

**ANNAIS**



**Congresso Paulista  
de Obstetrícia  
e Ginecologia**

**27 a 29 de agosto de 2015**  
Transamerica Expo Center • São Paulo, SP



# stezza®

## acetato de nomegestrol/estradiol

Combinação inovadora de hormônios semelhantes aos **PRODUZIDOS NATURALMENTE PELA MULHER**<sup>1,2</sup>

em regime monofásico<sup>3,4</sup>

Acetato de nomegestrol, progestagênio com meia-vida de **46 horas**<sup>1</sup>

Estrógeno estruturalmente idêntico ao natural **17β-estradiol**<sup>1</sup>

Regime monofásico de **24+4** com alta eficácia anticoncepcional<sup>1,3,4</sup>

Períodos curtos de sangramento<sup>1,3,4</sup>



Disponível em duas apresentações, com 1 ou 3 blisters

Cartela com 28 comprimidos:  
• 24 comprimidos ativos  
• 4 comprimidos de placebo



STEEZA: uma opção para as jovens e para as iniciantes na anticoncepção oral<sup>1,3,4</sup>



Referências Bibliográficas: 1. Circular aos Médicos (bula) de STEEZA. São Paulo: Merck Sharp & Dohme Farmacêutica Ltda., 2015. 2. Dhont M. History of oral contraception. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2010;15(5):512-8. 3. Mansour D, Verhoeven C, Sommer W et al. Efficacy and tolerability of a monophasic combined oral contraceptive containing nomegestrol acetate and 17β-estradiol in a 24/4 regimen. In comparison to an oral contraceptive containing ethinylestradiol and drospirenone in a 21/7 regimen. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2011;16(6):430-443. 4. Westhoff C, Kaunitz AM, Korver T et al. Efficacy, safety, and tolerability of a monophasic oral contraceptive containing nomegestrol acetate and 17β-estradiol. A randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2012;119:989-999.

**STEEZA (acetato de nomegestrol/estradiol). INDICAÇÃO:** anticoncepção oral. **CONTRAINDICAÇÕES:** hipersensibilidade aos princípios ativos ou excipientes. Presença ou histórico de trombose venosa (TV), trombose arterial (TA) ou condições prodrômicas, acidente vascular cerebral (AVC). Histórico de enxaqueca com sintomas neurológicos focais. Presença de um fator de risco grave ou fatores de risco múltiplos para TV ou TA como: diabetes mellitus (DM) com sintomas vasculares; hipertensão grave; dislipoproteinemia grave. Predisposição hereditária ou adquirida para TV ou TA, como resistência à proteína C ativada, deficiência de antitrombina-III, deficiência de proteína S, hiperhomocitemia e anticorpos antifosfolípidos. Pancreatite ou histórico de, se associada à hipertrigliceridemia grave. Presença ou histórico de doença hepática grave enquanto os valores de função hepática não retornarem ao normal. Presença ou histórico de tumores hepáticos. Presença ou suspeita de malignidades influenciadas por esteróides sexuais. Gravidez ou suspeita de gravidez. **ADVERTÊNCIAS:** Distúrbios circulatórios: o uso de AHCs é associado a um aumento do risco de tromboembolismo venoso (TEV) em comparação ao não uso. O risco de TEV é maior durante o primeiro ano de uso. Estudos epidemiológicos demonstraram que a incidência de TEV em mulheres sem fator de risco conhecido para TEV que utilizam AHCs com EE em baixa dose (< 30 mcg) varia de 20 a 40 casos por 100.000 mulheres-anos, comparada com 5 a 10 casos por 100.000 mulheres-anos para não usuárias e 60 casos por 100.000 casos de gravidez. Estudos epidemiológicos associaram ao uso de AHCs um maior risco de tromboembolia arterial (TEA). Há relatos da ocorrência de trombose em outros vasos em usuárias de AHCs (por exemplo: veias e artérias hepáticas, mesentéricas, renais, cerebrais ou retinianas). O risco de eventos tromboembólicos venosos cresce com o aumento da idade; histórico familiar (HF) positivo; imobilização prolongada; cirurgia de grande porte; qualquer cirurgia nas pernas; ou grande trauma; obesidade. O risco de complicações tromboembólicas arteriais ou de AVC cresce com o aumento da idade; tabagismo; dislipoproteinemia; obesidade; hipertensão; enxaqueca; doença cardíaca valvular; fibrilação atrial; HF positivo. Outras condições associadas a eventos adversos circulatórios: DM, lupus eritematoso sistêmico (LES), síndrome hemolítica urêmica, doença inflamatória crônica e anemia falciforme. Aumento na frequência ou gravidade da enxaqueca durante uso de AHCs pode ser razão para descontinuação imediata de STEEZA. Em caso de ocorrência ou suspeita de trombose, o AHC deve ser descontinuado. **Tumores:** o fator de risco mais importante para câncer de colo do útero é infecção pelo papilomavírus humano (HPV); estudos epidemiológicos indicaram que o uso prolongado de AHCs com EE contribui para esse aumento de risco. Com o uso de AHCs em doses mais altas (50 mcg EE) o risco de câncer endometrial e de ovário é reduzido. É preciso confirmar se isso se aplica aos AHCs com 17β-estradiol. Uma metanálise de 54 estudos epidemiológicos relatou aumento discreto do risco relativo (RR = 1,24) de câncer de mama em mulheres em uso de AHCs com EE. Em usuárias de AHCs, houve relatos de tumores hepáticos benignos e malignos. Em casos isolados, esses tumores causaram hemorragia intra-abdominal potencialmente fatal. Em caso de dor abdominal superior intensa, hepatomegalia ou sinais de hemorragia intra-abdominal em usuárias de AHCs, considerar a presença de tumor hepático no diagnóstico diferencial. **Outras condições:** pacientes com HF de ou hipertrigliceridemia têm maior risco de pancreatite ao utilizarem AHCs. Se hipertensão sustentada se desenvolver durante o uso de AHCs, suspender o AHC e tratar a hipertensão. Em sete estudos clínicos multicêntricos de até dois anos de duração, não foram observadas alterações relevantes de pressão arterial com STEEZA. A ocorrência ou piora das seguintes condições foi relatada na gestação e durante o uso de AHCs: icterícia e/ou prurido relacionado à colestase; formação de cálculos biliares; porfiria; LES; síndrome hemolítica urêmica; coreia de Sydenham; herpes gestacional; perda de audição relacionada à otosclerose. Em mulheres com angioedema hereditário, pode ocorrer indução ou exacerbção de estrogênios exógenos. Distúrbios agudos ou crônicos da função hepática podem requerer a descontinuação do uso do AHC. Recorrência de icterícia colestática que ocorreu pela primeira vez durante a gestação ou uso anterior de esteróides sexuais requer a descontinuação do uso dos AHCs. Os AHCs podem apresentar efeitos sobre a resistência periférica à insulina e tolerância à glicose. STEEZA não apresentou efeito sobre a resistência periférica à insulina e sobre a tolerância à glicose em mulheres saudáveis. Agravamento da depressão, doença de Crohn e colite ulcerativa foram associadas ao uso de AHCs. Ocasionalmente pode ocorrer cianose. Pacientes com raras problemas hereditários de intolerância à galactose, deficiência de lactase Lapp ou má-absorção de glicose-galactose não devem tomar este medicamento. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** interações entre anticoncepcionais orais e medicamentos indutores enzimáticos podem causar sangramento inesperado e falha anticoncepciva. Exemplos: fenitoína, fenobarbital, primidona, bosentan, carbamazepina, rifamicina e medicamentos com atividade inibidora da citocromo P450, como carbamazepina, topiramato, felcimetato e griseofulvina; inibidores da protease HIV com um potencial indutor e inibidores não nucleosídicos da transcriptase reversa. Estudos de interação medicamentosos não foram realizados com STEEZA, mas dois estudos com rifampicina e cetoconazol, respectivamente, foram realizados com doses mais elevadas de combinação de acetato de nomegestrol-estradiol (acetato de nomegestrol 3,75 mg + 1,5 mg de estradiol) em mulheres na pós-menopausa. O uso concomitante de rifampicina diminui a AUC<sub>0-24h</sub> do acetato de nomegestrol em 95% e aumenta a AUC<sub>0-24h</sub> do estradiol em 25%. O uso concomitante de cetoconazol (dose única de 200 mg) não modifica o metabolismo do estradiol, enquanto foram observados aumentos de concentração de pico (85%) e de AUC<sub>0-24h</sub> (115%) do acetato de nomegestrol, os quais não tiveram relevância clínica. Os anticoncepcionais orais podem alterar o metabolismo de outros medicamentos. Dar atenção especial para a interação com lamotrigina. **REAÇÕES ADVERSAS:** muito comuns (≥ 1/10); acne (cística, oleosa), sangramento de privação anormal (menstruação irregular, menstruação atrasada, polimenorria); comuns (≥ 1/100 a < 1/10): diminuição da libido, perda da libido, depressão/humor deprimido (depressão maior, depressão pós-parto, sintoma depressivo, diminuição do interesse, choro), humor alterado (oscilações de humor, distúrbio emocional, raiva, apatia, indiferença, sofrimento emocional, instabilidade emocional, transtorno afetivo), cefaleia (tensional, sinus), enxaqueca, enxaqueca com aura, náusea, metrorragia (menometrorragia, hemorragia vaginal), menorragia, dor/desconforto/sensibilidade nas mamas, dor pélvica, desconforto pélvico, aumento de peso, aumento do índice de massa corporal, incontinência (≥ 1/1000 a < 1/100); aumento de apetite, desejo por alimentos, retenção hídrica, fôlego, distensão abdominal, flatulência, hipotensão, sudorese noturna, alopecia, alopecia androgênica, prurido, prurido alérgico, pele seca, seborréia, sensação de peso, hipomenorrea, oligomenorrea, inchaço/aumento da mama, edema da mama, ingurgitamento da mama, galactorreia (secreção mamária), espasmo uterino, síndrome pré-menstrual, massa na mama, dispareunia, ressecamento vulvovaginal, lubrificação inadequada, irritabilidade, edema (periférico, generalizado e localizado), aumento de enzimas hepáticas; raras (≥ 1/10.000 a < 1/1.000): diminuição do apetite, aumento da libido, distúrbio de atenção, intolerância à erile de contato/ou ressecado, boca seca, cianose, hipotensão, odor vaginal, desconforto/ou vulvovaginal, torse. A acne foi um evento cujo relato foi isolado, isto é, não foi relatado espontaneamente, sendo determinado em todas as visitas de estudo. Adicionalmente têm sido relatadas reações de hipersensibilidade em usuárias de STEEZA (frequência desconhecida). **POSOLOGIA E ADMINISTRAÇÃO:** um comprimido, diariamente, por 28 dias consecutivos. Uma cartela subsequente é iniciada imediatamente após o término da embalagem anterior, sem interrupção na ingestão diária de comprimidos e independentemente da presença ou ausência de sangramento de privação. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. REGISTRO MS: 1.0029.0186.** Atualização em 16/12/2014 - revisão em 04/04/2014. **Nota:** antes de prescrever STEEZA, recomendamos a leitura da Circular aos Médicos (bula) completa para informações detalhadas sobre o produto.

Nota: antes de prescrever STEEZA, recomendamos a leitura da Circular aos Médicos (bula) completa para informações detalhadas sobre o produto.

Dentre as informações citadas em bula, ressaltamos que este medicamento é contraindicado para usuárias com presença ou histórico de trombose venosa (trombose venosa profunda, embolia pulmonar), de trombose arterial (p.ex., infarto do miocárdio) ou condições prodrômicas (p.ex., crise isquêmica transitória, angina pectoris). Interações entre anticoncepcionais orais e medicamentos indutores enzimáticos podem causar sangramento inesperado e falha anticoncepciva.



SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

07-2017-STE-15-BR-J WOMN-1158093-0000 IMPRESSO EM JULHO/2015. VÁLIDO ATÉ DEZEMBRO/2015



**SOGESP**

ASSOCIAÇÃO DE OBSTETRÍCIA  
E GINECOLOGIA DO ESTADO  
DE SÃO PAULO

## DIRETORIA SOGESP | BIÊNIO 2014/2015

**Presidente:** Jarbas Magalhães

**1º Vice-Presidente:** Paulo Cesar Giraldo

**2º Vice-Presidente:** Francisco Eduardo Prota

**Secretário Geral:** Corintio Mariani Neto

**1º Secretário:** Rogério Bonassi Machado

**2ª Secretária:** Carla Muniz Pinto de Carvalho

**Diretor Tesoureiro:** Newton Eduardo Busso

**1º Tesoureiro:** Juvenal Barreto Borriello de Andrade

**2ª Tesoureira:** Maria Rita de Souza Mesquita

**Diretor Científico:** César Eduardo Fernandes

**Coordenador Científico de Ginecologia:** Marcos Felipe Silva de Sá

**Coordenadora Científica de Obstetrícia:** Rossana Pulcineli Vieira Francisco

**Coordenador dos Representantes Credenciados:** Jorge Nahás Neto

**Coordenador dos Representantes Credenciados do Interior:** Carlos Alberto Politano

**Coordenador dos Representantes Credenciados da Capital:** Luciano de Melo Pompei

## COMISSÃO ORGANIZADORA

**Presidente:** Jarbas Magalhães

**Membros:** César Eduardo Fernandes  
Corintio Mariani Neto  
Newton Eduardo Busso  
Paulo Cesar Giraldo

## COMISSÃO CIENTÍFICA

**Diretor:** César Eduardo Fernandes

## COMISSÃO CIENTÍFICA DE GINECOLOGIA

**Coordenador:** Marcos Felipe Silva de Sá

**Membros:** Aarão Mendes Pinto Neto  
Ana Carolina Japur de Sá Rosa e Silva  
Artur Dzik  
Carolina Sales Vieira de Macedo  
Cristina Laguna Benetti Pinto  
Edilson Benedito de Castro  
Edmund Chada Baracat  
Eliana Aguiar Petri Nahás  
Francisco Eduardo Prota  
Geraldo Rodrigues de Lima  
Gerson Bottacini das Dores  
Gilberto Uemura  
Gustavo Arantes Rosa Maciel  
Hélio Humberto Angotti Carrara  
Jesus Paula Carvalho  
Jorge Milhem Haddad  
Jorge Nahás Neto  
José Maria Soares Júnior  
José Mendes Aldrighi  
Júlio Cesar Rosa e Silva  
Jurandyr Moreira de Andrade

Leopoldo de Oliveira Tso  
Lúcia Helena Simões da Costa Paiva  
Luciano de Melo Pompei  
Luiz Carlos Zeferino  
Luiz Ferraz de Sampaio Neto  
Manoel João Baptista Castello Girão  
Marair Sartori  
Marcelo Luis Steiner  
Márcia Fuzaro Terra Cardial  
Mario Cavagna Neto  
Marisa Teresinha Patriarca  
Nelson Gonçalves  
Newton Eduardo Busso  
Nilson Roberto de Melo  
Nucélio Luiz de Barros Moreira Lemos  
Paula Andrea Navarro Albuquerque  
Paulo Cesar Giraldo  
Reginaldo Guedes Coelho Lopes  
Rodrigo de Aquino Castro  
Rogério Bonassi Machado  
Rosana Maria dos Reis  
Rui Alberto Ferriani  
Sergio Podgaec  
Sophie Françoise Mauricette Derchain  
Vilmar Marques

## COMISSÃO CIENTÍFICA DE OBSTETRÍCIA

**Coordenadora:** Rossana Pulcineli Vieira Francisco

**Membros:** Antonio Fernandes Moron  
Belmiro Gonçalves Pereira  
Corintio Mariani Neto  
Eduardo Cordioli  
Eduardo Valente Isfer

Elaine Christine Dantas Moisés  
Eliana Martorano Amaral  
Eliane Terezinha Rocha Mendes  
Geraldo Duarte  
Iracema de Mattos Paranhos Calderon  
Izildinha Maesta  
João Luiz Carvalho Pinto e Silva  
José Carlos Peraçoli  
José Guilherme Cecatti  
Juvenal Barreto Borriello de Andrade  
Lilian de Paiva Rodrigues Hsu  
Lisandra Stein Bernardes de Andrade  
Luciano Marcondes Machado Nardozza  
Luiz Camano  
Marcelo Zugaib  
Maria Rita de Figueiredo Lemos Bortolotto  
Maria Rita de Souza Mesquita  
Marilza Vieira Cunha Rudge  
Mauro Sancovski  
Mônica Lopez Vazquez  
Nelson Lourenço Maia Filho  
Nelson Sass  
Pedro Paulo Pereira  
Renato Passini Júnior  
Ricardo Barini  
Ricardo de Carvalho Cavalli  
Roberto Eduardo Bittar  
Rodolfo de Carvalho Pacagnella  
Roseli Mieko Yamamoto Nomura  
Rosiane Mattar  
Seizo Miyadahira  
Sérgio Floriano Toledo  
Sérgio Peixoto  
Silvana Maria Quintana  
Silvio Martinelli  
Soubhi Kahhale  
Sue Yazaki Sun  
Umberto Gazi Lippi  
Vera Teresinha Medeiros Borges  
Victor Bunduki

#### **Subcoordenadores de Área Temática**

**Ginecologia:** Carolina Sales Vieira  
Jesus Paula Carvalho  
José Maria Soares Júnior  
Leopoldo de Oliveira Tso  
Luciano de Melo Pompei  
Marair Gracio Ferreira Sartori  
Marcia Fuzaro Terra Cardial  
Nelson Gonçalves  
Nucélio Luiz de Barros Moreira Lemos  
Paula Andréa de A. Salles Navarro  
Rosana Maria dos Reis  
Rogério Bonassi Machado  
Vilmar Marques de Oliveira

#### **Subcoordenadores de Área Temática**

**Obstetrícia:** Corintio Mariani Neto  
Elaine Christine Dantas Moisés  
Izildinha Maesta  
Juvenal Barreto Borriello de Andrade  
Lisandra Stein Bernardes Ciampi de Andrade  
Maria Rita Figueiredo Lemos Bortolotto  
Pedro Paulo Pereira  
Rodolfo de Carvalho Pacagnella  
Rosiane Mattar  
Silvana Maria Quintana  
Sue Yazaki Sun  
Sívio Martinelli  
Vera Therezinha Medeiros Borges

#### **Subcoordenadora de Área Temática**

**Ginecologia e Obstetrícia:** Maria Rita de Souza Mesquita

#### **COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DE PÔSTERES DE GINECOLOGIA**

**Coordenador:** Luis Otávio Zanatta Sarian

**Membros:** Adriana Bittencourt Campaner  
Cássia Raquel Teatin Juliato  
Eduardo Schor  
Eliana Aguiar Petri Nahás  
Emerson de Oliveira  
Gustavo Arantes Rosa Maciel  
Luiz Francisco Cintra Baccaro  
Marcelo Luis Steiner  
Omero Benedicto Poli Neto  
Paulo Cezar Feldner Martins Júnior

#### **COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DE PÔSTERES DE OBSTETRÍCIA**

**Coordenadora:** Alessandra Cristina Marcolin

**Membros:** Carla Muniz Pinto de Carvalho  
Eduardo Cordioli  
Lilian Paiva Rodrigues Hsu  
Márcia Maria Auxiliadora de Aquino Rosalem  
Marcos Masaru Okido  
Mauro Sancovski  
Patrícia Moretti Rehder  
Ricardo Porto Tedesco  
Rodolfo de Carvalho Pacagnella  
Seizo Miyadahira

#### **COMISSÃO DE REVISÃO E ELABORAÇÃO DAS RECOMENDAÇÕES SOGESP**

**Diretor Científico:** César Eduardo Fernandes

#### **Coordenadores de Ginecologia:**

Marcos Felipe Silva de Sá  
Gerson Botacini das Dores

#### **Coordenadores de Obstetrícia:**

Ricardo Carvalho Cavalli  
Rossana Pulcineli Vieira Francisco

## REGIONAIS

### Ribeirão Preto

**Presidente:** João Bosco Meziara  
**Secretária:** Paula Andréa de A. Salles Navarro  
**Tesoureiro:** Rodrigo Coelho Franco  
**Dir. Eventos:** Elaine Christine Dantas Moisés

### Campinas

**Presidente:** Júlio César Teixeira  
**Secretário:** Octávio de Oliveira Santos Filho  
**Tesoureiro:** Armando Antunes Júnior  
**Dir. Eventos:** Belmiro Gonçalves Pereira

### São José do Rio Preto

**Presidente:** José Luis Crivellin  
**Secretária:** Valéria Dória Mendes da Costa  
**Tesoureiro:** João Luis de Carvalho  
**Dir. Eventos:** José Luis Esteves Francisco

### Grande ABC

**Presidente:** Everaldo Porto Cunha  
**Secretária:** Elizabeth Jeha Nasser  
**Tesoureiro:** Rogério Tadeu Felizi  
**Dir. Eventos:** Rodolfo Strufaldi

### Vale do Paraíba

**Presidente:** André Luis Ferreira Santos  
**Secretária:** Silvana Maria Figueiredo Morandini  
**Tesoureiro:** Ângelo de Lima Guedelha  
**Dir. Eventos:** Lauro Mascarenhas Pinto

### Sorocaba/Vale do Ribeira

**Presidente:** Thyrsó Camargo Ayres Filho  
**Secretário:** Gustavo Mendonça André  
**Tesoureira:** Erica Alessandra Rodrigues  
**Dir. Eventos:** Eduardo Borges Coscia

### Santos e Baixada Santista

**Presidente:** Sérgio Floriano de Toledo  
**Secretária:** Rita Kátia Pereira Machado  
**Tesoureiro:** Roberto Cesar Nogueira Júnior  
**Dir. Eventos:** Cláudio Marcellini

### Presidente Prudente/Marília

**Presidente:** Neiw Oliveira Iamada  
**Secretária:** Nilva Galli  
**Tesoureiro:** Giuliano Tavares Tosello  
**Dir. Eventos:** Feres Abrão

### Regional Centro-Oeste

**Presidente:** Gilberto Uemura  
**Secretário:** João Paulo Issa  
**Tesoureiro:** Candido Ademar Venezian  
**Dir. Eventos:** Lenira Maria Queiroz Mauad

## COMISSÕES

### Comissão Institucional

**Membros:** Cristião Fernando Rosas  
Nicolau D'Amico Filho  
José Antonio Marques

### Comissão Editorial

**Coordenador:** Leopoldo de Oliveira Tso  
**Membros:** Nucélio Luis de Barros M. Lemos  
Arícia Helena Galvão Giribela  
Cassiana Rosa Galvão Giribela  
Alan Roberto Hatanaka  
Patrícia de Rossi  
Paulo Martin Nowak  
Sérgio dos Passos Ramos  
Luciano de Melo Pompei  
Corintio Mariani Neto

### Comissão de Educação Continuada

**Coordenadores:** Newton Eduardo Busso  
César Eduardo Fernandes

### Comissão de Ética

**Membros:** José Eduardo Nestarez  
Mônica Lopez Vazquez  
Aloísio José Bedone

### Conselho Fiscal

**Membros:** Francis de Assis Moraes Gomes  
Nelson Antunes Júnior  
Fernando Sansone Rodrigues

### Comissão de Lazer, Cultura e Entretenimento

**Coordenador:** Lister Macedo Leandro  
**Membros:** Paulo Nicolau  
Cláudio Ferrarezi  
Márcia Fuzaro Terra Cardial

### Comissão de Valorização Profissional/ Honorários Médicos

**Coordenador:** César Eduardo Fernandes  
**Secretária:** Maria Rita de Souza Mesquita  
**Membros:** Sandra Léa Bonfim Reis  
Sérgio dos Passos Ramos  
Helena Takako Sato  
Izilda Ferreira Pupo  
Fernando Sansone Rodrigues  
Mary Martins Nery  
Fábio Martins Laginha  
Juvenal Barreto Borriello de Andrade  
Alexandre Sergio de Oliveira Azoubel  
Andrea Lazzarini Salazar (Advogada)

### Comissão de Informática

**Coordenadores:** Jarbas Magalhães  
Nucélio Luis de Barros M. Lemos  
**Membros:** Cristiane Muniz Leal  
Camila Estevam

## Comissão de Relações Internacionais

**Coordenador:** Paulo Cesar Giraldo

**Membros:** Alexandre Vicente de Andrade  
Newton Eduardo Busso  
Vicente Renato Bagnoli  
Lilian de Paiva Rodrigues Hsu

## REPRESENTANTES CREDENCIADOS

### Ribeirão Preto

**Araraquara:** Antônio Carlos Durante

**Barretos / Bebedouro / Olímpia:** Caio Augusto Simões

**Franca:** Eduardo Migani Teixeira

**São Carlos:** Antônio Sérgio Escrivão

### Campinas

**Americana:** Aladim de Paula Freitas Júnior

**Bragança Paulista:** Marcelo Hara

**Espírito Santo do Pinhal / São João da Boa**

**Vista / Vargem Grande do Sul:** José Fernando de Souza Sales Júnior

**Indaiatuba / Vinhedo / Valinhos:** Ana Paula

Curi Spadella

**Jundiá:** Rodrigo Paupério Soares de Camargo

**Limeira:** Renata Zaccaria Simoni

**Mogi Mirim / Mogi Guaçu / Itapira:** João Braz dos Reis Cozeto

**Piracicaba:** Ronaldo Moschini da Silva

**Rio Claro:** Egídia Witzel Beltrame

**São José do Rio Pardo / Mococa / Casa**

**Branca / Caconde:** Maria Tereza Ribeiro Lopes e Navarro

### São José do Rio Preto

**Araçatuba:** Joy Okasaki

**Andradina / Auriflama / Guararapes /**

**Mirandópolis / Ilha Solteira / Pereira Barreto:**

José Alberto Salomão Júnior

**Birigui / Penápolis / Coroados / Buritama /**

**Luisiânia / Valparaíso:** José Ortiz Júnior

**Fernandópolis / Jales / Santa Fé do Sul:** Osny Luz

**Catanduva / Novo Horizonte / Itajobi:**

Roberto Melchiori

**Votuporanga:** Hermínio Sanches

### Vale do Paraíba

**Campos do Jordão / Caçapava / Pindamonhagada:**

Mônica de Lima Guedelha Bonaparte

**Caraguatatuba / Ilhabela / Ubatuba / Suzano:** Luiz

Camparis Júnior

**Guaratinguetá:** Marcus Vinícius Régis Ramos

**Jacareí:** Ruy Alberto de Oliveira Truyts

**Mogi das Cruzes:** Carlos Eduardo Amaral Gennari

**São José dos Campos:** Denise da Silva Dias

**Tremembé / Cruzeiro / Lorena / Bananal:**

Djalma Antônio Almeida dos Santos

### Centro-Oeste

**Botucatu:** Armando Delmanto

**Jaú / Barra Bonita / Bariri / Macatuba /**

**Pederneiras:** Alexandre Sérgio de Oliveira Azoubel

**Avaré/Piraju:** Afonso Celso Ramires Rosário

### Santos

**Cubatão / Guarujá:** Sandra Helena Capela Goya Machado

**Presidente Prudente / Marília**

**Assis / Ourinhos:** Armênio Carpentieri Júnior

**Marília:** Dorival Gotardo

### Grande São Paulo

**Santana de Parnaíba:** Gustavo Burcovschi Kroger

### Grande ABC

**São Bernardo do Campo:** Maria Ascesion Pallares Varela de Almeida

**São Caetano Sul:** Guilherme Loureiro Fernandes

### Sorocaba

**Itu / Itapetininga:** André Fernando Tabarassi da Silveira

## REPRESENTANTES CREDENCIADOS HOSPITALARES

André Malavasi Longo de Oliveira

Eder Viana de Souza

Edilson Ogeda

Eduardo Cordioli

Eduardo Vieira da Motta

Elaine Cristina Di Célio

Fábio Martins Laginha

Júlio César Massonetto

Juvenal Barreto Borriello de Andrade

Levon Badiglian Filho

Lilian Cristiane Rolo

Lilian de Paiva Rodrigues Hsu

Maria Aparecida da Silva Traverzim

Maurício Simões Abrão

Nelson Sass

Paulo César Feldner

Reginaldo Guedes Coelho Lopes

Rodrigo Buzzini

Ronaldo do Patrocínio

Rossana Pulcineli Vieira Francisco

Siu Lum Leung

Soubhi Kahlale

## REPRESENTANTES CREDENCIADOS DAS RESIDÊNCIAS MÉDICAS

Gilberto Lazaroni Theodoro da Cunha

Gregório Lorenzo Acácio

Guilherme Negrão de Souza

Heloísa Maria de Luca Vespoli

José Marcelo Garcia

Luis Roberto Araújo Fernandes

Nilva Galli

Sérgio Makabe

Ulisses Del Nero

Wagner Vicensoto

## RECURSO ELETROTERAPÊUTICO AUTOAPLICÁVEL NO TRATAMENTO DA DOR EM ENDOMETRIOSE

**Autores:** Mira, T.A.A.; Yela, D.A.; Giraldo, P.C.; Benetti-Pinto, C.L.

**Sigla:** G001

Objetivos: Avaliar a efetividade da Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea (TENS) autoaplicável no tratamento complementar da dor de mulheres com endometriose profunda em uso de terapia hormonal. Métodos: Ensaio clínico com 22 mulheres com endometriose profunda divididas em 2 grupos: TENS autoaplicável e TENS modo acupuntura com protocolo de 8 semanas, que apresentavam dor pélvica crônica e/ou dispareunia de profundidade persistente apesar do tratamento hormonal. Onze mulheres utilizaram TENS autoaplicável de forma domiciliar e 11 receberam tratamento eletroterapêutico administrado por fisioterapeuta. Para avaliar as algias pélvicas pré e pós-tratamento e sua influência sobre a qualidade de vida foram utilizados escala visual analógica (EVA), escala de dispareunia de profundidade (graduada de zero a três) e questionário de qualidade de vida Endometriosis Health Profile (EHP-30). Os dados foram analisados estatisticamente. resultados As mulheres tinham  $36 \pm 7.1$  anos, utilizavam terapia hormonal há  $1.65 \pm 2.08$  anos. Para TENS autoaplicável, a intensidade pré e pós-tratamento da dor pélvica foi  $6.18 \pm 2.68$  e  $2.36 \pm 2.54$  ( $p=0.0078$ ) e dispareunia de profundidade de  $2.36 \pm 0.50$  e  $1.10 \pm 0.99$  ( $p=0.03$ ), em relação a TENS modo acupuntura para dor pélvica foi  $5.73 \pm 1.49$  e  $2.55 \pm 2.42$  ( $p=0.0020$ ) e dispareunia de profundidade de  $2.20 \pm 0.42$  e  $1.30 \pm 1.06$  ( $p=0.03$ ), respectivamente. O escore do questionário de qualidade de vida (EHP-30) pré e após tratamento foi  $61.18 \pm 9.32$  e  $46.18 \pm 9.32$  ( $p=0.0068$ ) para autoaplicável comparado à TENS modo acupuntura que foi de  $47.98 \pm 11.18$  e  $32.09 \pm 8.65$  ( $p=0.0020$ ). Conclusões: Este é o primeiro estudo a avaliar o uso da eletroterapia no tratamento complementar da dor em endometriose profunda. O recursos autoaplicáveis foi comparável ao modo acupuntura no alívio da algia pélvica e melhora da qualidade de vida, porém apresenta vantagens pela facilidade na aplicação e pela comodidade de poder ser utilizado de forma domiciliar em relação à modalidade eletroterapêutica aplicada de forma ambulatorial, às vezes de difícil acesso. Trata-se de uma boa alternativa, praticamente desprovida de efeitos colaterais, no arsenal terapêutico disponível.

