro², Clara Moreira², Mário Oliveira²

1. Centro Hospitalar do Porto, Maternidade Júlio Dinis, Porto, Portugal

2. Centro Hospitalar Baixo Vouga EPE, Hospital Infante D. Pedro, Aveiro, Portugal

Introdução: Os Tumores de Células da Granulosa (TCG) são neoplasias raras, representando 2-8% dos tumores malignos do ovário. Estão descritos dois subtipos histológicos do TCG: a forma adulta e a juvenil. A forma juvenil corresponde a menos de 5% dos TCG, é frequentemente unilateral e ocorre nas primeiras três décadas de vida. Queixas abdominais agudas, por ruptura tumoral com hemoperitонеu ou torção, surgem em 15% dos casos. O tratamento cirúrgico é baseado no estadio do tumor e na idade da paciente.

Caso Clínico: Mulher de 22 anos, nuligesta, recorreu ao SU por algias pélvicas com 2 dias de evolução. No exame ginecológico constatou-se uma massa palpável, dolorosa, na região anaxial direita (RAD) com aproximadamente 8 cm de diâmetro. A ecografia transvaginal revelou uma formação arredondada, heterogénea, com cerca de 8x7 cm na RAD, e quantidade abundante de líquido na escavação pélvica. β -HCG negativa. Foi submetida a laparotomia exploradora que mostrou volumoso hemoperitонеu, com coágulos, devido a ruptura de volumoso tumor do ovário direito. Útero e ovário esquerdo macroscopicamente normais. Procedeu-se a salpingo-ooforectomia direita. O exame anátomo-patológico revelou tratar-se de um TCG, sem necrose tumoral ou atipia nuclear e de baixo índice mitótico.

A doente foi referenciada ao IPO de Coimbra onde realizou TAC abdomino-pélvico e marcadores tumorais, sem alterações. Mantém vigilância clínica e ecográfica semestral.

Discussão: A cirurgia exclusiva é normalmente reservada para situações de tumor confinado ao ovário, reservando-se a quimioterapia para situações de doença metastática ou recorrências.

Na idade reprodutiva, dado que o tumor se encontra com grande frequência no estadio I, com excelente prognóstico, uma salpingo-ooforectomia unilateral é geralmente curativa.

Os TCG apresentam uma elevada taxa de recorrências, essencialmente tardias, e por isso exigem uma vigilância prolongada.

0084

CORRECÇÃO DE FÍSTULA RECTO-VAGINAL PÓS-PARTO – CASO CLÍNICO

Carolina Vaz de Macedo, Alexandra Henriques, Ana Luísa Ribeirinho, Alexandre Lourenço

Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução, Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar de Lisboa Norte, E.P.E., Lisboa, Portugal

Introdução: As fístulas recto-vaginais são uma complicação rara dos partos vaginais. Na ausência de diagnóstico atempado de uma laceração perineal grau 4 e respectiva sutura, o diagnóstico de uma fístula recto-vaginal é habitualmente efectuado no pós-parto pela saída de fezes através da vagina. Muito embora esta entidade diagnóstica seja de etiologia obstétrica, a sua reparação é muitas das vezes efectuada por equipas de Coloproctologia.

Objectivos: Apresentar um caso clínico de fístula recto-vaginal pós-parto com dois anos de evolução; apresentar a técnica de correcção cirúrgica efectuada por uma Equipa de Uroginecologia com a colaboração da Coloproctologia.

Metodologia: Foi efectuado um levantamento de dados dos processos clínicos da doente. A intervenção cirúrgica foi documentada fotograficamente.

Resultados e Conclusões: Uma jovem de 26 anos, gesta 1 para 1 (parto por ventosa no hospital da área de residência), foi referenciada à nossa Consulta de Uroginecologia dois anos após o parto por um quadro de incontinência fecal. Apresentava uma fístula recto-vaginal 1,5 cm acima do esfíncter anal e a 1,5 cm do anel himeneal, com 2 cm de extensão. Para a sua correcção foi efectuada dissecação do espaço recto-vaginal com isolamento da parede rectal, que se encerrou transversalmente englobando a parede completa com justaposição da mucosa rectal; efectuou-se um reforço muscular com formação de um tabique entre o recto e a mucosa vaginal; por fim encerrou-se a mucosa vaginal com sutura contínua. A doente apresentou uma rápida recuperação pós-operatória e encontra-se assintomática aos dois meses pós-cirurgia. Muito embora este tipo de intervenção seja habitualmente efectuado por cirurgiões dedicados à Coloproctologia, a correcção de uma fístula recto-vaginal pós-parto pode ser efectuada com eficácia e segurança por uma equipa de ginecologia com experiência em cirurgia do pavimento pélvico.

0085

RECIDIVA DE CARCINOMA DO ENDOMÉTRIO 17 ANOS APÓS CURA – CASO CLÍNICO

Paula Norinho de Oliveira, Rita Caldas, Cátia Rodrigues, Célia Soares, Susana Leitão, Soledade Ferreira, Teresa Paula Telea

Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE, Santa Maria da Feira, Portugal

Introdução: Apresentamos o caso clínico de uma paciente com recidiva de carcinoma do endométrio 17

anos após cura.

Objetivos: Descrição de caso clínico.

Metodologia: Paciente com 76 anos, com antecedentes de carcinoma do endométrio há cerca de 17 anos, é admitida no serviço de medicina interna por trombose venosa profunda (TVP) e embolia pulmonar (EP).

O carcinoma do endométrio, do tipo endometrioi-de moderadamente diferenciado, havia sido diagnosticado no estadio IC e tratado com histerectomia total com anexectomia bilateral, linfadenectomia e radioterapia. Foi realizado *follow-up* pelo período de 10 anos.

No contexto de TVP e EP, 17 anos após o tratamento da doença, foram realizados TAC torácica, TAC abdomino-pélvica e *Eco-doppler* dos membros inferiores. O exame ginecológico era normal.

Na TAC torácica observa-se evidência de embolia pulmonar bilateral. Observam-se também cinco formações lobulares no lobo superior direito. Na TAC abdomino-pélvica observa-se uma imagem sugestiva de volumosa adenopatia inguinal direita com 31x24mm e imagem sugestiva de trombose da veia ilíaca externa esquerda e femoral homolateral. O *Eco-doppler* dos membros inferiores evidencia trombose venosa profunda ilio-femoro-poplitea esquerda.

Neste contexto, a paciente é submetida a biópsia excisional de adenopatia inguinal direita, cujo resultado histológico confirma metástase linfática de adenocarcinoma com provável origem endometrial. Realizaram-se endoscopia digestiva alta e endoscopia digestiva baixa que excluíram tumor de origem gastro-intestinal.

Opta-se pela realização de hormonoterapia.

Resultados e conclusões: Na maioria dos casos de carcinoma do endométrio detetados em estadios iniciais, como nesta paciente (estadio Ic), a taxa de sobrevivência de 80-90%. Em 80% dos casos as recidivas, dão-se nos primeiros anos após tratamento. A recidiva 17 após tratamento é extremamente rara.

0100

VOLVO INTESTINAL - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Mariana Miranda, Sara Nascimento, Diogo Bruno, Laura Reis, Matos Teresa, Matos Fernanda
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE, Lisboa, Portugal

Introdução: A obstrução intestinal é uma situação complicada na gravidez com possíveis implicações materno-fetais graves. Em 60-70% a obstrução na gravidez ocorre por aderências sendo o volvo intestinal a se-

gunda causa mais frequente. O tratamento é cirúrgico, representando a terceira causa de cirurgias não obstétricas durante a gravidez.

Objetivos: Descrição de uma situação clínica pouco frequente e de difícil resolução na mulher grávida.

Caso Clínico: Trata-se de uma segunda gravidez com 33 semanas e 4 dias, numa mulher de 37 anos e com antecedentes pessoais irrelevantes. Recorreu ao Serviço de Urgência por obstipação para fezes e gases com uma semana de evolução. Ao exame objectivo o abdómen encontrava-se muito distendido e timpanizado, e a ampola rectal sem fezes. Ficou internada por suspeita de obstrução intestinal com eventual indicação cirúrgica. Fez radiografia abdominal e TAC sugestivas de volvo da sigmóide. Foi submetida a uma rectossigmoidoscopia com alívio das queixas, tendo ficado com sonda funcionante para gases, por torção aparentemente não resolvida. Foi retirada a sonda ao segundo dia com melhoria clínica. Ao sétimo dia fez radiografia do abdómen em que se identificou uma distensão proximal mas sem níveis, tendo tido alta com dieta anti-obstipante e indicação para colonoscopia pós-parto. A restante gravidez decorreu sem intercorrências, com trânsito intestinal mantido. Às 40 semanas teve um parto eutócico com 2800g e Índice de Apgar 9/10.

Conclusão: A gravidez tende não só a dificultar o diagnóstico como a complicar eventuais procedimentos cirúrgicos. A mortalidade materna pode atingir os 6% por infecção e choque e a mortalidade perinatal é cerca de 20% – o diagnóstico precoce e o tratamento adequado melhoram o prognóstico.

0110

PROLAPSO DE TROMPA DE FALÓPIO APÓS HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL: CASO CLÍNICO

Ana Galvão, Ana Rocha, Gonçalo Inocêncio, Graça Buchner, Joana Guimarães, José Cabral
Centro Materno Infantil do Norte, Porto, Portugal

Introdução: A histerectomia é um dos procedimentos cirúrgicos ginecológicos mais realizados. Pode ser realizada por via abdominal ou vaginal.

O prolapso da trompa de Falópio é uma complicação rara pós-histerectomia, sendo mais frequente quando é utilizada a via vaginal. Os sintomas podem incluir perda hemática vaginal, dispareunia ou dor pélvica crónica. A suspeita diagnóstica surge com a observação de uma lesão eritematosa e friável localizada na cúpula vaginal; a confirmação é feita mediante exame

histológico.

O tratamento pode ser realizado por via vaginal ou abdominal.

Objectivo: Descrição de um caso recente de prolapso de trompa de Falópio na nossa instituição.

Resumo: Sexo feminino, 41 anos. IIIIGIIP (2 partos eutócicos, 1 abortamento espontâneo). Submetida a histerectomia total abdominal com conservação anexial por fibromioma uterino, causador de dispareunia profunda e menometrorragia abundante, mesmo sob toma de contraceptivo hormonal combinado. Dois meses após a cirurgia, a doente apresentava perda hemática vaginal ligeira, associada a dor hipogástrica. Ao exame ginecológico, foi detetada lesão com cerca de 3 cm localizada na cúpula vaginal, vegetante, eritematosa e friável, que foi biopsada duas vezes, tendo sido o resultado histológico compatível com granuloma da cúpula vaginal. Decorridos 4 meses da cirurgia, a doente mantinha as queixas. Foi colocada a hipótese diagnóstica de prolapso da trompa de Falópio e efetuada nova biopsia da lesão, tendo esta confirmado o diagnóstico. Optou-se por introdução pélvica transvaginal da porção visível da trompa, sob anestesia geral, seguida de encerramento da cúpula vaginal.

Conclusão: O prolapso de Trompa de Falópio após histerectomia é uma complicação rara deste procedimento. O diagnóstico e tratamento precoces desta complicação dependem de um maior reconhecimento da possibilidade da sua ocorrência. Conclui-se que serão necessários mais estudos sobre esta complicação, que permitam implementar estratégias preventivas e uniformizar a abordagem terapêutica.

0146

DOR ABDOMINAL SÚBITA APÓS ACETATO DE ULIPRISTAL

Ana Vanessa Santos, Filipa Caeiro, Bruna Ambrósio, Teresa Costa, Silva Pereira

Hospital Fernando Fonseca, Amadora, Portugal

Introdução: Os fibroleiomiomas são os tumores pélvicos mais comuns em mulheres e a sua orientação clínica deve ser individualizada. As opções terapêuticas disponíveis podem ser médicas, cirúrgicas ou técnicas de radiologia de intervenção. O Acetato de Ulipristal é um modulador selectivo dos receptores de progesterona que reduz o volume dos miomas e controla as hemorragias uterinas anómalas associadas, estando aprovado para o tratamento pré-cirúrgico de miomas sintomáticos.

Objectivos: Relatar um caso de degenerescência quística

de mioma após toma de Acetato de Ulipristal (Esmya®).

Metodologia: Consulta de processo clínico.

Resultados / Descrição do caso: Apresentamos o caso de uma mulher de 30 anos, nulípara, com antecedentes de útero miomatoso, que efectuou um ciclo de tratamento de três meses com Acetato de Ulipristal.

Dois meses após terminar o tratamento recorreu à urgência de Ginecologia por quadro de dor abdominal de início súbito. À observação apresentava abdómen globalmente doloroso com reacção peritoneal nos quadrantes inferiores esquerdos e colo doloroso à mobilização com dor à palpação dos fundos de saco vaginais.

Ecograficamente constatou-se massa pélvica sólida, multiloculada, com cerca de 19cm de maior diâmetro, colocando diagnóstico diferencial entre torção do ovário e mioma em degenerescência.

Na Ressonância Magnética Pélvica (RMN) essa formação aparentava tratar-se de um volumoso mioma com degenerescência quística.

Foi submetida a laparotomia exploradora onde se identificou uma massa uterina compatível com mioma com cerca de 20cm, que se excisou, tendo tido alta ao quarto dia de pós-operatório. O diagnóstico histológico foi compatível com fibroleiomioma com degenerescência quística.

Conclusões: O Acetato de Ulipristal parece ser um fármaco seguro e eficaz, estando associado a alterações endometriais habitualmente reversíveis. Contudo, é fundamental monitorizar o tratamento e reportar casos de reacções inesperadas para que possam ser estudados de forma a estabelecer ou não a sua relação com o tratamento com este novo fármaco.

0168

TUBERCULOSE ENDOMETRIAL: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Pedro Vieira Enes, Ariana Gomes, Graça Rodrigues, Anabela Ferreira

Centro Hospitalar Tâmega e Sousa – Unidade Padre Américo, Penafiel, Portugal

Introdução: A tuberculose continua a ser um problema de saúde global, principalmente em países em desenvolvimento. A doença pulmonar é a forma mais frequente de atingimento. Entre os modos de apresentação extra-pulmonar, a tuberculose genital é a segunda forma mais comum, correspondendo a 15 a 20% destas. A tuberculose endometrial é encontrada em 50 a 60 % das doentes com tuberculose genital.

Objectivos: Os autores pretendem apresentar um caso

incomum de tuberculose endometrial numa mulher assintomática.

Caso Clínico: Mulher, 66 anos, nulípara, assintomática, encaminhada para a consulta de Ginecologia por pequena quantidade de líquido endocavitário, identificado em ecografia pélvica endocavitária efetuada por rotina. A histeroscopia detetou endométrio atrófico que foi biopsado. O exame anatomopatológico revelou tuberculose endometrial. Não foi detetado o envolvimento de outros órgãos, pelo que foi iniciado terapêutica antibacilar.

Discussão e Conclusão: Os autores apresentam um caso de tuberculose endometrial numa mulher assintomática na pós-menopausa, uma situação atípica. O tratamento recomendado para a tuberculose genital é primariamente médico, com terapêutica antibacilar durante 9-12 meses. Neste caso a terapêutica médica foi curativa sem necessidade de procedimentos invasivos.

0169

SIRINGOMA VULVAR, UMA ENTIDADE RARA EM GINECOLOGIA

Inês Pereira¹, Vera Loureiro², Adelaide Vitorino³, Maria Helena Oliveira³, Carlos Veríssimo³

1. Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal

2. Hospital Distrital de Santarém EPE, Santarém, Portugal

3. Hospital Beatriz Ângelo, Loures, Portugal

Introdução: O siringoma é uma entidade patológica benigna encontrada raramente na vulva. Poucos artigos existem, reportados na literatura, acerca do siringoma vulvar. Pela sua singularidade, os autores consideraram interessante a apresentação deste caso, de modo a alertar para esta hipótese diagnóstica no contexto de patologia pruriginosa vulvar.