**Instituição:** Universidade Estadual de Campinas - Campinas - SP

## INFLUÊNCIA DO USO TÓPICO DE ESTROGÊNIO OU TESTOSTERONA OU ÁCIDO

## POLIACRÍLICO SOBRE A FUNÇÃO SEXUAL EM MULHERES NA PÓS MENOPAUSA: ENSAIO CLÍNICO CONTROLADO E ALEATORIZADO

**Autores:** Fernandes, T.; Costa-Paiva, L.; Pinto Neto, A.

**Sigla:** G002

A atrofia vaginal é uma condição crônica frequente em mulheres na pós menopausa que acarreta alterações sobre a sua sexualidade e conseqüentemente sobre a sua qualidade de vida. Recentes estudos avaliam novas alternativas de tratamento para essa ascendente queixa da população feminina, entretanto, atualmente dispomos de poucas opções terapêuticas adequadamente avaliadas. objetivo Comparar a função sexual feminina após uso tópico de estrogênio, testosterona e ácido poliacrílico ao lubrificante vaginal. Métodos: Ensaio clínico randomizado com 80 mulheres na pós menopausa entre 40 e 70 anos em seguimento no Ambulatório de Menopausa do CAISM Unicamp. As mulheres foram randomizadas para o tratamento tópico via vaginal com estrogênio, testosterona, ácido poliacrílico e lubrificante, três vezes na semana por um período de 12 semanas entre novembro 2011 a janeiro 2013. Utilizou-se o Índice de Função Sexual Feminina para avaliar as mudanças da resposta sexual no início e após 6 e 12 semanas. resultados O ácido poliacrílico e a testosterona tópica em comparação com lubrificante após 12 semanas de tratamento apresentaram aumento nos domínios: desejo sexual, lubrificação, satisfação, dor na relação sexual e score total. O tratamento com o estrogênio tópico em comparação com o lubrificante apresentou melhora no domínio desejo. A análise intragrupo ao longo do tempo de tratamento evidenciou melhora nos domínios desejo, lubrificação, dor para as mulheres que utilizaram ácido poliacrílico, testosterona e estrogênio. Além disso, as mulheres que utilizaram testosterona apresentaram melhora ao longo do tempo nos domínios excitação, orgasmo e satisfação. Conclusão: O tratamento por 12 semanas em mulheres na pós menopausa com sintomas de atrofia vaginal com ácido poliacrílico, testosterona e estrogênio quando comparados ao lubrificante demonstraram melhora na função sexual feminina.

**Instituição:** UNICAMP - São José dos Campos - SP

## EFEITO DA INSERÇÃO DO IMPLANTE LIBERADOR DE ETONOGESTREL NO PUERPÉRIO IMEDIATO SOBRE A AMAMENTAÇÃO: ESTUDO CLÍNICO RANDOMIZADO

**Autores:** Braga, G.C.; Ferrioli, E.; Quintana, S.M.; Ferriani, R.A.; Pfrimer, K.; Vieira, C.S.

**Sigla:** G003

**Objetivos:** A inserção do implante de etonogestrel (ENG) no pós-parto imediato reduz o risco de recorrência de gestação, especialmente em populações vulneráveis. Não há estudos que avaliaram o impacto do volume de leite materno por técnica padrão ouro para este fim, quando o implante é inserido no puerpério imediato. Este estudo tem como objetivo avaliar o efeito da inserção do implante de ENG no pós-parto imediato sobre a quantidade de leite ingerida pelos recém-nascidos (RNs) nas seis primeiras semanas do parto através de método padrão-ouro da avaliação da amamentação. **Métodos:** Trata-se de um ensaio clínico randomizado, aberto e controlado com 24 puérperas e RNs realizado no Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto. Vinte e quatro pares de mãe-RN foram incluídos no período de março a dezembro de 2014 e randomizados em dois grupos: a) grupo implante (inserção do implante até 48 horas do parto) e b) grupo controle: ausência de método contraceptivo. O seguimento do par mãe-RN foi realizado por 6 semanas. Foram administrados 5g e 10g de deutério (D2O) por via oral às puérperas no dia da randomização (dia 0) e no 29º dia do estudo, respectivamente. Amostras de saliva foram colhidas nos dias 0, 1, 2, 3, 4, 13 e 14, após a ingestão de cada dose de D2O. Através de espectrometria de massa foi avaliada a razão isotópica do D2O nas amostras de saliva, estimando-se o volume de leite materno ingerido pelo RN. **resultados** Não houve diferença na quantidade de leite ingerida pelos RNs. Após a primeira dose de D2O, a ingestão média de leite materno pelo RN foi semelhante entre os grupos (Implante: 343,6 ± 102,5 mL /dia vs. Controle: 388,2 ± 170,4 mL/dia, p=0,54). Após a segunda dose de D2O, a ingestão média de leite materno pelo RN também foi semelhante entre os grupos (Implante: 775 ± 277,6 mL /dia vs. Controle: 815,4 ± 184,1 mL/dia, p=0,63). A taxa de amamentação exclusiva e o peso dos RNs foram semelhantes entre os grupos nas seis primeiras semanas após o parto. **Conclusão:** O implante de ENG quando inserido no pós-parto imediato não altera o volume de leite materno ingerido pelo RN.

**Instituição:** Ribeirão Preto

## **AVALIAÇÃO DA DENSIDADE MINERAL ÓSSEA EM MULHERES NA PÓS MENOPAUSA TRATADAS DE CÂNCER DE MAMA**

**Autores:** Poloni, P.F.; Neto, J.N.; Nahás, E.A.P.; Vespoli, H.L.; Filho, B.A.; Omodei, M.S.

**Sigla:** G004

**Objetivo:** avaliar os fatores de risco para baixa densidade mineral óssea (DMO) em mulheres na pós-menopausa tratadas de câncer de mama comparadas

a mulheres na pós-menopausa sem câncer de mama. **Métodos:** Realizou-se estudo caso-controle, com 112 mulheres tratadas de câncer de mama comparadas a 224 mulheres na pós-menopausa sem câncer de mama (controle), atendidas em Hospital Universitário. Foram incluídas no grupo de estudo mulheres com amenorréia ≥12 meses e idade ≥45 anos, tratadas de câncer de mama e livre de doença há pelo menos cinco anos. O grupo controle foi constituído de mulheres com amenorréia ≥12 meses e idade ≥45 anos sem câncer de mama, pareadas pela idade e tempo de menopausa, na proporção 1 caso para 2 controles. Por meio de entrevista foram avaliados fatores de risco para baixa DMO (osteopenia e osteoporose). A DMO foi mensurada pela absorciometria de raios-X de dupla energia (DEXA) em coluna lombar e colo de fêmur. Regressão logística foi utilizada para identificar fatores associados à baixa DMO. **Resultados:** A média de idade das pacientes tratadas de câncer de mama foi de 61,3 ± 9,7 anos com tempo médio de seguimento de 10,2 ± 3,9 anos. Considerando ambos os sítios avaliados (coluna e colo de fêmur), 77,7% das mulheres tratadas de câncer de mama e 74,5% do grupo controle apresentavam baixa DMO (p=0,302). Na avaliação isolada da DMO em coluna lombar não houve diferença entre os grupos (p=0,332). Contudo, na DMO de colo de fêmur, as pacientes com câncer de mama apresentaram maior ocorrência de osteopenia (45,1%) e osteoporose (22,3%) quando comparadas ao controle (39,3% e 9,0%, respectivamente) (p=0,0005). Avaliando os fatores de risco para baixa DMO entre as mulheres com câncer de mama encontrou-se que quimioterapia prévia associou-se com aumento no risco (OR 6.90; IC 95% 5.57-9.77), enquanto que exercício físico regular (OR 0.24; IC 95% 0.06-0.98) e índice de massa corpórea (IMC) ≥ 30 kg/m<sup>2</sup> (OR 0.09; IC 95% 0.02-0.37) associaram-se à redução do risco. **Conclusão:** Mulheres na pós-menopausa tratadas de câncer de mama apresentaram maior ocorrência de osteopenia e osteoporose em colo de fêmur quando comparadas a mulheres sem câncer de mama.

**Instituição:** Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP - Botucatu - SP

## **INFLUÊNCIA DOS FATORES REPRODUTIVOS NA OBESIDADE MÓRBIDA EM MULHERES NO MENACME: DADOS PRELIMINARES**

**Autores:** Neves, A.G.N.; Oshika, F.H.O.; Kawasara, K.T.K.; Godoy, A.C.G.; Chaim, E.A.C.; Surita, F.G.C.

**Sigla:** G005

**Introdução:** O aumento da prevalência da obesidade entre a população do sexo feminino em idade reprodutiva tem configurado um problema relevante em saúde pública. Variáveis ginecológicas e obstétricas podem interferir nesta condição. **objetivo** Avaliar a influência de

fatores reprodutivos na ocorrência de obesidade mórbida em mulheres em idade reprodutiva e as comorbidades nesta população. Métodos: Estudo observacional. Os casos foram mulheres obesas mórbidas segundo a classificação da OMS (IMC igual ou maior que 40kg/m<sup>2</sup>), procedentes de Campinas e região, com idade entre 20 e 49 anos, acompanhadas no Ambulatório de Gastrocirurgia do HC-UNICAMP. As participantes responderam a um questionário sobre dados sócio-demográficos, história obstétrica e ginecológica e comorbidades associadas. resultados Foram analisadas 11 mulheres, com idade de 36,4 anos, IMC médio 47,08 kg/m<sup>2</sup>. A média do maior peso já atingido foi de 142,7 kg. A hipertensão arterial foi prevalente em 63,6% (n=7) da amostra e apenas uma mulher apresentou quadro de diabetes mellitus. Com relação as variáveis obstétricas, uma era nulípara, quatro tiveram apenas um parto, duas mulheres tiveram dois partos, três tiveram três partos e apenas uma quatro partos. O IMC médio da primeira gestação foi de 36,38kg/m<sup>2</sup>, da segunda gestação 37,14kg/m<sup>2</sup> e da terceira gestação 38,43kg/m<sup>2</sup>. A única mulher incluída que teve quatro gestações obteve ganho de peso gestacional de 42kg da primeira para a última gestação. Conclusão: A retenção do peso gestacional tende a aumentar com o maior número de gestações. As mulheres que tiveram mais partos apresentavam maior IMC quando comparado à gestação anterior. As mulheres em idade reprodutiva devem se atentar ao ganho de peso progressivo associado à história obstétrica. Neste sentido, políticas de saúde pública devem ser incorporadas a fim de auxiliar estas mulheres na prevenção da obesidade e suas comorbidades.

**Instituição:** CAISM/UNICAMP - Campinas - SP

## PERFIL METABOLÔMICO DAS ALTERAÇÕES HEPÁTICAS DE MODELOS ANIMAIS DA SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS

**Autores:** Anzai, A.; Marcondes, R.R.; Gonçalves, T.H.; Baracat, E.C.; Silva, I.D.C.G.; Maciel, G.A.R.

**Sigla:** G006

**Objetivos:** O objetivo deste estudo foi analisar os efeitos metabólicos no fígado de ratas adultas em modelo da síndrome dos ovários policísticos induzido pela exposição neonatal à testosterona ou ao estrogênio. Métodos: Foram utilizadas 30 ratas, divididas em três grupos de 10 animais cada. Foi administrada por via subcutânea entre 1 e 3 dias de vida uma única dose dos seguintes compostos: 0,1 ml de óleo de oliva (veículo) – grupo Controle (n=10); propionato de testosterona (1,25 mg/0,1ml de veículo) – grupo Testosterona (n=10); benzoato de estradiol (0,5 mg/0,1ml de veículo) – grupo Estradiol (n=10), de acordo com o grupo a que pertenciam. Após 90 dias, os animais foram pesados e sacrificados, sendo retirados fragmentos do fígado que foram preparados para análise da metabo-

lômica. Foram realizadas a identificação e a quantificação de 180 metabólitos por meio de espectrometria de massas direcionada. A análise estatística foi feita utilizando-se o programa Metaboanalyst 2.0. resultados O grupo testosterona apresentou modificações no perfil metabólico ligadas a maior resistência à insulina e maior risco para diabetes. A quantificação de aminoácidos de cadeia ramificada (BCAA) foi maior (p=0,04), atividade da proteína reguladora de glicoquinase (GCKR) foi menor (p=0,01) e a relação valina/carnitina 5 (SLC22A4) foi maior (p<0,05) quando comparados aos controles. O grupo exposto ao estrogênio apresentou menores concentrações de acilcarnitinas de cadeia longa (p=0,002), que são alterações relacionadas ao metabolismo e síntese de lipídeos. Conclusões: A exposição neonatal a testosterona parece induzir alterações relacionadas à resistência à insulina durante a fase adulta. As alterações metabólicas no fígado de ratas adultas podem trazer informações quanto à diferentes manifestações clínicas da SOP. Nossos resultados apontam que os riscos metabólicos associados à SOP podem ter origem e mecanismos diferentes.

**Instituição:** Disciplina de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) - São Paulo - SP

## SÍNDROME METABÓLICA: FATOR DE RISCO PARA PÓLIPO ENDOMETRIAL NA PÓS-MENOPAUSA

**Autores:** Bueloni-Dias, F.N.; Spadoto-Dias, D.; Nahás-Neto, J.; Delmanto, L.R.M.G.; Schmitt, E.M.B.; Nahás, E.A.P.

**Sigla:** G007

**Objetivo:** Avaliar os fatores clínicos preditivos para o desenvolvimento dos pólipos endometriais em mulheres na pós-menopausa. Métodos: Foi conduzido ensaio clínico, analítico, comparativo e transversal, envolvendo mulheres na pós-menopausa, 132 com diagnóstico anatomopatológico de pólipo endometrial e 264 sem alterações endometriais, atendidas em Hospital Público Universitário. Foram incluídas no estudo mulheres com amenorréia ≥ 12 meses e idade ≥ 45 anos, em uma proporção de 1 caso para 2 controles. Foram coletados dados clínicos, antropométricos, laboratoriais e ultrasonográficos, para avaliação dos fatores preditivos do pólipo endometrial. Para análise estatística empregou-se os testes t-Student, Qui-Quadrado e Regressão Logística (OR, odds ratio). resultados As pacientes com pólipo endometrial apresentaram idade mais avançada e maior tempo de menopausa quando comparadas ao controle (P<0,0001). Maior porcentagem de mulheres com pólipo era obesa (72%) quando comparadas ao controle (39%) (P<0,0001). A medida da circunferência da cintura foi maior entre as pacientes com pólipo (P=0,0001). Observou-se maior incidência de diabetes,

# GINECOLOGIA

hipertensão e dislipidemias nas pacientes com pólipos endometriais ( $P < 0,0001$ ). De acordo com os critérios do NCEP/ATP III, 48,5% das mulheres com pólipos e 33,3% do grupo controle foram classificadas como portadoras da síndrome metabólica ( $P = 0,004$ ). Em relação ao grupo controle, apresentaram maior chance de desenvolvimento de pólipos endometriais às pacientes com: IMC  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup> (OR 4,66; IC 95% 2,16-10,05); glicose  $\geq 100$  mg/dl (OR 2,83; IC 95% 1,36-5,90); dislipidemia (OR 7,02; IC 95% 3,70-13,32), diabetes (OR 2,58; IC 95% 1,05-6,32); e síndrome metabólica (OR 2,76; IC 95% 1,18-6,46). Conclusão: Em mulheres na pós-menopausa, a obesidade, a dislipidemia, a hiperglicemia e a presença de síndrome metabólica foram fatores preditivos para o desenvolvimento de pólipos endometriais.

**Instituição:** Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista - Botucatu - SP

## CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E NIC3 DE 2001 A 2010 EM SERVIÇO DE REFERÊNCIA PARA A REGIÃO DE CAMPINAS: EVOLUÇÃO DA TAXA ANUAL, IDADE, TIPO HISTOLÓGICO E ESTADIAMENTO

**Autores:** Soares, M.S.; Teixeira, C.S.C.; Machado, H.C.; Andrade, L.A.L.A.; Zeferino, L.C.; Teixeira, J.C.

**Sigla:** G008

Objetivos: descrever a taxa anual, idade, tipo histológico (TH) e estadiamento clínico (EC) no diagnóstico de câncer do colo do útero (CCU) e NIC3 no período 2001-2010. Métodos: estudo descritivo, baseado em dados do Registro Hospitalar de Câncer, referência da região. Os registros totalizaram 1459 NIC3 e 1804 CCU. Foram analisados: ano do diagnóstico, faixas etárias, TH, se carcinoma epinoelular (CEC) ou adenocarcinoma/ca. adenoescamoso (AC), e EC da doença. Foi calculada a frequência anual e analisadas as tendências para diagnóstico por faixas etárias, EC e TH, e as associações, através do Teste de Tendência de Cochran-Armitage, com  $p < 0,05$  para significância. resultados foi observado um aumento progressivo de 54% na proporção de casos de NIC3 e uma diminuição de 36% nos casos de ca. invasor (123 NIC3/ 211 CCU em 2001 para 189 NIC3/ 135 CCU em 2010,  $p < 0,001$ ). Idade: 76,5% dos NIC3 ocorreram em  $< 45$  anos e apenas 1,4% (25/1804) dos CCU em  $< 25$  anos. Considerando os CEC invasores, houve progressivamente mais diagnósticos em mulheres  $< 45$  anos (16,8% em 2001 para 38,0% em 2010) e progressivamente menos em  $> 45$  anos (83,2% em 2001 para 62,0% em 2010,  $p = 0,008$ ). Com relação ao EC houve um aumento progressivo na proporção de diagnóstico de CCU em EC I (26,7% em 2001 para 40,2% em 2010,  $p = 0,01$ ). Para o diagnóstico no EC III não houve modificação significativa (49,1% em 2001 para 43,2% em 2010,

$p = 0,42$ ), que continua sendo o mais frequente. O TH CEC ocorreu em 78,8% dos casos contra 21,2% dos AC. O diagnóstico de CEC EC IB aumentou gradualmente (9,5% em 2001 para 21,3% em 2010,  $p = 0,010$ ) e o AC foi mais diagnosticado em mulheres  $> 45$  (15,8% em 2001 para 26,6% em 2010,  $p = 0,007$ ) e em EC III (47,5% em 2001 para 53,1% em 2010,  $p = 0,033$ ). Conclusões: o perfil evolutivo do NIC3 é de aumento progressivo (+54%) e do número de CCU é de diminuição (-36%) no período 2001-2010. Houve aumento na proporção de AC diagnosticados em estágios mais avançados e em mulheres  $> 45$  anos, ao passo que o CEC está diminuindo, mas com aumento na proporção de EC IB e de diagnósticos em mulheres  $< 45$  anos. Apenas 1,4% dos casos de CCU ocorreram em mulheres  $< 25$  anos.

**Instituição:** Depto de Tocoginecologia/FCM, Hospital da Mulher/CAISM, UNICAMP - Campinas - SP

## DIAGNÓSTICO DE VAGINITE POR TESTE AFFIRM EM MULHERES COM QUEIXA GENITAL

**Autores:** Valente, A.B.G.V.; Junior, J.E.; Eleutério, R.M.N.; Soares, F.Q.

**Sigla:** G009

Objetivos: Analisar, através de biologia molecular (teste Affirm), a frequência e associação de Trichomonas vaginalis, Gardnerella vaginalis e Candida albicans em mulheres no menacme com e sem queixa genital em serviços de Ginecologia. Métodos: Estudo de corte transversal realizado entre março a novembro de 2014 com mulheres atendidas em serviços de Ginecologia com e sem queixa genital. Dados como idade, queixa, aspecto do conteúdo vaginal e colpito ao exame foram registrados em ficha específica. Para a coleta, era aplicado swab em parede vaginal após a colocação de espéculo, com adequado acondicionamento e processamento posteriores das amostras. O teste Affirm VPIII possui três etapas: despreendimento dos ácidos nucléicos dos patógenos estudados, processamento automático e liberação dos Resultados. Para significância estatística das associações foi aplicado teste exato de Fisher com intervalo de confiança de 95%, com  $p < 0,05$ . resultados Foram estudados 152 casos. A média de idade foi de 32.1 (+- 9.7). Dentre os 152, 52 não apresentavam queixa clínica e 100 relataram alguma queixa genital (corrimento: 53, prurido: 30, odor: 12 e outras queixas: 5). O teste Affirm VPIII identificou isoladamente Gardnerella vaginalis em 33,5% dos casos, Candida albicans em 8,6% e nenhuma Trichomonas. Houve associação de patógenos, especialmente entre Gardnerella e Candida em 5,9% casos. Estudando apenas as assintomáticas, os resultados foram Gardnerella 36,5% dos casos, Candida 7,7%, Gardnerella + Candida em 3,8% e negativo 53,8%. Dentre as que referiam corrimento genital houve a seguinte distribuição: Gardnerella em 35,8%, Candida em 5,6%, Gardnerella + Candida em 3,8%

e negativos em 54,7%. Quando a queixa foi de prurido associado a corrimento os resultados foram os seguintes: Gardnerella 13,3%, Candida 13,3%, Gardnerella + Candida 30% e negativos 43,3%. Em pacientes com odor associado os achados foram: Gardnerella 50%, Gardnerella + Candida 8,3% e negativos 41,7%. Conclusão: Gardnerella vaginalis foi o patógeno mais observado na amostra avaliada e a sua associação com Candida (vaginite mista) aconteceu principalmente entre aquelas com queixa de prurido e corrimento.

**Instituição:** Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - CE

## A METOCLOPRAMIDA PODERIA MODIFICAR A AÇÃO DOS ESTEROIDES SEXUAIS, SOBRE O ÁCIDO HIALURÔNICO DO COLO UTERINO DE MURINO?

**Autores:** Gomes, R.C.T.; Simões, M.J.; Simões, R.S.; Nader, H.B.; Baracat, E.C.; Soares Júnior, J.M.

**Sigla:** G010

**Objetivo:** Avaliar a influência da metoclopramida sobre o tratamento de esteroides sexuais sobre a quantidade de ácido hialurônico no colo uterino de camundongos fêmeas ovariectomizadas. **Material e Métodos:** 100 camundongos fêmeas (não ovariectomizados, ou ovariectomizados, ovx) foram divididos em dez grupos com 10 animais/cada: 1. Grupos experimentais controles: GC (controle, não-ovx) e GO (ovx): tratados com solução salina; e Gmet (met/não ovx) e OGmet (met/ovx): tratados com metoclopramida (met). 2. Grupos experimentais com tratamento hormonal: GE (ovx/E): 17 $\beta$ -estradiol; GP (ovx/P): progesterona e, EPG (ovx/EP): 17 $\beta$ -estradiol combinado à progesterona. 3. Grupos experimentais com tratamento hormonal e com metoclopramida: metGE (met/ovx/E): 17 $\beta$ -estradiol; metGP (met/ovx/P): progesterona e, metGEP (met/ovx/EP): 17 $\beta$ -estradiol combinado à progesterona. Os tratamentos começaram após 30 dias da ovariectomia bilateral e, todos os animais foram tratados durante 50 dias consecutivos, via injeções subcutâneas (solução salina ou metoclopramida) e via gavagem (hormônio dissolvido em óleo de girasol). Após 50 dias, os animais foram eutanasiados e o colo uterino foi removido para avaliar a quantidade de ácido hialurônico bioquímico de Fluorimetria Elisa-Like. Os dados foram submetidos à análise estatística ANOVA ( $p < 0,05$ ). resultados quantidade de HA: (GO = Gmet) e (GOmet = GP) foi maior comparado ao GC e comparado aos grupos tratados com hormônios esteroides com ou sem a metoclopramida ( $p < 0,05$ ), e, finalmente, (GO = Gmet) foi maior comparado ao (GOmet=PG), ( $p < 0,05$ ). Não houve diferença significativa entre os outros grupos. **Conclusões:** Os resultados obtidos nos permitir algumas

**Conclusões:** 1. A ovariectomia aumenta a quantidade de HA e o tratamento com metoclopramida diminui a quantidade de HA. 2. A ação combinada dos esteroides sexuais mostrou que a progesterona modula a ação da 17 $\beta$ -estradiol sobre a síntese de HA no colo uterino dos animais ovariectomizados. 3. A metoclopramida interfere na síntese da HA no colo uterino dos animais com ovários, e 4. A metoclopramida não interfere na ação de hormônios esteroides sobre a síntese do HA no colo uterino dos animais ovariec.

**Instituição:** Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de São Paulo - São Paulo - SP

## FATORES ASSOCIADOS AO USO DE CONTRACEPTIVOS APÓS O PARTO NA COORTE BRISA

**Autores:** Santos, A.O.; Costa, M.C.; Costa, A.C.M.; Alves, M.T.S.S.B.

**Sigla:** G011

**Objetivo:** Analisar a prevalência e fatores associados ao uso de método anticoncepcional (MAC) em São Luís, Maranhão. **Métodos:** Estudo longitudinal de amostra de conveniência de 2.933 puérperas da coorte de nascimento que responderam questionário sobre características demográficas, socioeconômicas, hábitos maternos, características reprodutivas e sobre uso de métodos contraceptivos após o parto. Para a análise dos fatores associados foi utilizado modelo teórico hierarquizado em dois níveis. No nível distal, características sócioeconômicas e demográficas da mulher e do companheiro, por influenciarem diretamente o nível proximal. Características reprodutivas, hábitos maternos e índice de massa corpórea formaram o nível proximal, por exercerem papel preponderante no uso de Métodos: anticoncepcionais. Efetuou-se análise de regressão multivariada de Poisson com ajuste robusto da variância, intervalo de confiança de 95% para estimativa de odds ratio. resultados A taxa de uso de contraceptivo após o parto foi de 76,6%. O método mais utilizado foi preservativo seguido de laqueadura tubária. Após o ajuste para o modelo teórico, residir com o companheiro associou-se com uso de método contraceptivo. Maior número de filhos e ter recebido orientação sobre MAC no pós-parto também aumentaram a chance de uso de anticoncepcionais. Há necessidade de implementar ações de orientação sobre planejamento reprodutivo logo após parto. **Palavras chaves:** contraceptive use; planejamento reprodutivo; gravidez não planejada.

**Instituição:** Universidade Federal do Maranhão - UFMA - São Luís - MA

# GINECOLOGIA

## PREVALÊNCIA DE NEOPLASIA INTRAEPITELIAL DE ALTO GRAU HISTOLÓGICO EM PACIENTES MENOPAUSADAS COM CITOLOGIA APRESENTANDO CÉLULAS ESCAMOSAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO

**Autores:** Lopes, A.; Campaner, A.B.; Salomão, F.; Quirino, L.; Araujo, F.

**Sigla:** G012

Objetivo: Avaliar a prevalência de lesões histológicas de alto grau e câncer de colo uterino em pacientes menopausadas com células escamosas de significado indeterminado (ASCUS) na citologia oncológica de rastreamento. Métodos: 703 pacientes atendidas no ambulatório de colposcopia da Irmandade de Misericórdia da Santa Casa de São Paulo (ISCMSP) com diagnóstico citológico ASCUS, foram submetidas à anamnese completa e encaminhadas para exame colposcópico. Diante de um achado colposcópico anormal, foi realizada a biópsia e enviada ao laboratório de anatomia patológica da ISCMSP para análise histopatológica. Foram realizadas mais de uma biópsia quando o achado era misto, ou seja, mais de um tipo de alteração colposcópica, priorizando a lesão com classificação de grau maior. Os casos foram avaliados e seus laudos emitidos de acordo com a padronização do Serviço de Anatomia Patológica da ISCMSP. resultados das 703 pacientes, 96 (13,7%) já se encontravam na menopausa. O tempo médio de menopausa das 94 mulheres que souberam referi-la foi de 9,4 anos, variando de 1 a 25 anos, com desvio-padrão de 6,5 anos. O achado único foi observado em 26 pacientes e as demais 70 pacientes apresentaram colposcopia normal. Nesse grupo não observamos achados mistos. As alterações dos tipos EAB tênue, iodo negativo, pólipos e mosaico fino foram igualmente frequentes nos diversos tipos de lesão. Das 96 mulheres menopausadas, 19 (19,8%) apresentaram biópsia negativa, encontramos 1 caso de NIC 3 (1,1%) e 6 de NIC 1 (6,2%) e nenhum caso de câncer. Conclusões: O resultado da biópsia não se mostrou relacionado à idade das pacientes ( $p=0,082$ ; teste de Kruskal-Wallis). Com base nas análises estatísticas inferenciais, verificamos que a ocorrência de menopausa não esteve associada à presença de colposcopia normal ou alterada ( $p=0,105$ ), resultado da biópsia ( $p=0,433$ ), tipo de lesão histológica ( $p=0,377$ ) e o tipo de alteração única ou mista ( $p=0,177$ ; teste de Qui-quadrado de Pearson). Do exposto concluímos que o seguimento citológico das pacientes com ASCUS é factível e seguro pelo baixo risco de encontro de lesões de alto grau.

**Instituição:** Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo - São Paulo - SP

## CORRELAÇÃO CITOLÓGICA E HISTOLÓGICA DE PACIENTES SUBMETIDAS À CONIZAÇÃO DO COLO UTERINO

**Autores:** Campaner, A.B.; D'Avila, F.S.; Henrique, L.Q.; Lopes, A.C.M.; Aldrighi, J.M.

**Sigla:** G013

Objetivos: Correlacionar a citologia oncológica prévia com o resultado da biópsia guiada pela colposcopia e o anatomo-patológico definitivo obtido pela conização do colo uterino das pacientes do ambulatório de Patologia do Trato Genital Inferior (PTGI) da Santa Casa de São Paulo. Métodos: Estudo observacional retrospectivo com mulheres submetidas à conização do colo uterino. As mesmas foram selecionadas no Ambulatório de PTGI da Santa Casa. Foram incluídas pacientes de qualquer idade, independente do status menopausal. Foram excluídos os casos no qual o prontuário não foi encontrado e/ou os dados epidemiológicos não estavam completos. resultados Num total de 176 pacientes observamos que a indicação da conização foi 50% neoplasia intraepitelial grau 2 histológico (NIC 2), 31% neoplasia intraepitelial grau 3 histológico, 11,9% duas citologias de alto grau, 2,8% carcinoma epidermoide, 1,7% neoplasia intraepitelial grau 1 (NIC 1) persistente e 1,7% adenocarcinoma in situ. Dentre as pacientes com citologia de lesão de alto grau (LIEAG), na maioria as biópsias na colposcopia foram compatíveis com neoplasia intraepitelial de alto grau (NIC 2 e 3), correspondendo ao anatomo patológico da conização. Houve casos de citologia oncológica negativa com biópsia evidenciando NIC 2 e 3 com alguns resultados de conização compatíveis com o grau da biópsia de indicação. Dos resultados anatomo patológicos da conização encontramos 65% NIC 3, 13% NIC 2, 13% cervicite crônica inespecífica, 2,8% NIC 1, 2,8% adenocarcinoma in situ, 1,7% carcinoma epidermoide in situ, 0,5% carcinoma epidermoide microinvasivo e 0,5% adenocarcinoma microinvasivo. Conclusões: a correlação citológica com a biópsia guiada pela colposcopia e o resultado da conização cervical nos mostra a importância desse tripé para rastreamento do câncer do colo uterino. Além disso, a citologia negativa com resultados colposcópicos de alto grau no faz refletir na importância da coleta bem feita da citologia e seu valor preditivo no câncer do colo uterino.

**Instituição:** Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - SP

## AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE PROLIFERATIVA SEMANAL DO EPITÉLIO MAMÁRIO APÓS O USO DE TRÊS CICLOS DE ANTICONCEPCIONAL COMBINADO HORMONAL ORAL

**Autores:** Fenile, R.; Nazário, A.C.P.; Logullo, A.; Taniguchi, C.K.T.

**Sigla:** G014

**Objetivo:** comparar a atividade proliferativa total da mama através do Ki-67 após 3 ciclos de anticoncepcional oral combinado com o de um ciclo natural e com aquela apresentada após apenas 1 ciclo. **Material e Métodos:** Foram selecionadas 55 mulheres, que submeteram-se à exérese do nódulo mamário e de tecido mamário macroscopicamente normal adjacente ao nódulo, distando deste pelo menos 1 cm. As pacientes foram divididas em dois grupos: grupo A, constituído por 20 mulheres que utilizaram três ciclos de anticoncepcional combinado oral composto de 150 mg de levonorgestrel e 30 mg de etinilestradiol, e o grupo B formado por 35 mulheres com ciclos naturais, eumenoréicas, ou seja, não utilizaram qualquer medicação hormonal. No quarto mês após iniciado o uso do ACO, as pacientes do grupo A foram subdivididas em quatro grupos de acordo com o uso do anticoncepcional. O grupo A1( 5 pacientes) na primeira semana; o A2 ( 5 pacientes), na segunda semana; o A3( 5 pacientes), na terceira semana e o A4 (5 pacientes), na semana de pausa da medicação. Em todas as pacientes foi calculada a expressão do Ki-67 pelo método de TMA. Resultados as maiores mídias de contagem de Ki67 ocorreram na terceira ( 16,65%) e quarta semana ( 16,56%), similares entre si. Adicionalmente, observa-se que a média de contagem da semana de pausa foi superior ao da primeira semana ( 10,25%) e da segunda semana (8,52%), que por sua vez não se mostraram distintas. Quando comparamos uso por 3 ciclos com 1 ciclo, verificamos que não se observaram diferenças nos níveis de contagem de Ki67 por tempo de nas duas primeiras semanas. Entretanto, nota-se que os níveis de Ki67 foram maiores nas mulheres que fizeram uso de anticoncepcionais por mais tempo tanto na terceira semana como na semana da pausa. Concluindo, a atividade proliferativa total do ciclo artificial foi significativamente maior do que a do ciclo natural e, após três ciclos, apresentou índices maiores de proliferando na terceira e quarta semanas do ciclo menstrual, ao contrario daquelas pacientes que fizeram uso de apenas 1 ciclo do anticoncepcional, que apresentaram maior atividade proliferativa no início do ciclo.

**Instituição:** UNIFESP-EPM - São Paulo - SP

### MIRNAS EM SARCOMAS E CARCINOSSARCOMAS UTERINOS: UMA PERSPECTIVA DE NOVOS ALVOS TERAPÊUTICOS

**Autores:** Dos Anjos, L.G.; Maciel, G.A.R.; Garcia, N.; Almeida, T.G.; Barcat, E.C.; Carvalho, K.C.

**Sigla:** G015

**Objetivos:**- Avaliar o padrão de expressão de microRNAs em amostras de carcinossarcomas e sarcomas uterinos.

**Métodos:**- Foram avaliadas amostras parafinadas de 61 pacientes com sarcomas uterinos (incluindo: 23 carcinossarcomas, 2 sarcomas indiferenciados, 15 sarcomas de estroma endometrial, 17 leiomiossarcomas, 2 adenossarcomas e 2 miométrios (utilizados como amostras de referencia). Os casos foram obtidos na Disciplina de Ginecologia, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo, Brasil. A avaliação da expressão gênica foi realizada utilizando os Kits miScript SYBR Green PCR (Qiagen) e o miScript miRNA PCR Array (Qiagen) que possibilitam a análise de 84 sequências de miRNA descritos como envolvidos no desenvolvimento de diferentes tipos de cânceres humanos. **Resultados:** - As análises preliminares mostraram que, dentre as 84 sequências avaliadas, hsa-miR-206, e membros da família do miRNA let-7 se apresentaram altamente regulados nos sarcomas uterinos, quando comparados ao miométrio normal. A razão de regulação da expressão de hsa-miR-206 variou de 21 (nos leiomiossarcomas) a 131 (adenossarcomas). Os carcinossarcomas também apresentaram hiper-expressão deste miRNA (fold de 124 vezes). Por outro lado, vários membros da família do let-7, que apresentam atividade supressora tumoral, foram hipo-regulados nas amostras analisadas. Dentre os membros dessa família, miRNA hsa-let-7a-5p, foi aquele que apresentou menor expressão. Menor expressão dessa molécula foi observada nos sarcomas indiferenciados (fold regulation de -19), sarcomas do estroma endometrial (-5) e leiomiossarcomas (-6). Análises estatísticas para avaliar o padrão de expressão dessas moléculas com os dados clínico-patológicos das pacientes estão em andamento. **Conclusões:**- Todos os subtipos de sarcomas uterinos mostraram alterações na expressão de hsa-miR-206 e hsa-let-7a-5p. No entanto, tumores com componente epitelial apresentaram perfil diferenciado daqueles exclusivamente sarcomatosos. Esses microRNAs, bem como seus genes-alvo, representam potenciais alvos terapêuticos para um tratamento diferenciado entre essas neoplasias.

**Instituição:** Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina da USP - São Paulo - SP

### DESENVOLVIMENTO DE UM TESTE PCR MULTIPLEX BASEADO NA REGIÃO E7 COM GENOTIPAGEM AUTOMATIZADA PARA DETECÇÃO DE SEIS HPV DE ALTO RISCO

**Autores:** Teixeira, J.C.; Paes, E.F.; Teixeira, C.S.C.; Assis, A.M.

**Sigla:** G016

**Objetivo:** avaliação inicial de um teste molecular para detecção de DNA de HPV de alto risco (hrHPV), em amostras cérvico-vaginais de mulheres com lesões. **Metodologia:** o desenvolvimento do teste para detecção e

genotipagem de seis hrHPV (tipos 16, 18, 31, 33, 45 e 52) consistiu em ajustar as reações de uma PCR multiplex, e avaliar a qualidade dos primers, visando obter um teste adequado e padronizado. Os primers foram desenhados com base na região E7 de cada HPV e marcados com fluorocromo 6-FAM. A detecção viral foi realizada por eletroforese capilar em sequenciador automático em amostras obtidas de 60 mulheres, 55 com citologia ASCH/HSIL, no período de Agosto a Setembro de 2013. Foi realizada uma análise de não inferioridade em relação ao cobas® HPV Test, seguindo orientações de um guia internacional para desenvolvimento de novos testes. Os testes foram repetidos por eletroforese em gel de agarose e os resultados foram 100% concordantes. resultados os testes apresentaram alta concordância na detecção do HPV 16 ( $\kappa=0.972$ ), com apenas um caso discordante (NIC3 com cobas® negativo e teste 'estudo' HPV16+) e concordância total na detecção do HPV18. Quando comparadas as detecções de todos hrHPV, três casos foram positivos para o cobas® e negativos para o teste 'estudo', e três casos teste 'estudo' positivos (HPV16, 31 e 52) com cobas® negativo. Quando avaliamos os casos com citologia inicial alterada, os dois testes apresentaram a mesma sensibilidade (0.80) para detecção de NIC2+. Conclusão: o teste 'estudo' apresentou resultados iniciais satisfatórios, possibilitando a continuidade do seu desenvolvimento.

**Instituição:** Depto de Tocoginecologia/FCM, Hospital da Mulher/CAISM, UNICAMP - Campinas - SP

## **SOBREVIDA E RECORRÊNCIA DE DOENÇA RELACIONADA À LINFADENECTOMIA NAS PACIENTES COM CÂNCER DE ENDOMÉTRIO**

**Autores:** Anton, C.; Favero, G.M.; Mancusi, J.P.; Nobrega, F.; Carvalho, J.P.; Baracat, E.C.

**Sigla:** G018

Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP) Departamento de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP). Objetivos: Avaliar e comparar sobrevida e recorrência de doença nas pacientes submetidas à linfadenectomia versus pacientes que não a realizaram no tratamento do câncer de endométrio. Métodos: Foram avaliadas retrospectivamente 405 pacientes submetidas a tratamento cirúrgico para câncer de endométrio no período de 2009 - 2015 (março) atendidas no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP). Foram construídas curvas de sobrevida de Kaplan-Meier. Foram analisadas a sobrevida global, específica por doença e livre de doença. A análise foi comparativa entre pacientes submetidas e não submetidas à linfadenectomia. resultados O tempo médio de seguimento das pacientes foi de 23,1 meses (0 - 71,2 meses). No período de avaliação

houveram 45 óbitos sendo 17 ligados à doença, 27 não ligados à doença e 1 caso de causa desconhecida. Entre as 405 pacientes estudadas, 40(9,9%) apresentaram algum tipo de recorrência tumoral. Das pacientes que recorreram, 13 apresentaram apenas recorrência local, 20 apenas recorrência à distância e 6 recorrências local e à distância. Houve diferença na sobrevida global ( $p=0,0001$ ) e livre de doença ( $p=0,0004$ ) entre as pacientes não submetidas a linfadenectomia e aquelas com linfadenectomia. Porém, não houve diferença em relação a sobrevida específica por doença ( $p=0,353$ ). Conclusões: A realização da linfadenectomia tem impacto positivo na sobrevida global e tempo livre de doença nas pacientes com câncer de endométrio.

**Instituição:** ICESP - Instituto do Câncer do Estado de São Paulo - São Paulo - SP

## **INFLUÊNCIA DO EXERCÍCIO FÍSICO AERÓBICO SOBRE ENDOMETRIOSE EXPERIMENTALMENTE INDUZIDA EM RATA**

**Autores:** Rosa e Silva, J.C.; Montenegro, M.L.; Bonoche, C.M.; Meola, J.; Silva, A.R.; Ferriani, R.A.

**Sigla:** G019

Objetivo: Avaliar o efeito dos vários graus de exercício físico (natação) sobre as lesões de endometriose experimentalmente induzida em ratas. Material e Métodos: Estudo experimental animal, aonde foram utilizadas 70 ratas Wistar submetidas a laparotomia para indução endometriótica, através da ressecção e sutura de fragmento de corno uterino (5x5mm) em peritônio pélvico. Divididas em 7 grupos de 10 animais cada: grupo sedentário (0) que não praticou exercício físico; três grupos que após a indução da endometriose realizaram respectivamente exercício leve (1x por semana), moderado (3x por semana) e intenso (5x por semana); e três grupos que realizaram os mesmos tipos de exercício físico antes da indução da endometriose. Após isto foram eutanasiadas e os tecidos coletados para análise histológica juntamente com o corno uterino contralateral sendo analisado por imunohistoquímica (fas, PCNA, MMP9, TIMP2, p63) e expressão gênica. resultados Observou-se maior expressão gênica do fas nos grupos que realizaram atividade física após a indução da endometriose, principalmente no grupo que realizou atividade 3x/semana, sugerindo uma maior atividade apoptótica. A expressão dos genes PCNA e MMP9 está diminuída em todos os grupos indicando redução na proliferação, migração e diferenciação do tecido endometriótico. Embora sem significância a análise imunohistoquímica mostra claramente uma tendência de aumento na imunomarcagem pelo fas em todos os grupos de estudo. Como esperado, os marcadores de estresse oxidativo foram reduzidos em todos os grupos que realizaram atividade física. Conclusão: Nos-

os resultados demonstram que a atividade física pode ser benéfica no tratamento da endometriose experimental em ratas.

**Instituição:** Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto - SP

## MASSAGEM DE THIELE MELHORA A DISPAREUNIA EM MULHERES COM DOR PÉLVICA CRÔNICA

**Autores:** Rosa e Silva, J.C.; Silva, A.P.M.; Gurian, M.B.F.; Mitidieri, A.M.S.; Lara, L.A.S.; Poli Neto, O.B.

**Sigla:** G020

**Objetivo:** A dispareunia é uma queixa comum na prática ginecológica, podendo interferir na função sexual e na qualidade de vida da mulher. Na literatura poucos são os relatos sobre a abordagem fisioterapêutica nesta condição. Com isto, objetivamos avaliar a efetividade de uma intervenção fisioterapêutica com a massagem perineal de Thiele no tratamento de mulheres com dispareunia causada por espasmo dos músculos pélvicos, e avaliar aspectos sexuais e emocionais dessas mulheres. **Métodos:** Dezoito mulheres com queixa de dispareunia com espasmos do músculo levantador do ânus foram alocadas para dois grupos, Grupo Dispareunia (GD): mulheres com dispareunia isolada e grupo Dor pélvica crônica (GDPC): mulheres com dispareunia associada a dor pélvica crônica. Todas foram recrutadas no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e submetidas à quatro sessões de massagem perineal e avaliadas por meio de questionários quanto a intensidade da dor, risco para ansiedade e depressão e a função sexual. **Desfecho principal:** intensidade de dor mensurada pela escala visual analógica (EVA) e questionário McGill de dor, e função sexual avaliada através do instrumento índice de função sexual feminino (IFSF). **resultados** Na avaliação intragrupo, o GD apresentou diferenças significativas nos valores da EVA ( $p < 0,005$ ), McGill ( $p < 0,0001$ ) e IFSF ( $p < 0,0001$ ) em relação a avaliação e os demais períodos, No GDPC foram encontradas diferenças significantes nos valores de EVA ( $p < 0,002$ ), McGill ( $p < 0,0003$ ) e no IFSF somente no domínio de Dor ( $p < 0,003$ ). **Conclusão:** massagem de Thiele é efetiva no alívio da dispareunia de mulheres associada à contratura dos músculos do assoalho pélvico.

**Instituição:** Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto - SP

## AValiação DE CASOS E RECIDIVAS DE ENDOMETRIOSE DE PAREDE ABDOMINAL NOS ÚLTIMOS DEZ ANOS (2004-2014) NA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

**Autores:** Trigo, L.A.M.C.; Yela, D.A.

**Sigla:** G021

**Objetivos:** Determinar características clínicas e epidemiológicas da endometriose de parede (EP), como sua taxa e fatores de recorrências da doença.. **Método:** Estudo descritivo retrospectivo, em que se avaliaram 52 mulheres com EP do Hospital Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) de 2004 a 2014. Das 231 cirurgias para diagnosticar endometriose, foram encontradas 93 mulheres com endometriose. Destas, 52 tinham EP. Foram calculadas as frequências, média e desvio padrão das características clínicas destas mulheres e a taxa de recorrência da EP. Para determinar os fatores de risco de recorrência foi utilizado o teste exato de Fisher. **resultados** A idade média das mulheres foi de  $30.71 \pm 5,91$  anos. O Índice de Massa Corpórea (IMC) médio foi  $26.48 \pm 5.24 \text{ kg/m}^2$  e as principais manifestações clínicas foram dor (98%) e sensação do nódulo (36,5%), sendo que apenas uma mulher apresentava o nódulo da lesão sem dor. O tempo médio de clínica foi  $39.83 \pm 34.09$  meses. Destas, 94% dessas mulheres tinham pelo menos uma cesárea e 73% destas fizeram uso de medicação para controle da endometriose no pós-operatório. A localização mais frequente da lesão foi em cicatriz da cesárea (65%) e o tamanho médio da lesão foi  $2.52 \pm 1.21 \text{ cm}$  no ultrassom e  $3.98 \pm 1,72 \text{ cm}$  no intraoperatório. A taxa de recorrência foi de 27%. Não foi encontrada correlação com cesárea anterior ( $p=0,18$ ), laparotomia anterior ( $p=0,11$ ), laparoscopia anterior ( $p=0,12$ ) e ter apresentado complicações em cirurgia previa ( $p=0,16$ ) como fator de recorrência para EP. As mulheres que utilizaram medicação no pós-operatório não apresentaram recorrência das lesões ( $p=0,06$ ). **Conclusão:** Mulheres com antecedente de cesárea anterior com dor local ou nódulo devem ser investigadas para EP. Embora não encontramos correlação da cesárea como fator de risco, a grande maioria das mulheres apresentava pelo menos uma cesárea. Além disso, podemos inferir que o uso de medicação hormonal para tratamento após retirada do EP poderia ser um fator de proteção para a recorrência.

**Instituição:** UNICAMP - Campinas - SP

## AValiação DA DOR EM PACIENTES SUBMETIDAS À HISTEROSCOPIA AMBULATORIAL COM USO DE CETOROLACO DE TROMETAMINA

**Autores:** Gonçalves, F.M.; Diniz, D.B.F.Q.; Andre, G.M.; Sampaio Neto, L.F.

**Sigla:** G022

**Objetivo:** avaliar a percepção de dor de pacientes submetidas à histeroscopia ambulatorial com uso de anal-

gesia com anti-inflamatório não esteroide (cetorolaco de trometamina) em comparação ao grupo controle em uso de placebo. Métodos: foi realizado um ensaio clínico randomizado, envolvendo 147 pacientes, alocadas igualmente entre os grupos experimental (em uso de cetorolaco de trometamina 10 mg) e controle (em uso de placebo). A técnica utilizada no procedimento foi a histeroscopia por vaginoscopia, sem uso de espéculo e pinça de Pozzi, usando como meio de distensão o soro fisiológico (SF 0,9%) aquecido a 37°C e ótica de 2,9 mm. A quantificação da dor foi realizada por meio de escala visual analógica (EVA) em cinco momentos distintos (introdução no canal cervical; passagem pelo orifício cervical interno; infusão de líquido na cavidade; biópsia endometrial; e 15 minutos após o exame) e foram calculadas a média e o desvio padrão para as variáveis quantitativas e frequência para as qualitativas. O teste t de Student foi utilizado para comparar médias (software SPSS 15.0), sendo o estudo desenhado para 95% de poder do teste com significância se  $p < 0,05$ . resultados os grupos foram estatisticamente similares quanto à idade, escolaridade, antecedentes obstétricos, status menopausal e necessidade de biópsia. A média geral de dor tendeu à redução no grupo experimental, quando comparado ao controle, porém sem significância ( $1,83 \pm 1,42$  vs  $2,11 \pm 1,74$ ;  $p = 0,361$ ). A história prévia de parto normal mostrou-se implicada na redução da dor ( $1,49 \pm 1,41$  vs  $2,64 \pm 1,61$ ;  $p = 0,001$ ). A percepção de dor mostrou variação significativa entre os examinadores (E1 e E2) nos seguintes momentos: passagem pelo orifício interno (E1:  $4,59 \pm 2,92$  vs E2:  $2,96 \pm 3,00$ ;  $p = 0,001$ ) e biópsia de endométrio (E1:  $1,64 \pm 2,40$  vs E2:  $2,87 \pm 2,78$ ;  $p = 0,014$ ). Conclusão: as estratégias farmacológicas que visam reduzir a dor das pacientes submetidas à histeroscopia, incluindo a do atual trabalho, ainda não mostraram aplicabilidade clínica. Fatores obstétricos, como a paridade, e relacionados à técnica, como a experiência do examinador, estão implicados na redução da percepção dolorosa.

**Instituição:** Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde - PUC-SP - Sorocaba - SP

## **AÇÃO DOS ESTEROIDES SEXUAIS SOBRE O ÁCIDO HIALURÔNICO E OS GLICOSAMINOGLICANOS SULFATADOS NA MAMA DE RATAS, APÓS OVARIECTOMIA.**

**Autores:** Torres, S.M.P.S.; Nader, H.B.; Simões, M.J.; Gomes, R.C.T.; Simões, R.S.; Soares Júnior, J.M.

**Sigla:** G023

**Objetivo:** Avaliar o ácido hialurônico e os glicosaminoglicanos sulfatados em mamas de ratas ovariectomizadas (OVX) após o tratamento hormonal. **Material e Métodos:** 40 ratos adultos foram inicialmente ovariectomizados e

depois de 21 dias, divididos aleatoriamente em quatro grupos, cada um contendo 10 animais, a saber: CG: tratadas com solução salina, GE: tratadas com benzoate de estradiol ( $37,6 \mu\text{g}$  animal/dia), 7 dias consecutivos, GP: tratadas com acetato de medroxiprogesterona ( $11,28 \text{ mg}$  animal/dia), 23 dias consecutivos, GEP: tratadas com benzoate de estradiol ( $37,6 \mu\text{g}$  animal/dia, 7 dias consecutivos seguido de acetato de medroxiprogesterona ( $11,28 \text{ mg}$ , 23 dias consecutivos). Os resultados foram submetidos à análise estatística ( $p < 0,05$ ). resultados A quantidade de dermatam sulfato foi menor em todos os grupos comparados ao CG,  $p < 0,05$ . A quantidade de heparam sulfato e de ácido hialurônico foi menor no grupo tratado com progesterona comparado aos demais grupos (CG, GE and GEP),  $p < 0,05$ . Não houve diferença significativa entre os outros grupos. Conclusão: Os resultados mostraram que o tratamento com estradiol em sua composição estimulou a produção dos glicosaminoglicanos sulfatados (heparam e dermatam sulfato) e do glicosaminoglicanos não sulfatados (ácido hialurônico) na mama comparado ao tratamento com progesterona e ao grupo controle.

**Instituição:** Universidade Federal de São Paulo e Universidade Estadual de São Paulo - São Paulo - SP

## **AVALIAÇÃO DE MARCADORES DE DIFERENCIAÇÃO CELULAR E INVASÃO TECIDUAL EM ENDOMÉTRIO TÓPICO E ECTÓPICO EM MODELO EXPERIMENTAL DE ENDOMETRIOSE EM COELHAS**

**Autores:** Rosa e Silva, J.C.; Brandão, V.C.M.; Meola, J.; Garcia, S.B.; Poli Neto, O.B.; Nogueira, A.A.

**Sigla:** G025

**Objetivo:** Caracterizar o padrão de diferenciação e invasão tecidual em endométrio tópico e ectópico de coelhas submetidas à indução de lesões de endometriose experimental, quatro e oito semanas após o procedimento de implantação endometrial. A avaliação das lesões em dois tempos tem a finalidade de verificar se existe modificação tecidual ao longo da evolução das lesões. **Material e Métodos:** Estudo experimental animal sendo utilizadas 29 coelhas adultas Nova Zelândia, fêmeas, virgens, submetidas a laparotomia para indução endometriótica, através da ressecção e sutura de fragmento de corno uterino ( $5 \times 5 \text{ mm}$ ) em peritônio pélvico. As coelhas foram divididas em dois grupos, grupo 1 constituído de 14 animais, sacrificados após 4 semanas da indução da lesão e grupo 2 com 15 animais, com oito semanas de evolução. A lesão foi analisada histologicamente juntamente com o corno uterino contralateral, comprovando a presença de tecido endometrial. Análise imunohistoquímica foi realizada nestes tecidos para seguintes marcadores: Metal-

protease 9(MMP9) e Inibidor tecidual de metaloprotease 2(TIMP2), envolvidos na capacidade invasora do tecido endometrial, além de Metalotioneína e p63, envolvidos na diferenciação e proliferação celular. resultados Observou-se maior imunomarcção por MMP 9, TIMP 2, Metalotioneína e p63 no tecido ectópico, quando comparado com o endométrio eutópico. Contudo, quando as lesões ectópicas foram comparadas entre si, com 4 e 8 semanas, não foi observada diferença, com exceção do marcador p63, que foi mais evidente após 8 semanas de evolução. Conclusão: As lesões ectópicas parecem expressar maior poder de diferenciação celular e invasão tecidual, quando comparadas com o endométrio eutópico, caracterizando a endometriose como uma doença potencialmente invasiva e progressiva em sua apresentação.

**Instituição:** Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto - SP

### ASSOCIAÇÃO DE PERFIL IMUNOISTOQUÍMICO E ASPECTOS CLINICOPATOLÓGICOS DE CARCINOMAS MAMÁRIOS.

**Autores:** Madlum, C.M.; Novacek, M.M.R.; Toloni, L.H.D.; Franzi, C.; Kobashigawa, R.Y.G.; Wolgien, M.D.C.G.M.

**Sigla:** G026

Objetivo: A expressão dos receptores hormonais de estrogênio (RE), progesterona (PR), fator de crescimento epidérmico (HER 2), são fatores preditivos do carcinoma mamário, definem o tratamento e o prognóstico associados a fatores clinicopatológicos, como acometimento linfonodal, tamanho tumoral, tipo histológico, grau nuclear, entre outros. O perfil imunoistoquímico avalia os receptores hormonais, expressão do HER2, e atividade mitótica do Ki67. Os tumores Luminais A são positivos para os receptores de estrogênio, progesterona e negativos para o HER2, os Luminais B são positivos para RE, e/ou PR e podem ter HER2 negativo ou positivo, os Triplo negativos são negativos para RE, PR, HER2, e os tumores HER2 são positivos para o receptor HER2. Os tumores Luminais tem melhor prognóstico que os tumores Triplo Negativos e os tumores HER2 positivos. Este estudo tem como objetivo analisar aspectos clinicopatológicos e o perfil imunoistoquímico de portadoras de carcinoma mamário. Métodos: Estudo retrospectivo de portadoras de carcinoma mamário tratadas no nosso Serviço, entre março de 2010 a Março de 2012 (n=156), com análise de aspectos clinicopatológicos e do perfil imunoistoquímico tumoral. resultados Notamos que 60,25% das pacientes eram menopausadas, com média de idade de 53,40 anos, brancas (56,41%), com tumor maior que 2,0 cm de diâmetro (71,79%), e linfonodos positivos em 46,79%. Os subtipos mais frequentes encontrados nas pacientes com idade acima dos 50 anos foram Luminal A (53,21%), e Triplo negativo (9,61%). No subtipo Luminal A obser-

vou-se que 48,19% das pacientes estavam na pós menopausa. Nas pacientes na pré menopausa notou-se maior frequência do subtipo Luminal B com Her2 positivo (43,83%), e do subtipo Triplo Negativo (41,09%). Observamos nos tumores maiores de 2,0 cm de diâmetro com comprometimento linfonodal, predomínio dos subtipos Triplo Negativo e HER 2 positivo. Conclusões: A análise dos Aspectos Clinicopatológicos e Imunoistoquímicos de portadoras de Carcinoma Mamário tratadas num Serviço Público da Cidade de São Paulo, nos permite contribuir para a orientação de tratamentos individualizados com maior probabilidade de resposta terapêutica.

**Instituição:** Hospital Municipal Maternidade Escola Vila Nova Cachoeirinha - São Paulo - SP

### COMPLICAÇÕES RELACIONADAS A REALIZAÇÃO DE LINFADENECTOMIA EM PACIENTES COM CÂNCER DE ENDOMÉTRIO

**Autores:** Anton, C.; Favero, G.M.; Silva, A.S.; Rosa, M.B.S.F.; Carvalho, J.P.; Baracat, E.C.

**Sigla:** G027

Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP) Departamento de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP) objetivo Avaliar potenciais complicações relacionadas ao procedimento de linfadenectomia e compará-las a não realização deste procedimento no tratamento cirúrgico das pacientes com câncer de endométrio. Métodos: Foram avaliadas retrospectivamente 405 pacientes submetidas a tratamento cirúrgico para câncer de endométrio no período de 2009 - 2015 (março) atendidas no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP). As pacientes foram divididas em dois grupos: 1) submetidas a linfadenectomia pélvica e/ou paraórtica e 2) não submetidas à linfadenectomia. Foram avaliadas as complicações de maior Relevância: vasculares, neurológicas, urológicas e formação de linfoceles. resultados Das 405 pacientes estudadas 332(82%) foram submetidas a linfadenectomia pélvica e/ou paraórtica e 73(18%) não foram. Das pacientes submetidas à linfadenectomia, 41(12,3%) apresentaram algum tipo de complicação das acima mencionadas. As pacientes que não foram submetidas à linfadenectomia apresentaram número menor de complicações 4(5,5%), porém não houve diferença significativa. Conclusão: Apesar do número maior de complicações entre as pacientes submetidas à linfadenectomia não houve diferença em relação as pacientes não submetidas ao procedimento.

**Instituição:** ICESP - Instituto do Câncer do Estado de São Paulo - São Paulo - SP

## ANÁLISE DE MIRNAS DIFERENCIALMENTE EXPRESSOS ENTRE LEIOMIOMAS E LEIOMIOSSARCOMAS UTERINOS

**Autores:** Nunes, B.N.; Garcia, N.G.; Almeida, T.G.; Maciel, G.A.R.; Baracat, E.C.; Carvalho, K.C.

**Sigla:** G028

Objetivos: Avaliar o perfil de expressão de microRNAs envolvidos no desenvolvimento de câncer em amostras de leiomiomas e leiomiossarcomas uterinos. Método: Foram selecionadas 17 amostras de leiomiossarcoma (LMS) uterino, 7 leiomiomas não-convencionais (LMA) e 2 miométrios (utilizados como amostras referência). Os tecidos parafinados foram obtidos na Disciplina de Ginecologia, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (São Paulo/Brasil). O RNA total foi obtido utilizando o kit ReliaPrep™ FFPE RNA total Miniprep System (Promega). O Kit miScript II RT (Qiagen) foi utilizado para realização da síntese de cDNA. A reação de PCR em Tempo Real foi realizada utilizando a placa (MIHS-102ZA) miScript miRNA PCR Array (Qiagen) e o Kit miScript SYBR Green PCR (Qiagen) para análise a partir de 84 sequências de microRNAs já descritos e que estão relacionados ao desenvolvimento do câncer humano. resultados Dados preliminares, obtidos na análise das 84 sequências de microRNA, mostraram hiper-regulação dos miRNAs hsa-mir-124-3p, hsa-mir-372-3p e hsa-mir-373-3p (fold regulation de 31, 20 e 14; respectivamente) nas amostras de LMS uterino. Embora esses miRNAs também tenham apresentado maior expressão nos LMA, em relação ao miométrio, o fold de regulação obtido foi dez vezes menor que nos LMS. Hipo-regulação do miR-124-3p foi observada em câncer gástrico e em astrocitomas pediátricos. miRNA-372-3p foi descrito como regulador de invasão e proliferação, e está associado a pior prognóstico em glioma e câncer colorretal. Já mir-373-3p foi associado com potencial metastático e resistência a quimioterápicos. Conclusões: Os dados apontam hsa-mir-124-3p, hsa-mir-372-3p e hsa-mir-373-3p como potenciais marcadores de prognóstico, malignização e resistência a drogas em LMS uterino. Porém, análises aprofundadas em maior número de amostras são necessárias e estão em andamento.

**Instituição:** Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina da USP - São Paulo - SP

## ASSOCIAÇÃO DE HIPERPLASIAS COMPLEXAS COM ATIPIA E ADENOCARCINOMA ENDOMETRIÓIDE DO ENDOMÉTRIO

**Autores:** Anton, C.; Genta, M.L.N.D.; Piato, D.S.A.M.; Suárez, G.M.; Carvalho, J.P.; Baracat, E.C.

**Sigla:** G029

Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP) Departamento de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP). Objetivos: Avaliar a concordância anatomopatológica após histerectomia de pacientes operadas por hiperplasias complexas com atipia em resultado de biópsia endometrial. Métodos: Foram avaliados os exames anatomopatológicos pré e pós operatórios de 24 pacientes encaminhadas para Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP) com diagnóstico de hiperplasia complexa com atipia em biópsias de endométrio. O levantamento ocorreu entre agosto de 2013 e março de 2015. resultados Todas as pacientes do estudo foram submetidas à histerectomia total e salpingo-ooforectomia bilateral. A média de idade foi 62,3(±8,8) anos e mediana 62 (48-84) anos. O diagnóstico da peça cirúrgica foi de adenocarcinoma endometrióide de endométrio em 58,3% dos casos, em 20,8% manteve-se o diagnóstico de hiperplasia complexa com atipia, em 8,3% o diagnóstico foi de hiperplasia simples e em 12,5% dos casos não foi mais identificada neoplasia na peça cirúrgica. Das pacientes com diagnóstico de adenocarcinoma na peça cirúrgica 92,9% apresentavam lesões de baixo grau. Apenas 1 apresentou tumor com infiltração linfovascular. Em relação a infiltração miometrial 42,8% das pacientes apresentaram tumores com infiltração miometrial >50%. O tamanho médio do tumor foi de 3,37cm (±2,5) e mediana de 3cm (0-7,6cm). Conclusões: É expressiva a associação de hiperplasias complexas com atipias com adenocarcinoma de endométrio inclusive com infiltração miometrial maior que 50%. Ao diagnóstico de hiperplasias complexas com atipia em biópsias de endométrio é importante avaliação de exame de imagem previamente a histerectomia para avaliação de potencial infiltração miometrial.