Objectivos: Reportar um caso clínico raro de siringoma vulvar numa mulher com quadro de prurido vulvar intenso.

Caso clínico: Mulher de 49 anos referenciada à Consulta de Patologia do Trato Genital Inferior do Hospital Beatriz Ângelo, por quadro de prurido vulvar intenso, com evolução insidiosa ao longo de um ano e interferência na qualidade de vida. Ao exame objectivo apresentava uma lesão papular, de aspecto verrucoso, que foi excisada com laser CO₂, sob anestesia local. O estudo anátomo-patológico da peça operatória revelou tratar-se de um tumor composto por pequenos quistos epiteliais e elementos ductais bem diferenciados de tipo écrino - características histológicas compatíveis com o diagnóstico de siringoma vulvar. O tratamento excisional foi realizado com intenção curati-

va, tendo a doente manifestado uma regressão completa dos sintomas na consulta subsequente e ausência de recidiva ao longo dos 12 meses de seguimento.

0171

DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA – EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL PROF. DR. FERNANDO FONSECA

Filipa Caeiro, Vanessa Santos, Teresa Diniz da Costa, José Silva Pereira

Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, Amadora, Portugal

Introdução: A doença inflamatória pélvica (DIP) é uma infecção polimicrobiana do tracto genital superior ascendente, implicando endometrite, salpingite, parametrite, ooforite, abscesso tubo-ovárico ou pelvi-peritonite. Além do quadro agudo, muitas vezes sub-diagnosticado ou sub-clínico, a DIP é responsável por lesões sequelares que implicam grande morbilidade: dor pélvica crónica, DIP recorrente, infertilidade e gravidez ectópica.

Objectivos: Analisar os casos de doença inflamatória pélvica (DIP) com tratamento em internamento no serviço de ginecologia do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, tendo em conta os fatores de risco para DIP, os critérios de internamento, o agente isolado, o tipo de tratamento, duração do internamento e recorrência/complicações.

Metodologia: Análise retrospectiva dos processos de DIP internados no nosso serviço entre Janeiro 2011 e Abril 2014.

Resultados e Conclusões: Durante o período estudado houve um total de 78 internamentos por DIP. Os principais factores de risco associados ao quadro foram o número de parceiros elevado e o uso de dispositivo intra-uterino. O principal critério de internamento foi a presença de abscesso tubo-ovárico (59%). Apenas foi isolado agente em 16% dos casos. O tratamento médico foi instituído em todos os casos, sendo necessário recorrer a cirurgia em 14% destes. A abordagem cirúrgica foi em 45% por laparoscopia. O tempo de internamento médio foi de 7 dias. O seguimento pós internamento foi conseguido em 68%, com elevada taxa de abandono das consultas, tendo-se identificado, neste período, recorrência em 5%, necessidade de envio para consulta de infertilidade em 6%, e necessidade de intervenção cirúrgica em 1%.

Estes resultados reiteram que a abordagem antibiótica endovenosa inicial na DIP complicada é bem sucedida, sendo necessária em apenas 14% intervenção ci-

rúrgica. As sequelas nesta amostra foram pouco expressivas (9%), pelo *follow-up* curto (máximo de 3 anos).

0172

ENDOMETRIOSE – EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL PROF. DR. FERNANDO FONSECA

Filipa Cacião, Vanessa Santos, Bruna Ambrósio,
Teresa Diniz da Costa, José Silva Pereira
Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, Amadora, Portugal

Introdução: A endometriose consiste na presença extra uterina de glândulas e estroma endometrial, tendo uma prevalência de cerca de 10% na população de mulheres em idade reprodutiva. Manifesta-se predominantemente por dismenorrea, dor pélvica crónica ou subfertilidade, podendo condicionar elevada morbilidade e impacto na qualidade de vida.

O seu tratamento tem como objectivos controlar a dor e, nos casos de infertilidade, promover a fecundação, podendo ser exclusivamente médico ou ter uma abordagem cirúrgica.

Objectivos: Analisar os casos de endometriose tendo em conta a idade no diagnóstico, a forma de manifestação inicial e o tratamento médico ou cirúrgico realizado.

Metodologia: Análise retrospectiva dos processos codificados com o diagnóstico de endometriose, no Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, entre Janeiro 2010 e Dezembro 2013 (4 anos).

Resultados e Conclusões: Foram obtidos um total de 78 casos, abrangendo 4 especialidades (ginecologia, cirurgia geral, cirurgia plástica e urologia).

A idade média no diagnóstico foi de 36 anos. A apresentação clínica em mais de metade dos casos foi sob a forma de dor pélvica crónica (51%). O tratamento médico-cirúrgico foi realizado na maioria dos casos (97%). No tratamento cirúrgico, a abordagem preferencial foi a laparoscópica (47%), realizando-se sobretudo: quistectomia (37%), anexectomia (21%) e adesiólise (15%). Procedimentos mais radicais, por laparoscopia (exereses de nódulos do septo recto-vaginal dos ligamentos útero-sagrados ou da prega vesico-uterina/bexiga), foram realizados em 21%. Por laparotomia predominaram os procedimentos com envolvimento intestinal (ressecção intestinal e colostomia) e associados a histerectomia, em 23% e 46%, respectivamente. Foram referenciadas para consulta de infertilidade 12% das mulheres.

Nesta amostra a atitude terapêutica, na maioria dos casos, implicou intervenção cirúrgica. Estes resultados

têm um provável viés, não só pela maioria dos casos seguidos em meio hospitalar serem os mais graves/sintomáticos, mas também por haver um eventual sub-diagnóstico dos casos de endometriose menos sintomáticos.

0193

REGRESSÃO DE CIN 2 EM MULHERES JOVENS – EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL DE CASCAIS

Sara Proença, Maria Inês Reis, Filipa Ribeiro,
Vera Cunha, Helena Santos e Pereira,
Rosalinda Rodrigues, Filomena Nunes
Hospital de Cascais, Cascais, Portugal

Introdução: O comportamento das neoplasias intra-epiteliais (CIN) difere no grau de displasia sendo a replicação viral de natureza benigna associada à regressão observada no CIN 1. A regressão espontânea observada no CIN 2 ocorre sobretudo em mulheres jovens sendo a taxa de progressão para CIN 3 muito baixa nesta população.

O objectivo do estudo foi avaliar o comportamento de CIN 2 em mulheres jovens assim como os factores associados à progressão ou regressão da doença.

Metodologia: Estudo retrospectivo de todas as mulheres menores de 25 anos referenciadas à Unidade de Colposcopia do Hospital de Cascais entre Janeiro de 2011 e 2013, por alteração colpocitológica com diagnóstico histológico na consulta de CIN 2.

Foram avaliados parâmetros demográficos, comportamentos sexuais, infecções sexualmente transmissíveis, contracepção e hábitos tabágicos. A regressão foi definida como três citologias consecutivas negativas e histologia sem displasia.

Resultados: Das cento e duas mulheres referenciadas à consulta de colposcopia por alteração colpocitológica em sete foi documentada histologicamente CIN 2. A taxa de regressão espontânea em dois anos foi de 29% (n=2), sendo que foi documentada progressão em 43% (n=3) e realizada terapêutica ablativa por incapacidade de vigilância em dois casos. Não foram encontrados factores associados à progressão da doença com validade estatística.

Conclusões: Apesar da população baixa deste estudo é possível evidenciar a regressão de CIN 2 em mulheres jovens, sendo a taxa sobreponível à de estudos existentes a dois anos. O tratamento destas lesões em jovens envolve uma atitude conservadora de vigilância, sendo as terapêuticas ablativas consideradas aquando a progressão ou não regressão da doença.

0199

ACHADOS CITO-COLPO-HISTOLÓGICOS EM MULHERES SUBMETIDAS A CONIZAÇÃO DO COLO UTERINO: CASUÍSTICA DE 2 ANOS DO CHMA

João Pedro Prata, Maria Manuel Torrão, Saritta Nápoles, Angelina Pinheiro
Centro Hospitalar do Médio Ave, Famalicão, Portugal

Introdução: A conização do colo uterino constitui um método excisional importante no diagnóstico e tratamento da neoplasia intraepitelial do colo, podendo impedir a sua progressão para cancro invasivo. Dado tratar-se de um procedimento cirúrgico não isento de riscos, a decisão para a sua realização deve basear-se em dados clínicos, colposcópicos e cito-histológicos, cujos resultados devem ser avaliados como factor de qualidade nas unidades de colposcopia.

Objectivos: Avaliação dos resultados histológicos de peças de conização do colo uterino de doentes do Centro Hospitalar do Médio Ave (CHMA), descrevendo os resultados de citologias, biópsias e achados colposcópicos prévios que justificaram a sua realização.

Metodologia: Estudo retrospectivo de 2 anos que incluiu mulheres submetidas a conização do colo uterino entre 1/jan/2012 e 31/dez/2013 no CHMA.

Resultados e Conclusões: Foram incluídas no estudo 197 mulheres submetidas a conização nesse período, com mediana de idades de 41 anos. A maioria das doentes foi referenciada à consulta de patologia cervical por alterações na citologia tais como LSIL (31%, n=62), ASC-US com teste HPV-AR positivo (29%, n=58) ou H-SIL (25%, n=49). Todas realizaram colposcopia e em 172 casos foram efectuadas biópsias dirigidas durante o exame. Das 108 colposcopias classificadas como Grau 1, a biópsia revelou lesões de CIN1 em 67% (n=72) dos casos; já quando classificadas como Grau 2 (n=64), foram evidentes em biópsia lesões de CIN2+ ou carcinoma num total de 53 casos (84%). No que diz respeito ao resultado histológico das peças de conização, a maioria mostrou lesões de CIN1, 2 ou 3 (49, 10 e 35% respectivamente), incluindo 5 casos de adenocarcinoma *in situ* e 2 casos de carcinoma invasor. Com este estudo foi possível analisar procedimentos adoptados no âmbito da consulta de Patologia Cervical do CHMA, adequando-os à prestação de serviços de qualidade às doentes, tendo-se constatado uma boa concordância cito-colpo-histológica.

0238

LINFOMA NÃO HODGKIN PRIMÁRIO DO ENDOMÉTRIO – UM CASO CLÍNICO

Paula Ambrósio, Rui Costa
Hospital Vila Franca de Xira, Vila Franca de Xira, Portugal

Introdução: O Linfoma Não Hodgkin (LNH) primário do tracto genital feminino é uma entidade rara, correspondendo a cerca de 1% de todos os linfomas extraganglionares. Nas últimas décadas tem-se assistido a um aumento da sua incidência, sendo a imunossupressão um dos principais factores de risco conhecidos.

Objectivos e metodologia: Os autores apresentam um caso de LNH primário do endométrio numa doente com história de hemorragia uterina anómala com 3 anos de evolução. A doente foi referenciada à consulta de Ginecologia do Hospital de Vila Franca de Xira em Novembro de 2012, tendo posteriormente sido submetida a histerectomia total com anexectomia bilateral após falência da terapêutica médica. Durante a avaliação diagnóstica foi-lhe detectada uma infecção a HIV 1 e 2 já com critérios de SIDA. O diagnóstico histológico complementado por imunohistoquímica revelou um linfoma não Hodgkin B de alto grau do endométrio (linfoma difuso B de células grandes). A doente foi referenciada à consulta de Hematologia do Centro Hospitalar de Lisboa Central (Hospital dos Capuchos) tendo sido submetida a quimioterapia sistémica, com resposta completa, encontrando-se actualmente em remissão.

Conclusões: Os linfomas primários do tracto genital inferior e, em particular, do endométrio são entidades raras e o seu diagnóstico é difícil dado o baixo nível de suspeição clínica e atendendo a que, na maioria dos casos, há preservação da arquitectura endometrial e miometrial na ecografia bem como dos parâmetros de sinal na avaliação por ressonância magnética. Embora a maior parte dos diagnósticos seja incidental e em peça cirúrgica, em doentes imunodeprimidas é um dos diagnósticos diferenciais possíveis, especialmente na presença de queixas ginecológicas persistentes.

0252

TUMORES SECUNDÁRIOS DA MAMA – NEM TUDO O QUE PARECE É

Ana Gonçalves Andrade¹, Catarina Gama Pinto², Lúcia Reis²

1. Maternidade Dr. Alfredo da Costa – Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa, Portugal

2. Hospital de Cascais, Lisboa, Portugal

Introdução: Os tumores secundários da mama corres-

pondem a cerca de 2% da totalidade dos tumores malignos deste órgão, sendo as neoplasias do sistema hematopoiético as mais frequentes e manifestando-se inicialmente pelo o aparecimento de lesão mamária suspeita.

Objectivos: Relembrar uma situação clínica rara com vista a melhorar a abordagem diagnóstica e assim optimizar a terapêutica e o desfecho para o doente.

Metodologia: Apresentação de um caso clínico de linfoma não-Hodgkin (LNH), inicialmente referenciado por nódulo da mama suspeito.

Resultados e Conclusões: Mulher de 73 anos, caucasiana, múltipara, sem antecedentes de terapêuticas hormonais, referenciada à consulta de Senologia por dois nódulos mamários esquerdos palpáveis, com tradução mamográfica de densificações estromáticas com 2 cm no quadrante supero-externo (QSE) esquerdo e com 5cm no prolongamento axilar, com espessamento cutâneo associado (BIRADS 5).

Ao exame objetivo palpava-se ainda uma adenomegalia supra-clavicular homolateral.

A ressonância magnética mamária identificou em situação profunda no QSE esquerdo, de localização pré-peitoral, massa sólida de limites irregulares com cerca de 15 mm de diâmetro, que poderia traduzir uma lesão atípica primária da mama, embora não se pudessem excluir igualmente uma adenopatia patológica pré-axilar. Na região axilar esquerda revelava volumosa massa sólida de contornos lobulados, com 5cm, sugestiva de conglomerado adenopático.

A tomografia computadorizada toraco-abdominal sugeriu doença linfoproliferativa com envolvimento supra-clavicular e axilar esquerdo, sendo menos provável a hipótese de neoplasia primária da mama com envolvimento adenopático secundário.

Foi efectuada biópsia ecoguiada de ambas as lesões que revelou infiltração por linfoma não-Hodgkin difuso de grandes células B.

A doente foi encaminhada para o Serviço de Hematologia.

Este caso descreve uma forma rara de apresentação do LNH, onde as avaliações clínica, imagiológica e anatomo-patológica foram essenciais para o tratamento adequado da doente evitando abordagens cirúrgicas invasivas e com morbilidade associada.

0279

CONIZAÇÃO E REPERCUSSÕES OBSTÉTRICAS CASUÍSTICA DO HOSPITAL DR. NÉLIO MENDONÇA NO FUNCHAL ENTRE 2009 E 2013

Filipa Abreu dos Santos, Sara Camâra, Filipe Bacelar,

Patrícia Silva, Fátima Fernandes, Isabel Oliveira

Hospital Dr. Nélio Mendonça, Funchal, Portugal

Introdução: A neoplasia cervical intraepitelial (CIN) é um precursor do carcinoma cervical (progressão em 5 a 12% dos casos) e é um diagnóstico comum em mulheres em idade fértil. O seu tratamento é realizado por técnicas ablativas ou excisionais, sendo a conização cervical uma técnica frequentemente utilizada na sua abordagem. Devido ao encurtamento do colo, à alteração das defesas imunológicas (excisão de glândulas e diminuição de produção de rolhão mucoso), à alteração da flora cervico-vaginal e ao risco de estenose cervical, acarreta um maior risco de complicações obstétricas em gravidezes futuras.

Objectivos: Avaliar os desfechos obstétricos de mulheres submetidas a conização prévia, na gravidez e parto seguintes.

Métodos: Efetuamos um estudo retrospectivo através da consulta de todos os processos de mulheres em idade fértil que realizaram uma conização cervical no nosso serviço entre 1 de janeiro de 2009 e 31 de dezembro de 2013. Todas as conizações foram realizadas com ansa diatérmica (LEEP) ou pelo método clássico.

Resultados: Das 243 mulheres em idade fértil que foram submetidas a conização, apenas 18 engravidaram após o procedimento, ocorrendo 19 novas gravidezes. Maioritariamente em múltiparas: 13 múltiparas (72,2%); 5 nulíparas (27,8%). As novas gravidezes corresponderam a 8 partos de termo (42,1%), 3 pré-termo (15,8%), 2 abortos espontâneos (10,5%), 2 interrupções voluntárias da gravidez (10,5%), 3 gravidezes evolutivas no 3º trimestre (15,8%) e 1 com desfecho desconhecido (5,3%).

Comentários: Apenas 7,4% das mulheres submetidas a conização em idade fértil voltaram a engravidar. O parto prematuro ocorreu em 15,8%, apesar de não poder ser extrapolado pois a análise casuística está limitada pelo seu pequeno número de casos.

0282

LINFOMA NÃO-HODGKIN PRIMÁRIO DA VAGINA – RELATO DE UMA ENTIDADE CLÍNICA RARA

Vera Silva¹, Paulo Correia¹, Nuno Oliveira¹, Marília Gomes², Maria Clara Coelho¹, Luís Sá¹

1. Serviço de Ginecologia, Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, Coimbra, Portugal

2. Serviço de Hematologia, Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, Coimbra, Portugal

Introdução: Os linfomas primários do aparelho geni-

tal feminino representam cerca de 1% de todos os linfomas primários extraganglionares. Os linfomas da vagina são muito raros e podem surgir em qualquer idade. São tumores infiltrativos que condicionam espessamento da parede vaginal e cuja apresentação clínica mais frequente é a hemorragia vaginal, podendo também apresentar-se como uma massa, com sintomas de dispareunia, leucorreia ou com sintomas urinários irritativos.

Caso Clínico: Os autores reportam um caso clínico de uma mulher de 52 anos, sem antecedentes pessoais de relevo e com antecedentes familiares de cancro da mama (mãe), que referia coitorragias desde há 2 meses, sem outros sintomas; ao exame ginecológico apresentava vestígios de sangue na vagina, colo do útero sem lesões visíveis e uma placa endurecida na parede vaginal posterior que invadia os fundos-de-saco vaginais e se estendia até 2cm do introito; ao toque retal era evidente uma formação tumoral com cerca de 6cm que não invadia a mucosa retal; a biópsia excisional com estudo a fresco da referida lesão revelou tratar-se de um linfoma maligno não-Hodgkin difuso de células grandes. A avaliação hematológica excluiu doença medular ou ganglionar; a paciente teve boa resposta à quimioterapia com antraciclina com regressão completa do tumor e sobrevida livre de doença atual de 72 meses.

Discussão: Um alto grau de suspeição é necessário para o diagnóstico desta entidade rara uma vez que estes tumores podem ter uma apresentação inespecífica, podem mimetizar o carcinoma de células escamosas e a biópsia sob colposcopia pode ter um resultado falso-negativo. Uma revisão da literatura mostra que uma boa resposta à terapêutica e um bom prognóstico são frequentes quando a doença é localizada.

0286

CASUÍSTICA DAS CONIZAÇÕES CERVICAIS NA REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA (5 ANOS)

Sara Câmara, Filipe Bacelar, Filipa Santos, Fátima Fernandes, Isabel Oliveira
Hospital Dr.Nélio Mendonça, Funchal, Portugal

Introdução: O rastreio do cancro do colo do útero na Região Autónoma da Madeira, é um Rastreio Oportunista, com referência para a Consulta de Patologia Cervical do Hospital Dr. Nélio Mendonça (Funchal).
Objetivos e Métodos: Estudo retrospectivo das conizações realizadas entre 1.2009 e 12.2013.

Resultados e Conclusões: Foram realizadas 284 co-

nizações: 267 primeiras conizações e 17 reconizações, por lesão residual (6%).

Relativamente às primeiras conizações (15 excluídas pelo diagnóstico histológico não estar disponível) (n=252), as mulheres tinham idades compreendidas entre os 21 e os 75 anos (= 39 anos, s = 9,6 anos). As indicações destas conizações foram: 29% por CIN3 (n=73); 25% por CIN2 (n=64); 12% por CIN1 em mulheres ≥ 35anos (n=30); 15% por discordância citologia – colposcopia – biópsia (c-cp-bp) (n=37); 9% por displasia não graduável (n=22); 6% por alterações, citológicas e colposcópicas de alto grau (n=16); 3,5% por alterações citológicas com colposcopia insatisfatória (n=9) e 1 por células glandulares atípicas na citologia e na biópsia.

Histologicamente 3,6% continham carcinoma microinvasivo; 0,4% adenocarcinoma *in situ*; 58,3% CIN2/3; 11,9% CIN1 e 25,8% não apresentava displasia. As mulheres com conização sem displasia, eram em média mais velhas (= 45 anos, s = 8,9 anos) e as principais indicações foram presença de CIN1 em mulheres com mais de 35 anos (30%) e discordância c-cp-bp (23%). Das conizações com lesão, as margens eram negativas em 66%, pelo menos uma margem estava afetada em 23% e não eram avaliáveis em 11%.

A altura média do cone foi 10,4 mm: 37% <10mm; 58% ≥10 e ≤15mm; 5% > 15mm.

A curetagem do endocolo – realizada após 87% das conizações (n=218) – continha lesão em 33 casos (15%).

Das conizações com *follow-up* ≥ 2 anos, 75% não apresentavam alterações na colposcopia e citologia ou na colposcopia, citologia e teste de HPV.

Obstetrícia

0014

EMBOLIA DE LÍQUIDO AMNIÓTICO A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Berta López, Claudia Tomás, Sílvia Couto, Iris Bravo, António Cordeiro, Fátima Romão
Serviço de Ginecologia, Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Introdução: A embolia de líquido amniótico é uma patologia obstétrica rara com um elevado índice de mortalidade materno-fetal. Parece existir uma reação do tipo anafilaxia em resposta à disrupção da barreira materno-placentária. São múltiplos os factores de ris-

co que parecem estar associados a esta patologia.

Objetivo: Os autores pretendem apresentar um caso clínico de uma provável embolia do líquido amniótico no contexto de uma ruptura uterina, bem como fazer uma revisão teórica sobre o tema.

Caso Clínico: Grávida de 31anos, IO: 0101 (1 cesariana em 2004 por pré-eclâmpsia às 32 semanas e 5 dias) sem antecedentes pessoais relevantes. Gravidez actual sem intercorrências, cesariana electiva às 40 semanas e 3 dias por falha de indução do trabalho de parto. Por iniciar quadro de dificuldade respiratória e alteração do estado de consciência foi submetida a anestesia geral. Intra-operatoriamente constatou-se ruptura uterina ao nível da cicatriz da cesariana anterior. Extração fetal sem dificuldade com nascimento de nado vivo de 3950gr e índice Apgar 6/8/10. No pós-operatório, após extubação, inicia quadro súbito de dificuldade respiratória compatível com edema agudo de pulmão, traduzindo provável embolia de líquido amniótico. Após a cirurgia foi transferida para a Unidade de Cuidados Intensivos para estabilização do quadro clínico, sendo posteriormente transferida para o serviço de Obstetrícia, de onde teve alta ao 6º dia pós-operatório.

Discussão: A embolia de líquido amniótico é uma patologia com expressão clínica variável, podendo-se manifestar sob a forma de edema agudo do pulmão sobretudo na presença de fatores de risco. Caracteriza-se essencialmente por sintomatologia cardio-respiratória de início súbito sendo, no entanto, um diagnóstico clínico de exclusão.

0018

MACROSSOMIA FETAL - CASUÍSTICA DE 2013

Bárbara Ribeiro, Nuno Barros, Catarina Pardal,

Joana Igreja, Carla Monteiro

Hospital de Braga, Braga, Portugal

Introdução: A macrossomia fetal é fator de risco para cesariana e parto instrumentado, risco materno de hemorragia pós-parto e laceração do trato genital. Também parece aumentar as lesões traumáticas no recém-nascido (RN) e o *outcome* fetal a longo prazo. Existem fatores de risco associados a macrossomia, nomeadamente fatores constitucionais e ambientais como a Diabetes Gestacional e a gestação pós-termo.

O objetivo deste trabalho foi caracterizar os RN macrossómicos nascidos em 2013 no bloco de partos do Hospital de Braga e determinar a sua prevalência.

Métodos: Tratou-se de um estudo transversal e descritivo. Foram selecionados todos os RN com mais de

4000 gramas nascidos em 2013 e recolhidas variáveis como idade materna, idade gestacional, sexo do RN, tipo de parto e existência de Diabetes Gestacional. Foram excluídos os RN de cesarianas eletivas.

Resultados: O número total de partos (excluindo as cesarianas eletivas) foi de 2383. A taxa de RN macrossómicos foi de 2,1% (n=50). No grupo dos RN macrossómicos, a taxa de cesarianas foi de 46% (n=23) e a de partos instrumentados de 22% (n=11). A maioria dos RN era do sexo masculino (74%) e 86% das mulheres tinham uma idade gestacional superior a 40 semanas. A média de idade materna foi de 32.6 anos e 30% das mulheres tinham mais de 35 anos. Apenas 6% tinham Diabetes Gestacional (n=3).

Conclusão: Na população estudada a percentagem de partos distócicos foi de 68%. O sexo masculino e a idade gestacional avançada parecem estar associados a macrossomia nesta população. Destaca-se a diminuída percentagem de antecedentes de diabetes gestacional nos fetos macrossómicos. Seria importante avaliar o aumento de peso durante a gestação e o Índice de Massa Corporal materno.

0019

APENDICITE AGUDA NO 3º TRIMESTRE DE GRAVIDEZ – IMPORTÂNCIA DE UM DIAGNÓSTICO PRECOCE – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Sara Coelho, Daniela Cavadas, Vanessa Olival,

Ana Cristina Nécio, André Correia, Margarida Enes,

Filomena Sousa, Leonor Manaças, Carla Freire Leitão,

Maria João Nunes, Ricardo Mira

Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa, Portugal

Introdução: A apendicite é a causa não obstétrica mais comum de cirurgia emergente na gravidez, sendo mais frequente durante o segundo trimestre. A incidência global não está aumentada na gravidez mas a gravidade geralmente é maior devido ao diagnóstico mais tardio.

Objectivos: Realçar a importância do diagnóstico e terapêutica precoces num caso de apendicite no 3º Trimestre da gravidez.

Metodologia: Revisão de um caso clínico e pesquisa bibliográfica com as palavras-chave: apendicite aguda e gravidez.

Resultados: Mulher de 38 anos, melanodérmica, múltipara, recorre ao serviço de urgência (SU) às 34 semanas de gravidez por dor abdominal nos quadrantes superiores, associada a anorexia, náuseas e fezes de consistência diminuída com 24h de evolução. Apirética.

Sem reação peritoneal. Tónus uterino normal. Cardiotocograma (CTG) categoria I. Análises sem alterações exceto Proteína C Reactiva (PCR) de 1.6 mg/dL. Fica internada para vigilância. Tem alta após 24h por melhoria do quadro clínico. Regressa ao SU 48h depois por contratilidade dolorosa tendo registado uma desaceleração no CTG e aumento da PCR para 7.8 mg/dL. Foi reinternada, verificando-se um agravamento do quadro algíco com migração da dor abdominal para o flanco e fossa ilíaca direita, sinal de Blumberg positivo e PCR 20 mg/dL. A doente é submetida a laparotomia por suspeita de apendicite aguda. No pós-operatório imediato verifica-se CTG de categoria III pelo que se faz uma cesariana emergente onde se observa a presença de um nó verdadeiro do cordão. A evolução foi favorável para mãe e filho. O resultado histológico revelou apendicite aguda gangrenosa com periapendicite.

Conclusões: A apendicite na gravidez, especialmente no 3º trimestre, é um diagnóstico dificultado pelo quadro clínico atípico e exames laboratoriais enganadores, requerendo um nível elevado de suspeição clínica afim de evitar a morbilidade e mortalidade materno-fetal associadas.

0020

DOR LOMBAR NA GRAVIDEZ

Sofia Silva Reis

USF São João do Pragal, ACES Almada-Seixal, Almada, Portugal

Introdução: A dor lombar é uma queixa frequente nas consultas de Saúde Materna, nos Cuidados de Saúde Primários e nas consultas de Obstetrícia, sendo responsável por incapacidade para as actividades da vida diária e absentismo laboral. O manejo inadequado da dor pode resultar em alteração do bem-estar, nomeadamente psicológico, com consequentes efeitos adversos para a gestação e para a relação mãe-bebé. A prescrição de fármacos deve ser ponderada.

Objectivos: Rever a prevalência da dor lombar na gravidez, a etiologia, factores de risco e a evidência científica sobre a segurança na gravidez dos fármacos mais frequentemente utilizados no tratamento da dor e de outras terapêuticas.

Metodologia: Pesquisa na *Pubmed* de artigos de revisão, estudos clínicos, meta-análises e *guidelines* em língua portuguesa e inglesa, publicados até 8 Abril 2014 utilizando os termos "*low back pain treatment pregnant*". Desta pesquisa obteve 124 artigos, dos quais foram excluídos 78, após a leitura dos resumos, por não

responderem aos objectivos. Foi também pesquisada, no *site* da *United States Food and Drug Administration* (FDA), a categoria de risco na gravidez dos fármacos frequentemente utilizados na dor.

Resultados e Conclusão: A dor lombar é bastante prevalente da gravidez - 50 a 85% - sendo a principal causa de absentismo laboral. As principais etiologias de dor lombar são as alterações na coluna lombo-sagrada e a dor pélvica posterior. O paracetamol é considerado o fármaco mais seguro, apesar de evidências recentes de aumento do risco de síndrome de hiperactividade e défice de atenção e malformações genitais masculinas. Uma abordagem multimodal é mais eficaz e deve ser o preconizado: fisioterapia, cintas de estabilização, neuroestimulação, acupuntura e fármacos. O uso de alguns fármacos (anti-inflamatórios não esteróides, opióides e adjuvantes) não é consensual, mas aceite quando o benefício supera o risco.

0026

BLOQUEIO CARDÍACO CONGÉNITO

Ana Catarina Massa¹, Isabel Freitas²,

Augusta Borges¹, Fátima Serrano¹

1. Maternidade Dr. Alfredo da Costa - Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa, Portugal

2. Serviço de Cardiologia Pediátrica, Hospital de Santa Marta - Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa, Portugal

Introdução: O bloqueio aurículo-ventricular (BAV) congénito na ausência de malformações cardíacas estruturais é uma patologia rara e potencialmente fatal. Em 90% dos casos está associado a Lúpus Eritematoso Sistémico com passagem transplacentária de anticorpos maternos anti-SSA/Ro e/ou anti-SSB/La. A corticoterapia materna tem mostrado um efeito benéfico nos casos de BAV de primeiro e segundo graus. Contudo, no BAV de terceiro grau os estudos têm mostrado resultados inconsistentes. Os autores apresentam dois casos clínicos.

Casos Clínicos: Caso 1: primípara, 34 anos, saudável, referenciada por bradicardia fetal mantida às 24 semanas de gestação. O ecocardiograma fetal revelou BAV de segundo/terceiro grau sem malformações estruturais aparentes. Foram detectados anticorpos maternos anti-SSA/Ro. Foi iniciada terapêutica materna com corticosteróides orais sem melhoria do bloqueio. Realizou-se cesariana electiva no termo com uma recém-nascida (RN) saudável. Ao 8º dia de vida foi colocado um *pacemaker* epicárdico. RN bem aos 10 meses de vida.

Caso 2: primípara, 34 anos com hipotiroidismo me-

dicado, referenciada por feto com BAV de terceiro grau e cavidades cardíacas dilatadas às 21 semanas de gestação. A avaliação materna revelou anticorpos anti-SSA/Ro e anti-SSB/La. Não foi efectuada terapêutica específica. Às 33 semanas de gestação, por queda das frequências auricular e ventricular fetais e após maturação pulmonar, foi efectuada cesariana electiva. Colocou-se um *pacemaker* externo, acabando o recém-nascido por falecer nas primeiras horas de vida.