**Instituição:** ICESP - Instituto do Câncer do Estado de São Paulo - São Paulo - SP

## ESTUDO DA PREVALÊNCIA DA INFECÇÃO POR CHLAMYDIA TRACHOMATIS EM MULHERES COM CERVICITE ATENDIDAS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE MACAPÁ (AP)

**Autores:** Dias Neta, D.P.S.; Coutinho, T.S.; Isla, G.B.S.; Azevedo, F.R.V.; Campos, K.J.; Santos, R.K.

**Sigla:** G030

O objetivo desta pesquisa foi evidenciar a prevalência da infecção por Chlamydia trachomatis na população feminina com sintoma sugestivo de cervicite atendida em uma unidade básica de saúde (UBS) do município de Macapá (AP). A partir disso busca-se demonstrar a relevância da inclusão des-

te diagnóstico na rotina de atendimento em saúde. Nos meses de novembro e dezembro de 2012 foram entrevistadas e coletadas amostras de 31 pacientes que procuraram o atendimento de ginecologia ou o serviço de planejamento familiar na UBS Policlínica da UNIFAP com sintomatologia sugestiva de cervicite. As participantes, todas com idade superior a 18 anos, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e receberam um número de protocolo de modo a garantir seu anonimato. Após isso, responderam a um formulário sócio-epidemiológico e posteriormente houve a coleta de secreção endocervical por meio de swab, analisado através da metodologia de imunofluorescência direta. As pacientes, com média de idade de 29,6 anos, foram atendidas na UBS com dor pélvica (16,1%), leucorréia (25,7%), dor pélvica e leucorréia associadas (48,4%), prurido (6,5%) e sangramento após o coito (3,2%). A prevalência de infecção por *Chlamydia trachomatis* detectada foi de 67,7% (21/31). Dentre as variáveis estudadas, somente a presença de leucorréia nas mulheres demonstrou ser estatisticamente significativa (odds ratio, OR, 14,25, com intervalo de confiança de 95%: 2,07-98,14,  $p = 0,006$ ). A infecção por *Chlamydia trachomatis* não se associou significativamente com variáveis socio-demográficas ou comportamentais das mulheres estudadas, sendo o único sintoma de relevância associado a positividade para a bactéria em questão a presença do sintoma secreção vaginal. O diagnóstico precoce das infecções por *C. trachomatis* poderia evitar sérias complicações e minimizar possíveis perdas financeiras com o seu tratamento, um exemplo disso seria seu diagnóstico durante o pré-natal de modo a impedir a transmissão da infecção para recém-nascidos.

**Instituição:** Universidade Federal do Amapá-UNIFAP - Macapá - AP

## CÂNCER DE OVÁRIO: AVALIAÇÃO DE ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E PATOLÓGICOS EM HOSPITAL ONCOLÓGICO

**Autores:** Nóbrega, L.C.S.; Mendes, C.F.; Calil, M.A.

**Sigla:** G031

**Objetivos:** Determinou-se a incidência do câncer de ovário no Instituto Brasileiro de Controle do Câncer, assim como a relação da idade das pacientes acometidas ao estadiamento e focos de metástases presentes nas neoplasias detectadas no período de 2010 a 2014. **Métodos:** Foram recolhidos dados dos prontuários com Descrição de neoplasia maligna de ovário, datados de 2010 a 2014 do Instituto Brasileiro de Controle do Câncer, além da busca de dados na literatura, afim de analisá-los comparativamente aos resultados encontrados.

**Resultados:** A faixa etária de maior incidência de casos de neoplasia ovariana foi entre 45 e 65 anos, dado este que é similar ao da população geral, segundo INCA, 2006. Nessa idade, assim como em todo o estudo ( $n=107$ ), o tipo histológico mais frequente foi cistoadenocarcinoma, representando 69,15% do total. Dentre os prontuários analisados, os tumores do epitélio superficial/estroma como um todo apresentaram um percentil de 71,02%. Além disso, o estágio mais frequente foi o IIIC, representando 27,10% do total, sendo os órgãos mais frequentemente acometidos por metástase: mama, fígado e intestino. **Conclusão:** Conclui-se que assim como na população geral, a faixa etária mais acometida foi entre 45 e 65 anos, o tipo histológico mais frequente foi o cistoadenocarcinoma e o estágio clínico mais incidente foi o IIIC, demonstrando disseminação extra pélvica e uma maior gravidade no quadro, sendo que os principais sítios de metástase incluem: mama, fígado e cólon intestinal. Segundo a literatura buscada, nesse estágio assim como no estágio IV, os principais fatores prognósticos são a idade, o estágio da neoplasia e o volume residual da doença após a intervenção cirúrgica, além da histologia, demonstrando claramente a importante relação do histologia neoplásica e estágio, o que envolve órgãos de metástase.

**Instituição:** Instituto Brasileiro de Controle do Câncer - São Paulo - SP

## MOTIVOS DA ESCOLHA DA VACINA HPV EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIAS EM CAMPANHA DE VACINAÇÃO

**Autores:** Cardial, M.F.T.; Gerbasi, G.J.; Suguiyama, C.S.H.; Cardial, D.T.; Magalhães, M.B.; Fernandes, C.E.

**Sigla:** G032

**Introdução:** A vacina contra o HPV quadrivalente protege contra os vírus 6,11,16,18 e está irecomendada para mulheres de 9 a 45 anos e foi recentemente liberada para indivíduos do sexo masculino na mesma faixa etária. A HPV oncogenica 16/18 indicada a partir de 9 anos. **objetivo** O estudo busca os motivos da escolha do tipo da vacina na campanha de vacinação no campus da FMABC. **Método:** Aplicação de questionários em 36 pacientes no primeiro dia da campanha de vacinação de HPV na Faculdade de Medicina do ABC. Nesse questionários foram levantados Idade, uso de preservativo, coitarca, se já realizou Papanicolau, se já fez consultas com ginecologista, o tipo de vacina escolhida e a/as razões para a escolha dessa. **resultados** O encaminhamento de todos foi pelo ginecologista. Entre as informações mais relevantes, podemos destacar que a população vacinada foi exclusivamente feminina, com a idade média de 22,2 anos. Foi observado que 58% tiveram a primeiro coito acima dos 18 anos

# GINECOLOGIA

e 19,4% sem início sexual. Sobre o uso de preservativo 55% relatou o fazer uso eventualmente. Das questionadas, 72% já fizeram alguma vez Papanicolau, 0% tiveram verrugas e 75% foram orientadas pela Ginecologista a vacinação. E de todas as mulheres vacinadas 22% escolheram a vacina GSK e 78% a MSD. As razões das escolhas dos tipos de vacinas também foram questionadas e das vacinadas por GSK, a maioria, 63%, escolheram essa pela proteção ao câncer, das vacinadas pela MSD, 75% escolheu esse tipo pelo número de vírus cobertos e 50% pela proteção ao câncer. Conclusão: A vacina mais escolhida foi a quadrivalente por conter proteção de mais tipos virais. Os homens não procuraram a campanha de vacinação. O estudo também mostra a importância da educação em saúde e o papel do ginecologista na informação sobre o HPV e prescrição da vacina. A infecção por HPV ainda é desconhecida por muitos e especialmente os homens, por isso ressaltamos importância da orientação da população sobre a mesma.

**Instituição:** Faculdade de Medicina da FUABC - Santo André - SP

## AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA VIDA SEXUAL EM MULHERES CLIMATÉRICAS APÓS INTERVENÇÃO DA FISIOTERAPIA COM EXERCÍCIOS NA BOLA TERAPÊUTICA

**Autores:** Pinheiro, A.A.P.; Ribeiro, P.R.M.

**Sigla:** G033

A sexualidade da mulher após a menopausa é rodeada de muitos mitos, tabus e preconceitos, pois algumas culturas, que tanto valorizam a beleza física centrada na jovialidade, favorecem a concepção errônea de que à medida que a mulher envelhece a sexualidade se finda. Atualmente a fisioterapia na questão relacionada à saúde da mulher está em ascensão pela grande importância em analisar e solucionar os problemas que as mulheres enfrentam com as alterações hormonais. Principalmente as mulheres no climatério enfrentam essas alterações e déficits hormonais, os quais ocasionam perda de massa muscular, falta de libido, ganho de peso, ondas de calor, incontinência urinária e principalmente enfraquecimento da musculatura pélvica. O objetivo do presente trabalho foi verificar melhora da qualidade da vida sexual em mulheres climatéricas, após a intervenção da fisioterapia para o fortalecimento do assoalho pélvico com exercícios na bola terapêutica. A amostra foi composta por dez mulheres pós-menopausa com idades variadas e sexualmente ativas. Para a avaliação da qualidade de vida sexual foi utilizado o questionário Female Sexual Function Index (FSFI) validado para o Brasil respondidos sem a identificação pessoal. Elas foram submetidas a dez sessões de exercícios para o assoalho pélvico com

a bola terapêutica, três por semana, por três semanas e meia e após as dez sessões foi aplicado novamente o questionário. Na avaliação da qualidade sexual antes e depois da intervenção fisioterapêutica, houve uma melhora das respostas na maioria dos seis domínios: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo e satisfação, somente o domínio dor teve um pequeno declínio na resposta, foram estatisticamente significativos os valores do domínio Desejo ( $p=0,002$ ) e no domínio Orgasmo ( $p=0,023$ ). Conclui-se que os exercícios terapêuticos em grupo, nas mulheres na menopausa, melhorou a qualidade de vida sexual relatada.

**Instituição:** Faculdade Sudoeste Paulista - Avaré - SP

## MATRIZ CELULAR PARA LIBERAÇÃO DE CÉLULAS TRONCO DERIVADAS DE TECIDO ADIPOSE DE RATO NO ENXERTO OVARIANO CRIOPRESERVADO: ESTUDO PRELIMINAR EM MODELO COM RATOS

**Autores:** Damous, L.L.; Nakamuta, J.S.; Carvalho, A.E.T.S.; Soares Júnior, J.M.; Krieger, J.E.; Baracat, E.C.

**Sigla:** G034

Objetivo: Avaliar se uma esponja de gelatina a base de Gelfoam é viável como matriz acelular para liberação de células tronco derivadas de tecido adiposo (CTTA) no enxerto ovariano criopreservado de ratos. Métodos: Foram realizadas duas etapas de estudo. O ensaio in vitro avaliou a viabilidade das CTTA em matriz acelular a base de Gelfoam, em diferentes tempos de co-cultura (após 24, 48, 72, 96 e 120h). O ensaio in vivo utilizou 20 ratas Wistar adultas. Ambos os ovários de cada animal foram criopreservados por congelamento lento e mantidos em nitrogênio líquido por 24h até o transplante. Imediatamente após o transplante autólogo avascular em retroperitônio, a matriz de Gelfoam com CTTA foi aplicada sobre os enxertos criopreservados (CTTA-GF,  $n=10$ ). Os controles receberam apenas Gelfoam com meio de cultura (GF,  $n=10$ ). A avaliação da qualidade do enxerto foi realizada por meio de esfregaços vaginais (até a eutanásia, do 30-35o dia de pós-operatório, sempre na fase diestro do ciclo estral), análise histológica, densidade e viabilidade folicular e fibrose. Também foram realizadas análises imunohistoquímicas para angiogênese (VEGF-A), células endoteliais (von Willebrand Factor), apoptose (caspase-3 e TUNEL), proliferação celular (Ki-67) e receptores hormonais de estrogênio e progesterona. resultados As CTTAs mantiveram-se viáveis no Gelfoam por até 120h de co-cultura. A morfologia do enxerto foi semelhante entre os grupos. A terapia com CTTA promoveu retorno precoce da fase estro do ciclo estral (GF  $16,6 \pm 3$  vs. CTTA-GF  $12,8 \pm 1,3$  dias) e aumentou os receptores de estrogênio tanto nos folículos (GF:  $3:23 \pm 1,5$  vs. CTTA-GF:  $9:35 \pm 0,84$ ,  $P < 0,05$ )

quanto no estroma ovariano (GF:  $2.15 \pm 0.61$  vs. CTAAGF:  $7.6 \pm 1.58$ ,  $P < 0.05$ ), sem interferir na quantidade e viabilidade dos folículos ovarianos, fibrose, células endoteliais, imunexpressão do VEGF-A, apoptose ou proliferação celular ( $P > 0.05$ ). Conclusão: A matriz acelular a base de Gelfoam mostrou ser uma técnica não invasiva, viável e segura para o tratamento do enxerto ovariano criopreservado, podendo ainda melhorar a atividade endócrina. Novos estudos devem avaliar o real benefício deste tipo de tratamento na sobrevida e atividade

**Instituição:** Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) - São Paulo

### TERAPIA HORMONAL DE BAIXA DOSE NÃO É SUFICIENTE PARA MANTER A MASSA ÓSSEA DE MULHERES COM INSUFICIÊNCIA OVARIANA PREMATURA

**Autores:** Giraldo, H.P.; Ferreira, V.B.; Yela, D.A.; Garmes, H.M.; Benetti-Pinto, C.L.

**Sigla:** G035

**Objetivos:** Avaliar se Terapia hormonal (TH) com baixa dose estrogênica é suficiente para manter a massa óssea de mulheres com Insuficiência Ovariana Prematura (IOP). **Métodos:** Estudo de corte transversal. Avaliadas 239 densitometrias ósseas (DMO) de mulheres com IOP, com inclusão de mulheres sem tratamento hormonal ou usando TH baixa dose (17-Beta-Estradiol 1mg + noretisterona, estrogênio conjugado 0,625mg + medroxiprogesterona). Avaliou-se idade, idade no momento da IOP, idade no início de tratamento. Para DMO utilizou-se DEXA para coluna lombar (CL) e fêmur total (FT). resultados Das mulheres, 107 não utilizavam TH e 132 utilizavam TH baixa dose no momento da DMO. As médias de idade, idade na IOP e IMC para as sem tratamento e com baixa dose foram  $38,1 \pm 6,1$  e  $36,8 \pm 7,3$  anos;  $31,4 \pm 7,3$  e  $30,7 \pm 7,2$  anos;  $26,6 \pm 7,1$  e  $25,8 \pm 4,6$ , respectivamente, sem diferença entre elas. A DMO média na CL foi  $1,06 \pm 0,15$  e  $1,00 \pm 0,17$  g/cm<sup>2</sup> ( $p = 0,003$ ), para FT de  $0,92 \pm 0,19$  e  $0,91 \pm 0,13$  g/cm<sup>2</sup> ( $p = 0,039$ ), respectivamente para os grupos. Verificou-se DMO alterada na CL em 45,10% (35,2% Osteopenia e 9,8% Osteoporose) das mulheres sem tratamento e 60,1% (38,1 Osteopenia e 22% Osteoporose) quando usavam TH baixa dose ( $p = 0,01$ ). Para FT em 32,35% (19,6% Osteopenia e 12,7% Osteoporose) das sem tratamento e 36,4% (21,2% Osteopenia e 15,2% Osteoporose) para TH de baixa dose ( $p = 0,04$ ). **Conclusão:** Análise de grande número de mulheres com IOP mostrando que TH de baixa dose não parece ser suficiente para a manutenção da massa óssea em mulheres com IOP. Este é um alerta para os médicos ao prescreverem TH para jovens com falência gonadal.

**Instituição:** UNICAMP - Campinas - SP

### EFEITOS DA SUPLEMENTAÇÃO COM FOSFOLÍPIDE NA CRIOPRESERVAÇÃO DE ESPERMATOZÓIDES

**Autores:** Silva, O.F.L.L.O.; Reis, R.M.; Vireque, A.

**Sigla:** G036

**Os Objetivos:** do presente estudo foram investigar os efeitos do fosfolípide em criotolerância do sêmen humano, no que diz respeito à recuperação de espermatozóides móveis, a integridade da superfície da membrana por meio de microscopia eletrônica de varredura, e perfil lipídico membrana por MALDI-MS approach. **Matérias e Métodos:** parcialmente descritos: obteve-se, mediante cálculo estatístico, um número ideal de 34 pacientes masculinos voluntários, entre 18 e 45 anos de idade, que poderiam participar do estudo, desde que a análise do espermograma inicial fosse normal, segundo critérios estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde de 2010. Orientou-se a coleta após abstinência de, pelo menos, três dias. As amostras foram analisadas no laboratório de reprodução humana da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, para que então pudessem ser suplementadas. Empregou-se a fosfatidilcolina (PC) (fosfolípido derivado da soja) na apresentação liofilizada, com boa solubilidade e diretamente no meio de congelamento (TEST-YPC), usado na rotina do Laboratório de Andrologia, além do controle (sem PC) (TEST-Y) e um meio de congelamento sem gema de ovo (TEST-PC). Foram utilizadas 3 concentrações na padronização do estudo, utilizando-se como . Procedeu-se com o congelamento das amostras e posterior análise dos dados pré e pós descongelamento. Posteriormente, avaliou-se a integridade espermática e membrana plasmática com espectrofotometria de massa e microscopia eletrônica. **Resultados:** a avaliação andrológica da amostra de sêmen testada mostrou bons resultados pós-descongelamento, com motilidade progressiva dos espermatozóides superior no meio de congelamento suplementado com a fosfatidilcolina e preservação da morfologia e vitalidade, se comparado ao controle. Dados de análise de danos à membrana plasmática e incorporação do fosfolípido suplementado estão em fase final de análise. **Conclusão:** a suplementação com fosfolípido obtido da soja está mostrou-se capaz de melhorar e não prejudicar as amostras de sêmen criopreservados, na motilidade e viabilidade pós-descongelamento. É uma alternativa viável para suplementação sem utilizar produtos de origem animal.

**Instituição:** Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto - SP

### ORIGAMI - RACIONALIZANDO A ENFERMARIA DE GINECOLOGIA

# GINECOLOGIA

**Autores:** Kuster, M.G.B.; Takaki, M.R.; Monteiro, E.S.; Amaral, J.L.G.; Girão, M.J.B.C.; Sartori, M.G.F.

**Sigla:** G037

Com o surgimento de evidências na literatura sobre manejo Per-operatório e a ausência de protocolos na Enfermaria de Ginecologia do Hospital São Paulo da Escola Paulista de Medicina decidimos racionalizar as rotinas da enfermaria. Desse modo, nos baseamos nas recomendações do projeto europeu ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) e do programa brasileiro ACERTO (Aceleração da Recuperação Total Pós-operatória) e criamos o ORIGAMI (Otimizando a Recuperação durante a Internação na Ginecologia. Atendimento à mulher de Modo Integral) uma vez que não existia qualquer projeto sobre ginecologia na literatura. A proposta foi realização de projeto prospectivo de 3 fases, a primeira de avaliação e coleta de dados, a segunda de instituição de intervenções propostas a partir da análise dos dados adquiridos na primeira fase e a terceira e última fase com coleta dos dados após os protocolos instituídos. Todas as pacientes internadas na Enfermaria com programação cirúrgica foram incluídas no estudo. A primeira fase ocorreu durante 3 meses em que se realizou a coleta dos dados das pacientes (epidemiológicos, clínicos, anestésicos, cirúrgicos, enfermagem) sem que o projeto fosse discutido com as equipes. Obtivemos, assim, panorama geral da rotina dessas pacientes internadas. Após essa fase, iniciamos o treinamento e esclarecimento de todos envolvidos, estes receberam as informações coletadas e construímos em conjunto proposta de condutas padronizadas. resultados preliminares da primeira fase do projeto: Total de 225 pacientes internadas, 208 eletivas, tempo médio de internação 83 horas. Dentre as comorbidades encontradas, a hipertensão foi a mais comum, com 47% e o diabetes com 15%. 54% das pacientes foram classificadas sobrepeso e obesas. A pacientes ficaram em média 28h22min de jejum, sendo 16h25min de jejum pré-operatório. O tempo cirúrgico médio foi de 2h04min. Apenas 29% das pacientes receberam profilaxia de náuseas e vômitos. 6 pacientes tiveram complicações (moderada ou grave). Estamos na terceira fase, em que coletamos os mesmos dados após as intervenções. Pretendemos melhorar o Per-operatório de nossas pacientes, diminuir tempo e custos de internação, bem como de complica.

**Instituição:** São Paulo - SP

**AVALIAÇÃO DA HISTEROSCOPIA COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO DE ALTERAÇÕES ENDOMETRIAIS EM PACIENTES COM SUSPEITA DE CÂNCER DE ENDOMÉTRIO OU HIPERPLASIA ENDOMETRIAL COMPLEXA COM ATIPIA**

**Autores:** Saracho, J.F.M.; Berlinck, L.B.; Henrique, M.P.H.; Guazzelli, T.F.; Carrapatoso, K.B.; Nadai, G.M.J.N.

**Sigla:** G038

**Objetivos:** avaliar a histeroscopia como método diagnóstico de alterações endometriais em pacientes com suspeita de câncer de endométrio ou hiperplasia endometrial e comparar os resultados histológicos obtidos através de biópsia dirigida por histeroscopia com os resultados anatomopatológicos pós cirúrgicos. **Método:** estudo retrospectivo, no qual foram selecionadas 58 pacientes do ambulatório de oncoginecologia no período de janeiro de 2008 à novembro de 2013 e que apresentaram diagnóstico suspeito de câncer de endométrio ou hiperplasia endometrial complexa com atípia. A partir de um diagnóstico suspeito foram analisados e comparados: o laudo histeroscópico, a biópsia dirigida por histeroscopia e o resultado anatomopatológico da peça cirúrgica. Para tal utilizamos a classificação de Lasmar para padronizar a classificação da imagem histeroscópica. **Resultados:** os achados histeroscópicos mais frequentes foram: hiperplasia endometrial em 40% (20) e câncer de endométrio em 40% (20). Neste estudo, quando o examinador suspeitou de câncer de endométrio na histeroscopia, este se confirmou através do exame anatomopatológico em 75% (15), já quando a imagem era suspeita de hiperplasia endometrial, este diagnóstico se confirmou em apenas 25% (5) dos casos. Quando comparamos o resultado das biópsias dirigidas de endométrio com o resultado anatomopatológico da peça cirúrgica, observamos concordância entre os Métodos: em 85% (17) das pacientes com diagnóstico de câncer de endométrio, e entre as pacientes com biópsia de hiperplasia complexa atípica, apenas 28,5% (6) apresentaram anatomopatológico compatível com tal resultado, em 61,9% (13) o resultado foi de câncer de endométrio. Comparando a histeroscopia com o anatomopatológico, para diagnóstico de hiperplasia endometrial e câncer de endométrio, obtivemos: sensibilidade de 81,4%, valor preditivo positivo de 87,5%, acurácia de 74%, especificidade de 28,6% e o valor preditivo negativo de 20%. E calculando os índices comparando a biópsia dirigida pela histeroscopia diagnóstica com o anatomopatológico da peça cirúrgica, obtivemos os seguintes valores: sensibilidade de 91,3%, valor preditivo positivo de 95%, acurácia de 88%.

**Instituição:** Hospital Municipal Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha - São Paulo

**INFLUÊNCIA DA TERAPIA HORMONAL NA DENSIDADE MAMÁRIA DE MULHERES COM INSUFICIÊNCIA OVARIANA PREMATURA**

**Autores:** Torelli, F.R.; Brancalion, M.F.; Cabello, C.; Benetti-Pinto, C.L.

**Sigla:** G039

**Objetivos:** avaliar a densidade mamária de mulheres com Insuficiência Ovariana Prematura (IOP), através de digitalização mamográfica, em relação à terapia hormonal (TH) utilizada. **Métodos:** estudo de corte transversal com 163 pacientes com IOP que realizaram mamografias. Avaliou-se densidade mamária na incidência médio-lateral oblíqua esquerda da mamografia. Áreas correspondentes às porções fibroglandular e gordurosa foram delimitadas e digitalizadas. Calculou-se o percentual de tecido glandular em relação ao volume total da mama (DM), que foi analisado comparativamente por faixa etária, tipo e dose de TH e paridade. **resultados** As mulheres apresentavam  $41,3 \pm 5,4$  anos, falência gonadal aos  $32,3 \pm 5,9$  anos. Não houve diferença significativa na comparação da DM quando as mulheres foram estratificadas por faixa etária (29-39, 40-49, 50-55 anos, com DM  $29,1 \pm 23,6$ ,  $21,6 \pm 14,4$  e  $20,7 \pm 13,5$  respectivamente,  $p=0,23$ ), na comparação entre as que não utilizavam TH ou com TH baixa, alta dose ou outros tipos ( $24,7 \pm 16,7$ ,  $23 \pm 19,6$  e  $25,9 \pm 16,9$  e  $24,6 \pm 16,2$  respectivamente,  $p=0,82$ ), que era utilizada há  $5,57 \pm 4,7$  anos. Na comparação entre TH cíclica ou contínua, também não houve diferença na DM ( $p=0,49$ ). As nuligestas apresentaram maior DM que mulheres com gestação anterior ( $p=0,0016$ ), porém a falência gonadal ocorreu mais precocemente nas nulíparas ( $p<0,0001$ ). **Conclusões:** É conhecida a relação entre aumento da DM e aumento do risco de câncer de mama. Neste estudo, a utilização da TH, a dose ou o regime não se correlacionou a um aumento na densidade mamográfica de mulheres com IOP. Estes resultados podem colaborar para melhorar a aderência ao tratamento hormonal.

**Instituição:** Departamento de Tocoginecologia, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) - Campinas - SP

## RADIOFREQUÊNCIA VAGINAL NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO: UM ESTUDO PILOTO

**Autores:** TVilas Boas, A.Q.V.B.; Brasil, C.B.; Lodelo, P.V.L.G.

**Sigla:** G040

**Objetivo:** Descrever a utilização da radiofrequência (RF) não ablativa vaginal, sendo um novo conceito no tratamento da incontinência urinária de esforço (IUE) feminina. **Metodologia:** Nós testamos a técnica por meio de um estudo piloto com 10 mulheres com faixa etária entre 18 a 66 anos, encaminhadas para tratamento da IUE. Foram realizadas cinco sessões de RF, com intervalo de sete dias entre elas. A aplicação da RF foi realizada em introito vaginal por dois minutos após atingir a

temperatura de 39 a 41°C (mensurada por termômetro digital infravermelho), as participantes estavam em posição ginecológica durante o procedimento. Foi utilizado o Pad test de 1h, no início e no final do tratamento, para quantificar a perda urinária. Para avaliar o grau de satisfação do tratamento foi aplicada a escala de Likert de cinco pontos (muito insatisfeito, insatisfeito, indiferente, satisfeito e muito satisfeito). **resultados** A média de idade das pacientes tratadas foi de  $51,9 \pm 8,63$  anos. Todas as 10 participantes apresentaram um Pad Test inicial positivo. Segundo a International Continence Society 4 participantes apresentaram um pad test com perdas leves, 5 com perdas moderadas e 1 com perda severa. Na avaliação do pad test final 7 apresentaram redução da perda (sendo que 2 não apresentaram mais perdas) e 3 tiveram piora. O grau de satisfação foi de 90% satisfeito com o tratamento e sem efeitos colaterais. **Conclusão:** Nós apresentamos um novo conceito terapêutico, o método da radiofrequência não ablativa vaginal, com redução das perdas urinárias. Acreditamos que ele favoreça a produção de colágeno local favorecendo os fatores intrínsecos de continência, por meio de uma técnica conservadora, com menos riscos e baixo custo, além de alto grau de satisfação, sendo uma nova perspectiva nos tratamentos das IUE em mulheres.

**Instituição:** Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) - Salvador

## ESTUDO COMPARATIVO SOBRE O USO DE MÉTODOS: ANTICONCEPCIONAIS EM ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR

**Autores:** Requeijo, M.J.R.; Nunes, B.L.; Menezes, I.L.; Goulart, A.P.C.; Laranjo, J.C.; Oliveira, F.R.

**Sigla:** G041

**Introdução:** A sexualidade é um conjunto de expressões ou comportamentos do ser humano cuja percepção tem evoluído historicamente e deixado de ser tabu na sociedade moderna. Diante da liberalidade sexual contemporânea, a prática sexual tem se iniciado cada vez mais precocemente e sem a devida orientação, podem estes jovens estarem sujeitos a uma prevenção inadequada contra doenças sexualmente transmissíveis e também para uma gravidez indesejada. Espera-se de estudantes do ensino superior um amplo conhecimento sobre o tema. A questão é o quanto pode variar este conhecimento na dependência da área estudada, o que foi o enfoque do estudo. **objetivo** Comparar o conhecimento e o uso de métodos contraceptivos em estudantes de medicina e de direito. **Material e Métodos:** Estudo transversal que incluiu estudantes de medicina e de direito de instituição de ensino superior na região metropolitana de Belo Horizonte-MG. Os participantes, após assinatura do termo de consentimento livre e es-

# GINECOLOGIA

clarecido, responderam a um questionário com perguntas sobre perfil social, conhecimentos sobre métodos contraceptivos e seu efetivo uso. resultados Foram obtidos 117 questionários de acadêmicos do curso de medicina e 116 de acadêmicos do curso de direito. O perfil sociodemográfico predominante dos grupos medicina e direito foram: sexo feminino ( 66,7 % e 61,2 %), solteiro ( 89,7 % e 50,9 %), entre 20 e 30 anos (75,4 % e 44,0 %), com importante uso de álcool ( 98,6 % e 92,1%). A utilização de métodos contraceptivos foi elevada em ambos os grupos (95,3 % e 83,7 %), sendo que dentre os Métodos: em uso, os contraceptivos orais ( 81,5 % e 61,3 %) e a camisinha (61,7 % e 46,3 %) foram os mais citados. Conclusão: Existe maior uso de métodos contraceptivos em acadêmicos do curso de medicina em comparação com os acadêmicos do curso de direito na instituição avaliada, sendo que o conhecimento específico sobre o tema pode estar associado a este resultado.

**Instituição:** FASEH - Faculdade de saúde e ecologia humana - Vespasiano

## CÂNCER DE COLO UTERINO: ANÁLISE DOS RESULTADOS DE PAPANICOLAU NA UNIDADE ESCOLA SAÚDE DA FAMÍLIA VILA MUTIRÃO, GOIÂNIA, GOIÁS

**Autores:** Moreira, I.S.; Resende, P.C.; Pereira, A.S.N.; Moreira, I.J.M.L.; Ribeiro, E.S.; Araújo, C.D.

**Sigla:** G042

Objetivo: Verificar a frequência de alterações sugestivas de Câncer (CA) de Colo Uterino, de agosto de 2013 até agosto 2014, em pacientes da Unidade Escola Saúde da Família (UESF) Vila Mutirão a partir da adolescência até a senescência e correlacionar com possíveis fatores de risco para desenvolvimento de CA de colo uterino. Métodos: Estudo quantitativo observacional do tipo transversal controlado. Selecionou-se uma amostra por conveniência de mulheres adscritas na UESF Vila Mutirão, Goiânia, Goiás, de todas as faixas etárias que realizaram o Exame Papanicolau, compreendendo de 13 a 85 anos, e que estão devidamente registradas em um dos seis livros pertinentes a cada equipe denominados "Livro de Registro de Acompanhamento de Mulheres no Controle do Câncer do Colo do Útero", durante o período de agosto de 2013 à agosto de 2014. Foram coletados os dados e tabulados no programa Excel para análise e interpretação. Resultados: Dentre os dados analisados das 747 pacientes, 644 (86,21%) não apresentaram indícios ou constatações de CA de colo uterino, 70 (9,38%) não apresentaram dados. Ainda, 33 (4,41%) apresentaram algum tipo de lesão sugestiva pré-cancerígena, pré-cancerígena propriamente dita ou cancerígena, sendo que destas, 18 (2,40%) evidenciaram lesão sugestiva pré-cancerígena,

15 (2,0%) lesão pré-cancerígena, nenhuma (0%) apresentou lesões cancerígenas. Considerando todas as pacientes com lesões em um único grupo, a maioria estão na faixa etária entre 45-54 anos (27,27% - 9 pacientes), são pardas (51,51% - 17), possuem ensino fundamental completo (54,54% - 18) e não utilizavam método contraceptivo hormonal no momento (66,67% - 22), sendo que nenhuma na amostra geral estava gestante (0%). Conclusão: Neste estudo avaliou-se a frequência de alterações, sendo mínima a prevalência de lesões precursoras ou sugestivas de CA de colo uterino. Verificaram-se também associações semelhantes sobre os fatores de risco relacionados ao câncer do colo do útero (idade e escolaridade). Pela importância do tema sugere-se que um estudo prospectivo seja realizado para ampliação da amostra e confirmação dos Resultados: . Destaca-se a necessidade de discussão do tema com as equipes.

**Instituição:** Pontifícia Universidade Católica de Goiás - Goiânia - GO

## RESULTADO DE COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA EM PACIENTES DE AMBULATÓRIO DE ROTINA DE GINECOLOGIA GERAL

**Autores:** Loreto, T.M.; Gualtieri, F.G.; Alho, R.T.T.; Pinhal, N.S.; Silva, P.H.; Takano, C.C.

**Sigla:** G043

Objetivos: Analisar resultados de exames de colpocitologia oncótica de mulheres em acompanhamento de rotina ginecológica em um ambulatório didático. Métodos: Análise retrospectiva de exames coletados entre 2013-2015 em 350 pacientes do sexo feminino, em acompanhamento de rotina ginecológica no ambulatório Centro Alfa do Hospital São Paulo da EPM-UNIFESP. Todos os exames foram coletados por alunos do quinto ano de Medicina, sob supervisão de um preceptor. resultados A idade média das pacientes foi de 47,8 anos, (20-85 anos). Todas as 350 amostras foram consideradas satisfatórias. Quanto à microbiologia das amostras, 184 (52,6%) mulheres apresentaram Lactobacillus sp, 75 (21,4%) apresentaram cocos, 15 (4,3%) cocos com outros bacilos, 14 (4,0%) apresentaram bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de Gardnerella/Mobiluncus), 4 (1,1%) Candida sp e Lactobacillus sp, 3 (0,8%) Trichomonas vaginalis, 1 (0,3%) Actinomyces sp e 54 (15,5%) outros bacilos. Em relação à Conclusão: 17 (4,8%) amostras estavam dentro dos limites de normalidade, 323 (92,3%) alterações celulares benignas reativas ou reparativas, 2 (0,6%) com células atípicas de significado indeterminado e origem indefinida e não se pode afastar lesão de alto grau (ASCUS-H), 1 (0,3%) com células atípicas de significado indeterminado escamosas possivelmente não neoplásicas

(ASCUS), 1 (0,3%) com células atípicas de significado indeterminado glandulares possivelmente não neoplásicas (ASGUS), 5 (1,4%) com atipias em células escamosas de lesão intra-epitelial de baixo grau e 1 (0,3%) com atipias em células escamosas de lesão intra-epitelial de alto grau. Conclusões: O câncer de colo uterino é o segundo tumor mais frequente entre as mulheres no Brasil. Em nosso estudo, encontramos 100% de amostras satisfatórias em exames coletados por estudantes e os resultados foram condizentes com a literatura, reforçando a importância da colpocitologia oncológica como rastreamento em nosso meio.

**Instituição:** Departamento de Ginecologia da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP - São Paulo - SP

## **CORRELAÇÃO ENTRE O LÉXICO MAMOGRÁFICO NOS BI-RADS® 4 E 5 E OS RESULTADOS ANATOMOPATOLÓGICOS E IMUNOISTOQUÍMICOS**

**Autores:** Novacek, M.M.R.; Carvalho, J.; Afonso, R.R.; Franzi, C.; Kobashigawa, R.Y.G.; Wolgien, M.D.C.G.M.

**Sigla:** G044

Objetivo: O câncer de mama, segundo tipo mais frequente no mundo, é o mais comum entre as mulheres, respondendo por 22% dos novos casos a cada ano. A mamografia de rastreamento tem como objetivo primordial a detecção do câncer de mama clinicamente oculto, na expectativa de interromper a história natural da neoplasia maligna. A classificação mamográfica "Breast Imaging Reporting and Data System" (BI-RADS®) permite maior eficácia dos programas de detecção precoce do câncer de mama. O objetivo de nosso estudo é correlacionar achados mamográficos classificados como BI-RADS® 4 e 5 com resultados anatomopatológicos e imunoistoquímicos. Método: Foram alocadas 50 pacientes tratadas no nosso Serviço de Mastologia, portadoras de mamografias BI-RADS® 4 e 5 que realizaram biópsia mamária e exame anatomopatológico. Para a classificação das imagens mamográficas usou-se a classificação de BI-RADS. Em todos os casos foram avaliados todos os itens do léxico: massas, calcificações, distorção da arquitetura, casos especiais e achados associados. resultados Dentre os BI-RADS® 4A, apenas 16,7% tiveram confirmação de malignidade através do exame anatomopatológico. Ainda no 4B e no 4C, 66,7% e 88% respectivamente. Já os BI-RADS® 5, tiveram confirmação em 100% dos casos. Todos os nódulos visíveis pelas mamografias com BI-RADS® 4 e 5 tiveram malignidade confirmada em 56,4%, sendo que 77,3% destes apresentaram forma irregular, e 45,5% margem espiculada. Os achados mamográficos com BI-RADS® 4 e 5 tiveram como principal resultado anatomopatológico o carcinoma ductal inva-

sivo e imunoistoquímica do tipo Luminal B em 75% dos casos. Conclusão: Observou-se que os valores preditivos positivos nos BI-RADS® 4A, 4B, 4C e 5 são distribuídos em uma crescente, concluindo-se que o risco de câncer aumenta de acordo com classificação mamográfica. Quanto ao léxico mamográfico, conclui-se que os nódulos, principalmente os de forma irregular e margem espiculada, podem estar associados a maior risco de câncer de mama quando comparados às microcalcificações. Quanto à correlação entre o léxico mamográfico e os resultados imunoistoquímicos não se pode afirmar, sendo necessárias novas pesquisas.

**Instituição:** Hospital Municipal Maternidade Escola Vila Nova Cachoeirinha - São Paulo - SP

## **ESTUDO DA VIA DE SINALIZAÇÃO DO RECEPTOR DO FATOR DE CRESCIMENTO EPIDERMAL (EGFR) NA QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE DO CÂNCER DE MAMA TRATADO COM PACLITAXEL SEMANAL COMO AGENTE ÚNICO**

**Autores:** Facina, G.; Calux, N.M.C.T.; Silva, M.F.R.; Bonetti, T.C.S.; Silva, I.D.C.G.; Nazário, A.C.P.

**Sigla:** G045

Objetivos: Esse estudo foi projetado para rastrear, identificar e testar marcadores preditivos de resposta patológica completa (pCR) em pacientes com câncer de mama, nos estádios IIB e III, tratadas com quimioterapia neoadjuvante com paclitaxel semanal. Métodos: Nesse protocolo prospectivo baseado em taxano, aprovado pelo comitê de ética da UNIFESP, selecionou-se 52 pacientes, entre 18 e 70 anos de idade, que concordaram em participar da pesquisa e assinaram previamente o termo de consentimento livre e esclarecido. Estas eram portadoras de câncer de mama localmente avançado (T2-T4 N1-2 M0), comprovado por biópsia diagnóstica e receberam quimioterapia neoadjuvante com paclitaxel semanal (80mg/m<sup>2</sup>) por 12 aplicações. Foi realizado tratamento cirúrgico e houve correlação da resposta patológica completa com a via de sinalização do Receptor do Fator de Crescimento Epidérmico (EGFR). Aplicou-se o método Luminex, que quantificou o nível de fosforilação de 22 aminoácidos presentes na via de sinalização do EGFR, para se detectar a associação destas fosforilações com o índice de resposta patológica completa. Produziu-se curvas para análise uni e multivariada. resultados A Resposta Patológica Completa foi observada em três pacientes. A análise por meio de validações identificou combinações de metabólitos que foram capazes de discriminar a pCR. Na amostra total, para se separar a resposta patológica completa, a relação tamanho do tumor/PKC $\alpha$ (pY502) teve sensibilidade=1,0,

especificidade=0,8649, valor preditivo positivo=7,4, valor preditivo negativo=0,0. A discriminação da resposta foi evidenciada também na relação ERK12(pY204187)/PKCu(pY502), que teve sensibilidade=1,0, especificidade=0,7838, valor preditivo positivo=4,625 e valor preditivo negativo=0,0 e ainda, o metabólito PKCu(pY502) marcou a resposta patológica completa com sensibilidade= 1,1, especificidade= 0,8108, valor preditivo positivo=5,286 e valor preditivo negativo=0,0. Conclusões: Nesse protocolo prospectivo de tratamento neoadjuvante do câncer de mama avançado, com taxano semanal como agente único, se identificou combinações de metabólitos que foram capazes de predizer a resposta patológica completa.

**Instituição:** UNIFESP - Escola Paulista de Medicina - São Paulo - SP

## EXPERIÊNCIA DA LINHA DE CUIDADO DO CÂNCER DE MAMA EM UM AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES

**Autores:** Sanvido, V.M.; Freitas, M.B.; Prado, J.R.; Elias, S.; Facina, G.; Nazário, A.C.P.

**Sigla:** G046

Objetivo: Relatar a experiência da implantação da linha de cuidado do câncer de mama (LCM) no ambulatório médico de especialidades (AME). Este criado com a finalidade de propiciar que casos referenciados pela atenção primária tivessem prioridade no atendimento médico, acesso a confirmação diagnóstica no dia da primeira consulta e garantia ao tratamento na unidade terciária de referência o mais breve possível. Associado ao suporte multidisciplinar para acolhimento da paciente com suspeita de câncer de mama. Métodos: Todas pacientes com suspeita de câncer de mama atendidas no AME no período de novembro de 2013 a fevereiro de 2015 foram admitidas na linha de cuidado do câncer de mama, visando a realização de mamografia e biópsia no mesmo dia da consulta, o resultado histológico em 7 dias e o agendamento na unidade terciária de referência em até 20 dias após o diagnóstico. resultados Foram atendidas 7.406 pacientes, sendo 223 (3%) pacientes admitidas na linha de cuidados. A mamografia foi realizada no primeiro dia da consulta em 96% dos casos, o resultado da biópsia estava disponível em 7 dias em 97%, a taxa de positividade para carcinoma foi de 90% e a consulta na unidade terciária foi agendada no prazo máximo de 20 dias em 84% das pacientes. Conclusão: O fluxograma da linha de cuidados foi realizado adequadamente, atingindo seus Objetivos: em relação aos prazos de exames, resultados de biópsias e encaminhamento terciário. A LCM garantiu a paciente o atendimento humanizado e o diagnóstico e tratamento adequado em tempo oportuno

**Instituição:** Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM-UNIFESP) - São Paulo - SP

## PREVALÊNCIA DE DSTS E SUA RELAÇÃO COM A RECIDIVA DE DOENÇA EM PACIENTES SUBMETIDAS À CIRURGIA DE ALTA FREQUÊNCIA POR LESÕES INTRAEPITELIAIS CERVICAIS DE ALTO GRAU

**Autores:** Funari, M.P.; Marangoni, M.; Yoneda, J.Y.; Sapper, T.; Zeferino, L.C.; Bragança, J.F.

**Sigla:** G047

Introdução: A infecção por HPV é a DST mais prevalente em todo o mundo e o desenvolvimento de lesões precursoras do câncer de colo uterino pode estar associado a estados de imunodepressão assim como infecções por outras DSTs. O atendimento de pacientes com DST deve ser feito de forma sindrômica e global visando interromper a cadeia de transmissão de forma efetiva, realizando o diagnóstico, tratamento e aconselhamento em uma única consulta. Parte importante deste atendimento é o oferecimento de pesquisa para outras DSTs. objetivo Avaliar a realização da pesquisa de DSTs e sua prevalência em pacientes submetidas à conização com alça diatérmica por neoplasia intraepitelial cervical graus 2 e 3 (NIC 2/3), comparado-a com as médias nacionais e, relacionar sua presença com o risco de recidiva das lesões cervicais. Materiais e Métodos: Foram avaliadas 702 pacientes submetidas à cirurgia de alta frequência por NIC2/3 entre 2009-2012 no Hospital da Mulher Professor Doutor José Aristodemo Pinotti (CAISM-Unicamp). Foram analisadas as pesquisas sérica para DSTs como HIV, Hepatite B, Hepatite C e Sífilis. resultados A realização de pesquisa para outras DSTs foi de 64,1% (450) dos casos. Dentre os 702 pacientes analisados, 22 (3,13%) apresentavam sorologia positiva para HIV (ELISA), 24 (3,42%) Anti-Hbc reagente, 3 (0,43%) HbsAg reagente, 8 (1,14%) Hepatite C reagente e 2 (0,28) VDRL reagente. A prevalência de sorologias positivas para HIV nesta amostra foi maior do que a da população brasileira (0,6%). A prevalência de contato com Hep B (3,42%), Hep C (1,14%), sífilis (0,28%) nas pacientes analisadas foi menor que a prevalência da população geral (15%, 1,8%, 1,6% respectivamente). A recidiva em mulheres HIV+ foi de 13,6% e em HIV- foi 10,9%, não sendo estatisticamente significativa ( $p=0,7245$ ). Conclusão: A prevalência de sorologias positivas para HIV na amostra estudada foi 5,22 vezes maior do que na população em geral, sendo mandatória a pesquisa para diagnóstico e orientação de tratamento. Como parte do atendimento global de portadores de DST a pesquisa de outras infecções deve sempre ser realizada com objetivo de interromper a cadeia de transmissão e tratamento efetivo.

**Instituição:** Hospital da Mulher Professor Doutor José Aristodemo Pinotti CAISM-UNICAMP - Campinas - SP

## ANUSCOPIA EM PACIENTES COM LESÕES ATIVAS INDUZIDAS PELO PAPILOMAVÍRUS HUMANO: CARACTERIZAÇÃO AMOSTRAL. PROJETO PILOTO

**Autores:** Dias, J.M.G.; Monteiro, B.K.S.M.; Maia, M.M.; Silva, R.S.S.

**Sigla:** G048

**Objetivo:** Caracterizar a amostra de pacientes com lesões ativas induzidas pelo papilomavírus humano submetidas à anoscópia. **Métodos:** Estudo transversal e prospectivo. Foram entrevistadas, por meio de questionário estruturado, pacientes submetidas ao procedimento de anoscópia no ambulatório de patologia cervical do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe, estas pacientes fizeram parte do projeto piloto do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC). As análises estatísticas foram realizadas no software Excel versão 2010. **resultados** O total da amostra foi de 13 pacientes. A faixa etária mais prevalente foi dos 20 aos 25 anos (30,8%), seguida dos 30 aos 35 anos (23,1%), acima dos 35 anos (23,1%), 25 aos 30 anos (15,4%) e 15 aos 20 anos (7,7%). Com relação à procedência, 69,2% eram oriundas da região metropolitana de Aracaju, 23,1% do interior do estado de Sergipe e 7,7% da grande Aracaju. Estudou entre 5 e 10 anos 53,8%, mais de 10 anos 46,1% e entre 0 e 5 anos nenhuma das pacientes. Eram casadas 61,5% e solteiras 38,5%. Não tabagistas (92,3%) e não etilistas (92,3%). Entre as variáveis ginecológicas analisadas, 92,3% realizou o exame preventivo no último ano e a maior parte apresentou colposcopia com diagnóstico de condiloma vulvar (69,2%), seguido de anatomopatológicos que evidenciaram lesão de baixo grau em colo (15,4%) e lesão de alto grau em colo (15,4%). O número de gestações categorizado em 0 a 1 foi de 61,5%, 2 a 3 foi de 23,1% e mais de 3 foi de 15,4%. O número de partos entre 0 e 1 foi a maioria 76,9%, 23,1% entre 2 e 3 e nenhuma com mais de 3 partos. Aborto aconteceu entre 23,1% das pacientes. Uso de condom: 84,6% usam ocasionalmente, 7,7% sempre e 7,7% nunca usaram. A maioria (53,8%) teve apenas um parceiro, 35,5% tiveram entre 2 e 4 e 7,7% mais de 4 parceiros. **Conclusão:** Os resultados demonstram predominância de adultas jovens, procedentes da região metropolitana de Aracaju, com 5 a 10 anos de estudo, casadas, não tabagistas, não etilistas, realização de exame preventivo no último ano, condiloma como achado sugestivo de infecção pelo HPV, nuligesta ou 1 gestação, uso ocasional de condom e apenas 1 parceiro.

**Instituição:** Universidade Federal de Sergipe - Aracaju - SE

## FATORES RELACIONADOS À RECIDIVA DE DOENÇA EM PACIENTES SUBMETIDAS À CIRURGIA DE ALTA FREQUÊNCIA POR LESÕES INTRAEPITELIAIS CERVICAIS DE ALTO GRAU

**Autores:** Marangoni, M.; Funari, M.P.; Yoneda, J.Y.; Sapper, T.; Zeferino, L.C.; Bragança, J.F.

**Sigla:** G049

**Introdução:** A cirurgia de alta frequência (CAF) é amplamente utilizada no diagnóstico e tratamento de neoplasias intraepiteliais cervicais de alto grau. Diversos fatores têm sido associados ao risco de recidiva de doença, dentre eles o comprometimento das margens da peça cirúrgica. A profundidade do espécime obtido está relacionada com o risco do comprometimento de margens e, portanto, influencia o risco de recidiva. **objetivo** O objetivo deste trabalho é avaliar fatores relacionados à recidiva de doença e a profundidade do espécime adequada para tratamento. **Métodos:** Análise de prontuários de 380 pacientes submetidas à cirurgia de alta frequência por NIC2/3 entre 2009-2010 no Hospital da Mulher Professor Doutor José Aristodemo Pinotti (CAISM-Unicamp). As pacientes foram acompanhadas por pelo menos 24 meses após o procedimento e excluídas da análise se não comparecerem a pelo menos uma consulta de seguimento. Recidiva foi definida como qualquer evidência de NIC2/3, carcinoma microinvasor ou invasor durante o seguimento. **Resultados:** A idade média das pacientes foi de 33,7 anos. O número de parceiros sexuais, comprometimento da margem endocervical ou de ambas as margens apresentaram correlação estatisticamente significativa com o risco de recidiva. Espécimes com profundidade >17mm estiveram associados à menor risco de margens comprometidas, todavia não houve relação clara entre profundidade do cone e risco de recidiva. A média do tempo de recidiva foi de 15,5 meses. **Conclusões:** Margens endocervicais comprometidas estão relacionadas à maior risco de recidiva, e a profundidade do cone está relacionada com o risco de comprometimento desta margem. Assim, é mandatório considerar a profundidade quando se planeja a cirurgia de alta frequência, objetivando limites oncológicos seguros e tratamentos satisfatórios. Nos casos de margens comprometidas, um segundo procedimento é recomendado. Seguimento rigoroso por 24 meses é recomendável, tendo em vista o maior risco de recorrência nesse período.

**Instituição:** Hospital da Mulher Professor Doutor José Aristodemo Pinotti CAISM-UNICAMP - Campinas - SP

## CORRELAÇÃO ENTRE ACHADOS NA HISTEROSCOPIA E BIÓPSIA DE ENDOMÉTRIO EM MULHERES ASSINTOMÁTICAS COM ESPESSEAMENTO ENDOMETRIAL NO PÓS MENOPAUSA

**Autores:** Pinto, J.P.; Paiva, A.M.P.; Simioni, E.B.S.; Gibran, L.; Yela, D.A.

**Sigla:** G050

Objetivo: Descrever comparativamente os achados na histeroscopia e histologia relacionando-os com espessamento endometrial e fatores de risco para câncer endometrial em mulheres pós menopausa assintomáticas. Método: Estudo de corte transversal realizado através de levantamento de dados demográficos, relatório cirúrgico e laudo histológico de prontuário médico de 109 mulheres menopausadas assintomáticas que apresentavam ultrassom com espessamento endometrial >5mm e que foram submetidas a histeroscopia e biópsia de endométrio, entre janeiro de 2013 a setembro de 2014 em um centro terciário de referência de saúde da mulher. Foi utilizado o software SPSS versão 7.0. Foram calculadas médias, medianas, desvio-padrão e medidas associativas através de testes Wilcoxon e Fisher's exact test. Resultados: um total de 1491 histeroscopias foram realizadas entre janeiro de 2013 a setembro de 2014, das quais 202 em mulheres menopausadas assintomáticas. Dessas, 109 foram submetidas a biópsia de endométrio. A média de idade foi de 62 anos (DP 9,5), média de IMC 28,5 (DP 5,4) e média de EE de 13mm (DP 5,2). A frequência de adenocarcinoma de endométrio foi de 4%. Em 3% dos pólipos endometriais vistos na histeroscopia o diagnóstico histológico foi de adenocarcinoma assim como em 6% dos espessamentos difusos do endométrio. Não houve diferença significativa quanto a espessura endometrial das mulheres com e sem diagnóstico de câncer ( $p=0,13$ ). Não foram encontrados fatores de risco relacionados a presença de câncer: diabetes  $p=0,57$ , hipertensão  $p=0,99$ , tamoxifeno  $p=0,57$ , terapia hormonal  $p=0,96$ , obesidade  $p=0,12$ . Conclusão: A frequência de câncer de endométrio encontrada sem fatores de risco associados reforça a necessidade de investigação de espessamento endometrial em mulheres assintomáticas. Não foi possível determinar uma linha de corte na espessura endometrial para se fazer diagnóstico precoce, uma vez que não houve relação da espessura endometrial e presença de câncer.

**Instituição:** Centro de Referência de Saúde da Mulher - Hospital Pérola Byington - São Paulo - SP

## CONHECIMENTO DE PACIENTES COM EPILEPSIA SOBRE INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS ENTRE DROGAS ANTICONVULSIVANTES E ANTICONCEPCIONAIS

**Autores:** Suto, H.S.; Scarpellini, G.R.; Takeuchi, L.I.; Vieira, C.S.

**Sigla:** G051

Objetivo: Avaliar conhecimento de pacientes epiléticas em uso de anticonvulsivantes(DAC) sobre planejamento familiar. Método: Entrevista direta com questionário estruturado para pacientes epiléticas, de 18 a 45 anos, em uso de DAC, em Ribeirão Preto, SP. Resultados: Entrevistadas 203 pacientes, excluídas 39. A idade média foi 32,8 anos, sendo 46,3% brancas e 94,5% em seguimento em hospital terciário público. Frequência de uso das DAC foi carbamazepina(CBZ) 55,5%; valproato(AVP) 31,1%; lamotrigina(LMT) 30,5%; topiramato(TPM) 20,1%; fenobarbital(FNB) 18,9% e fenitoína(FNT) 4,9%. Atualmente 53,7% estavam em uso de Métodos: anticoncepcionais(MAC), sendo mais frequentes: laqueadura 42,1%, oral combinado(COC) 14,8%; injetável trimestral(AMP) 9,1%; injetável mensal(CIC) 6,8%; vasectomia 6,8%; dispositivo intrauterino de cobre(DIU-Cu) 5,7%; condom 5,7%; oral de progestágeno(POP) 4,6% e sistema intrauterino com levonorgestrel(SIU-LNG) 2,3%. Após diagnóstico de epilepsia, 57,3% das pacientes engravidaram. Destas, 68% tiveram gestações não planejadas(110 gestações) com desfecho de 15,5% como aborto e 5,5% entregues para adoção. Orientação de planejamento familiar foi feita por neurologistas em 29,3% das pacientes e por ginecologista em 20,7%. Das orientadas, 45,8% foi prescrito uso de MAC desaconselhado pela OMS e 25% de baixa eficácia. Interações medicamentosas entre DAC e MAC são apontadas por 58,5% das pacientes. A taxa de acerto de possibilidade de coprescrição (MAC categoria 1 ou 2 do critério de elegibilidade da OMS) dependente da DAC foi: 1)CBZ, FNB, TPM e FNT: CIC(45,6%; 40%; 39,4% e 37,5%, respectivamente), AMP(46,7%; 50%; 39,4% e 50%, respectivamente), DIU-Cu(55,6%; 70%; 42,4% e 50%, respectivamente), SIU-LNG(51,1%; 60%; 39,4% e 50%, respectivamente) e implante(20%; 20%; 12,1% e 12,5%, respectivamente); 2)LMT: POP(41,2%), AMP(47,1%), DIU-Cu(51%), SIU-LNG(47,7%) e implante (19,6%); 3)AVP: COC(44%), POP(44%), CIC(50%), AMP(52%), DIU-Cu(64%), SIU-LNG(56%), adesivo(28%), anel(24%) e implante(28%). Conclusão: Pacientes epiléticas têm pouco conhecimento sobre planejamento familiar, mesmo se orientadas por profissionais de saúde, com alta taxa de gestação não planejada.

**Instituição:** Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP - Ribeirão Preto - SP

### COMPARAÇÃO CLÍNICA E HISTOPATOLÓGICA DE 2 SÉRIES HISTÓRICAS DE 142 CASOS DE WERTHEIM-MEIGS REALIZADOS NO HOSPITAL PÉROLA BYINGTON

**Autores:** Signorini Filho, R.C.; Barbosa, G.B.; Colturato, L.F.; Rosa, T.S.F.; Giacon, P.P.; Gebrim, L.H.

**Sigla:** G052

**Introdução:** A maior parte dos casos de câncer do colo uterino diagnosticados no CRSM – Pérola Byington (n=380 em 2014) são localmente avançados e tratados com radioquimioterapia (n=221 em 2014, 58%). Uma menor parcela (n=159 em 2014, 42%) é tratada com cirurgia e, dependendo dos achados histopatológicos, radioterapia. Tipo histológico, tamanho do tumor, invasão angiolímfática, grau histológico, invasão estromal e status linfonodal são fatores prognósticos fundamentais na definição de terapia adjuvante. A indicação de histerectomia radical com linfadenectomia pélvica (Wertheim-Meigs) é para os tumores restritos ao colo uterino, estadios IA2-IIA1 (preferencialmente <4cm). Métodos: O presente estudo comparou dados clínicos e histopatológicos de duas séries históricas de pacientes submetidas a Wertheim-Meigs no CRSM. Recuperaram-se dados de prontuário de 142 pacientes (83 casos entre 2001-2007 e 59 casos entre 2011-2014). resultados Neste estudo, observamos que o perfil clínico das pacientes permaneceu semelhante quanto às variáveis idade (média de 48 anos), paridade (média de 4 filhos) e tabagismo (21% tabagistas). Houve uma crescente prevalência de adenocarcinoma em relação aos carcinomas espinocelulares (CEC). Nas duas séries apresentadas, o percentual de CEC caiu de 83,1% a 59,3%. Já o grau histológico e invasão estromal permaneceram estáveis nas duas séries. Outras variáveis apresentaram diferenças percentuais entre os 2 grupos avaliados, sempre maiores na série mais recente: tamanho médio do tumor > 4cm (4,9% para 15,4%), presença de invasão angiolímfática (15,6% para 25,4%) e metástase linfonodal pélvica (7,2% para 20,3%). **Discussão:** Um ponto a ser abordado é a limitação dos exames preconizados pela FIGO no estadiamento clínico dessa doença, os quais não conferem uma adequada avaliação da invasão estromal, invasão de istmo uterino e linfonomegalia, que contraindicariam o procedimento cirúrgico quando associados. **Conclusão:** O estudo é apenas uma introdução a esse tema e de como 2 series historicas de um mesmo serviço apresentam diferenças significativas em relação as variaveis abordadas em curto período de tempo (diferença de apenas 4 anos entre as series).

**Instituição:** Centro de Referência da Saúde da Mulher - Hospital Pérola Byington - São Paulo - SP

### ESTUDO DO IMPACTO QUE A PREVENÇÃO DE GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA ATRAVÉS DA ANTICONCEPÇÃO HORMONAL POR IMPLANTE SUBDÉRMICO DE ETONOGESTREL (IMPLANON®) PROMOVE EM MULHERES VULNERÁVEIS USUÁRIAS DE DROGAS

**Autores:** Sakamoto, L.C.; Tobará, J.M.; Sakamoto, J.M.; Sakamoto, M.M.; Malavasi, A.L.; Gebrim, L.H.

**Sigla:** G053

**Objetivo:** Determinar a redução da morbidade, redução dos custos econômicos e o impacto sobre a redução de danos que a prevenção de gravidez não planejada causa entre mulheres vulneráveis usuárias de drogas. **Material:** Em 50 mulheres usuárias de drogas e utilizando o Implanon®, foram analisadas a morbidade que uma gestação não planejada pode promover nessas mulheres, através dos antecedentes sexuais (Idade do primeiro coito, parceiro fixo, método contraceptivo), antecedentes obstétricos (Gestações, paridade e abortos), e antecedentes de doenças sexualmente transmissíveis (DST), como, hepatites B e C, HIV e sífilis. Quanto a redução dos custos que a prevenção de gravidez não planejada pode causar, foram coletadas informações da tabela SUS sobre com o parto e o recém-nascido (RN), e com a inserção do implante. Foram coletados informações sobre o consumo das drogas. A idade média dessas mulheres foi de 26,5 anos. resultados O crack foi prevalente entre 16 mulheres (22%), e 22 mulheres referem a associação com diversos tipos de álcool (42%). Quanto aos antecedentes sexuais, a média de idade do primeiro coito foi de 14,6 anos, sendo que, 15 relataram trocar sexo por droga (30%) e 27 delas referem possuir parceiro fixo (54%). Em relação ao uso de método contraceptivo no ato sexual, 29 delas utilizam qualquer método (58%), e o condom foi o mais referido entre 17 mulheres (58,6%) Em relação às DSTs, 13 mulheres referiram sífilis (26%). Quanto aos antecedentes obstétricos, ocorreram um total de 164 gestações entre essas mulheres, equivalendo a 3,3 gestações/mulher; 139 paridade, sendo 135 vivos, equivalendo a 2,7 filhos/mulher; e, 25 abortos (15,2%). Foram 29 RNs (21,5%). A economia com Implanon® foi de R\$ 132.451,00. **Conclusões:** A alta incidência de DSTs, aumento da morbidade gestacional e do efeito neonatal da droga entre as mulheres vulneráveis usuárias de drogas, são motivos importantes para a utilização de contraceptivo de alta eficácia e de longa duração, que independa da vontade da mulher para sua utilização. O Implanon® tem indicação precisa nessa população, impactando significativamente na redução de danos, diminuindo a morbidade materna e neonatal, e reduzindo gastos

**Instituição:** Centro de Referência da Saúde da Mulher, Hospital Pérola Byington, São Paulo - SP

# GINECOLOGIA

## LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES NA TRANSIÇÃO MENOPAUSAL E PÓS-MENOPAUSA DO AMBULATÓRIO DE CLIMATÉRIO DO DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA DA ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP

**Autores:** Spadella, A.P.C.; Dardes, R.T.M.; Ferreira, F.P.; Bonduki, C.E.; Silva, I.; Haidar, M.A.

**Sigla:** G054

Objetivo: Avaliar o perfil das pacientes atendidas aleatoriamente no ambulatório de climatério quanto a idade média das pacientes atendidas, idade da menopausa e raça; a avaliação da porcentagem de pacientes portadoras de hipertensão arterial sistêmica, diabetes, hipotireoidismo, dislipidemia, osteoporose e obesidade. Avaliação do número de pacientes submetidas à histerectomia vaginal e hábitos como tabagismo. Metodologia: Levantamento de dados em prontuário médico e questionamento com a paciente durante o atendimento. Revisão bibliográfica em banco de dados (Pubmed, LILacs, Scielo, Bireme) quanto a epidemiologia desses perfis avaliados e comparação com os achados do estudo. Resultados: Foram avaliadas 565 pacientes, destas 16 tinham até 45 anos, 278 entre 46 e 59 anos e 271 acima de 60 anos. Destas, 65 apresentaram menopausa precoce, 473 menopausaram entre 40 e 55 anos e 10 acima de 56 anos. Quanto à raça, 326 eram raça branca e 337 entre pardas e negras. Dentre as patologias, 268 eram dislipidêmicas, 108 portadoras de diabetes, 309 hipertensas, 84 apresentavam hipotireoidismo, 138 apresentavam osteoporose, 110 haviam realizado histerectomia, 132 obesas e 47 eram ou já foram tabagistas. Conclusão: Em relação à idade de menopausa da mulher brasileira, 83,7% das pacientes analisadas estão dentro da faixa etária entre 40 e 55 anos, concordando com dados da literatura. O perfil metabólico mostra uma tendência que ocorre no Brasil e no exterior em países desenvolvidos / em desenvolvimento no que se refere ao padrão alimentar e hábitos de vida; há uma porcentagem muito grande de pacientes nessa amostragem que estão dislipidêmicas (47,4%), obesas (23,3%), diabéticas (19,1%), e hipertensas (54,6%). Sabe-se que trata-se de uma amostragem pequena, porém esses dados já repercutem na contra-indicação dessas pacientes que estão na janela de oportunidade para a realização da terapia hormonal e seus benefícios e para o aumento de risco de doenças cardiovasculares.