Conclusão: Apesar da corticoterapia não ter sido eficaz na prevenção da progressão para bloqueio de terceiro grau ou fibrose, os autores pensam que a prematuridade poderá ter tido um papel importante na sobrevivência.

0056

RASTREIO DO PRIMEIRO TRIMESTRE IMPOSSÍVEL POR MARCADORES BIOQUÍMICOS BAIXOS - O QUE ESPERAR?

Mariana Mouraz¹, Sofia Saramago¹, Joana Cominho¹, Sara Proença¹, Maria Inês Reis¹, Sónia Pedroso¹, Rosalinda Rodrigues¹, Filomena Nunes¹, Stela Lopes²

1. Serviço de Ginecologia-Obstetrícia, Hospital de Cascais, Cascais, Portugal

2. Serviço de Análises Clínicas, Hospital de Cascais, Cascais, Portugal

Introdução: Está descrito na literatura que valores reduzidos da fração beta livre da gonodotrofina coriónica humana (β HCG-livre) e da proteína plasmática associada à gravidez (PAPP-A) no primeiro trimestre estão associados a resultados perinatais adversos, nomeadamente perda fetal precoce e anomalias fetais.

Caso Clínico: Descreve-se um caso de uma grávida, com história de pré-eclâmpsia nas duas gestações anteriores, cujo rastreio combinado do primeiro trimestre não foi possível determinar por valores muito baixos da β HCG-livre para a idade gestacional. Verificou-se igualmente valores inferiores ao normal para a PAPP-A, apesar da ecografia do 1º trimestre sem alterações aparentes. Decidiu-se realizar uma ecografia morfológica precoce tendo-se visualizado múltiplas malformações fetais. Foi efectuada amniocentese que demonstrou um cariótipo 69,XXX.

Conclusão: Os autores podem concluir que os marcadores bioquímicos do 1º trimestre são fundamentais no diagnóstico precoce de aneuploidias, não só nos casos de trissomia 21, 18 e 13, como também das triploidias.

0064

SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GRAVIDEZ ASSOCIADOS OU NÃO A PRÉ-ECLÂMPSIA

Cátia Ferreira, Sílvia Torres, Dânia Ferreira,

Carla Duarte, Pedro Figueiredo, Elsa Pereira, Cláudia Guerra

Centro Hospitalar Alto Ave, Guimarães, Portugal

Introdução: A gravidez pode induzir hipertensão arterial em grávidas previamente normotensas ou exacerbar condições de hipertensão crónica pré-existent. Os síndromes hipertensivos na gravidez estão associados a complicações maternas e neonatais, intimamente relacionadas com a existência ou não de pré-eclâmpsia (PE). A restrição de crescimento fetal (RCF), a prematuridade e a mortalidade neonatal são possíveis complicações da elevação da tensão arterial durante a gestação.

Métodos: Estudo retrospectivo dos síndromes hipertensivos na gestação ocorridos durante o ano de 2012 no Centro Hospitalar do Alto Ave (CHAA). As grávidas foram divididas em dois grupos, de acordo com a existência ou não de PE. Os dois grupos foram comparados, utilizando o SPSS v20.0®, em termos de fatores de risco, complicações obstétricas e outcomes neonatais.

Resultados: 64 grávidas foram incluídas no estudo: 26 apresentaram PE (grupo 1) e 38 tiveram um síndrome hipertensivo (hipertensão crónica ou hipertensão gestacional) no qual a PE não ocorreu (grupo 2).

No grupo 1, 15.4% dos casos de PE foram sobrepostos a hipertensão crónica, 26.9% ocorreram em mulheres com hipertensão gestacional e em 57.7% dos casos não existiu nenhuma síndrome hipertensiva prévio. Em relação aos fatores de risco, apenas a prevalência de nuliparidade e gravidez múltipla foram superiores no grupo 1. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos relativamente à prevalência de RCF, oligoâmnio e mortalidade neonatal. Os recém-nascidos cujas mães tiveram PE apresentaram maior prevalência de prematuridade (65.4% *vs.* 5.3%), um Índice de Apgar ao 1º minuto inferior (8.1 *vs.* 8.8) e uma maior necessidade de internamento na unidade de cuidados neonatais, com períodos de internamento mais longos (7.9 dias *vs.* 1.2 dias).

Conclusão: A nuliparidade e a gestação múltipla foram mais frequentes no grupo que desenvolveu pré-eclâmpsia. A ocorrência de PE conferiu um pior prognóstico em termos de *outcomes* neonatais.

0083

ESTADO FETAL NÃO TRANQUILIZADOR E CORRESPONDÊNCIA METABÓLICA NA GASIMETRIA DO CORDÃO UMBILICAL

Â. Melo, M. Morais, R. Veríssimo,

N. Nogueira Martins, F. Nogueira Martins

Departamento de Obstetrícia e Ginecologia,
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Viseu, Portugal

Introdução: A gasimetria do cordão umbilical representa um valioso marcador na investigação do estado metabólico do feto ao nascimento e serve como um indicador a incluir na avaliação da conduta obstétrica adotada.

Objetivos: Estabelecer se o diagnóstico de estado fetal não tranquilizador (EFNT) intraparto corresponde a alterações das gasimetrias do cordão umbilical ao nascimento.

Metodologia: Estudo prospetivo no qual foram recolhidas as gasimetrias do cordão umbilical de dois grupos, realizadas entre 01.09.13 e 31.01.14: um grupo de estudo incluindo as realizadas por EFNT, prematuridade, restrição de crescimento fetal e patologia da gravidez e/ou associada à gravidez; e um grupo controlo com as gasimetrias efetuadas em partos instrumentados sem diagnóstico de EFNT e em partos de gestações múltiplas sem patologia associada. Os dois grupos foram comparados relativamente ao pH arterial, défice de bases e índice de *Apgar* ao primeiro minuto, com recurso a *software IBM Statistical Package for the Social Sciences®* (SPSS) versão 21.

Resultados e Conclusões: No período referido foram feitas 136 gasimetrias, das quais 113 foram validadas. A idade médias das parturientes foi de 30,1 anos e a idade gestacional média no dia do parto foi de 38,5 semanas. Nenhuma destas variáveis apresentou diferença estatisticamente significativa entre grupos. Foi aplicado o teste *T-student* para amostras independentes para comparar o pH arterial, o défice de bases e o índice de *Apgar* ao primeiro minuto entre grupos. Foi estabelecido como valor de significado estatístico um $p \leq 0,005$. A comparação do pH arterial entre os dois grupos obteve um $p=0,343$; do défice de bases um $p=0,525$; e do índice de *Apgar* um $p=0,037$.

Apenas o índice de *Apgar* ao primeiro minuto teve diferença estatisticamente significativa entre grupos. Colocar o diagnóstico de EFNT pode conduzir, em determinadas circunstâncias, a extrações fetais precoces em que o estado ácido-base fetal não suporta o diagnóstico.

0097

RASTREIO DE INFEÇÕES NA GRAVIDEZ: DESCRIÇÃO DO PERFIL SEROLÓGICO DE UMA AMOSTRA

Margarida Cunha, Rita Luz, Cristina Costa, Isabel Matos
Centro Hospitalar de Setúbal, Setúbal, Portugal

Introdução: As infeções de transmissão vertical e perinatal constituem uma causa significativa de morbimortalidade neonatal. Em Portugal, o seu rastreio está bem sistematizado, contribuindo para a melhoria dos indicadores de saúde materno-infantil.

Objetivo: Avaliar a imunidade e seroconversão durante a gravidez para a rubéola, toxoplasmose, sífilis (VDRL), vírus da imunodeficiência humana (VIH), hepatite B (VHB) e o *Streptococcus* do Grupo B (SGB), numa amostra de grávidas do Centro Hospitalar de Setúbal (CHS).

Métodos: Estudo retrospectivo, descritivo, através da consulta de processos clínicos de recém-nascidos (RN), cujo parto ocorreu entre julho e outubro de 2013 no CHS ($n=538$). Procedeu-se à análise das serologias maternas e colonização por SGB, à data da alta hospitalar, com distinção das mulheres de nacionalidade portuguesa (P) e estrangeira (E).

Resultados: Constatou-se imunidade para a rubéola em 92,4% dos casos (92,9% P vs 87,3% E); a imunidade para a toxoplasmose foi de 19,7% (18,6% P vs 29,1% E), tendo sido detetado um caso de seroconversão às 31 semanas, que cumpriu profilaxia com Espiramicina. O RN apresentou IgM negativa e IgG positiva. Apenas 6 mulheres portuguesas apresentaram reatividade para o VDRL (1,1%), com TPHA positivo em três destes casos. Não se detetaram casos de sífilis congénita sintomática. Verificou-se positividade para o AgHBs em 0,9% dos casos ($n=4$ P vs $n=1$ E) e para o HIV em 0,4% (duas mulheres portuguesas). A colonização para SGB foi positiva em 9,9% (9,5% P vs 12,7% E) e desconhecida em 22,3% dos casos.

Conclusões: A aferição da seroprevalência das infeções com transmissão vertical é imprescindível na adequação dos programas de rastreio e sensibilização das diversas populações de grávidas. Na amostra estudada, constatou-se imunidade elevada à rubéola; para a toxoplasmose, a imunidade foi inferior entre as portuguesas, o que está de acordo com a literatura.

0122

RECÉM-NASCIDOS MACROSSÓMICOS – QUE DESFECHO?

Rubina Mendonça, Rita Luz, Rui Leal,
Helena Machado, José Raimundo, Cidália Martins,
Vítor Gabriel, Isabel Matos
Centro Hospitalar de Setúbal E.P.E., Setúbal, Portugal

Introdução: A macrosomia fetal (peso ≥ 4000 g ou peso no percentil ≥ 90 para a idade gestacional) é apon-

tada como uma das principais causas de morbilidade e mortalidade perinatais, morbilidade materna e parto por cesariana.

Objetivos: Avaliar retrospectivamente a morbilidade/mortalidade materna e perinatal nos casos de parto com recém-nascido (RN) ≥ 4000 g.

Metodologia: Estudo retrospectivo das complicações maternas e neonatais e tipo de parto em RN com peso ≥ 4000 g decorridos num período de 24 meses.

Resultados: Dos 3526 partos do referido intervalo, 164 partos - 4.7% cursaram com RN ≥ 4000 g. O parto por cesariana neste grupo foi cerca de 50%, com motivo mais frequente, a incompatibilidade feto-pélvica.

As complicações neonatais mais prevalentes no grupo estudado: hipoglicémia, icterícia, dificuldade respiratória, internamento em unidade de neonatologia, foram semelhantes no parto vaginal e na cesariana. Não se documentou nenhum caso de morte perinatal ou de sequelas neurológicas permanentes. Por via vaginal, a referir uma lesão do plexo braquial, que teve boa recuperação após fisioterapia.

Relativamente às complicações maternas a referir uma laceração grau IV, em mulher sem episiotomia, mas sem complicações posteriores registadas. A taxa de episiotomia foi de 75%.

Conclusões: A macrosomia pode estar associada a traumatismos graves, por vezes irreversíveis para o RN, lacerações do canal de parto nos casos de parto vaginal, e aumento de partos por cesariana.

A identificação de factores de risco pode permitir uma intervenção atempada, monitorização mais estreita durante a gravidez e planeamento do tipo parto no sentido de se evitarem danos graves e irreversíveis.

A macrosomia fetal pode aparecer sem factores de risco associados sendo diagnosticada apenas ao nascimento pelo que, na prática clínica não há possibilidade de a prever sempre e prevenir todas as complicações decorrentes.

0125

CASO CLÍNICO INESPERADO!

Elisa Pereira², Mariana Torres¹, Claudia Vinagre¹, Luis Canelas¹, Vítor Gonçalves¹

1. HGO, Almada, Portugal, 2HESE, Évora, Portugal

Introdução: O Síndrome Hemolítico-urémico (SHU) compreende: anemia hemolítica microangiopática, insuficiência renal aguda de grau variável e trombocitopenia, associado a elevada morbilidade e mortalidade. A gravidez e o puerpério podem ser fatores precipi-

tantes e o diagnóstico diferencial com outras patologias pode ser muito difícil.

Objetivo: Apresentação de um caso clínico obstétrico imprevisível.

Caso Clínico: Mulher de 31 anos, grávida de 38 semanas, de baixo risco, recorreu ao Serviço de Urgência por mal-estar, dor abdominal, vômitos e febre. Foi internada no Bloco de partos e submetida a cesariana emergente, sob anestesia geral balanceada, por suspeita de sofrimento fetal e de DPNI (descolamento da placenta normalmente inserida). Constatou-se hematoma volumoso e perdas hemáticas significativas, durante a cirurgia, com repercussão laboratorial. No pós-operatório verificou-se oligúria, dispneia e hemoptises. Face ao quadro de diátese hemorrágica com hematuria e hemoptises, insuficiência renal aguda, anemia com esquizócitos, trombocitopenia e LDH aumentada assumiu-se provável SHU. Nas 1^{as} 24 horas manteve hemoptises francas e hipertensão arterial grave pelo que foi pedida colaboração da Pneumologia, prescreveu-se terapêutica anti-hipertensora e realizou-se transfusão de concentrado de eritrócitos. Foi realizada broncofibroscopia que revelou laceração da parede posterior da traqueia, colocando-se como hipótese diagnóstica laceração traumática da traqueia após intubação oro-traqueal. Após tratamento médico verificou-se melhoria do quadro clínico com resolução das hemoptises e melhoria analítica gradual significativa. A hipótese de SHU foi descartada e admitiu-se como diagnóstico mais provável: pré-eclâmpsia complicada com hemorragia peri-parto no contexto de DPNI e posteriormente por hemorragia da traqueia, com repercussão renal por hipovolémia.

Discussão e Conclusão: No caso clínico apresentado a laceração da traqueia não foi apercebida pela equipa anestésica, pelo que no período pós-operatório a doente desenvolveu sintomas que foram mal interpretados e associados a SHU. Esta é uma situação rara, pouco relatada, com consequências graves que implica um diagnóstico e tratamento adequado precoce.

0129

AUMENTO PONDERAL NA GRAVIDEZ E HÁBITOS NUTRICIONAIS

Joana Aidos, Ana Helena Fachada, Joana P. Almeida, Nuno Nogueira Martins
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE, Viseu, Portugal

Introdução: O aumento ponderal gestacional excessivo ou insuficiente associa-se a repercussões que afec-

tam de forma directa ou indirecta a própria gestação, o parto e o puerpério.

Face a uma elevada prevalência de excesso ponderal na população portuguesa em idade fértil, é relevante avaliar a adequação do aumento ponderal gestacional e a sua relação com factores nutricionais e dietéticos.

Objectivos: Avaliar o aumento ponderal na gravidez e verificar se existe relação com o índice de massa corporal (IMC) pré-concepcional, hábitos nutricionais e realização de exercício na gestação.

Materiais e métodos: Amostra constituída por puérperas cujo parto teve lugar no Departamento entre Março e Maio de 2014. As variáveis em estudo foram o IMC pré-concepcional, o aumento ponderal gestacional, a constatação de mudança dos hábitos nutricionais, o aumento do consumo de frutas e legumes, o tabagismo, a toma de suplementos vitamínicos durante a gestação, a realização de exercício na gravidez e apoio nutricional com nutricionista. A análise estatística foi efectuada através do programa IBM *Statistical Package for the Social Sciences*® (SPSS) versão 21.

Resultados e Conclusões: Foram estudadas 125 puérperas: 36% apresentavam excesso de peso no início da gravidez, 40% apresentaram ganho ponderal excessivo e 18,4% menor que o recomendado. Verificou-se que existe associação significativamente estatística entre o aumento de peso e IMC pré-concepcional ($p < 0,001$) e mudança de hábitos nutricionais ($p < 0,05$). Não houve associação entre aumento de peso e aumento de consumo de frutas e legumes, tabagismo, suplementos vitamínicos, consulta com nutricionista e realização de exercício na gravidez. Face à alta taxa de aumento de peso inadequado e suas potenciais repercussões, devem-se promover medidas de monitorização e correcção de um eventual aumento ponderal inadequado.

0132

SEQUELAS DE QUEIMADURA ABDOMINAL E GRAVIDEZ - CASO CLÍNICO

Ana Cristina Nêrcio, Fátima Serrano

CHLC, Lisboa, Portugal

Durante a gravidez ocorrem alterações fisiológicas na pele do abdómen e no tecido conjuntivo subjacente que permite acomodar o útero em expansão e o crescimento fetal. Condições que afectam a normal distensão abdominal, como as situações de queimadura abdominal ou outras, como a esclerodermia, vão comprometer o curso da gravidez. As principais complicações relacionadas com as cicatrizes abdominais são dor ab-

dominal, prurido e sensação de queimadura, mais proeminente na segunda metade da gravidez.

A literatura sobre a gravidez em mulheres com queimaduras abdominais é escassa. Estão descritas diferentes abordagens que incluem tratamento médico com recurso a analgésicos e tratamento cirúrgico com cirurgia de descompressão.

Primigesta de trinta e nove anos de idade com antecedentes de queimadura abdominal extensa aos cinco anos com gásóleo que afectou toda a região anterior deixando sequelas fibróticas na face, tronco, abdómen e coxas.

Gravidez vigiada em Angola até às 27 semanas altura em que veio para Portugal sendo referenciada à nossa consulta por dor, receio de parto pré-termo e risco de deiscência das retracções cutâneas pelo estiramento da pele do abdómen.

O parecer da cirurgia plástica foi a de que a cirurgia de descompressão não apresentava vantagem e que a fibrose pós-cirúrgica poderia reduzir ainda mais a cintura abdominal.

Embora a fibrose abdominal tenha condicionado severamente a distensão abdominal, a dor embora intensa foi controlada com analgésicos orais e uma vigilância apertada da gravidez culminou num recém-nascido de termo saudável por parto eutócico.

As sequelas fibróticas no tronco causaram complicações pós-natais com incapacidade de amamentar devido a distorsão do mamilo esquerdo encarcerado nas alterações cutâneas.

0134

ANGIOEDEMA HEREDITÁRIO NA GRAVIDEZ – CASO CLÍNICO

Diana Vale¹, Isabel Santos Silva¹, Fabiana Ramos², Maria Céu Almeida¹, Eulália Galhano³

1. Serviço Obstetrícia B, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

2. Serviço Genética Médica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, e Faculdade Medicina Universidade Coimbra, Coimbra, Portugal

3. Centro de Diagnostico Pré-Natal da Maternidade Bissaya-Barreto, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução: O angioedema hereditário, doença rara, é causado pela deficiência do inibidor C1 (C1-INH), tendo uma prevalência estimada de 1:10-50.000. A classificação do HAE-C1-INH divide-se em duas variantes fenotípicas: subtipo I (85%) e o subtipo II (15%). Trata-se de uma situação de hereditariedade autossómica dominante, expressividade variável, e pene-

trância alta no sexo feminino, com quadro clínico mais grave. O diagnóstico é feito por doseamento serológico do inibidor C1, ou estudo molecular do gene SERPING1. A gravidez pode aumentar a frequência das crises, nomeadamente no primeiro e terceiro trimestres. No tratamento agudo, e na profilaxia pré-parto, está recomendada a administração de concentrado inibidor de C1 (pdhC1INH) na dose de 20U/Kg. Outras opções terapêuticas: ácido tranexâmico ou plasma fresco congelado. Complicações durante o parto vaginal são raras. Cada caso deve ser tratado de acordo com a gravidade da sintomatologia.

Discussão: Primigesta encaminhada, às 15 Semanas gestação, para o Centro de Diagnóstico Pré-Natal, por antecedentes pessoais e familiares de angioedema hereditário. O estudo molecular do gene SERPING1 realizado à grávida, identificou a mutação c.974T>C (p.M325T) no exão 6 do gene, permitindo a avaliação do recém-nascido em risco e orientação terapêutica precoce. Gravidez decorreu sem intercorrências. Por indicação do imunoalergologista, foram administradas duas ampolas (500IU) concentrado de C1-Inibidor antes do parto. Às 40S+6d, ocorreu um parto eutócico espontâneo, apresentando o recém-nascido do sexo masculino, um APGAR 5/9/10 e peso de 3350gr. O puerpério decorreu sem complicações. Manteve-se vigilância até à revisão pós-parto com indicação terapêutica, se agravamento da sintomatologia.

Conclusão: Perante um diagnóstico confirmado, a abordagem da grávida deve ser multidisciplinar. O estudo familiar alargado permite identificar os indivíduos afetados, e um melhor planeamento da gravidez. A indicação para um diagnóstico pré-natal molecular não é consensual, sendo o diagnóstico genético pré-implantação uma opção. Relativamente aos métodos contraceptivos: os estrogénios devem ser evitados.

0135

DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO NAS SITUAÇÕES DE FÉMUR CURTO: REVISÃO DE 4 CASOS CLÍNICOS

Diana Vale¹, Inês Gante¹, Ana Isabel Rei², Fabiana Ramos³, Lina Ramos³, Sérgio Sousa³, Miguel Branco², Eulália Galhano²

1. Serviço Obstetria B, Centro Hospitalar de Coimbra, Coimbra, Portugal

2. Centro de Diagnóstico Pré-Natal da Maternidade Bissaya-Barreto, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal, 3.Serviço Genética Médica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução: Fémur curto define-se como correspondendo a um percentil inferior ao 5 para a respectiva idade gestacional. Existem vários diagnósticos diferenciais: displasia esquelética, aneuploidias, síndromes metabólicas/genéticas, restrição de crescimento intra-uterino, não descartando a possibilidade de erro na determinação idade gestacional, ou feto constitucionalmente pequeno. A acondroplasia é a displasia esquelética mais comum. Caracteriza-se por encurtamento rizomélico dos membros e macrocefalia. A hipocondroplasia distingue-se da acondroplasia, a nível clínico e radiográfico. Nesta, verifica-se um menor atinimento do desenvolvimento motor, e os sintomas decorrentes da compressão da medula espinhal são menos comuns. Ambas as patologias são de hereditariedade autossómica dominante e ocorre na sua maioria em casais com estatura normal.

Objectivo: Diagnóstico e abordagem do fémur curto e sua investigação etiológica.

Metodologia: Análise retrospectiva de 4 casos referenciados ao centro diagnóstico pré-natal (CDPN) com diagnóstico de fémur inferior ao P5 para idade gestacional.

Resultados: São apresentados quatro casos, orientados ao CDPN, por motivo de encurtamento de ossos longos, cujas sucessivas avaliações, permitiram o diagnóstico de hipocondroplasia num caso, acondroplasia em dois casos e outro caso sugestivo de baixa estatura familiar. Neste último, em pós-natal perante a desaceleração acentuada do crescimento com luxações recorrentes, o diagnóstico de baixa estatura familiar foi reavaliado, tendo de momento sido colocada a hipótese de uma condrodisplasia com luxações congénitas.

Conclusão: O fémur curto é um marcador inespecífico de patologia fetal e um desafio ao diagnóstico diferencial. É fundamental ter em consideração a estatura média familiar, o padrão de crescimento durante a gestação e eventuais anomalias associadas na avaliação dos achados clínicos. Apesar de menos frequentes, as displasias esqueléticas não devem ser esquecidas no diagnóstico diferencial, especificamente situações não letais e de manifestação tardia em pré-natal, como a acondroplasia e hipocondroplasia.

0139

AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DO RASTREIO ECOGRÁFICO VS RASTREIO COMBINADO NA DETECÇÃO DE ANEUPLOIDIAS FETAIS NO 1º TRIMESTRE

Rita Medeiros, Inês Ramalho, Helena Gonçalves,

Sofia Franco, Filomena Coelho, José Sousa Barros,
Paulo Moura

Serviço de Obstetrícia A, Maternidade Daniel de Matos,
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Objetivo: Avaliação da eficácia do rastreio ecográfico e do rastreio combinado na deteção de aneuploidias fetais no 1º trimestre.

Material e métodos: Análise retrospectiva dos processos clínicos das gestações de feto único com risco aumentado de aneuploidia fetal no 1º trimestre, da Maternidade Daniel de Matos, entre janeiro de 2011 e abril de 2014. Foram considerados 2 grupos: A-translucência da nuca (TN) superior p95 e B-rastreio combinado positivo (com TN normal).

Resultados: Foram incluídas no estudo 149 grávidas, 76 no grupo A e 73 no grupo B. A idade materna média foi 32,87 [21-41] e 34,88 [24-46] anos, sendo primigestas 46,1% e 35,6%, respectivamente. No grupo A realizaram técnica invasiva 71 pacientes - 46 amniocenteses e 25 biópsias das vilosidades coriônicas (BVC) (2 recusaram e ocorreram 3 abortamentos espontâneos antes da técnica), tendo-se verificado 8 casos de trissomia 21, 2 de trissomia 18 e 1 de síndrome de Di-George (15,49% de anomalias cromossómicas). No grupo B realizaram técnica invasiva 69 pacientes - 51 amniocenteses e 8 BVC (3 recusaram e 1 não foi realizada por impossibilidade técnica por volumoso mioma), tendo-se verificado 4 casos de trissomia 21, 1 de trissomia 13 parcial e 1 cariótipo 46, XY, de (15) (p11.2) (sendo o pai portador da mesma alteração) (7,24% de anomalias cromossómicas). Em todos os casos de trissomia foi feita a interrupção médica da gravidez.

Conclusões: No grupo A foram detetados o dobro dos casos de anomalias cromossómicas que no grupo B, validando a elevada acuidade do rastreio ecográfico. No grupo B, a alteração dos marcadores bioquímicos foi responsável por um menor número de casos detetados, não sendo no entanto de desconsiderar a validade deste rastreio.

0145

HERPES GESTACIONAL – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Renata Veríssimo¹, Cecília Urzal¹, Teresa Carvalho²,
Manuela Oliveira³, Nuno Nogueira Martins¹,
Isabel Torres¹

1. Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Centro Hospitalar
Tondela-Viseu, Viseu, Portugal

2. Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar Tondela-Viseu,

Viseu, Portugal, 3Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Viseu, Portugal

Introdução: O herpes gestacional é uma dermatose bolhosa rara que surge na gravidez, com uma prevalência estimada em cerca de uma a cada 50000 gestações. Deve-se a um fenómeno de autoimunidade mediado por uma imunoglobulina G específica da membrana basal na epiderme que origina a resposta imune, com formação de vesículas sub-epidermóides e bolhas cutâneas.

Objetivos: Revisão do tema a propósito de um caso clínico.

Metodologia: Grávida primípara de 29 anos que recorreu ao Serviço de Urgência às 31 semanas e 3 dias de gestação por um quadro de lesões papulosas e pruriginosas, localizadas predominantemente aos membros inferiores e abdómen, com agravamento progressivo ao longo de 3 semanas e evolução recente para vesículas cutâneas. Foi internada para tratamento sintomático após avaliação por Dermatologia, que corroborou a hipótese diagnóstica. Foi medicada com corticóides e anti-histamínicos orais e efectuou anti-bioterapia tópica. Durante o internamento realizou biópsia cutânea que confirmou o diagnóstico. Teve alta hospitalar ao quinto dia de internamento, com melhoria clínica dos sintomas e das lesões e indicação para seguimento em ambulatório.

Resultados e Conclusões: A vigilância foi realizada de forma bimensal até as 37 semanas e 5 dias de gestação, altura em que decorreu o parto, que foi espontâneo e eutócico, e do qual resultou nado vivo do sexo feminino, com 3700g e índice Apgar 9/10/10. A paciente teve alta 4 dias após o parto e às 6 semanas pós-parto confirmou-se a remissão completa das lesões cutâneas.

No herpes gestacional o prurido cutâneo pode ser severo. O parto pré-termo e a restrição de crescimento fetal podem ocorrer, levando a uma recomendação de vigilância obstétrica específica. Lesões semelhantes podem afectar até cerca de 10% dos recém-nascidos e desaparecem espontaneamente após algumas semanas. A doença surge frequentemente em gestações subseqüentes, mas pode alternar com gestações sem herpes gestacional.

0147

COMPLICAÇÕES DA REALIZAÇÃO DE AMNIOCENTESE NA UNIDADE DE DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL DO HOSPITAL PROFESSOR DOUTOR FERNANDO FONSECA

Laura Reis, Mariana Miranda, Sara Nascimento,

Diogo Bruno, Antónia Nazaré, Fernanda Matos
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, Lisboa, Portugal

Introdução/Objetivos: A amniocentese é uma técnica invasiva de diagnóstico pré-natal (DPN) que permite a recolha de líquido amniótico (LA) para variados estudos. É uma técnica frequentemente utilizada e considerada segura; no entanto, sendo uma técnica invasiva, tem riscos associados, como aborto, perda de LA, metrorragias ou traumatismo fetal. O nosso objectivo foi determinar qual a taxa de complicações associadas à amniocentese na unidade de DPN do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca (HFF), com particular enfoque na taxa de perda fetal.

Material e Métodos: Realizámos um estudo observacional retrospectivo das grávidas que realizaram amniocentese na unidade de DPN do HFF no ano de 2013, recorrendo à consulta de processos clínicos. A análise de dados foi realizada em *Numbers 3.2*® (Apple Inc., EUA).

Resultados: Durante o ano de 2013, foram realizadas 321 amniocenteses na nossa unidade de DPN, tendo como motivos mais frequentes: idade materna (65.4%), rastreio do primeiro trimestre positivo (14.6%) e alterações morfológicas em ecografia (12.1%). A idade materna média foi de 35.8 anos. Houve complicações em dois casos: uma hemorragia vaginal associada a descolamento coriónico e um aborto, correspondendo a uma taxa de complicações global de 0.6% e a uma taxa de aborto de 0.3%.

Conclusões: Foram realizadas 321 amniocenteses na unidade de DPN do HFF em 2013, com uma taxa de complicações global de 0.6% e uma taxa de aborto de 0.3%, taxa esta que está de acordo com o descrito na literatura (1/300 - 1/500). É uma técnica invasiva mas segura, se adequadamente realizada por pessoal treinado.

0155 DIABETES INSÍPIDA NEFROGÉNICA E GRAVIDEZ

Rita Martins, Ana Edral, Margarida Gadelha,
Ana Silva, Olga Viseu
Centro Hospitalar do Algarve - Unidade de Faro, Faro, Portugal

Introdução: A Diabetes Insípida caracteriza-se por um quadro de poliúria e polidipsia. Esta patologia envolve alterações do metabolismo da hormona anti-diurética (ADH). Pode ser classificado pela sua etiologia como central (neurogénico), periférico (nefrogénico), psicogénico ou gestacional.

Objectivo: Apresentação de um caso raro, de uma gravidez em mulher com diabetes insípida nefrogénica.

Métodos: Revisão do processo clínico da grávida e da literatura sobre o tema.

Resultados e Conclusões: O caso apresentado refere-se a uma grávida de 30 anos, primigesta, com diabetes insípida nefrogénica, com agravamento durante a gestação, chegando a ingerir 14 litros de água por dia, necessitando de ajustes na terapêutica com desmopressina e controlo rigoroso da sua hipertensão arterial. Esta gravidez foi terminada às 38 semanas por difícil controlo tensional e foi um sucesso obstétrico após um acompanhamento apertado durante toda a gravidez, parto e puerpério. O parto foi por cesariana por suspeita de sofrimento fetal, resultando um recém-nascido com 3060 g, com índice de *Apgar* ao 1º e 5º minutos de 9 e 10, respetivamente. A diabetes insípida nefrogénica é uma patologia rara, e quando estas mulheres engravidam necessitam de um seguimento de proximidade pelo frequente agravamento da doença e a sua associação com pré-eclâmpsia. A literatura sobre este tema é escassa, pois os casos de grávidas com esta patologia são relativamente raros.