**Instituição:** UNIFESP - São Paulo - SP

## RESULTADOS: DE CONIZAÇÃO E PERFIL EPIDEMIOLÓGICO EM HOSPITAL ONCOLÓGICO

**Autores:** Mendes, C.F.; Mendonça, A.G.; Pereira, L.N.; Pereira, R.F.; Calil, M.A.

**Sigla:** G056

Introdução: O câncer de colo de útero é o terceiro tipo de Câncer mais comum entre as mulheres do mundo. Com o diagnóstico e tratamento precoce das lesões precursoras e das lesões tumorais invasoras, a cura é possível em praticamente 100% dos casos. De acordo com estudos, uma conização ampla e com adequada avaliação das margens cirúrgicas é suficiente para o tratamento da NIC III e até do carcinoma micro invasor. Objetivos: Este avaliar o perfil epidemiológico das pacientes e os resultados das conizações realizadas no IBCC no ano de 2012. Metodologia: Foram avaliados 293 prontuários, sendo coletados dados referentes ao perfil sócio-demográfico, características gineco-obstétricas das pacientes e resultados das conizações, resultados e Conclusão: Verificamos em nosso estudo que a faixa etária das pacientes submetidas ao procedimento, está compreendida entre 21 e 40 anos, o nível de escolaridade mais frequente é ensino médio completo, com 29,5% de prevalência, a maioria das mulheres são solteiras, compondo 50,9% da amostra, 32,6% são tabagistas, 94% iniciaram a atividade sexual com até 20 anos de idade; 20% são nulíparas; 40,2% tiveram até 2 filhos e 36,4% mais de 2 filhos e 37,6% fazem uso de anticoncepcional oral. Foi verificado que 80,7% das conizações realizadas pelas técnicas de cirurgia de alta frequência e conização clássica resultaram em margens livres e 19,3% em margens comprometidas ou coincidentes. Esses dados confirmaram a alta eficácia da conização de colo uterino como tratamento das lesões precursoras de câncer de colo de útero. A demonstração de 19,3% de margens comprometidas sugere que sejam comparadas as técnicas quanto a este fator, o que pode ser avaliado em estudo futuro.

**Instituição:** Instituto Brasileiro de Controle ao Câncer - São Paulo - SP

## TRATAMENTO CIRÚRGICO NA CORREÇÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO – TÉCNICA DE SLING

**Autores:** Santos, A.O.; Bezerra, E.Q.; Costa, M.A.; Duailibe, N.T.B.S.; Leal, V.P.

**Sigla:** G057

Objetivos: Realizar uma revisão literária sobre como a mesma técnica cirúrgica de Sling, que é usada na correção da incontinência urinária de esforço, mostram resultados diferentes de acordo com o material utilizado na mesma e sua eficácia à longo prazo. Métodos: O levantamento bibliográfico foi realizado através da utilização de livros disponíveis na biblioteca da Universidade Federal do Maranhão/UFMA, artigos científicos indexados em banco de dados como Scielo, Capes Periódicos, Bireme, USP, UFRGS, Science Direct, sendo selecionados

como critérios de inclusão neste estudo a avaliação clínica, indicações e eficácia da técnica cirúrgica de Sling à longo prazo. Resultados: A utilização do Sling tem sido a conduta de escolha no tratamento de casos complexos de Incontinência Urinária de Esforço. Em suma, o Sling consiste de um material na forma de uma fita estreita que é colocada sob a uretra através de uma incisão vaginal e duas pequenas incisões abdominais, de modo a substituir os músculos do assoalho pélvico. Existem diferentes técnicas cirúrgicas de Sling, sendo elas similares, divergindo pelo tipo de material utilizado (biomaterial, sintético ou tecido do próprio paciente), vias de acesso e pontos de fixação. Esse procedimento cirúrgico é indicado para pacientes com incontinência urinária aos esforços que afete suas atividades diárias e qualidade de vida. Dentre as contra indicações estão bexiga neurogênica, hiperatividade pura do detrusor e atonia vesical. Quanto à eficácia da cirurgia de Sling relata-se a cura de 70% a 90% para a incontinência, e 4% a 11% de falhas. Conclusão: Com base na revisão de literatura realizada constatou-se que os melhores resultados a longo prazo para correção cirúrgica da incontinência urinária são obtidos com slings suburetrais. Existem inúmeras evidências na literatura de que, quando usada físcia autóloga, os índices de cura chegam a mais de 90%. O uso de material não-autólogo tem como vantagens: diminuir o tempo operatório e a morbidade de um segundo local cirúrgico.

**Instituição:** Universidade Federal do Maranhão - São Luís - MA

## ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE DIAGNÓSTICOS DE HISTEROSCOPIA E HISTOPATOLÓGICO DE PATOLOGIAS INTRAUTERINAS

**Autores:** Dias, J.M.G.; Edessa, T.K.; Raimundo, A.G.; Pereira, R.O.; Salviano, M.F.M.; Silva, R.A.

**Sigla:** G058

**Objetivos:** Comparar os resultados obtidos de pacientes submetidas a vídeo histeroscopia ambulatorial com os resultados obtidos das biópsias. **Métodos:** Estudo observacional de caráter retrospectivo, que utilizou os registros médicos de todas as pacientes submetidas à histeroscopia diagnóstica atendidas no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM), no período de janeiro de 2014 a agosto de 2014. Foram avaliadas as seguintes variáveis: diagnóstico histeroscópico e resultado histopatológico. Os dados coletados foram computados em uma planilha do software Excel versão 2007 e confeccionada uma máscara para o software EPI info7. **resultados** A população estudada constituiu-se de 274 mulheres, destas, 46 foram excluídas por prontuários incompletos, totalizando 228 pacientes. Das 228 mu-

lheres, 61 (26,98%) apresentaram histeroscopia normal e uma (0,44%) foi inconclusiva. Os achados histeroscópicos mais freqüentes encontrados nas pacientes foram pólipos endometriais diagnosticados em 125 (55,31%) dos exames, seguido de mioma submucoso em 13 (5,74%) e espessamento endometrial em 9 (3,98%). No estudo, foram analisados 166 biópsias com resultado mais frequente de pólipos endometriais em 78 (46,98%) dos casos, seguidos de resultado sem atipias com 29 (17,3%), endométrio secretor em 19 (11,45%), mioma submucoso em cinco pacientes (3,01%), endométrio proliferativo em cinco pacientes (3,01%), pólipos endocervicais em quatro pacientes (2,41%), endométrio atrófico em três (1,81%), epitélio cubóide em três (1,81%) e hiperplasia endometrial em duas pacientes (1,20%). Foi verificada a presença de amostra insatisfatória em 10 exames (6,02%). Foi observado associação significativa entre o achado histeroscópico de espessamento endometrial e o anatomopatológico ( $p=0,022$  - teste exato de Fisher). **Conclusão:** O achado mais prevalente na histeroscopia foi pólipos endometriais como também na biópsia, porém só houve associação significativa entre diagnóstico histeroscópico de espessamento endometrial com o diagnóstico de hiperplasia endometrial no anatomopatológico.

**Instituição:** Universidade Federal de Sergipe - Aracaju - SE

## UTILIZAÇÃO DO SIU EM PACIENTES COM ENDOMETRIOSE DO HOSPITAL PÉROLA BYINGTON

**Autores:** Galvão, B.; B.; Sakamoto, L.C.; Gibran, L.; Malavasi, A.L.

**Sigla:** G059

Avaliamos 147 pacientes do Hospital Pérola Byington com diagnóstico de endometriose, antes e após a inserção do SIU (endoceptivo intra-uterino Mirena). Foram avaliadas as 147 pacientes em consultas médicas a cada 6 meses por um período mínimo de 12 meses e máximo de 54 meses. Todas as pacientes foram avaliadas antes e após a inserção do SIU levando em consideração os itens a seguir: Avaliação da escala da dor visual, padrão do sangramento vaginal, dispáuria, dismenorrea, dores crônicas, avaliação da qualidade de vida antes e após a inserção do SIU, efeitos colaterais. A idade média das 147 pacientes foi de 41 anos e 5 meses; sendo a idade mínima de 27 anos e a máxima de 54 anos. Concluímos que houve melhora importante da algia pélvica nas pacientes, com melhora da qualidade de vida das pacientes após a inserção do SIU, em 70% apresentaram sangramento tipo spotting ou amenorrea em 15% apresentaram sangramento regular com fluxo menor que o anterior, em 5% apresentaram sangramento irregular com fluxo menor; ou seja sangramento sem ciclicidade, e em

# GINECOLOGIA

5% apresentaram sangramento irregular e com fluxo aumentado. Apenas 2% das pacientes expulsaram o Mirena ou pediram para retirar o SIU. Os principais efeitos colaterais relatados pelas pacientes foram sangramento, cefaleia, acne e depressão o que não difere dos artigos pesquisados. Com este trabalho podemos concluir que o SIU é uma ótima opção de tratamento de endometriose (peritoneal, ovariana e profunda).

**Instituição:** Centro de referência da Mulher Pérola Byington - São Paulo - SP

## ENDOMETRIOSE É CAUSA IMPORTANTE DE DOR PÉLVICA NA ADOLESCÊNCIA

**Autores:** Andres, M.P.; Podgaec, S.; Carreiro, K.B.; Baracat, E.C.

**Sigla:** G060

Objetivo: embora a endometriose seja uma doença prevalente, cujo diagnóstico precoce é fundamental para a prevenção de sua progressão, é uma condição frequentemente negligenciada em adolescentes. O objetivo deste estudo é levantar as características clínicas das pacientes adolescentes com endometriose acompanhadas em um hospital terciário. Métodos: levantamento retrospectivo de 394 pacientes submetidas à cirurgia com diagnóstico histológico de endometriose no Setor de Endometriose da Divisão de Clínica de Ginecologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, de 2008 a 2013. Foram incluídas 21 adolescentes (idade menor de 21 anos). Resultados: a idade variou de 17,95±1,48 anos, a média de tempo para a confirmação diagnóstica foi de 2,96±2,93 anos, idade média do início dos sintomas foi de 15,28±3,03 anos. Os locais de acometimento foram ovariano (38%), peritoneal (47,6%) e retrocervical (23,8%). Dismenorreia esteve presente em 80,9% das adolescentes (sendo severa em 33,3% dos casos) e dor pélvica crônica em 66,6%. Conclusão: endometriose em adolescentes é um importante diagnóstico diferencial de dor pélvica e cistos anexiais, principalmente entre aquelas sem resposta ao tratamento convencional. As principais formas de acometimento são peritoneais e ovarianas. Apesar do início dos sintomas na adolescência e dos avanços nos Métodos: de imagem, ainda se observa demora no diagnóstico dessa doença. Palavras-chave: endometriose; adolescente; dismenorreia; cistos ovarianos.

**Instituição:** Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP - São Paulo - SP

## RECORRÊNCIA DE ENDOMETRIOMA OVARIANO E FATORES CORRELACIONADOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

**Autores:** Gomes, L.M.; Yela, D.A.

**Sigla:** G061

Introdução: A endometriose caracteriza-se pela presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina. Cerca de 20% a 40% dos casos de endometriose caracterizam-se como endometriomas ovarianos. O tratamento é na maioria dos casos cirúrgico, mas o índice de recorrência de endometriomas é elevado, variando entre 30% a 50% e a doença pode trazer consequências indesejáveis a mulheres em idade reprodutiva, como infertilidade, dor pélvica crônica e dismenorréia. objetivo avaliar a taxa de recorrência dos endometriomas ovarianos e os fatores de risco associados a esta no Centro de Atenção Integrado de Saúde da Mulher-CAISM da Universidade Estadual de Campinas-UNICAMP nos últimos cinco anos. Metodologia: estudo retrospectivo de corte transversal com 75 mulheres com diagnóstico de endometrioma ovariano identificadas no Ambulatório de Endometriose do Departamento de Tocoginecologia do serviço. Foi utilizado o teste exato de Fisher e modelo de regressão logística para análise entre as variáveis. Resultados: A idade média das mulheres foi de 33±6,8 anos e o IMC médio foi de 25±4,57 kg/m<sup>2</sup>. Encontramos 50% de nuligestas, 9.3% eram assintomáticas, 82.6% tinham dismenorreia e 46.6% relatavam infertilidade. O ovário mais acometido foi o E (62.6%). A taxa de recorrência foi de 42.6%, com tempo médio pós cirurgia de 31 meses. Houve uma associação significativa entre maior recorrência de endometrioma e IMC acima de 25 (p= 0.0345). Não houve significância estatística na associação das demais variáveis e no modelo de regressão logística. Conclusão: A taxa de recorrência do endometrioma ovariano é alta embora não tenha sido encontrados fatores relacionados a mesma. Apenas as mulheres com sobrepeso e obesidade apresentaram associação com maior taxa de recorrência de endometrioma, o que vai ao encontro de dados de revisão de literatura. No entanto, são necessários novos estudos de caráter prospectivos e com maior amostra para podermos determinar possíveis causas para a recorrência do endometrioma ovariano.

**Instituição:** UNICAMP - Campinas - SP

## INFLUÊNCIA DA CABERGOLINE EM ENDOMETRIOSE EXPERIMENTALMENTE INDUZIDA EM RATAS

**Autores:** Rosa e Silva, J.C.; Fortunato, G.G.; Zanardi, J.V.C.; Meola, J.; Silva, A.R.; Nogueira, A.A.

**Sigla:** G062

**Objetivos:** Avaliar o efeito antiangiogênico de duas doses de cabergolina, sobre as lesões de endometriose induzidas em ratas. Para isso, estudamos a influência desta droga sobre marcadores de diferenciação, invasão, proliferação e apoptose celulares e também a expressão de genes como VEGF A, CALD1, PCNA, TNF E SPARC, que estão envolvidos na adesão, motilidade e angiogênese das lesões de endometriose através da extração do RNA total, síntese do DNA e quantificação por PCR em tempo real. **Materiais e Métodos:** Estudo experimental animal sendo utilizado 30 ratas adultas Nova Zelândia, fêmeas e virgens, submetidas à laparotomia para indução da lesão de endometriose, através da ressecção de um corno uterino e fixação no peritônio pélvico de fragmento de 5mm. As ratas foram divididas em três grupos de 10 animais, sendo os animais do grupo 1 (controle=10), sacrificados após 4 semanas da indução da lesão endometrial ectópica e os do 2 grupos baixa dose (n=10) e alta dose (n=10) de cabergoline sacrificadas após 14 dias de tratamento. A lesão foi excisada para análise histológica juntamente com o corno uterino contralateral, comprovando a presença de tecido endometrial glandular e estromal. Reações de imunohistoquímica marcadores de diferenciação, invasão, proliferação e apoptose celulares e biologia molecular foram realizadas, no tecido endometrial eutópico e ectópico, através dos genes VEGF A, CALD1, PCNA, TNF E SPARC, que estão envolvidos na adesão, motilidade e angiogênese das lesões de endometriose. **Resultados:** No estudo imunohistoquímico não encontramos diferenças entre os grupos de estudo comparados com o grupo controle, contudo ao comparar cada grupo de lesão e útero separadamente com cada gene, conseguimos detectar resultados de significância estatística na expressão gênica, principalmente aqueles associados com a angiogênese, e com melhor resposta terapêutica no grupo de alta dose. **Conclusão:** O tratamento com drogas antiangiogênicos oferece novas perspectivas de abordagem terapêutica para pacientes com endometriose.

**Instituição:** Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto - SP

## INCIDÊNCIA DE ENDOMETRIOMA DE PAREDE NO SETOR DE VIDEO-ENDOSCOPIA GINECOLOGICA DA FACULDADE DE MEDICINA DO ABC

**Autores:** Feltran, T.T.; Hosoume, N.; Araujo, T.A.; Moscovitz, T.; Tcherniakovsky, M.; Fernandes, C.E.

**Sigla:** G063

**Objetivo:** Relatar a incidência de endometrioma de parede, em um período de 15 anos, no setor de Video-Endoscopia Ginecológica da Faculdade de Medicina do ABC. **Métodos:** Análise retrospectiva das pacientes

submetidas a cirurgia de exérese de endometrioma de parede, no período de janeiro 2000 a abril 2015. Foram analisados dados relativos à idade, antecedente cirúrgico, características dos sintomas, exame físico, exames complementares e resultado histopatológico. **resultados** Do total de 121 pacientes avaliadas, 49 não preencheram os critérios de inclusão; (45 por não possuírem dados completos no prontuário, e 4 por não apresentarem exame histopatológico compatível com endometriose), sendo consideradas para avaliação 72 pacientes. A idade média das pacientes avaliadas foi de 32,08, variando entre 21-46 anos. A presença de dor local e cíclica foi a queixa principal. Ultrassonografia, Ressonância Nuclear Magnética e exame clínico foram exames importantes para localizar precisamente a doença, sendo a maioria das pacientes nesse estudo submetida a ultrassonografia de parede abdominal (83,3%). Todas as pacientes foram submetidas a tratamento cirúrgico, e o histopatológico confirmou a suspeita de endometrioma de parede em 100% dos casos. 71 pacientes apresentaram antecedente cirúrgico, com principal local de acometimento pelo endometrioma a cicatriz de cesariana. **Conclusão:** existe uma relação evidente entre cirurgia prévia com a presença endometrioma de parede abdominal, sendo a ultrassonografia de parede abdominal o exame complementar mais utilizado no auxílio diagnóstico, e dor cíclica como principal sintoma.

**Instituição:** Faculdade de Medicina do ABC - Santo André - SP

## DISTRIBUIÇÃO DE GORDURA ANDROIDE AFETA ALGUNS PARÂMETROS HEMOSTÁTICOS EM MULHERES COM SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS PAREADAS POR IDADE E ÍNDICE DE MASSA CORPORAL A CONTROLES SAUDÁVEIS

**Autores:** Mendonça-Louzeiro, M.R.M.F.; Annichino-Bizzacchi, J.M.; Benetti-Pinto, C.L.

**Sigla:** G064

**Objetivo:** Avaliar a importância da distribuição de gordura no sistema hemostático de mulheres com síndrome dos ovários policísticos (SOP) através da correlação de parâmetros hemostáticos com marcadores clínicos de distribuição de gordura e variáveis laboratoriais comparadas a controles saudáveis. **Métodos:** Estudo de corte transversal para avaliação de 45 mulheres com SOP e 45 controles pareadas por idade (+/- 2 anos) e índice de massa corporal (IMC) (+/- 2 kg/m<sup>2</sup>). Foram avaliados parâmetros clínicos [idade, IMC, circunferência da cintura (CC), circunferência do quadril (CQ), relação cintura/quadril (C/Q), índice de Ferriman-Gallwey (IFG)] e laboratoriais [glicemia de jejum, insulina de jejum, tes-

tosterona total e testosterona livre (TL)] e dosados os marcadores de hemostasia: inibidor da fibrinólise ativado pela trombina (TAFI), D-dímero, inibidor do ativador do plasminogênio do tipo 1 (PAI-1) e parâmetros do teste da geração de trombina (TGT), incluindo o tempo para o início da geração de trombina (Tlag), tempo para o pico de geração de trombina (Tmax), a concentração máxima de trombina (Cmax) e a área sob a curva (AUC). resultados No grupo de mulheres com SOP, IMC e CC correlacionaram-se positivamente com TAFI, D-dímero, PAI-1, Cmax e AUC; CQ com D-dímero e PAI-1; C/Q com TAFI, D-dímero e PAI-1; glicemia de jejum com TAFI; insulina e HOMA-IR com PAI-1 e TL com Cmax e AUC. Idade correlacionou-se positivamente com D-dímero e PAI-1, negativamente com Tlag e Tmax. Diferentemente, no grupo controle, não houve correlação entre marcadores clínicos de distribuição de gordura e parâmetros hemostáticos. Conclusões: Apesar do pareamento por idade e IMC, verificamos que em mulheres com SOP, a distribuição corporal de gordura androide pode afetar alguns parâmetros hemostáticos, particularmente nas jovens e com sobrepeso, mostrando a importância de avaliar a distribuição de massa gorda. Novos estudos poderão estabelecer uma correlação entre estes resultados e um aumento do risco tromboembólico.

**Instituição:** Departamento de Tocoginecologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas (UNICAMP), Campinas - São Paulo - SP

## CARACTERIZAÇÃO DE PACIENTES PORTADORES DE DISFORIA DE GÊNERO

**Autores:** Lara, L.A.S.; Leri, M.R.; Romão, A.P.M.S.; Sá, M.F.S.; Rui, F.; Santos, M.A.

**Sigla:** G065

**Introdução:** A disforia de gênero (DG) caracteriza-se pela sensação da pessoa de pertencer ao sexo oposto ao sexo do nascimento. O AESH presta assistência aos portadores de DG sendo responsável por instituir a terapia hormonal para essa população. **Objetivos:** Caracterização social, afetiva e emocional dos portadores de DG, em acompanhamento no período de março de 2013 a junho de 2014. **Métodos:** Estudo transversal, que utilizou um questionário semiestruturado para acessar os aspectos sociodemográficos e os aspectos emocionais e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) para acessar o risco para ansiedade e depressão. **resultados** Quarenta e quatro transsexuais participaram sendo 36 (82%) trans-mulher e 8 (18%) trans-homem, com idade média de 27,05±8,9 (18-59) anos sendo 30 (68%) brancos, e 14 (32%) pardos/negros. Oito (18%) cursaram ensino fundamental, trinta (68%) o ensino médio, 6 (14%) ensino superior. Trinta e nove (88,5%) sujeitos sentem-se discriminados e todos sentem-se discriminados socialmente, 24 (61,5) no traba-

lho, 14 (36%) pela família, e 7 (18%) sentem-se discriminados nos estabelecimentos de saúde. Trinta e dois (72,5%) sujeitos relataram uma ou mais tentativas. Os fatores motivadores foram: discriminação 26 (81,5%), não aceitação familiar 15 (47%) e não aceitação do próprio corpo 21 (67%), 18 (41%) tentaram suicídio com idade entre 10 e 19 anos, e 14 (3%) com mais de 19, 43 (98%) referiram sintomas de ansiedade e 36 (82%) de depressão. Adolescentes e adultos jovens tiveram, respectivamente, 5,28 vezes e 3,81 vezes mais chances de tentar o suicídio em relação aqueles com idade maior de 30 anos, porém o resultado não foi significativo. Houve associação significativa entre a variável com quem mora e o escore de risco para depressão sendo que, quem mora com parceiro tem uma frequência menor de depressão em relação as outras categorias ( $p=0,03$ ). Houve associação significativa entre o estado civil e o escore de depressão sendo que, os casados tem menor frequência de depressão. Os portadores de DG, apresentam altos índices de ansiedade, depressão e tentativas de suicídio. Viver com um parceiro foi um fator de proteção contra a depressão.

**Instituição:** Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - SP

## AVALIAÇÃO DE UM PROJETO DE CONTRACEPÇÃO DEFINITIVA DE SAÚDE PÚBLICA. LAQUEADURA TUBÁRIA AMBULATORIAL VIA HISTEROSCÓPICA

**Autores:** Franco, F.M.F.; Franco, M.M.F.; Osthoff, L.; Crelier, A.H.; Daza, I.

**Sigla:** G066

**Objetivo:** Aplicar um método ambulatorial de esterilização tubária para atender a 5000 mulheres. **Materiais e Métodos:** Foi elaborado um projeto para realização de 212 laqueaduras tubárias por mês. As pacientes são encaminhadas via regulação, após a manifestação voluntária de esterilização e realização de curso de planejamento familiar. Na unidade, assistem uma palestra para explicação do método, preenchimento de consentimento informado e orientações do preparo endometrial e agendamento (28 por dia) para a realização do mesmo. No dia do procedimento, afastada a gravidez, recebem diazepam 5mg e ibuprofeno 600mg. Quarenta minutos após, é realizado o procedimento que consiste na passagem de 2 "stents", elaborados de um micro-esprial composto de titânio e dacron, que será inserido por via histeroscópica em cada tuba provocando fibrose reacional, com oclusão seletiva irreversível. Terminado o procedimento, a mulher fica em observação por 60 minutos, sendo liberada com receita de contracepção por 90 dias ou aplicação intramuscular de medroxiprogesterona de 150 mg e marcação de retorno para realização de ultrassonografia

comprobatória da inserção. Resultados: Já foram realizados 690 procedimentos histeroscópicos. As pacientes apresentavam em média 26 (21-44) anos, de 2,5 (1-13) filhos, 3,0 (1-13) gravidezes por paciente. Houve sucesso de passagem em 95% dos casos. O tempo médio de duração do procedimento foi de 3,3 (1'29- 5'34) minutos. Na avaliação da dor, por um escore, sendo 0 (nenhuma dor) e 10 (igual a dor do parto), as pacientes relataram uma dor de peso 2 na realização do procedimento (0-6). Nenhuma paciente precisou de internação hospitalar no dia do procedimento ou nos dias subsequentes ao mesmo, ou uso de qualquer medicação analgésica venosa. Não houve relato de qualquer complicação grave (perfuração tubária, dor pélvica severa). Conclusão: A laqueadura por via histeroscópica é um excelente método de esterilização por não necessitar de internação hospitalar ou anestesia, por não ser necessária a entrada em cavidade abdominal (diminuindo complicações) por permitir o rápido retorno às atividades laborativas e deambulação, além de um baixo escore de dor.

**Instituição:** Hospital da Mulher Mariska Ribeiro - Rio de Janeiro - RJ

## PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS EM GINECOLOGIA REFERENCIADOS DA ATENÇÃO BÁSICA

**Autores:** Lohmann Menezes, C.L.M.; Esposito Sorpreso, I.C.E.S.

**Sigla:** G067

O atendimento à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido realizado nos diferentes níveis de atenção à saúde. A abordagem terapêutica das principais doenças da mulher depende das características e equipamentos disponíveis nas redes de atenção à saúde do SUS. O nível secundário de atenção à saúde da mulher é importante para definir diagnóstico das doenças mais prevalentes, prover tratamento especializado e dar suporte às demandas das unidades básicas de atenção primária. objetivo identificar características clínico-sociodemográficas, doenças ginecológicas referenciadas e fluxo de encaminhamento de mulheres atendidas em setor secundário, Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. Método e Casuística: levantamento de 325 prontuários de mulheres referenciadas das Unidades Básicas de Saúde da região oeste da cidade de São Paulo para o Ambulatório de Ginecologia dos Residentes de Medicina de Família e Comunidade do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo no período de julho de 2013 a janeiro de 2014. Resultados: A média obtida de idade foi 44,90 anos ( $\pm$  14,50), os principais diagnósticos feitos foram de Disfunção Urogenital (29,06%, n=102) e Sangramento Uterino anormal (29,06%, n= 102). No fluxo de atendimento 65,2% (n=212) retornaram ao nível

primário, 27,38% (n=89) permaneceram para atendimento especializado e 7,38% (n=24) receberam encaminhamento para Setor Terciário. Conclusão: As pacientes encaminhadas para nível de atenção secundário à saúde da mulher apresentam-se no período de vida reprodutivo e reprodutivo tardio. Disfunção Urogenital e Sangramento Uterino Anormal são os principais diagnósticos ginecológicos e o serviço apresenta moderada resolubilidade.

**Instituição:** Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo - SP

## QUALIDADE DE VIDA NO CLIMATÉRIO EM MULHERES COM SOBREPESO E OBESIDADE

**Autores:** Munhoz, L.O.; Louzada, A.C.S.; Coimbra, B.G.M.M.; Sorpreso, I.C.E.; Soares Júnior, J.M.; Baracat, E.C.

**Sigla:** G068

Introdução: A obesidade tem sido relacionada como problema de saúde pública, está associada a multimorbidades e é mais prevalente na mulher. O ganho de peso e os sintomas menopausais são fatores associados a qualidade de vida e interferem na saúde da mulher climatérica. objetivo Aferir características clínicas, sintomas menopausais e qualidade de vida de mulheres na pós-menopausa com sobrepeso e obesidade e comparar esses dois grupos. Métodos: Estudo retrospectivo com levantamento de prontuário de mulheres atendidas no Setor de Ginecologia Endócrina e Climatério do HCFMUSP no período de janeiro a junho de 2014. Foram coletados características clínicas, os sintomas menopausais e qualidade de vida mensurados no índice menopausal de Kupperman. As pacientes foram em dois grupos: sobrepeso e obesidade. Os dados estão apresentados em média  $\pm$  desvio padrão para variáveis de distribuição normal e mediana (intervalo interquartil) para demais variáveis. Os testes student T test e Mann-Whitney foram usados respectivamente para comparar os dois grupos. resultados a média da idade das pacientes com sobrepeso e obesidade foram respectivamente: 58,6  $\pm$  8,0 e 57,8  $\pm$  7,2 anos (p= 0,523); IMC: 27,6  $\pm$  1,5e 34,2  $\pm$  3,5 Kg/m<sup>2</sup> (p<0,001); tempo de menopausa: 11,4  $\pm$  9,4 e 11,8  $\pm$  7,9 anos (p=0,775); idade da Menopausa: 47,1  $\pm$  7,2 e 46,1  $\pm$  6,7 anos (0,405); e Índice de Kupperman 11 (6-22) e 16 (10-24) (p=0,019). Conclusão: Mulheres na pós-menopausa tardia com sobrepeso e obesidade apresentaram sintomas leves climatério e baixo impacto no qualidade de vida. No entanto, as pacientes com obesidade apresentaram mais sintomas com maior impacto em sua qualidade de vida.