0161 INDUÇÃO DE TRABALHO DE PARTO APÓS ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS – EPIDEMIA DE CESARIANAS?

Olga Alves, Verónica São Pedro, Günes Karakus,
Judite Matias
Hospital de Santarém, Santarém, Portugal

Introdução: A Rotura prematura de membranas é uma causa frequente de indução de trabalho de parto, com o objectivo de reduzir o risco de infecção materna e neonatal. No entanto, associado á indução está o aumento de risco de parto por cesariana.

Objectivos: Conhecer a taxa de indução de trabalho de parto em mulheres admitidas com rotura prematura de membranas no Hospital de Santarém e a sua associação com o parto por cesariana.

Metodologia: Estudo retrospectivo dos processos com o código ICD9 65811 - Rotura prematura de membranas admitidas no Hospital de Santarém no ano de 2013. Critérios de inclusão: nulíparas de termo e múltiparas de termo sem antecedentes de cesariana.

Resultados: Dos 81 casos incluídos no grupo de nulíparas 38% (31 casos) foram submetidas a indução. Ocorreram 27 partos por cesariana, 13 dos quais após indução (*odds ratio* 1.857, IC0.72 a 4.77). O fármaco mais usado

para a indução neste grupo foi o misoprostol (77%).

Dos 47 casos incluídos no grupo de múltiparas 17% (8 casos) foram submetidos a indução. Neste grupo ocorreram 6 partos por cesariana, 1 dos quais sujeito a indução (*odds ratio* 0.971, IC 0.097 a 9.65). A oxitocina foi o fármaco mais frequentemente usado - 7 casos (88%).

A nuliparidade é assim um importante factor de risco para a indução de trabalho de parto (*odds ratio* 3.025, IC 1.25 a 7.30) e o parto por cesariana.

Conclusão: A criação de protocolos bem definidos para indução de trabalho de parto, quais as grávidas a induzir e com qual fármaco são as melhores medidas para tentar reduzir induções mal conduzidas e alguns dos partos por cesariana.

0177

INTERRUPÇÕES MÉDICAS DA GRAVIDEZ POR DEFEITOS DO TUBO NEURAL NO HOSPITAL DE VILA REAL

Marlene Andrade, Patrícia Correia, Herculano Martins, Osvaldo Moutinho

Centro Hospitalar de Trás-Os-Montes e Alto Douro - Hospital de Vila Real, Vila Real, Portugal

Introdução: Os defeitos do tubo neural são malformações congénitas frequentes que ocorrem devido a uma falha do encerramento adequado do tubo neural embrionário. São a segunda malformação congénita mais frequente, depois das malformações cardíacas. Para a avaliação e prevenção dos defeitos do tubo neural têm contribuído: os programas de rastreio maternos, a ecografia e determinação da alfa-feto proteína no líquido amniótico para diagnóstico dos fetos afetados e a orientação para uma dieta correta e ingestão de ácido fólico.

Objetivos: Analisar o número de interrupções médicas da gravidez por defeitos do tubo neural no Hospital de Vila Real.

Metodologia: Estudo retrospectivo que inclui todas as interrupções médicas da gravidez por defeitos do tubo neural após diagnóstico pré-natal, em qualquer idade gestacional.

Resultados: De 2008 a 2013 foram registadas 85 interrupções médicas da gravidez. Foram identificados 13 interrupções médicas da gravidez motivadas por defeitos do tubo neural (15,7%): 6 casos de mielomeningocele (46.1%), 2 casos de encefalocele (15.4%), 3 casos de anencefalia (23.1%) e 2 casos de espinha bífida oculta (15.4%).

Conclusões: Os defeitos do tubo neural apresentam

um espectro clínico variável, sendo os mais comuns a anencefalia e a espinha bífida. O defeito do tubo neural que mais motivou a interrupção médica da gravidez, no nosso estudo, foi o mielomeningocele.

Devido à gravidade dos defeitos do tubo neural e à sua alta morbimortalidade, são de crucial importância: o aconselhamento genético, a suplementação com ácido fólico e o diagnóstico pré-natal das malformações do tubo neural.

0189

TN AUMENTADA COM CARIÓTIPO NORMAL: PROGNÓSTICO A DOIS ANOS

Carla Baleiras, Susana Pinho, Susana Sarzedas, Eugénia Chaveiro, Jorge Lima, Conceição Telhado
Hospital Cuf Descobertas, Lisboa, Portugal

Objectivo: Análise das complicações gestacionais, prognóstico neonatal e aos 2 anos de idade, de fetos com diagnóstico ecográfico de translucência da nuca (TN) superior ao percentil 95 para a idade gestacional, na Unidade de Ecografia do Hospital Cuf Descobertas.

Material e Métodos: Análise retrospectiva do processo clínico de 59 gestações unifetais, com ecografia do primeiro trimestre realizada entre Janeiro 2011 e Dezembro de 2012, em que o feto apresentava TN > P 95. Foram analisadas características maternas, resultados do rastreio combinado do 1º trimestre, do cariótipo fetal, resultados ecográficos e ecocardiográficos, do desfecho da gravidez e follow-up das crianças até aos 2 anos de idade.

Resultados: Das 59 grávidas com diagnóstico pré-natal de TN aumentada (média de 3,19mm), a idade média foi de 32,8 anos (19-42 anos). Obtivemos o resultado do cariótipo fetal em 32 casos, que mostrou alteração em 4 casos (nestes foi solicitada interrupção médica de gravidez (IMG), que foi aceite e realizada nos hospitais da área de residência da grávida com comissão técnica de interrupção médica de gravidez).

Nos restantes 55 casos, ocorreram mais duas IMG (uma por cardiopatia grave e outra por síndrome polimalformativa), não temos dados sobre o recém-nascido em 10 casos, restando 43 casos em que a gravidez culminou com o nascimento de um recém-nascido com cariótipo normal, onde não se registaram intercorrências.

Do *follow-up* a dois anos, a referir apenas um caso de uma criança em seguimento por suspeita de doença mitocondrial.

Conclusões: Na nossa casuística, o prognóstico a dois anos das crianças nascidas com TN aumentada, carió-

tipo normal e sem anomalias morfológicas diagnosticadas ecograficamente, não parece estar comprometido. Trata-se contudo de uma amostra reduzida e de um estudo retrospectivo em que a TN média se situou ligeiramente acima do P95, o que poderá explicar estes resultados favoráveis.

0191

QUISTO OVÁRICO FETAL: REVISÃO DA LITERATURA A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Rita Simões Carvalho¹, Cátia Lourenço¹, Conceição Brito¹, Cristina Godinho¹, Matilde Azevedo¹, Ana Olívia Torrão¹, Mónica Melo¹, Pinho de Sousa², Francisco Valente¹

1. Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE, Vila Nova de Gaia, Portugal
2. Serviço de Cirurgia Pediátrica, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE, Vila Nova de Gaia, Portugal

Introdução: Os quistos ováricos são os tumores abdominais mais frequentemente encontrados em fetos e recém-nascidos (RN) do sexo feminino, sendo a maioria detectados após as 28 semanas de gestação.

São classificados ecograficamente em simples ou complexos e, relativamente ao seu tamanho em pequenos ou grandes. São, na sua maioria, assintomáticos e apresentam regressão espontânea nos primeiros meses após o nascimento.

A etiologia destes quistos permanece pouco clara, parecendo relacionar-se com a estimulação do ovário fetal pelas hormonas placentares e maternas, nomeadamente estrogénios e β -HCG.

Objetivos: Apresentar um caso clínico ocorrido na nossa instituição em 2014, com revisão da literatura.

Metodologia: Tratava-se de uma primigesta de 27 anos, sem antecedentes de relevo, com vigilância da gravidez unifetal de feto do sexo feminino realizada em consulta de obstetrícia no exterior desde as 20 semanas, sem intercorrências.

Referenciada à nossa instituição às 32 semanas por neoformação abdominal fetal. Na ecografia realizada na nossa instituição, verificou-se a presença de duas formações complexas adjacentes à bexiga e separadas pelo útero, medindo 4,5x4,0cm à esquerda e 3,4x3,0cm à direita, sugestivas de quisto do ovário fetal bilateral. Realizada ressonância magnética que corroborou descrição ecográfica.

Foi realizada ecografia de reavaliação às 34 semanas, constatando-se diminuição das dimensões quísticas.

Internada às 37 semanas e 6 dias por início de tra-

balho de parto. Parto distócico auxiliado por ventosa por bradicardia em período expulsivo, com nascimento de RN de 2975 g, Índice de Apgar 9/10.

Realizada ecografia pélvica de reavaliação no primeiro mês de vida, com visualização, no ovário esquerdo, de formação quística finamente septada com cerca de 1,7cm de diâmetro. Optou-se por atitude conservadora.

Comentários: Os quistos do ovário fetal surgem maioritariamente no final do segundo ou início do terceiro trimestres. Podem ser abordados de um modo conservador, dependendo do seu tamanho e evolução clínica, com controlo ecográfico periódico.

0195

FÍGADO GORDO AGUDO DA GRAVIDEZ - APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE UMA PATOLOGIA RARA

Carla Peixoto¹, Joana Amaral¹, Marina Moucho¹, Rosa Maria Santos¹, Nuno Montenegro¹

1. Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal, 2Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal

Introdução: O Fígado Gordo Agudo da Gravidez é uma patologia rara e potencialmente fatal que acomete 1 em cada 7000-16000 gravidezes. Apesar de ser uma entidade que está presente no terceiro trimestre da gravidez, em 2/3 dos casos o diagnóstico é efetuado apenas durante o parto ou no pós-parto, sendo difícil o diagnóstico diferencial com outras patologias obstétricas, nomeadamente o Síndrome de HELLP.

Os autores descrevem um caso clínico ocorrido no primeiro trimestre de 2014 no seu Serviço.

Caso clínico: Primigesta, 28 anos, sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo, com gestação sem intercorrências até às 36 semanas, altura em que é internada em trabalho de parto e submetida a cesariana segmentar transversal urgente, por apresentação pélvica. Ao 2º dia de puerpério, inicia quadro de tonturas intermitentes com o levantar, associado a extenso hematoma supra-púbico. Analiticamente, apresentava anemia (pesquisa de esquizócitos negativa), hipoglicemia, disfunção hepática (elevação das transaminases e hiperbilirrubinemia) e renal associada a coagulopatia (com défice marcado de antitrombina III). A ecografia abdominal revelou infiltração esteatósica, sem outras alterações.

Foi transferida para a Unidade de Cuidados Intensivos, onde iniciou (após discussão multidisciplinar de Obstetrícia, Imunohemoterapia, Gastroenterologia e

Medicina Interna) tratamento de suporte (fluídoterapia e administração de antitrombina III). Permaneceu assintomática e clinicamente estável. Efetuada biópsia hepática percutânea no 8º dia de puerpério complementada com método histoquímico de Oil Red, com resultado compatível com hepatite aguda. O estudo virológico foi negativo. No estudo imunológico apresentava positividade para os ANA (1/100 – padrão mosqueado) e anticorpos anti-músculo liso fracamente positivos. Os marcadores de citocolestase hepática, bem como o estudo imunológico normalizaram 2 meses após o parto.

Conclusão: O diagnóstico precoce e a implementação de medidas de suporte imediatas são cruciais para a obtenção de desfechos maternos e neonatais favoráveis.

0200

TRANSFERÊNCIA SELETIVA DE UM EMBRIÃO: 2 ANOS DE EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO NACIONAL

Sofia Aguilár, Mafalda Rato, Catarina Júlio, Sofia Figueiredo, Teresinha Simões, Graça Pinto
Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Lisboa, Portugal

Introdução: A transferência seletiva de 1 embrião (SET) visa reduzir a ocorrência de gravidez múltipla nos tratamentos de procriação medicamente assistida (PMA), devendo ser equacionada em casos selecionados.

Objetivos: Caracterizar a população submetida a SET e comparar os seus desfechos reprodutivos com os da transferência de 2 embriões a fresco.

Metodologia: Análise retrospectiva dos casos de SET (G1) e de transferência de 2 embriões a fresco (G2) na Unidade de PMA da MAC entre Janeiro/2012-Dezembro/2013.

Resultados: Incluíram-se 53 casos no G1 e 590 no G2.

A idade da mulher, duração da infertilidade e tratamentos prévios de PMA foram significativamente inferiores no G1.

No G1 37,7% das mulheres (n=20) tinham idade >35anos: nessa sub-população realizou-se SET por: conização prévia em 3 casos; fator uterino em 6; opção do casal em 7; e bom prognóstico para SET em 4.

A taxa de gravidez clínica (GC) foi inferior no G1 (36,5% *vs* 46,5% no G2), sem significado estatístico (p=0.214); sem gestações gemelares no G1 *vs* 27% no G2.

Quanto aos desfechos obstétricos analisaram-se as transferências até 31/7/2013: 32 no G1 e 488 no G2. Comparando o G1 com o G2, a taxa de parto de pelo

menos 1 recém-nascido (RN) nado-vivo (31,3% *vs* 38,2%), idade gestacional (IG) no parto (36 semanas(s) em ambos), peso dos RNs (2923 gr *vs* 2589 gr),

parto com IG ≤ 32s (10% *vs* 9,2%) e RNs pesando <1500gr (10% *vs* 7,8%) não foram significativamente diferentes.

Realizaram-se 26 transferências de embrião(s) congelado(s) (TEC) em 25 casais do G1: 12 de 1EC-G1.1 (46,2%) e 14 de 2EC-G1.2. Registaram-se 3 gestações no G1.1 (25%), todas simples, e 8 no G1.2 (57,1%), 4 gemelares; a taxa cumulativa de GC (SET+TEC) no G1 atingiu os 57,7%; e 42,3% considerando apenas as transferências de 1EC.

Conclusão: A taxa de GC da SET, embora inferior, não foi significativamente diferente da resultante da transferência de 2 embriões a fresco, tendo excedido a deste grupo quando associada a subsequente TEC, com uma frequência significativamente inferior de gravidez múltipla (7,7% *vs* 27%).

0202

INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO – IMPORTARÁ A REALIZAÇÃO DE VÁRIAS INTERVENÇÕES EM SIMULTÂNEO?

Diana Almeida¹, João Fortuna², Pedro Tiago Silva²

1. Centro Hospitalar do Algarve, Faro, Portugal

2. Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Matosinhos, Portugal

Introdução: A utilização de fitas sub-uretrais colocadas de forma minimamente invasiva veio revolucionar a uroginecologia, afirmando a sua importância na correção da incontinência urinária de esforço ao longo das últimas décadas. Há, no entanto, discordância sobre a utilidade e resultados da sua colocação em simultâneo com a realização de outras intervenções.

A resolução cirúrgica de situações como prolapso dos órgãos genitais e a resolução cirúrgica de incontinência urinária de esforço poderão ser realizadas de forma segura num mesmo tempo operatório, maximizando recursos, diminuindo consequências de influência anestésica e a necessidade de absentismo laboral. Só uma diferença significativa nos resultados obtidos justificaria a realização destas intervenções em tempos operatórios deferentes.

Objetivos: Num estudo retrospectivo, pretendemos rever os casos de doentes submetidas à colocação de fita sub-uretral, comparando os resultados obtidos entre as que foram apenas submetidas e esta intervenção e as que foram submetidas a várias intervenções num mesmo tempo operatório.

Metodologia: Foram selecionadas todas as mulheres

submetidas a cirurgia para aplicação de fita sub-uretral entre 01 Janeiro 2012 e 31 Dezembro 2013. Da amostra resultante de 136 mulheres, divididas em dois grupos - submetidas apenas a colocação de fita sub-uretral e submetidas a várias intervenções no mesmo tempo operatório. Foram colhidos dados demográficos, sintomáticos e ecográficos previamente à intervenção, dados sobre a(s) cirurgia(s) realizada(s), assim como dados relativos ao seguimento 2, 6 e 12 meses após cirurgia.