**Instituição:** Disciplina de Ginecologia, Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo - SP

## ANÁLISE RETROSPECTIVA DE 27 CASOS DE CÂNCER DE VULVA DO HOSPITAL SANTA MARCELINA

**Autores:** Videira, M.; Barbosa, F.A.; Rocha, M.R.; Almeida, T.G.; Brandão, M.D.C.; Komatsu, M.Y.

**Sigla:** G069

Objetivo: Análise de 27 casos de neoplasia maligna de vulva, diagnosticados, tratados e em seguimento no setor de oncoginecologia desta instituição. As variáveis avaliadas foram: idade, paridade, tabagismo, tipo histológico, estadiamento, tratamento inicial, tratamento complementar e status linfonodal. Metodologia: Análise retrospectiva de casos de neoplasia maligna de vulva no período de agosto de 2010 a dezembro 2014. Resultados: A média de idade das pacientes foi 67,88 anos, com mediana de 68 anos. Dos 27 casos, 23 tinham o diagnóstico de carcinoma espinocelular (85,19%). As multiparas (19) representavam 70,37% das pacientes e 25,92% eram fumantes (7). De acordo com o Estadiamento Clínico: EC 0 = 7,4%; EC I = 11,1%; EC II = 18 %; EC III = 33,2%; EC IV = 29,62%. O tratamento inicial foi cirúrgico (17) em 62,96% dos casos e em 10 casos (37,03%) foi iniciado com radioterapia associado ou não a quimioterapia de forma neoadjuvante. O status linfonodal foi avaliado em 22 pacientes, sendo que 10 (37,03%) pacientes apresentaram linfonodos comprometidos. Oito pacientes apresentaram recidiva ou persistência da neoplasia (29,62%) e 10 pacientes (37,03%) foram a óbito. Conclusão: A neoplasia de vulva acomete principalmente pacientes com idade avançada, a partir da 6ª década de vida, com predomínio do carcinoma espinocelular como tipo histológico. A multiparidade é característica frequente e associação com o tabagismo foi evidenciado em 25,92% dos casos. O diagnóstico foi tardio, com predominância do EC III. Uma porcentagem alta (37,03%) do tratamento inicial foi com radioterapia e quimioterapia neoadjuvante para permitir adequada abordagem cirúrgica posterior.

**Instituição:** São Paulo - SP

## AValiação DA CAMPANHA DE PREVENÇÃO DE DSTs E INCENTIVO A VACINAÇÃO HPV PARA PRÉ-ADOLESCENTES E FAMILIARES REALIZADAS POR ALUNAS DA FMABC INTEGRANTES DO PROJETO SORRIR É VIVER

**Autores:** Cardial, M.F.T.; Roseto, J.A.; D'Elia, G.M.; Dias, R.R.; Moura, L.W.; Sakamoto, J.M.

**Sigla:** G070

Introdução: A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que 660 milhões de mulheres são portadoras do Papiloma Vírus Humano (HPV), que causa verruga e câncer genital. A vacina HPV esta disponível na rede publica, fal-

ta informacao. objetivo Orientar pré-adolescentes e seus familiares quanto ao HPV, prevenção de DSTs e incentivar a vacinação HPV. Método: Foram aplicados questionários para obtenção do conhecimento prévio das meninas entre 11 e 13 anos e seus pais sobre o tema Foi realizada palestra e aplicados novos questionários após a palestra de orientação para compreender as principais dúvidas e equívocos da população presente e analisar se a informação apresentada foi assimilada pelos espectadores. As alunas então, capacitaram os agentes de saúde para orientar a população local. Por último, o projeto foi realizado na comunidade no Núcleo de Saúde e Orientação de Capuava para as meninas compreendidas na faixa etária da campanha e seus pais pelos agentes de saúde. Como artifício de comunicação, utilizou-se da arte lúdica dos clowns da Organização Não Governamental Sorrir é Viver para aproximação com a população e estimulação da reflexão prévia sobre o assunto. Resultado: As respostas obtidas nos questionários aplicados demonstraram que os indivíduos sabem que a vacina é uma forma de prevenção ao HPV e que vacinariam a si mesmos ou seus filhos. Porém, não tinham informação quanto a formas de transmissão, sintomatologia, número de infectados e o fato de atingir ambos os sexos. Os agentes demonstraram ter mais informações que os pacientes e membros da comunidade em geral, quanto ao modo de transmissão e sintomatologia, mas também subestimaram o número de infectados e mortes por câncer de colo de útero. Nos questionários aplicados após as palestras, houve melhora sensível no entendimento de como o HPV afeta a população, os meios de prevenção e sua importância. Conclusão: A orientação cumpriu o seu papel e os participantes absorveram as informações. Além disso, o conhecimento adquirido pelos agentes será levado de maneira mais efetiva à comunidade, expandindo-o a um número muito maior de indivíduos e perpetuando o incentivo à vacinação contra o HPV.

**Instituição:** Faculdade de Medicina do Abc – São Paulo - SP

## PREVALÊNCIA DE ALTERAÇÕES DE CITOLOGIAS CERVICO-VAGINAIS EM ADOLESCENTES, COMPARANDO-AS COM MULHERES ADULTAS NA SANTA CASA DE SÃO PAULO

**Autores:** Campaner, A.B.; Henrique, L.Q.; Lopes, A.C.M.; D'Ávila, F.S.; Aldrighi, J.M.; Nishimura, C.M.

**Sigla:** G071

Objetivo: Avaliar a prevalência de alterações citológicas do colo uterino em adolescentes e compará-las com as alterações em mulheres adultas. Métodos: Estudo de prevalência de anormalidades em citologias cérvicovaginais de mulheres atendidas na Irmandade Santa Casa

de Misericórdia de São Paulo entre os anos de 2006 e 2014. Os resultados foram categorizados pela nomenclatura brasileira de laudos citopatológicos cervicais. Foram analisados os resultados citopatológicos das mulheres adolescentes (idade menor que 20 anos), comparando-as com as adultas. resultados Foram analisados um total de 177.075 exames citopatológicos satisfatórios, entre os anos de 2006 a 2014, sendo que 5.626 (3,18%) se tratavam de exames de adolescentes. Do total de citologias colhidas nestas adolescentes, 5.087 (90,42%) estavam dentro dos limites da normalidade e 539 (9,58%) estavam alteradas; destas últimas 240 (4,26%) corresponderam a células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas (ASCUS); 284(5,05%) eram lesão intraepitelial de baixo grau (LIEBG); 1 (0,02%) era células atípicas significado indeterminado de origem indefinida, possivelmente não neoplásica; 5(0,08%) eram células glandulares atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas (AGC); 5 (0,08%) eram células escamosas atípicas de significado indeterminado, não podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H); 4 (0,07%) foram classificadas com lesão intraepitelial de alto grau (LIEAG). Conclusão: A anormalidade mais prevalente nas mulheres adolescentes foi LIEBG seguida de ASCUS, não havendo citologias sugestivas de câncer cervical. Nas mulheres adultas, ASCUS foi a anormalidade mais comum seguida por LIEBG. Estes dados confirmam que não é necessário realizar rastreamento de câncer de colo do útero nesta faixa etária, uma vez que temos uma baixa prevalência de anormalidades citológicas graves.

**Instituição:** Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - SP

### EFICÁCIA DA HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA EM MULHERES COM SANGRAMENTO PÓS MENOPAUSA

**Autores:** Nogueira Júnior, R.C.; Piedade Damasio, C.; Fingerhut Peres, D.V.; Zeraik, M.; Ehrenfreund, R.; Borguez, D.

**Sigla:** G072

**Objetivos:** Investigar a eficácia da histeroscopia diagnóstica em mulheres com sangramento pós menopausa. **Métodos:** Estudo descritivo, retrospectivo, do tipo coorte transversal, a partir de dados de prontuários de 42 mulheres que realizaram histeroscopia diagnóstica com biópsia dirigida no Hospital Guiherme Álvaro tendo como principal queixa o sangramento vaginal pós menopausa. A histeroscopia foi realizada pelo mesmo profissional em todos os casos e o mesmo tem habilitação em histeroscopia pela FEBRASGO. As histeroscopias foram realizadas em ambiente hospitalar, no centro cirúrgico, recorrendo a anestesia geral quando necessário. Para realização do procedimento foi utilizado ópticas 26120BA Karl-Storz de 2.9 mm de diâmetro. O meio de distensão

foi soro fisiológico e a biópsia foi realizada com material apropriado. Após a coleta de dados realizou-se uma análise uni-variada descritiva da amostra e bi-variada dos achados das histeroscopias versus o achado das biópsias. Para anihpótese de nulidade foi considerado intervalo de confiança de 95% (IC. 95% -  $p < 0.05$ ). resultados A média de idade das pacientes foi de 62.74, os achados histeroscópicos foram: 0 adenocarcinoma, 3 atrofia endometrial, 14 hiperplasias, 1 mioma e 24 pólipos. Os achados das biópsias foram: 6 adenocarcinomas, 4 atrofia endometrial, 12 hiperplasias, 1 mioma e 19 pólipos. A biópsia do adenocarcinoma endometrial em nosso estudo demonstrou prevalência de 14%, especificidade de 100%, valor preditivo positivo 0%, valor preditivo negativo de 85,7%, e probabilidade pós teste negativo de 14,3%. A baixa sensibilidade histeroscopia no câncer de endométrio pode ser atribuída ao pequeno número de nossa amostra e aos estágios iniciais da doença, os quais podem não resultar em suspeita diagnóstica, exigindo complementação anátomo-patológica para que se obtenha um diagnóstico definitivo. Conclusão: Nosso estudo demonstrou que a histeroscopia isolada não apresentou acurácia aceitável para o diagnóstico de câncer endometrial, sendo indispensável a realização da biópsia para estudo anátomo-patológico.

**Instituição:** Universidade Lusíadas - Santos - SP

### A DEAMBULAÇÃO PRECOCE RELACIONA-SE COM O TIPO DE CIRURGIA GINECOLÓGICA?

**Autores:** Monteiro, E.S.; Takaki, M.R.; Kuster, M.G.B.; Girão, M.J.B.C.; Amaral, J.L.G.; Sartori, M.G.F.

**Sigla:** G073

**Introdução:** O repouso prolongado no leito resulta em alteração nas fibras musculares. As isoformas de miosina mudam de fibras de contração lenta para fibras de contração rápida, a síntese de proteínas é reduzida e com o desuso o músculo esquelético é atrofiado. Recomenda-se que o ortostatismo seja introduzido em programas de mobilidade precoce em pacientes acamados, a fim de minimizar os efeitos adversos da imobilidade. **objetivo** Analisar o tempo que as paciente demoram para realizar a primeira deambulação após o término da anestesia em cirurgias ginecológicas. **Método:** Foram incluídas neste estudo as pacientes da Enfermaria de Ginecologia submetidas a intervenções cirúrgicas eletivas e consecutivamente internadas no Hospital São Paulo, entre 1o de junho e 30 de novembro de 2014. Foram excluídos, as paciente de quem não foi possível colher todas as informações ou não obter consentimento informado. Foi investigado por meio de questionários e análise de prontuários a atuação precoce da fisioterapia no pós-operatório de cirurgias ginecológicas. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de ética e Pesquisa da UNIFESP. resultados

# GINECOLOGIA

Foram incluídas 224 pacientes, com média de idade de 53 anos, 59,8% eram brancas, 32,5% pardas e 7,6% outros. Quanto ao estado nutricional, encontramos 22,3% obesas, 1,7% obesas graves, 2,6% pacientes desnutridas. Quanto as comorbidades, 31,25% apresentavam HAS, 15,6% pacientes apresentavam HAS e DM e 4,46% cardiopatas e apenas 2,6% apresentavam TVP prévia. Dentre essas 224 mulheres, 15,6% realizaram cirurgia Abdominal, 16,9% cirurgia vaginal, 17,4% cirurgia Histeroscópica, 15,1% cirurgia Laparoscópica e 25,8% cirurgia de mama. Realizaram a primeira deambulação até 12 horas de pós operatório via abdominal 15,6%, via vaginal 26,7%, via histeroscópica 44,6%, via laparoscópica 17,8 e cirurgia de mama 35,7%. Conclusão: Observa-se que há diferença do início da deambulação precoce nas diferentes vias cirúrgicas, sendo que, a cirurgia por via histeroscópica e cirurgia de mama mostrou um melhor desempenho para a primeira deambulação.

**Instituição:** Universidade Federal de São Paulo- UNIFESP - São Paulo - SP

## LAQUEADURA TUBÁRIA AMBULATORIAL VIA HISTEROSCÓPICA EM UM HOSPITAL MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO. ESCORE DE DOR E RÁPIDO RETORNO AS ATIVIDADES LABORATIVAS

**Autores:** Franco, F.M.F.; Franco, M.M.F.; Osthoff, L.; Montenegro, C.A.B.; Crelier, A.H.; Tabares, A.F.

**Sigla:** G074

**Objetivo:** Avaliar o escore de dor e tempo de retorno às atividades de pacientes submetidas a esterilização tubária, via histeroscópica. **Materiais e Métodos:** Foram realizadas 690 procedimentos no HMMR. O procedimento consiste na passagem de dois "stents" elaborados de um micro-esprial composto de titânio e dacron (polietileno) que serão inseridos por via histeroscópica em cada tuba uterina provocando uma fibrose reacional, com oclusão seletiva irreversível. As pacientes são preparadas para o procedimento com a administração de diazepam 5mg e ibuprofeno 600mg. Quarenta minutos após a administração o procedimento é realizado. Terminado este, que dura em torno de 5 minutos, a paciente fica em observação por 60 minutos, sendo liberada, com uma receita de contracepção por 90 dias, e marcação de retorno para realização de ultrassonografia comprobatória da correta inserção dos stents". **Resultados:** Houve sucesso de passagem em 95% dos casos. O tempo médio foi de 200 (87 até 334) segundos. Um maior tempo necessário deu-se em razão de sangramento, estenose cervical, lise de aderências e espasmo tubário. A impossibilidade de realização do método deveu-se ao espasmo tubário (48%), não visualização dos óstios tubários

(30%), perda do material (12%) e miscelânea (sangramento, dor – 10%). Na avaliação de dor, de 0 (nenhuma) a 10 (igual a dor do parto), as pacientes relataram uma dor peso 2 (com variação de 0 a 6). Todas as pacientes tiveram alta deambulando, sem necessidade de internação hospitalar, ou uso de qualquer medicação analgésica venosa. Não houve relato de qualquer complicação grave (perfuração tubária, dor pélvica severa ou dor pélvica constante). **Conclusão:** A laqueadura tubária por via histeroscópica é um excelente método de esterilização por permitir rápido retorno a deambulação diminuindo consequentemente o risco de acidentes vasculares trombóticos pela estase sanguínea, decorrente da imobilização prolongada. Possibilita ainda um retorno mais precoce as atividades laborativas e cotidianas, atrelado a menores scores de dor, diminuindo o custo financeiro relacionado ao absenteísmo no trabalho.

**Instituição:** Hospital da Mulher Mariska Ribeiro - Rio de Janeiro - RJ

## ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE HISTEROSCOPIA E ULTRASSONOGRRAFIA COMO MÉTODOS: DIAGNÓSTICOS DE PATOLOGIAS INTRAUTERINAS

**Autores:** Dias, J.M.G.; Edessa, T.K.; Silva, R.A.; Silva, R.S.S.; Salviano, M.F.M.; Raimundo, A.G.

**Sigla:** G075

**Objetivo:** Esse estudo visa comparar os resultados obtidos de pacientes submetidas à ultrassonografia e vídeo histeroscopia ambulatorial no diagnóstico de patologias intrauterinas. **Métodos:** Estudo observacional, retrospectivo, que utilizou os registros médicos de todas as pacientes submetidas à histeroscopia diagnóstica e ultrassonografia atendidas no Centro de Atenção Integral a Saúde da Mulher (CAISM) no período de janeiro a agosto de 2014. Os diagnósticos ultrassonográficos foram comparados com os respectivos diagnósticos histeroscópicos. Os dados coletados foram computados em uma planilha do software Excel versão 2007 e confeccionada uma máscara para o software EPI info7. Foram confeccionadas tabelas de distribuição de frequência e gráficos e realizado comparação dos métodos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Sergipe sob o número 419922115100005546. **resultados** A população estudada constituiu-se de 228 pacientes. A média de idade foi de 46 anos com desvio padrão de 11,4 e a maior parte das pacientes 100 (44,25%) foram procedentes de Aracaju (capital do estado de Sergipe). O achado ultrassonográfico mais frequente foi pólipos endometrial com (124) 54,86%, seguido de espessamento endometrial em (70) 31,87%. O achado histeroscópico mais frequente foi pólipos endometrial em 125 (55,31%) dos

exames, seguido de mioma submucoso em 13 (5,74%). Houve associação significativa quando os dois métodos foram comparados para o diagnóstico de pólipos endometriais (valor de  $p=0,001$ ), espessamento endometrial (valor de  $p=0,027$ ) e mioma submucoso (valor de  $p=0,001$ ). Conclusão: O achado mais frequente na ultrassonografia e na histeroscopia foi pólipos endometriais. Houve associação significativa entre os dois Métodos: para diagnósticos específicos.

**Instituição:** Universidade Federal de Sergipe - Aracaju - SE

## EFEITO DO TABACO SOBRE A DENSIDADE MINERAL ÓSSEA EM MULHERES NA PÓS-MENOPAUSA

**Autores:** Fujimoto, C.Y.; Yoo, R.I.J.; Aldrighi, J.M.

**Sigla:** G076

**Objetivo:** Comparar o efeito do tabaco na densitometria mineral óssea (DMO) em mulheres na pós-menopausa. **Métodos:** Foi realizado estudo de coorte transversal com 50 mulheres que realizaram o exame de densitometria óssea, no serviço da Santa Casa de São Paulo, entre os dias 13 e 14 de Novembro de 2013. Os dados foram coletados através de questionário, aplicado por contato telefônico, onde foi avaliado a quantidade de cigarros consumidos por dia e o tempo de menopausa. Após serem aplicados os critérios de inclusão e exclusão, as mulheres aptas a participar do estudo foram divididas em 2 grupos: tabagistas (expostas ao risco) e não tabagistas (não expostas ao risco), com 15 pacientes em cada grupo. **Resultados:** Foram analisados, separadamente, o resultado da densitometria entre os 2 grupos considerando tanto Z-score quanto T-score. Em nenhum deles houve diferença estatisticamente significativa entre o grupo tabagista e o não tabagista, ou seja, o fato de ser tabagista não resultou em piores valores de densidade mineral óssea quando comparados com o grupo não tabagista. Apesar dos resultados serem contrários ao esperado no estudo, realizou-se correlações entre os valores de densitometria com a quantidade de cigarros consumidas e o tempo de menopausa. Há uma correlação inversamente proporcional significativa entre anos/maço e T-score, ou seja, quanto maior a quantidade de anos/maço, pior o resultado da densitometria óssea. Entretanto, apesar do resultado de correlação entre anos/maço e T-Score, que mostraria que o cigarro afeta de fato a DMO, esta tabela foi realizada considerando ambos os grupos (tabagistas e não tabagistas). Nas tabagistas, a correlação obtida anteriormente não é estatisticamente significativa. Logo, não podemos afirmar que o tabagismo apresenta correlação com piores valores de densitometria óssea. **Conclusão:** O tabagismo não foi associado a piores valores de densidade mineral óssea em mulheres na pós-menopausa.

**Instituição:** Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - São Paulo - SP

## ESTUDO DOS NÍVEIS DE 25(OH)D EM PACIENTES COM OU SEM TRATAMENTO COM ALENDRONATO SÓDICO ASSOCIADO COM CARBONATO DE CÁLCIO E COLECALCIFEROL EM PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE OSTEOPOROSE

**Autores:** Tobará, J.C.; Sakamoto, L.C.; Ricci, T.M.; Sakamoto, J.M.; Malavasi, A.L.

**Sigla:** G077

**Objetivo:** Avaliar os níveis de 25(OH)D em pacientes com ou sem tratamento com alendronato sódico associado com carbonato de cálcio e colecalciferol em pacientes com diagnóstico de osteoporose. **Método:** Foram analisadas 31 pacientes com diagnóstico de osteoporose, no período de janeiro a abril de 2014, no ambulatório de Ginecologia Geral do Centro de Referência da Saúde da Mulher (Hospital Pérola Byington), São Paulo. As pacientes foram divididas em 2 grupos. O diagnóstico de osteoporose foi realizado através da densitometria óssea. O grupo A foi representado por pacientes já em tratamento com alendronato sódico (70 mg/semana) associado com carbonato de cálcio (1.000 mg/dia) e colecalciferol (600 U.I./dia), e o grupo B, por pacientes com diagnóstico de osteoporose e ainda não iniciaram tratamento específico. Foram realizadas dosagens de 25(OH)D nessas pacientes, sendo considerado valor normal acima de 30 ng/mL. A média de idade do grupo A foi de 54,9 anos (47-73 anos), e do grupo B foi de 51,9 anos (44-71 anos). **Resultados:** No grupo A foram analisadas 13 pacientes com valores normais de vitamina D, todas as pacientes apresentavam dosagem de 25(OH)D normal, sendo que a média foi de 34,3 ng/mL (31,2-40,1 ng/mL). No grupo B, apesar de todas as 18 pacientes apresentarem valores abaixo da normalidade para 25(OH)D, a média foi de 22,7 ng/mL (12,8-29,6 ng/mL), porém, somente 2 pacientes (11,1%) apresentaram diagnóstico de deficiência de vitamina D (abaixo de 20 ng/mL). **Conclusão:** O diagnóstico de deficiência ou insuficiência da vitamina D deve ser observada antes do início do tratamento da osteoporose, para sua correta correção através de dose de ataque e manutenção, para que o efeito das medicações anti-reativas, como o alendronato sódico, possa apresentar melhor resultado sobre o ganho de massa óssea.

**Instituição:** Centro de Referência da Saúde da Mulher (Hospital Pérola Byington) - São Paulo - SP

## AValiação DA CONCENTRAÇÃO DO ÁCIDO HIALURÔNICO EM VAGINAS RATAS

## DIABÉTICAS TRATADAS COM ISOFLAVONAS OU 17B-ESTRADIOL

**Autores:** Carbonel, A.A.F.; Bertoncini, C.R.A.; Sasso, G.R.S.; Simões, R.S.; Baracat, E.C.; Soares Júnior, J.M.

**Sigla:** G079

Objetivo: Este estudo tem como objetivo avaliar a concentração de ácido hialurônico na matriz extracelular de vaginas ratos diabéticos tratados com isoflavonas ou 17b-estradiol. Métodos: Foram utilizadas 60 ratas, adultas (3 meses de idade), separadas em seis grupos: GI (n = 10) controle Sham não ovariectomizado; GII (n = 10) controle diabético não ovariectomizado Sham; GIII (n = 10) controle ovariectomizado que recebeu propilenoglicol; GIV (n = 10) ratas diabéticas ovariectomizadas que receberam propileno glicol; GV (n = 10) ratas diabéticas ovariectomizadas tratadas com isoflavonas de soja (150 mg/Kg, por gavagem); GVI (n = 10) ratas diabéticas ovariectomizadas tratadas com estrogênio (17b-estradiol, 10µg/kg, por via subcutânea). Todos os animais foram tratados imediatamente após a ovariectomia durante 30 dias consecutivos e ao final anestesiados. Sob anestesia as vaginas foram retiradas e processadas para análises bioquímicas, imunistoquímica e expressão gênica das sintases do ácido hialurônico (HAS1, 2 e 3). Os dados obtidos foram analisados utilizando o teste de one-way ANOVA, seguido do teste de Tukey (p<0,05). Resultados: o tratamento com as isoflavonas e estrogênio aumentou a concentração de ácido hialurônico assim como a expressão dos e a reatividade imunohistoquímica das HAS1, 2 e 3. O aumento foi maior nos animais tratados com estrogênio. Conclusão: as isoflavonas estimulam a síntese de ácido hialurônico em vaginas de ratas.

**Instituição:** Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo - SP

## CARCINOMA MICROINVASOR IA1 DO COLO DO ÚTERO: DIAGNÓSTICO E RESULTADOS TERAPÊUTICOS A LONGO PRAZO

**Autores:** Figueiredo, S.M.; Teixeira, J.C.

**Sigla:** G080

Objetivos: Avaliar o diagnóstico, tipo de conização (CONE), conduta após e a ocorrência de recidivas no seguimento de mulheres com câncer microinvasor do colo IA1 (CCU IA1). Métodos: estudo de coorte com 140 mulheres com diagnóstico em 1993-2003 e tratadas no Hospital da Mulher. Foram analisados: sintomas iniciais, tipo de CONE, se a FRIO ou LEEP, margens (Mg) no cone, histerectomia (HT) ou não, doença residual na peça e recidivas até 2013. Foi realizada análise descritiva e das associações entre variáveis, com testes de X2 e Fisher e p<0,05. Resultados: a idade média foi 44a (19-

80a, 77% com >35a). Diagnósticos: 74% ocorreram em assintomáticas (apenas CO+). Sintomáticas (n=36) relataram leucorréia (81%), sinusorragia (54%) e dor (39%). Tratamento definitivo: CONE em 42 (30%, 34 FRIO e 8 LEEP) e HT em 98 (70%). Foram observados 3x mais tratamentos conservador em <35a (59%) que naquelas >35a (20-23%, p<0,001). Com relação às Mg, 42% (58/139) estavam livres: 71% (41) foram acompanhadas e 17 realizaram HT (29% de doença na peça: 2 IA1 / 3 NIC3). Dos 81 casos com Mg+, 80 fizeram HT, com 61% (49) de doença residual (NIC2+) e apenas 1 seguido (caso: 27a, LEEP, Mg endocervical + por NIC3 e seguimento negativo de 54m). Pós-tratamento: 4 não retornaram (excluídas) e 4 abandonaram nos primeiros 24m. Nas 132 restantes houve seguimento de 26-238 meses. Recidivas: 6,6% (9/136), com 89% (8/9) em 36m, sem associação com o tipo de tratamento, se conservador do útero ou não (CONE 9%, 4/42 e HT 5%, 5/94, p=0,17) ou se CONE FRIO ou LEEP (p=0,41). As 4 recidivas no grupo 'tratado com CONE', (todos FRIO), ocorreram aos 6, 9, 24 e 102 meses, realizaram HT, com resultados de NIC3, IA1, negativo (CO+) e IB, e com longo seguimento livre após (77, 136, 66 e 127 meses). Conclusões: Três de cada quatro mulheres com CCU IA1 eram assintomáticas. No período de 1993-2003 houve apenas 30% de preservação do útero, principalmente se idade <35 anos. Doença residual uterina esteve presente em 61% pós-conização com Mg+ e em 29%, se Mg livre. A recidiva foi baixa (6,4%) e tendeu a ocorrer em até 36 meses. A preservação do útero e o tipo de conização não estiveram associados com aumento de recidivas.

**Instituição:** Depto de Tocoginecologia/FCM, Hospital da Mulher/CAISM, UNICAMP - Campinas - SP

## ACHADOS HISTEROSCÓPICOS AMBULATORIAIS EM PACIENTES COM INFERTILIDADE

**Autores:** Silva, L.R.; Souto, L.C.R.; Ferreira, R.G.; Carneiro, M.S.

**Sigla:** G081

Objetivo: identificar os achados histeroscópicos ambulatoriais mais comuns em pacientes com infertilidade. Métodos: estudo retrospectivo, analítico, descritivo de 1150 registros de pacientes submetidas à histeroscopia ambulatorial encaminhadas à Clínica Fértil (Goiânia - Goiás) no período de 03/06/2013 a 03/06/2014. As variáveis de interesse para análise foram a indicação clínica para a investigação da causa de infertilidade e o achado clínico pós-exame histeroscópico. As informações foram inseridas em um banco de dados criado no programa Excel para posterior análise estatística descritiva por meio do cálculo das frequências simples ou relativas e médias. Resultados: a maior indicação para o procedimento de histeroscopia ambulatorial foi para identificar a causa de

infertilidade (18,84%). Dentre os achados diagnósticos verificou-se que em 21,74% das pacientes a cavidade uterina estava normal. E quando foi identificado anormalidade, os pólipos foram os achados mais prevalentes (18,84%), seguido por achados inconclusivos (17,40%), sinéquias intrauterinas (15,94%) e injúria (10,14%). Conclusões: pólipos e sinéquias foram os achados anormais mais frequentes em pacientes avaliadas para identificar a causa infertilidade.

**Instituição:** Clínica Fértil - Goiânia - GO

## **AValiação DA FUNÇÃO SEXUAL EM ADOLESCENTES USUÁRIAS DE CONTRACEPTIVOS**

**Autores:** Guazzelli, C.A.F.; Negri, M.; Ribeiro, M.C.; Nohara, I.A.F.; Moraes, P.A.; Souza, E.

**Sigla:** G082

**Introdução:** Adolescência é um marco no desenvolvimento humano em que ocorrem as primeiras manifestações sexuais. A sexualidade, vivenciada sem cuidado, nessa fase pode representar um problema de saúde pública, no entanto, avaliação científica sobre função sexual dessa população é escassa. **objetivo** Investigar a função sexual de adolescentes em uso de método contraceptivo. **Método:** Estudo observacional, exploratório, analítico e transversal, realizado em serviço público de planejamento familiar. Foram investigadas adolescentes usuárias de método contraceptivo em atividade sexual com o mesmo companheiro no último mês e comparadas a adultas jovens. Utilizou-se o Índice da Função Sexual Feminina (IFSF) que avalia os domínios desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dispareunia. **resultados** Foram selecionadas 199 pacientes, sendo 128 adolescentes e 71 adultas jovens. Segundo dados do IFSF, o escore total foi de 26,5 ( $\pm 5,9$ ), sendo 26,6 ( $\pm 5,7$ ) para as adolescentes e 27,6 ( $\pm 6,2$ ) para as adultas jovens,  $p=0,971$ . O domínio satisfação apresentou resultado estatisticamente significativo ( $p=0,009$ ), com escores de 5,1 ( $\pm 1,1$ ) para as adolescentes e 5,2 ( $\pm 1,5$ ) para as adultas jovens. Enquanto que o domínio orgasmo apresentou o menor valor ( $4,0 \pm 1,5$ ). Quanto à prevalência de sintomas para disfunção sexual nas adolescentes, 38,3% apresentaram valores indicativos para esses sintomas e 18,0% escore para sintomas de desejo sexual hipotivo. Não observamos influência dos métodos contraceptivos na função sexual. **Conclusão:** Foi encontrado comprometimento da função sexual das adolescentes, sendo que a satisfação apresentou diferença entre os grupos. Os métodos contraceptivos não influenciaram na avaliação da função sexual. **Palavras-chaves:** adolescente, anticoncepcional, sexualidade.

**Instituição:** Escola Paulista de Medicina - UNIFESP - São Paulo - SP

## **ESTUDO COMPARATIVO SOBRE O USO DE MÉTODOS: ANTICONCEPCIONAIS EM ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR**

**Autores:** Requeijo, M.J.R.; Nunes, B.L.; Menezes, I.L.; Goulart, A.P.C.; Laranjo, J.C.; Oliveira, F.R.

**Sigla:** G083

**Introdução:** A sexualidade é um conjunto de expressões ou comportamentos do ser humano cuja percepção tem evoluído historicamente e deixado de ser tabu na sociedade moderna. Diante da liberalidade sexual contemporânea, a prática sexual tem se iniciado cada vez mais precocemente e sem a devida orientação, podem estes jovens estarem sujeitos a uma prevenção inadequada contra doenças sexualmente transmissíveis e também para uma gravidez indesejada. Espera-se de estudantes do ensino superior um amplo conhecimento sobre o tema. A questão é o quanto pode variar este conhecimento na dependência da área estudada, o que foi o enfoque do estudo. **objetivo** comparar o conhecimento e o uso de métodos contraceptivos em estudantes de medicina e de direito. **Material e Métodos:** Estudo transversal que incluiu estudantes de medicina e de direito de instituição de ensino superior na região metropolitana de Belo Horizonte-MG. Os participantes, após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, responderam a um questionário com perguntas sobre perfil social, conhecimentos sobre métodos contraceptivos e seu efetivo uso. **resultados** Foram obtidos 117 questionários de acadêmicos do curso de medicina e 116 de acadêmicos do curso de direito. O perfil sociodemográfico predominante dos grupos medicina e direito foram: sexo feminino ( 66,7 % e 61,2 % ), solteiro ( 89,7 % e 50,9 % ), entre 20 e 30 anos ( 75,4 % e 44,0 % ), com importante uso de álcool ( 98,6 % e 92,1% ). A utilização de métodos contraceptivos foi elevada em ambos os grupos ( 95,3 % e 83,7 % ), sendo que dentre os Métodos: em uso, os contraceptivos orais ( 81,5 % e 61,3 % ) e a camisinha ( 61,7 % e 46,3 % ) foram os mais citados. **Conclusão:** Existe maior uso de métodos contraceptivos em acadêmicos do curso de medicina em comparação com os acadêmicos do curso de direito na instituição avaliada, sendo que o conhecimento específico sobre o tema pode estar associado a este resultado.