Os dados colhidos foram tratados com a utilização dos programas informáticos Microsoft Excel 2007 e SPSS 17.0.

Resultados e Conclusões: O grupo submetido apenas à colocação de fita sub-uretral apresentava queixas de incontinência urinária de esforço mais frequentemente e, relativamente aos resultados cirúrgicos, não há diferença entre os grupos na melhoria sintomática 12 meses após a intervenção, sendo esta de 90,3% na generalidade.

0208

DOENÇA DE BEHÇET E GRAVIDEZ: UM CASO CLÍNICO

Sofia Aguilar¹, Vera Sousa², Augusta Borges¹, Fátima Serrano¹

1. Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Lisboa, Portugal

2. Centro Hospitalar Barreiro Montijo, Barreiro, Portugal

Introdução: Embora a doença de Behçet seja habitualmente diagnosticada em mulheres em idade reprodutiva, pouco se conhece acerca da influência da gravidez no controlo da doença. Os escassos estudos disponíveis demonstram uma remissão da doença durante a gravidez na maioria dos casos, porém cerca 1/4 das grávidas apresenta exacerbações.

Caso clínico: Grávida de 28 anos, leucodérmica, primípara. Sem consulta pré-concepcional. Primeira consulta de Obstetrícia na Maternidade Dr. Alfredo da Costa às 8 semanas de gravidez. Nos antecedentes pessoais figuravam doença de Behçet e episódio de trombose venosa profunda no puerpério da gestação anterior em 2010, na sequência do qual foram diagnosticados Síndrome de anticorpo anti-fosfolípido e heterozigotia para metiltetrahidrofolato redutase, vigiada na Consulta de Doenças Auto-imunes. Medicada com colchicina e varfarina aquando da conceção até às 4 semanas de gravidez, altura em que na consulta de doenças autoimunes se instituiu azatioprina 75mg/dia, prednisolona 10mg/dia e enoxaparina 40mg/dia. Às

13 semanas diminuiu-se a dose de azatioprina para 50 mg, iniciou enoxaparina em dose terapêutica (80mg) e associou-se ácido acetilsalicílico (AAS) 100mg após o que a grávida abandonou as consultas hospitalares de obstetrícia e doença auto-imunes, para seguimento no centro de saúde, onde lhe foi suspenso o AAS e reduzidas as doses da restante medicação. Às 29 semanas gestacionais foi detetada úlcera vulvar com 1 mês de evolução, altura em que retoma vigilância hospitalar, tendo sido medicada com prednisolona 20mg/dia e lidocaína tópica. Em consulta de doenças auto-imunes às 33 semanas reinicia azatioprina, enoxaparina e AAS, na dose diária de 50mg, 60mg e 100mg respetivamente. Constatou-se melhoria progressiva da úlcera vulvar. Gravidez sem outras morbilidades. Cesariana eletiva por apresentação pélvica às 40 semanas. Puerpério sem intercorrências.

Conclusão: O caso remete para a importância duma vigilância gestacional especializada no contexto da doença de Behçet, de modo a otimizar o seu controlo.

0214

ENCEFALOPATIA HEPÁTICA NO PUERPÉRIO – TÃO RARO QUANTO IMPREVISÍVEL

Joana Pereira¹, Mariana Guimarães¹, Teresa Rodrigues¹, Guilherme Macedo², Nuno Montenegro¹

1. Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Centro Hospitalar São João, Porto, Porto, Portugal

2. Serviço de Gastroenterologia, Centro Hospitalar São João, Porto, Porto, Portugal

3. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal

Introdução: A encefalopatia hepática pode ser relacionada com vários quadros de doença hepática aguda ou crónica. Na literatura existem poucas referências à encefalopatia hepática como complicação da gravidez ou puerpério, o que traduz a raridade desta situação. O seu prognóstico é muito reservado; no entanto quando o quadro reverte e a função hepática recupera, a evolução é favorável.

Objetivos: Os autores descrevem o caso clínico de uma grávida internada na Unidade de Medicina Materno Fetal do Centro Hospitalar São João.

Métodos: Baseado na consulta do processo clínico.

Descrição: Primigesta de 40 anos, com gestação gemelar bicoriónica, que recorre à urgência por mal-estar inespecífico e é submetida a cesariana emergente por falência hepática aguda com coagulopatia severa associada. Descreve-se todo o quadro clínico e sua evolução no pós-parto, tendo a orientação do caso requerido colaboração interdisciplinar.

0232

SÍNDROME HEMOLÍTICO-URÉMICO PÓS-PARTO: CASO CLÍNICO

Rita Caldas¹, Jorge Castro², Cátia Rodrigues¹,
Célia Soares¹, Paula Oliveira¹, Célia Araújo¹,
Teresa Teles¹

1. Serviço de Obstetria/Ginecologia, Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, Santa Maria da Feira, Portugal

2. Serviço de Obstetria/Ginecologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia-Espinho, Vila Nova de Gaia, Portugal

O síndrome hemolítico-urémico (SHU) constitui uma doença sistémica caracterizada por lesão do endotélio e microangiopatia trombótica. Resulta numa tríade clássica: anemia hemolítica, trombocitopenia e insuficiência renal aguda (IRA).

O SHU típico associa-se a infeção por *Escherichia coli* e geralmente afeta crianças. Considera-se o SHU atípico, quando surge em adultos, não associado a infeção. A gravidez e o puerpério constituem factores de risco e a pré-eclâmpsia encontra-se associada em cerca de 15%.

Objectivos: Descrever um caso de um SHU diagnosticado 6 meses pós-parto abordando factores de risco, diagnóstico e terapêutica.

Metodologia: Estudo de caso.

34 anos, II Gesta I Para, saudável. Primeira gravidez em 2007, sem complicações; parto eutócico de recém-nascido de termo, saudável. Segunda gravidez em 2010, complicada por hipertensão arterial (HTA) e proteinúria nefrótica desde o início do segundo trimestre. Medicada com alfa-metildopa. Vigilância materno-fetal semanal. Corticoterapia às 25 semanas. Às 29 semanas (junho, 2010), terminação da gravidez devido a HTA não controlada, agravamento da proteinúria e trombocitopenia severa. Recém-nascido do sexo masculino, 1115 gramas, internado na neonatologia por prematuridade.

Durante o puerpério precoce, difícil controlo da HTA mas melhoria analítica. Alta 8 dias pós-parto, medicada com anti-hipertensor.

Seis meses pós-parto (Dezembro, 2010), internamento por quadro de astenia, poliartalgias e edema facial precedidos de sintomas gripais; analiticamente, anemia hemolítica, trombocitopenia e IRA. Transferência para o serviço de Nefrologia, tendo realizado plasmaférese durante 6 meses, após a qual iniciou diálise peritoneal. Em Janeiro de 2012, reinternamento por agravamento do SHU na sequência de uma infeção respiratória. Atualmente mantém diálise peritoneal e aguarda transplante renal.

Em conclusão, o diagnóstico do SHU pós-parto necessita de um elevado grau de suspeição. Atualmente, a plasmaférese constitui o *gold-standard* do tratamento. O recente aumento da sobrevida e qualidade de vida destes doentes deve-se, provavelmente, ao diagnóstico precoce, melhor controlo da HTA e instituição precoce de terapêutica.

0234

DESFECHO OBSTÉTRICO DE GRÁVIDAS DE BAIXO RISCO COM FETO VS RECÉM-NASCIDO ABAIXO DO PERCENTIL 10 PARA O PESO

Fabiane Neves, Filipa Nunes, Miguel Branco,
Isabel S. Silva, Maria Céu Almeida

Obstetria B - CHUC, Coimbra, Portugal

Introdução: Cerca de 5 -10% das gravidezes apresentam um feto com crescimento abaixo da normalidade. Múltiplos factores de risco levam a insuficiência útero-placentar e predis põem a restrição do crescimento intra-uterino (RCIU). Nas grávidas de baixo risco qual o significado dos fetos no percentil <10 para o peso?

Objetivo: Avaliar o desfecho obstétrico entre dois grupos de grávidas de baixo risco com feto/recém-nascido com percentil <10.

Metodologia: Estudo comparativo observacional (2009 e 2013). Grupo A: 29 grávidas de baixo risco com fetos no percentil <10 para o peso na ecografia do 3º trimestre (3ºT). Grupo B: 32 grávidas de baixo risco com recém-nascidos abaixo do percentil 10 para o peso e para a idade gestacional. A informação foi colhida a partir de bases de dados do serviço. Os dados foram analisados no SPSS.

Resultados: A média de idades das grávidas foi semelhante (A 28,4 x B 30,2), (p>0,05). Cerca de 62% das ecografias do 3ºT em B mostravam feto entre o percentil 25-50 para o peso. Houve alteração da fluxometria em 1 caso do grupo A e oligoâmnios em 1 caso do grupo A e 1 caso do B. A taxa de parto pré-termo foi semelhante (A 37,7 vs B 37,3 semanas), (p>0,05). Houve maior número de partos induzidos no grupo A vs B (41,4% vs 12,1%), (p<0,05). A taxa de cesariana foi de 17,2% no grupo A e 36,4% no B (p<0,05), o sofrimento fetal agudo foi a indicação em 8 casos do grupo B e em 4 casos do A. Não houve diferença significativa no APGAR ao 5º minuto ou na taxa de internamento em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.

Conclusões: O desfecho obstétrico foi semelhante, exceto no número de partos induzidos, superior no gru-

po A e a taxa de cesarianas superior no B. Estes dados são limitados pelo tamanho da amostra e pela raridade desta situação em grávidas de baixo risco teórico.

0235

VASA PREVIAE - DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL E ABORDAGEM - CASO CLÍNICO

Pedro Brandão, Ariana Gomes,
Ana Sofia Portela Carvalho, Anabela Melo,
Ana Rita Pinto, Graça Rodrigues
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, Penafiel, Porto, Portugal

Introdução: Vasa Previa é uma entidade obstétrica relativamente rara, presente em cerca de 1 em cada 2500 gestações e que consiste na presença de vasos sanguíneos fetais intermembranosos cobrindo o orifício cervical interno, estando por isso facilmente sujeitos a ruptura e consequente exsanguinação fetal e/ou materna. Atualmente é possível fazer o diagnóstico por via ecográfica no 2º trimestre e tomar medidas no sentido de evitar um desfecho catastrófico, não havendo no entanto ainda consenso sobre a pertinência do seu rastreio ou qual o melhor modo de atuação perante este diagnóstico, dada a sua baixa prevalência.

Caso Clínico: Os autores apresentam um caso clínico de uma grávida primigesta de 37 anos, fumadora, sem outros antecedentes de relevo, à qual foi diagnosticada vasa previa às 21 semanas e 1 dia de gestação na ecografia morfológica de rotina. A grávida foi internada às 31 semanas e 6 dias para vigilância materno-fetal e maturação pulmonar, tendo-se decidido terminar a gravidez às 35 semanas e 6 dias por cesariana. Na cirurgia foram detetados vasos de grande calibre ao nível da membrana amniótica. Os achados anátomo-patológico dos anexos fetais vieram corroborar com o diagnóstico. Tanto a puérpera como o recém-nascido apresentaram uma boa recuperação pós-parto.

Conclusão: Este caso clínico demonstra a importância do diagnóstico pré-natal de vasa-prévia. Apesar de se tratar de uma patologia infrequente, é facilmente rastreável ecograficamente e o seu diagnóstico precoce permite tomar medidas de vigilância e terapêuticas que visam evitar o seu desfecho habitualmente dramático.

0254

INDICAÇÕES PARA CESARIANA NO CENTRO HOSPITALAR DA PÓVOA DE VARZIM/VILA DE CONDE

Teresa Teixeira da Silva², Adelaide Cubal³,
Cristina Lino¹, Helena Oliveira¹, Fernando Coelho¹,

Francisco Assunção¹, Júlia Pereira¹, Lúcia Casal¹,
Manuel Morim¹, Ana Aroso¹

1. Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim/Vila do Conde, Póvoa de Varzim, Portugal

2. Centro Hospitalar do Porto, Porto, Portugal

3. Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, Penafiel, Portugal

Introdução: Portugal é um dos países europeus com maior taxa de cesarianas e estima-se que em 2009 tenham ocorrido na região norte mais de 36% de nascimentos por cesariana. A grande preocupação relativamente à subida das taxas de cesariana prende-se com o facto de esta envolver riscos adicionais de morbilidade e mortalidade maternas. Uma vez que não existe uma informatização estandardizada dos dados obstétricos nos hospitais públicos da zona norte, este estudo tem como objectivo a determinação dos motivos de cesariana de um hospital público da região Norte.

Materiais e Métodos: Estudo retrospectivo descritivo com avaliação da informação dos processos clínicos das grávidas submetidas a cesariana no período de Janeiro a Dezembro de 2013. O total de partos durante esse período foi de 774, tendo-se realizado um total de 255 cesarianas. A análise estatística foi efectuada com o programa Microsoft Excel 2007.

Resultados: A taxa de cesarianas no período de Janeiro a Dezembro de 2013 foi de 32,9%. A idade média das grávidas submetidas a cesariana foi de 30,3 anos e a patologia mais frequentemente observada foi a diabetes gestacional (6% do total da amostra). Cerca de 54% das grávidas eram primigestas. Relativamente aos motivos de cesariana podemos observar que os cinco principais motivos foram: trabalho de parto estacionário (26,8%), cesariana anterior (20,8%), feto em apresentação de pelve (16,8%), estado fetal não tranquilizador (13,2%) e incompatibilidade feto-pélvica (8,4%).

Conclusão: Com este estudo podemos concluir que os principais motivos de cesariana são idênticos a outros estudos internacionais. A redução segura da taxa de cesarianas vai exigir novas abordagens para cada uma das indicações.

0258

AMNIOCENTESE: INDICAÇÕES, RESULTADOS E ABORDAGEM TERAPÊUTICA – CASUÍSTICA DE 3 ANOS DO CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE – UNIDADE DE PORTIMÃO

Filipa Rafael, Catia Paixão, Sara Costa, Pedro Guedes,
João Tristão, Fernando Guerreiro

Centro Hospitalar do Algarve - Unidade de Portimão, Portimão, Portugal

Introdução: O diagnóstico pré-natal citogenético é um método fiável e seguro para deteção de anomalias cromossómicas fetais, sendo habitualmente realizado a partir das 15 semanas de gestação.

Objetivo: Avaliação das indicações para realização de amniocentese, frequência de anomalias cromossómicas fetais e a sua abordagem terapêutica no Centro Hospitalar do Algarve - Unidade de Portimão

Material e Métodos: Análise retrospectiva das amniocenteses realizadas entre 1 de Janeiro de 2011 e 31 de Dezembro de 2013 e consulta dos processos clínicos.

Resultados: Foram realizadas 457 amniocenteses. A principal indicação para a realização de amniocentese foi a idade materna avançada em 77,2% (353), seguida de alterações ecográficas 6,3% (29), rastreio bioquímico positivo 3,9% (18), Feto/Filho anterior com malformação 2,6% (12), suspeita de infeção fetal 1,1% (5), história familiar de alterações genéticas 0,9% (4), feto morto do 2º trimestre 0,9% (4), ansiedade do casal 0,9% (4) e sem informação clínica 6,1% (28).

Em 4,6% (21/457) diagnosticaram-se alterações genéticas, nomeadamente Trissomia 21 (4), Trissomia 18 (3), Monossomia X (3), alterações cromossómicas numéricas em mosaico (4), Triploidia (1), Síndrome de Klinefelter (1), e alterações cromossómicas estruturais (5) dos quais duas foram herdadas. Nestes casos, optou-se pela interrupção terapêutica da gravidez em 57,1% (12). Em 4 a gestação decorreu até ao fim e em 2 casos perdeu-se o seguimento das pacientes. 2 alterações corresponderam a situações de feto morto do 2º trimestre.

Conclusão: Neste estudo a principal indicação para a realização de amniocentese foi a idade materna avançada. A presença de alterações genéticas foi de 5%, resultado compatível com o descrito na literatura.

A obtenção de um resultado alterado permite oferecer ao casal a possibilidade de interrupção de gravidez. Nos casos em que essa abordagem terapêutica é recusada, o conhecimento da alteração genética permite uma melhor preparação dos pais e do médico assistente para o acompanhamento da criança.

0273

UM CASO DE SEQUÊNCIA ANEMIA-POLICITEMIA COM DIAGNÓSTICO PÓS-NATAL

Catarina Paiva, Rosa Maria Rodrigues,
Ana Cristina Cunha

Centro Hospitalar do Porto, Porto, Portugal

Introdução: Nas gestações gemelares monocoriónicas

os fetos partilham a mesma placenta, com anastomoses vasculares entre ambos. Um desequilíbrio transfusional entre os fetos pode resultar em complicações graves como a Síndrome de Transfusão Feto-fetal. Esta síndrome existe sob várias formas, a mais comum é diagnosticada pela evidência da sequência oligo-poli-hidrâmnios (SOP). Recentemente, uma nova forma foi descrita, que se caracteriza por uma sequência de anemia-policitemia (SAP). A SAP pode ocorrer espontaneamente ou após tratamento laser por SOP. O diagnóstico de SAP pode ser sugerido pré-natalmente por critérios de fluxometria Doppler ou realizado no período pós-natal por critérios hematológicos em combinação com técnicas de injeção placentar com cor.

Caso Clínico: Gestação gemelar monocoriónica/biamniótica com 37 semanas e 0 dias, AB Rh negativo, internada por trabalho de parto em início. Parto eutócico da primeira gémea, com peso à nascença de 2580 g, IA - 9/10; e pletórica. Por CTG não tranquilizador e versão para situação transversa realizada cesariana da 2ª gémea, com 2265 g, IA - 6/7 e palidez cutânea. Analiticamente apresentavam uma diferença entre hemoglobinas de 15,3 g/dl. Com reticulócitos elevados (14,45%) na gémea anémica. Foi realizado estudo de anastomoses placentares pela técnica de injeção com cor em que se constatou escassez de anastomoses, e quando presentes de calibre muito diminuído (inferior a 1 mm) e arterio-venosas (no sentido da primeira para a segunda gémea). A gémea anémica não necessitou de transfusão sanguínea, mas a gémea pletórica fez exsanguíneo-transfusão parcial. Ambas as gémeas tiveram alta ao 6º dia de vida.

Conclusão: O diagnóstico pré-natal de SAP embora possível continua a ser difícil, principalmente por dificuldades técnicas da avaliação do PVS-ACM e em casos de menor gravidade em que as variações são menos significativas. O estudo das anastomoses em placentas monocoriónicas vem apoiar o diagnóstico de SAP.

0288

MALFORMAÇÕES CARDÍACAS CONGÉNITAS: DETEÇÃO ECOGRÁFICA PRÉ-NATAL

Rita Mendes Silva, A Melo

Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Hospital de Santa Maria,
Departamento de Ginecologia, Obstetrícia e Medicina da Reprodução,
Lisboa, Portugal

Introdução: As malformações cardíacas (MC) constituem a anomalia congénita mais frequente e correspondem a uma das principais causas de morte neonatal.

tal, com uma incidência estimada de 4-13/1000 nascimentos. O seu diagnóstico por ecografia obstétrica é fundamental para orientação prognóstica, sendo preferencialmente efetuado às 18-22 semanas de gestação. Devem ser pesquisadas malformações extra-cardíacas, associadas em pelo menos 20-40% dos casos de MC.

Objetivos e métodos: Análise retrospectiva de ecografias obstétricas e ecocardiografias fetais integradas no *software* Astraia®, efetuadas no período de Fevereiro de 2010 até Fevereiro de 2014, de casos assinalados com MC fetais.

Resultados: Foram documentados 35 casos de MC confirmadas, sendo o defeito do septo ventricular a malformação mais frequente (n=13; 37%). A tetralogia de Fallot foi a cardiopatia complexa mais frequentemente detetada (n=4), tendo sido diagnosticados 10 casos de MC complexas. O diagnóstico de MC foi efetuado em média às 23±6 semanas de gestação. A mediana de idade materna foi de 32 anos; dez grávidas (29%) tinham idade superior a 35 anos. Foi mencionada diabetes materna, iatrogenia medicamentosa por varfarina e história familiar de cardiopatia congénita em três casos, respectivamente. A associação com malformações extra-cardíacas foi elevada (n=21; 60%). O cariótipo foi analisado em 21 fetos/nados-vivos, 9 dos quais com aneuploidia (trissomia 21 como a mais frequente). Foi efetuada a interrupção médica da gravidez em 10 casos, 5 dos quais associados a aneuploidia. Foram ainda registadas 2 mortes fetais in utero. Vários casos rejeitaram procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos invasivos durante a gestação.

Conclusões: As MC são uma importante causa de morbi-mortalidade fetal e neonatal, sendo fulcral o seu diagnóstico pré-natal para uma correta avaliação prognóstica e tomada de decisões terapêuticas em âmbito multidisciplinar.

Introdução: A síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich (SHWW) é uma anomalia congénita do trato urogenital que se caracteriza por útero didelfos, septo vaginal oblíquo e agenesia renal ipsilateral. As possíveis complicações da SHWW incluem complicações agudas (e.g., hematocolpos, hematometra, hematosalpinge, doença inflamatória pélvica) e complicações crónicas (e.g., endometriose, aderências pélvicas e infertilidade). O tratamento é cirúrgico e têm sido relatadas gravidezes evolutivas subsequentes.

Caso Clínico: Apresentamos caso de uma mulher de 31 anos, G0P0, com antecedentes pessoais de agenesia do rim direito, «útero bicórneo», quistectomia do ovário direito e subsequentemente anexectomia direita por lesões de endometriose, além de duas cirurgias intestinais por íleo mecânico causado por bridas e estenose de anastomose, respectivamente. No âmbito da avaliação clínica e imagiológica por infertilidade primária de 5 anos (o motivo do seu acompanhamento na nossa Instituição), o diagnóstico da SHWW foi colocado com base em ecografia e ressonâncias magnética, sendo confirmado por histeroscopia e laparoscopia. Após o tratamento cirúrgico (excisão do septo vaginal oblíquo, drenagem de hematocolpos à direita, poliplectomia endometrial por histeroscopia da cavidade uterina esquerda, lise de aderências pélvicas e salpingectomia esquerda por hidrossalpinge), a doente apresenta evolução clínica favorável, com perspectiva de iniciar tratamento baseado na aplicação das técnicas de procriação medicamente assistida.

Conclusão: Quando agenesia renal unilateral e útero didelfos coexistem, deve-se confirmar eventual existência de hemivagina obstruída. O diagnóstico precoce e o tratamento atempado são fundamentais para preservar a fertilidade em doentes com SHWW.

Medicina da Reprodução

0007

SÍNDROME DE HERLYN-WERNER-WÜNDERLICH E INFERTILIDADE: IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO ATEMPADO (CASO CLÍNICO)

Dusan Djokovic, Rita Luz, Ana Paula Soares, Carlos Calhaz Jorge

Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução do Hospital Universitário de Santa Maria / Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

0094

PROTOCOLO CURTO COM AGONISTA DA GNRH EM MULHERES MÁIS RESPONDEDORAS – CASUÍSTICA

Zita Ferraz, Helena Lopes, Andreia Leitão Marques, Daniela Couto, Paulo Cortesão, Teresa Almeida Santos
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução: Apesar dos avanços consideráveis na última década em Procriação Medicamente Assistida (PMA), as mulheres «más respondedoras» continuam a ser um importante desafio, uma vez que o número reduzido de ovócitos, obtido após estimulação, e a sua menor qualidade condicionam o resultado dos trata-

mentos. O Protocolo Curto (PC) com Agonista da GnRH (*Gonadotropin Releasing Hormone*) é uma alternativa terapêutica nestas mulheres pelo seu efeito estimulador inicial (efeito *flare-up*), contribuindo para maior recrutamento folicular e número de ovócitos.

Objetivos: Avaliar a resposta ovárica e taxa de gravidez em mulheres «más respondedoras» após estimulação com PC com Agonista da GnRH.

Metodologia: Estudo retrospectivo que incluiu 46 mulheres «más respondedoras», com idade <40A, que iniciaram PC com agonista da GnRH (03/2012-11/2013). As mulheres foram classificadas como «más respondedoras» de acordo com os critérios de Bolonha (2010).

Resultados: A média de idades foi $36,6 \pm 3,1A$ [28-39]; a maioria (71,7%) tinha mais de 35A. Todas foram submetidas a punção folicular ecoguiada, tendo-se obtido ≥ 4 ovócitos em 52,1%, 1-4 ovócitos em 28,3% e 0 ovócitos em 19,6%. Realizou-se ICSI (*Intracytoplasmic Sperm injection*) em 62,2% dos casos, FIV (Fertilização *In Vitro*) em 21,8%, IMSI (*Intracytoplasmic Morphologically-selected Sperm injection*) em 13,5% e FIV+ICSI em 2,7%. Procedeu-se a transferência de embriões em 56,5% (n=26); os embriões tinham grau de diferenciação entre 1 e/ou 2 em 73,1% destas. A taxa de gravidez por transferência embrionária foi de 23,1%, todas com transferência de 2 embriões.

Conclusões: O PC com Agonista da GnRH pode ser uma boa alternativa terapêutica em mulheres «más respondedoras». O seu efeito *flare-up* inicial parece ter um benefício fulcral na amplificação do recrutamento folicular, diminuindo as taxas de cancelamento dos ciclos e melhorando as taxas de gravidez nestas mulheres.

0175

LEIOMIOMA ATÍPICO (STUMP) E INFERTILIDADE

Cláudia Lourenço, Tânia Lima, António Braga,

Joana Mesquita-Guimarães

Centro Hospitalar do Porto, Porto, Portugal

Introdução e objetivos: Os leiomiomas uterinos são os tumores mais frequentes na mulher em idade reprodutiva e podem afectar a fertilidade e os *outcomes* de uma gravidez. A sua avaliação imagiológica precisa e possível tratamento têm que ser ponderados no decurso do estudo do casal infértil. No entanto, o resultado anatomopatológico destes tumores podem também representar um factor importante na decisão de realizar técnicas de procriação medicamente assistida.

Metodologia: Descrição de um caso clínico.

Resultados e conclusões: Mulher de 39 anos enviada à consulta de Apoio à Fertilidade por infertilidade primária. Não apresentava antecedentes pessoais, familiares ou alterações no exame físico relevantes, o mesmo ocorrendo com o elemento masculino. Em ecografia transvaginal constatou-se a presença de mioma intramural/submucoso com 30 mm de maior dimensão. Foi submetida a ressectoscopia cirúrgica com miomectomia em Fevereiro/ 2013. O estudo anatomopatológico colocou a hipótese de diagnóstico de leiomioma atípico – tumor muscular liso uterino de potencial de malignidade incerto (STUMP). Em função deste resultado, do número de anos de infertilidade e da idade da mulher, foi proposto ao casal realizar um ciclo de Fertilização *in-vitro* (FIV), do qual resultou gravidez evolutiva. Neste momento, a grávida encontra-se no 3º trimestre de gravidez, sem intercorrências até à data. Para confirmar o diagnóstico anatomopatológico, dada a raridade deste tumor, a grávida será submetida a histerectomia total após o término da gestação.

0289

EDEMA VULVAR UNILATERAL NA SÍNDROME DE HIPERESTIMULAÇÃO OVÁRICA – UM CASO CLÍNICO

Marlene Andrade, Patrícia Correia,

Herculano Martins, Osvaldo Moutinho

Centro Hospitalar de Trás-Os-Montes e Alto Douro - Hospital de Vila Real, Vila Real, Portugal

Introdução: A síndrome de hiperestimulação ovárica é uma complicação associada a protocolos de indução da ovulação controlada em tratamentos de procriação medicamente assistida. Caracteriza-se por aumento das dimensões dos ovários causado pelo desenvolvimento de múltiplos cistos e extravasamento agudo de fluido do espaço intravascular para o terceiro compartimento que pode traduzir-se como ascite, derrame pleural ou derrame pericárdico.

Caso clínico: Mulher de 35 anos de idade, G3P1 (1 cesariana de uma gravidez espontânea), com infertilidade secundária de 2 anos e meio. Fez tratamento para indução da ovulação com citrato de clomifeno e hormona foliculo estimulante recombinante. No 18º dia do ciclo, a doente iniciou quadro de dor hipogástrica e aumento do perímetro abdominal. Dois dias depois, por agravamento desta sintomatologia recorreu ao serviço de urgência. Ficou internada com o diagnóstico de síndrome de hiperestimulação ovárica grave. Durante

o internamento, apresentou agravamento do quadro com pequeno derrame pleural, dispneia e ascite, tendo sido realizada uma paracentese com drenagem de 5 litros de líquido ascítico. Vinte e quatro horas depois da paracentese, a doente desenvolveu edema vulvar unilateral, em estudo atualmente.

Conclusão: Na literatura estão descritas duas possíveis razões para o desenvolvimento de edema vulvar: Coccia *et al* associam-no à diminuição da pressão oncótica e aumento da pressão hidrostática, como ocorre na síndrome de hiperestimulação ovárica, e outros estudos relacionam-no a um trajeto fistuloso criado pela agulha utilizada para a paracentese realizada nos quadrantes inferiores do abdómen, através do qual o líquido ascítico drena, devido à pressão abdominal aumentada, para o tecido subcutâneo, dando origem ao edema vulvar.

Contraceção

0116

GRAVIDEZ HETEROTÓPICA EM MULHER COM DISPOSITIVO INTRAUTERINO – CASO CLÍNICO

Célia Soares, Cátia Rodrigues,
Paula Norinho de Oliveira, Rita Caldas,
Margarida Gameiro, Cristina Costa, Carla Pina,
Teresa Paula Teles

Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga – CHEDV, Santa Maria da Feira, Portugal

Introdução: A gravidez heterotópica (GH) é definida como a coexistência de, pelo menos, duas gestações em diferentes locais de implantação. A incidência de GH em gestação espontânea é de 1/30000. Devido às técni-

cas de procriação medicamente assistida a incidência global aumentou para 1/7000. É uma patologia clínica potencialmente fatal e o seu diagnóstico precoce é difícil pela presença de uma gravidez intrauterina, sendo o seu diagnóstico realizado, na maioria das situações, após rotura da gravidez ectópica (GE).

Os fatores de risco da GH são os mesmos da GE, sendo os casos de GH superior em mulheres que engravidam com DIU.

Objetivo: Apresentação de um caso de gravidez heterotópica em mulher com DIU.

Metodologia: Revisão retrospectiva do processo clínico.

Resultados e Conclusões: Mulher de 40 anos, IIGIP (cesariana), com gravidez espontânea e portadora de DIU de cobre, foi submetida a esvaziamento uterino com tratamento médico (misoprostol) por aborto incompleto. Aquando deste diagnóstico apresentava imagem para-ovárica direita, pouco esclarecedora, pelo que foi reavaliada em três semanas dado se encontrar assintomática. Na reavaliação a mulher referiu dor persistente e ligeira na fossa ilíaca direita, apresentava elevação da beta-hCG (19252mU/ml) e imagem ecográfica sugestiva de GE na trompa direita (tumefação 40 x 26mm com vascularização em «anel de fogo»), sem líquido livre no fundo-de-saco de Douglas. Foi realizada laparoscopia diagnóstica com salpingectomia direita. O estudo anatomopatológico confirmou a presença de fragmentos ovulares intrauterinos e tubários.

A GH é uma entidade rara, de difícil diagnóstico e potencialmente fatal se não tratada precocemente. O seu diagnóstico deve ser considerado em mulheres com gravidez intrauterina e dor abdominal. Nas ecografias realizadas durante o 1º trimestre de gravidez a avaliação anexial é mandatória e permite a exclusão de GH.