**Instituição:** FASEH - Faculdade de saúde e ecologia humana - Vespasiano.

## **ANUSCOPIAS EM PACIENTES COM LESÕES INDUZIDAS PELO PAPILOMAVÍRUS HUMANO NO TRATO GENITAL-PROJETO PILOTO**

**Autores:** Dias, J.M.G.; Monteiro, B.K.S.M.; Maia, M.M.; Silva, R.S.S.; Silva, R.A.; Pereira, R.O.

# GINECOLOGIA

**Sigla:** G085

**Objetivos:** Determinar a prevalência de lesões pelo HPV- papilomavirus humano em ânus de mulheres com lesões pré-cancerosas e câncer cervical. **Métodos:** trata-se de estudo transversal e prospectivo, estudo piloto que faz parte de um Projeto do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica ( PIBIC) desenvolvido no ambulatório de patologia cervical do hospital universitário da Universidade Federal de Sergipe. Pacientes apresentando condilomatose genital, lesões pré-cancerosas ou câncer cervical foram consideradas elegíveis para o estudo e submetidas a anoscopia. Foram realizadas anoscopias em 13 pacientes. resultados das anoscopias realizadas somente 4(30,8%) foram negativas, as outras 9(69,2%) foram consideradas positivas apresentando os seguintes tipos de lesões: mosaico, espiculada. Estes pacientes foram encaminhadas para a biópsia de mucosa anorretal. **Conclusão:** A anoscopia é uma importante ferramenta no rastreamento do câncer ano-retal e lesões precursoras em pacientes portadoras de infecção pelo HPV. Trata-se de um estudo piloto, mas podemos perceber que há perspectiva de se encontrar uma prevalência significativa de lesões induzidas pelo HPV em ânus de pacientes com HPV genital.

**Instituição:** Universidade Federal de Sergipe - Aracaju - SE

## INTERVALOS DE TEMPO PARA OBTER A PRIMEIRA COLPOSCOPIA ENTRE MULHERES COM TESTE DE PAPANICOLAOU ALTERADO

**Autores:** Nascimento, M.I.; Rabelo, I.M.A.; Cardoso, F.S.P.; Musse, R.N.V.; Nunes, G.G.

**Sigla:** G086

O objetivo foi analisar os intervalos de tempo para obter a primeira colposcopia por mulheres com teste de Papanicolaou alterado. **Métodos:** este é um estudo de coorte retrospectivo desenvolvido com pacientes que demandaram colposcopia para esclarecimento de resultado de colpocitologia alterada, entre janeiro de 2002 e agosto de 2008, em um pólo secundário localizado no Hospital Geral de Nova Iguaçu, na Baixada Fluminense (RJ). Foram analisados os intervalos entre a data da coleta e do resultado da citologia; entre a data do resultado da citologia e da primeira colposcopia (Tempo total); entre a data do resultado da citologia e a data do encaminhamento da unidade de origem (Tempo parcial A); e, entre a data do encaminhamento da unidade de origem e a primeira colposcopia (Tempo parcial B). Foram calculadas medidas de tendência central e frequências absolutas e relativas. resultados um total de 1544 mulheres foi analisado com média de idade foi de 34 anos (DP:12,6 anos). A maioria (60,7%) apresentava lesão de alto grau; 24,1% delas ti-

nham lesão de baixo grau; 7,5% apresentavam alterações escamosas de significado indeterminado; e 7,7%, outros **Resultados:** . A média do intervalo entre a coleta e liberação do resultado da citologia foi de 34,1 dias (DP: 26,1 dias; variação: 1 a 199 dias). A média de Tempo de espera Total foi de 94,5 dias (DP: 96,8 dias; variação: zero a 1401 dias). A média do tempo parcial A foi de 67,8 dias (DP: 95,3 dias; variação: zero a 1382 dias). A média de Tempo parcial B foi de 29,2 dias (DP: 35,1 dias; variação: zero a 601 dias). A proporção de mulheres que obteve a primeira colposcopia em prazo dentro de 60 dias a contar do resultado da citologia e do encaminhamento da unidade de origem foi de 44,2% e 92% respectivamente. **Conclusão:** Ainda que grande parte das mulheres tenham obtido a primeira colposcopia dentro do prazo de 60 dias, o estudo sugere que o tempo de espera total pode ser aprimorado. Priorizar as medidas na unidade de origem para agilizar a referência ao pólo secundário e encurtar o intervalo entre o resultado da citologia e o encaminhamento pode ser o caminho para se obter a primeira colposcopia em tempo mais adequado.

**Instituição:** Faculdade de Medicina - Universidade Federal Fluminense. Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - RJ

## AVALIAÇÃO DA FREQUÊNCIA DE CHLAMYDIA TRACHOMATIS NAS PACIENTES COM NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL

**Autores:** Cardial, M.F.T.; Zanette, V.C.; Almeida, C.M.; Bastidas, P.L.; Almeida, M.A.V.P.; Fernandes, C.E.

**Sigla:** G087

**Objetivo:** investigar a associação de infecção por Chlamydia trachomatis (Ct) e Papiloma Vírus Humano (HPV) nas mulheres com Neoplasia Cervical Intraepitelial (NIC) atendidas no Centro de Atenção Integrado à Mulher (CAISM) em São Bernardo do Campo, SP. **Método:** Realizou-se um estudo retrospectivo com 45 pacientes atendidas no CAISM no período de setembro de 2009 a dezembro de 2010. As pacientes com biópsia alteradas (NIC I, II ou III) destinavam-se ao ambulatório de patologia do trato genital inferior, onde se aplicava um questionário, realizava-se exame físico com coleta de DNA – HPV e Ct por PCR (Polymerase Chain Reaction) por meio de um kit fornecido pelo laboratório Schilling. Os dados foram analisados utilizando o software IBM Statistical Package for the Social Sciences versão 22.0. Os resultados provenientes das variáveis ,clamídia, biópsia e HPV foram expressos em frequência e porcentagem, sendo investigadas por meio da aplicação do teste qui-quadrado de Pearson. As análises inferenciais foram realizadas com um nível de significância  $\alpha = 0,05$  e confiança de 95%. **Resultado:** Analisaram-se 45 resultados de exames. Destes, 25 (55,6%) resultaram positivo para Ct, 34 (75,6%)

na biópsia eram NIC II e III e 31 (68,9%) eram HPV positivo. Dos pacientes que resultaram positivo para Ct, 16 (64,0%) também foram positivos para HPV, mas essa relação não se mostrou evidente estatisticamente ( $p=0,428$ ). Ao relacionar-se a presença de Ct com os resultados da biópsia, pode-se perceber que dos pacientes positivos para Ct, 21 (84,0%) apresentaram lesões intra-epiteliais de alto grau (NIC II / NIC III), porém, essa associação não revelou significância estatística ( $p = 0,116$ ). Por fim, ao comparar-se os resultados de HPV e Biópsia, percebeu-se que de todos os resultados que foram positivos para HPV, 23 (74,2%) constavam NIC II e NIC III (lesão de alto grau), mas não evidenciou-se a existência de associação estatisticamente significativa ( $p = 0,650$ ). Conclusão: Podemos intuir que as lesões de alto grau tem tendência a maior associação das infecções por HPV e Ct, porém o estudo deve prosseguir incluindo casos controle e aumentando a casuística para que possamos ter resultados mais conclusivos.

**Instituição:** Faculdade de Medicina da FUABC - Santo André - SP

## AVALIAÇÃO DA SEXUALIDADE EM MULHERES APÓS A REALIZAÇÃO DA CIRURGIA HISTERECTOMIA

**Autores:** Lopes, I.M.R.S.; Rodrigues, H.A.

**Sigla:** G088

**Introdução:** A histerectomia consiste na remoção cirúrgica do útero, e do ponto de vista psicológico, especula-se que a sua retirada pode causar prejuízos na qualidade da vida sexual da mulher, em suas condições emocionais e na qualidade do relacionamento estabelecido com o parceiro. No atendimento desta paciente, constatamos que a retirada do útero frequentemente traz anseios e questionamentos, baseados em crenças e valores que podem induzir a reformulações ligadas ao feminino, à representação social, ao gênero, à auto-imagem, à sexualidade e à relação conjugal e social. Estudos têm apresentado resultados controversos sobre as consequências da histerectomia, não somente na esfera emocional, mas, sobretudo, na função sexual feminina mas não apontam, no entanto, de forma conclusiva, os efeitos pós-cirúrgicos sobre a qualidade de vida sexual da mulher, deixando lacunas acerca da real interferência emocional do procedimento. **Objetivos:** Avaliar o impacto da histerectomia na sexualidade das mulheres que realizaram essa cirurgia. **Métodos:** Foram estudadas 50 mulheres que realizaram histerectomia para tratamento de doenças benignas, no período de um ano, num hospital de referência de Teresina-PI. Elas responderam a formulário estruturado, com questões abertas e fechadas, para avaliar dados sócio-demográfico, dados da doença, tratamento, e comportamento sexual após histerectomia, e também

à Escala do Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F) para avaliação da satisfação sexual. **Conclusão:** Nesse grupo avaliado concluímos que a histerectomia não influenciou de forma negativa na sexualidade das pacientes e que o desejo sexual, sintonia com o parceiro, conforto e satisfação sexual avaliados com as respostas do quociente sexual, estão adequados e satisfatórios.

**Instituição:** Universidade Federal do Piauí - Teresina - PI

## AVALIAÇÃO DA ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL COM PREPARO INTESTINAL NO DIAGNÓSTICO DE ENDOMETRIOSE INFILTRATIVA PROFUNDA EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA (HOSPITAL MUNICIPAL MATERNIDADE ESCOLA DE VILA NOVA CACHOEIRINHA-HMMVNEC)

**Autores:** Angimahtz, T.S.; Marques, A.C.V.M.; Silva, A.C.; Guazzelli, T.F.; Paula, C.F.S.; Nadai, G.M.J.

**Sigla:** G089

**Objetivo:** Avaliar o uso da ultrassonografia transvaginal com preparo intestinal (USGTVPI) na prática clínica do HMMEVNC em pacientes com suspeita de endometriose para determinar seus sítios de implantação. **Métodos:** Estudo retrospectivo analítico transversal com prontuários de pacientes atendidas no ambulatório de endometriose do HMMEVNC no período de junho de 2013 a dezembro de 2014. **Crítérios de inclusão:** pacientes submetidas à USGTVPI para avaliação de suspeita clínica de endometriose. **Preparo intestinal** iniciado na véspera do exame: um comprimido de bisacodil 5 mg, dieta leve. No dia do exame: fleet-enema via retal. **Crítérios de exclusão:** pacientes virgens ou com mal formações mullerianas. As pacientes com indicação cirúrgica tiveram os achados laparoscópicos comparados com os do USGTVPI. O USTVPI foi realizado por médico ultrassonografista experiente que definiu a presença de endometriose infiltrativa profunda: endometriose retrocervical (região retrocervical, uterossacro e fundo de saco posterior (FSP); intestinal; bexiga). Também foi avaliada a presença de lesões em ovário, adenomiose, fluido livre na pelve, aderências e obliteração do fundo de saco posterior. **Resultados:** Foram avaliados 62 laudos USGTVPI e 46 prontuários das mesmas pacientes. Encontraram-se lesões de endometriose em 28 (54,8%) laudos. Alguns laudos mostraram mais de um sítio de lesão endometriótica sendo total de 44 sítios. Desses, 25% em região retrocervical, 18,2% em intestino, 18,2% com adenomiose e 38,6% com endometriomas. Aderências entre os órgãos pélvicos apareceram em 29,4% dos laudos com sinais de endometriose e uma paciente foi diagnosticado obliteração de FSP no USGTVPI. A laparoscopia foi realizada em 17 pacientes

# GINECOLOGIA

e em 11 (64,7%) foram encontrados sinais de endometriose nos achados intra-operatórios: região retrcervical (3), bexiga (1), ovário (4), aderências (6) e obliteração de FSP (2). Conclusão: O correto diagnóstico pré-operatório é fundamental na definição da melhor estratégia de tratamento da endometriose, mais especificamente nas endometrioses infiltrativas profundas. Os exames de imagem auxiliaram no estabelecimento do sítio da lesão e no acesso de suas dimensões.

**Instituição:** Hospital Municipal Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha - São Paulo - SP

## ACEITABILIDADE E CONHECIMENTO DA VACINA CONTRA O HPV ENTRE ALUNOS DE GRADUAÇÃO.

**Autores:** Monteiro, B.H.; Sorpreso, I.C.E.

**Sigla:** G090

**Introdução:** O papiloma vírus humano (HPV) é um vírus relacionado ao câncer de colo uterino e verrugas genitais. No Brasil, a neoplasia maligna de colo do útero é a segunda mais frequente na população feminina e a quarta causa de morte de mulheres por câncer. Vacinas disponíveis contra o HPV que tem potencial em redução da morbidade relacionada ao vírus e lesões precursoras do câncer de colo. Assim, vacina quadrivalente contra o HPV entrou no Calendário Nacional de Vacinação para adolescentes do sexo feminino na faixa de 9 a 13 anos. O conhecimento e aceitação da vacina pelos profissionais, usuários e seus responsáveis são fundamentais para cobertura vacinal adequada e completa imunização. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi avaliar o conhecimento e aceitabilidade da vacina contra o HPV entre estudantes de Medicina. **Casística e Métodos:** Estudo transversal com 528 alunos de graduação do curso de Medicina com aplicação de instrumento de 31 questões sobre conhecimento e aceitabilidade da vacina contra o HPV, no período de julho a dezembro de 2014. O instrumento contempla questões relacionadas ao conhecimento sobre o vírus HPV, conhecimento sobre a vacina contra o HPV, barreiras para a vacinação contra HPV, a aceitabilidade da vacina contra HPV, antecedentes pessoais relacionados com infecção de HPV e específicas aos estudantes de Medicina. Análise estatística utilizou se média, desvio padrão e porcentagens. **Resultados:** A média etária dos estudantes foi de 22,42 ( 4,5) anos, 4 % da amostra não conhecem o HPV e não correlacionam o HPV a uma infecção viral, 98 % sabem ser uma doença sexualmente transmissível, 10% não associam HPV ao câncer de colo do útero, 99% manteriam o uso do condom mesmo se vacidos e 60,4% manteriam rastreamento para câncer de colo uterino e 86% recomendariam a vacina. **Conclusão:** Os estudantes de Medicina possuem bom conhecimento sobre o HPV, lacunas de

conhecimento sobre sua implicação com o câncer de colo do útero e boa aceitação da vacina contra o HPV. **Palavras-chaves:** aceitabilidade, vacina HPV, conhecimento, estudantes universitários

**Instituição:** Disciplina de Ginecologia do Departamento de Ginecologia do DOG/ FMUSP - São Paulo

## O CUIDADO DO ENFERMEIRO AO EXAME PAPANICOLAU NAS MULHERES NO CLIMATÉRIO

**Autor:** Da Cunha, J.F.

**Sigla:** G091

O exame papanicolau é um exame simples, porém necessita de organização e boa infraestrutura para obter resultados satisfatórios. É fundamental ter profissionais bem treinados para coletar e armazenar o material. O enfermeiro como profissional capaz de realizar este exame, deve estar sempre atento nas fases em que suas pacientes estão vivendo, para saber como será sua abordagem no momento da consulta e coleta. Na literatura médica, o termo climatério é usado para designar o ciclo da mulher caracterizado pela diminuição de estrogênio e progesterona, alterações vaginais e cessação da menstruação. Essa fase pode provocar mal-estar físico e emocional, resultante da insuficiência estrogênica, destacando-se, em médio prazo, atrofia dos epitélios, mucosas e colágeno. O objetivo desse estudo é buscar nas bases de dados as publicações sobre o cuidado do enfermeiro ao colher o exame preventivo Papanicolau, nas mulheres na fase do climatério. Este estudo é uma revisão integrativa, com pesquisa realizada através da Biblioteca Virtual de Saúde. Os descritores utilizados foram: ginecologia, exame papanicolau, climatério e enfermagem. Os critérios de inclusão foram: textos na íntegra, na língua portuguesa e que abordavam o tema proposto. Devido à diminuição dos hormônios durante o climatério, há um maior ressecamento na mucosa vaginal da mulher, isto pode dificultar a passagem do espéculo, causando maior desconforto e dor. A técnica da coleta citológica, segundo o Instituto de Prevenção do Câncer, deve ser iniciada pela inspeção da vagina e do colo uterino, utilizando o espéculo sem lubrificante. Para facilitar a passagem do espéculo, o enfermeiro pode utilizar algumas gotas de solução fisiológica 0,9%, proporcionando mais conforto à usuária, facilitando o retorno da mesma para futuros exames preventivos. Conclui-se que, o enfermeiro deve ter muita delicadeza ao lidar com mulheres na fase do climatério, proporcionando conforto e diminuindo sua dor. Porém, através desse estudo, observou-se uma carência nas publicações que abordam o cuidado do enfermeiro no momento da realização do exame papanicolau nas mulheres no período do climatério, deixando uma lacuna no conhecimento.

**Instituição:** Universidade Federal Fluminense - Niterói

## PERFIL HISTOPATOLÓGICO DE 323 CIRURGIAS REALIZADAS POR NEOPLASIA MALIGNA DO CORPO UTERINO - LINFADENECTOMIA É NECESSÁRIA?

**Autores:** Signorini filho, R.C.; Derze, L.A.; Barbosa, G.B.; Silva, R.B.; Giacon, P.P.; Gebrim, L.H.

**Sigla:** G092

**Introdução:** Um dos pontos mais abordados no tratamento cirúrgico do câncer do corpo uterino é a necessidade de linfadenectomia. Casos de alto risco como nos tipos histológicos pouco diferenciados (G2 e G3), invasão miometrial profunda (>50%), invasão angiolinfática, comprometimento de colo uterino, vagina, serosa ou anexos possuem indicação formal deste procedimento. **Métodos:** O presente estudo avaliou dados histopatológicos de 323 pacientes que se submeteram à cirurgia por câncer do corpo uterino no CRSM – Hospital Pérola Byington no período de 2012 a 2014. **resultados** Das 323 cirurgias realizadas, observou-se o seguinte perfil quanto ao tipo histopatológico das neoplasias: 72% adenocarcinomas endometrioides (n=235), 8% carcinomas serosos ou carcinoma de células claras (n=26), 17% de sarcomas (n=57) e 1,4% de carcinomas indiferenciados (n=5). Destes, 52% encontravam-se no estadio I (n=169), 10% no estadio II (n=32), 27% no estadio III (n=88), 7% no estadio IV (n=22) e 3% desconhecido (n=12). No geral, 62% dos casos foram definidos como doença precoce e 37% doença avançada. Nessa série estudada, 52% (n=168) foram submetidas à linfadenectomia pélvica e/ou periaórtica, em decorrência de critérios histopatológicos de risco, com média de 16,79 linfonodos ressecados por cirurgia. Linfadenectomia pélvica exclusiva foi realizada em 51% e, o restante, associada à periaórtica. Dos 168 casos que realizaram linfadenectomia, 24,4% (n=41) foram positivas para metástase, sendo 12 casos com disseminação periaórtica (totalizando 7% de todos os casos de linfadenectomia, e 30% dos metastáticos EC IIIIC). **Discussão:** Compatível com a literatura, apresentamos a distribuição dos casos de neoplasia do corpo uterino da instituição quando ao tipo histológico e estadiamento, exceto pelo incremento das neoplasias sarcomatosas. **Conclusão:** Casos de alto risco histopatológico devem ser submetidos à linfadenectomia pélvica e periaórtica, tendo em vista as altas taxas de metástases linfonodais nessas condições. Além de se definir o correto estadiamento da doença e predizer o prognóstico, a indicação de terapia adjuvante torna-se imperativa nos casos comprovadamente avançados.

**Instituição:** Centro de Referência da Saúde da Mulher - Hospital Pérola Byington - São Paulo

## PERFIL DE ACOMETIMENTO LINFONODAL DAS PACIENTES COM CÂNCER DE ENDOMÉTRIO ATENDIDAS NO ICESP

**Autores:** Anton, C.; Favero, G.M.; Araujo, M.P.; Dias Jr, A.R.; Carvalho, J.P.; Baracat, E.C.

**Sigla:** G093

Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP) Departamento de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP). **Objetivos:** Avaliar o perfil de acometimento linfonodal das pacientes com câncer de endométrio atendidas em serviço de referência oncológica no Brasil. **Métodos:** Foram avaliadas retrospectivamente 405 pacientes submetidas a tratamento cirúrgico para câncer de endométrio no período de 2009 - 2015 (março) atendidas no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP). Foi avaliado a quantidade de linfonodos dissecados nas regiões pélvicas e paraórticas e seu respectivo acometimento linfonodal. **Resultados:** Das 405 pacientes estudadas, 236(58,3%) foram submetidas a avaliação linfonodal completa (pélvica e paraórtica). As demais 169(41,7%) pacientes não tiveram os linfonodos dissecados ou tiveram uma ou outra cadeia linfonodal dissecada. Isto ocorreu por dificuldades técnicas, más condições clínicas da paciente ou intercorrências durante o ato cirúrgico. A média e mediana de linfonodos pélvicos dissecados foi de 13 ( $\pm$  10,9) e 12(1-55), respectivamente. Das 236 pacientes submetidas a linfadenectomia completa, 74,8% não tiveram nenhum linfonodo comprometido. O acometimento de linfonodos paraórticos isoladamente foi observado em 5(2,1%) dos casos. O acometimento pélvico e paraórtico ocorreu em 10,2% dos casos e só pélvico em 13,1%. O total de paraórticos comprometidos foi de 16,5%. Quando há acometimento destes linfonodos em 65% também há o acometimento pélvico. **Conclusões:** A realização da linfadenectomia paraórtica não é isenta de complicações. Como a taxa de acometimento paraórtico isoladamente é muito baixa e a associação com o acometimento de linfonodos pélvicos é alta propomos minimizar efeitos colaterais realizando a avaliação de linfonodos paraórticos no tratamento do câncer de endométrio apenas quando os linfonodos pélvicos são acometidos.

**Instituição:** ICESP Instituto do Câncer do Estado de São Paulo - São Paulo

## ANÁLISE DA RECORRÊNCIA EM PACIENTES COM CARCINOMA MAMÁRIO SUBMETIDAS AO TRATAMENTO CONSERVADOR

**Autores:** Marques, C.M.; Neves, J.S.; Franzi, C.; Novacek, M.M.R.; Kobashigawa, R.Y.G.; Wolgjen, M.D.C.G.M.

**Sigla:** G094

**Objetivo:** Vários fatores preditivos de recorrência tumoral são relatados, como a idade da paciente, tipo e grau histológico, tamanho do tumor, metástases linfonodais, expressão de receptores hormonais, aspectos imunoistoquímicos e moleculares, tipo de tratamento adjuvante, entre outros. No entanto, mais estudos são necessários para melhor compreensão destes fatores. A cirurgia conservadora como é sabido, visa à retirada cirúrgica do tumor com margem de tecido sadio, com resultados oncológicos e estéticos favoráveis, cujo estudo é importante para adequada terapia a ser instituída. O objetivo do estudo é analisar a recorrência em portadoras de carcinoma mamário, submetidas à tratamento cirúrgico conservador, e características clinicopatológicas e imunoistoquímicas destas pacientes. **Método:** estudo transversal retrospectivo, de pacientes submetidas à tratamento cirúrgico conservador do carcinoma mamário, no período de janeiro de 2002 a dezembro de 2009, com realização de terapia adjuvante, quimio e/ ou hormonoterapia, e radioterapia, e com seguimento de 5 a 10 anos. **resultados** Dos 79 casos estudados, a taxa de recidiva do câncer de mama foi de 7,6%, a média da idade das pacientes estudadas foi de 53 anos, e a das pacientes recidivadas foi de 50,5 anos. O tamanho médio do tumor, das pacientes estudadas, foi de 20,86 milímetros, e dos casos recidivados foi de 29,67 milímetros. O tumor de maior prevalência foi o ductal invasivo, visto em 84,81% dos casos. Os perfis imunoistoquímicos predominantes foram o luminal, presente em 83,33% dos casos, com 4 recidivas, seguido pelo perfil receptor positivo para o fator de crescimento epidérmico HER2, notado em 8,86 % dos casos, com uma recidiva, e a seguir, o perfil triplo negativo, presente em 7,69% dos casos, com uma recidiva. No presente estudo, 64,56% das pacientes realizaram quimioterapia, 97,47% radioterapia e 81,01% hormonioterapia. O tempo médio de seguimento das pacientes foi de 79 meses. **Conclusão:** No nosso estudo, a taxa de recidiva foi de 7,6%, sendo as características mais prevalentes, o tipo histológico ductal invasivo, margens livres, estadiamento IIa e perfil imuno-histoquímico luminal a ou b.

**Instituição:** Hospital Municipal Maternidade Escola Vila Nova Cachoeirinha - São Paulo

## MATURAÇÃO OOCITÁRIA FINAL EM REPRODUÇÃO HUMANA COM GONADOTROFINA CORIÔNICA HUMANA E AGONISTA DE GNRH

**Autores:** Oliveira, S.A.; Carvalho, F.S.S.D.; Scomparini, F.B.; Iziq, R.R.A.; Cortés, G.C.

**Sigla:** G095

**Introdução:** A Gonadotrofina Coriônica Humana (hCG) é usada rotineiramente para a Indução da Maturação Oocitária Final em ciclos de Fertilização in vitro ou Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoides. No entanto, seu uso pode resultar em Síndrome de Hiperestimulação Ovariana (SHO). Tal risco é eliminado ao substituir o hCG pelo Agonista de GnRH. Porém quando comparamos com os ciclos induzidos por hCG, observamos uma taxa de implantação reduzida assim como uma maior taxa de aborto. Algumas condutas vem sendo tomadas para melhorar os resultados das induções de maturação com o agonista de GnRH como por exemplo o suporte intensivo de fase lútea e a vitrificação dos embriões. Atualmente alguns estudos tem avaliado o uso concomitante do Agonista de GnRH e doses baixas de hCG (Dual Trigger) para Maturação Oocitária e tem encontrado resultados interessantes. **Objetivos:** Este estudo tem como objetivo avaliar se a Indução da Maturação Oocitária com o "Dual Trigger" apresenta melhores taxas de implantação embrionária e de gestação que a indução com apenas o hCG ou apenas com o agonista de GnRH. **Métodos:** Revisão Sistemática em Pubmed com os descritores "Gonadotropin-Releasing Hormone/agonists" e "Chorionic Gonadotropin, Human". Foram encontrados 355 artigos e destes, por título, foram selecionados 30 artigos. Dentre os 30 artigos, apenas 12 artigos abordavam o tema: "Dual Trigger". **resultados** 4 artigos abordavam o uso de Dual Trigger nas pacientes com Alta Resposta à Estimulação Ovariana (alto risco de SHO) e o comparavam com o uso de apenas Agonista de GnRH; 4 outros artigos comparavam o uso de Dual Trigger com o uso isolado de hCG na pacientes com baixa resposta à Estimulação Ovariana e os outros 4 artigos faziam esta última comparação nas pacientes normorespondedoras. Nas pacientes baixa respondedoras e normorespondedoras, o Dual Trigger mostrou ser superior ao hCG com relação à taxa de maturação oocitária, qualidade embrionária, número de embriões transferidos e taxa de gestação. **Conclusão:** Em pacientes com baixa resposta à Estimulação Ovariana, o uso concomitante de Agonista de GnRH e hCG na Indução da Maturação Oocitária Final é superior ao uso de hCG isolado.

**Instituição:** Instituto Valenciano de Infertilidad - IVI - Barcelona - Espanha

## PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM LEIOMIOMATOSE UTERINA NO HOSPITAL GERAL DE CARAPICUÍBA (HGC)

**Autores:** Damião, M.R.; Azevedo, F.R.M.; Pastorelli, G.A.B.; Jahic, G.S.; Stanichi, G.P.; Bretz, P.R.

**Sigla:** G096

**Objetivos:** Avaliar o perfil epidemiológico das pacientes com leiomiomatose uterina no HGC, identificando os

fatores de risco presentes e tratamento proposto pelo serviço. Métodos: Pesquisa documental retrospectiva, com coleta de dados sigilosa de prontuários médicos do setor de Ginecologia e Obstetrícia do HGC, no ano de 2014. resultados Dentre as 282 pacientes atendidas no ambulatório de cirurgia ginecológica do HGC, 58 eram portadoras de leiomiomatose uterina. O intervalo de idade encontrado em 48% das pacientes foi de 41 a 50 anos, 72,4% negaram ser tabagistas, 21,2% tiveram a menarca aos 11 anos e 44,8% eram secundíparas. Dentre elas, 53,44% eram portadoras de alguma comorbidade, das quais 25,86% apresentavam hipertensão arterial crônica, 6,89% diabetes mellitus, 5,17% anemia, 5,17% hipotireoidismo, 3,44% miastenia gravis, 3,44% hipercolesterolemia e 3,44% eram cardiopatas. Em relação aos miomas, 59,2% tinha localização intramural. O tratamento instituído para 50% das pacientes foi histerectomia. Conclusões: O nosso estudo corroborou dados encontrados na literatura no que diz respeito a fatores de risco como idade, comorbidades, tabagismo e localização do mioma. Os demais dados foram divergentes aos encontrados na literatura, sendo eles nuliparidade, e menarca precoce.

**Instituição:** Centro Universitário São Camilo - Hospital Geral de Carapicuíba - São Paulo

## PREVALÊNCIA DE ABORTAMENTO E POTENCIAIS FATORES DE ASSOCIAÇÃO EM PACIENTES SUBMETIDAS À FIV/ICSI

**Autores:** Souto, L.C.R.; Talamonte, V.H.; Costa, Z.B.; Carneiro, M.S.

**Sigla:** G097

Objetivo: Avaliar a prevalência de abortamento em pacientes submetidas a procedimentos de FIV/ICSI. Métodos: Foram avaliados retrospectivamente 324 prontuários físicos e eletrônicos de pacientes submetidas a procedimentos de FIV/ICSI, no período compreendido entre Janeiro a Dezembro de 2011. As variáveis analisadas foram idade, índice de massa corpórea (IMC) e tempo de infertilidade. Para verificar se houve diferença significativa considerando as variáveis analisadas entre as pacientes que engravidaram, as que engravidaram e abortaram e as que não engravidaram e se a idade, tempo de infertilidade e índice de massa corpórea aumentaram o risco de abortamento foram utilizados os testes do Qui quadrado, T ou Fisher, conforme apropriado com intervalo de confiança de 95% ( $p < 0,05$ ). Resultados: A média da idade, IMC e tempo de infertilidade foi respectivamente de  $35,2 \pm 5,3$ ;  $23,3 \pm 3,3$  e  $49,8 \pm 4,3$ . O total de gravidezes foi de 91 (28,1%) e de abortamento 23 (25,3%). Entre as mulheres que chegaram ao termo da gestação e aquelas que abortaram, não houve diferença significativa quanto à média de idade. Conclusão: A prevalência de abortamento em pacientes submetidas a

procedimentos de FIV/ICSI foi de 25,3%. Não foi observada associação entre a prevalência do abortamento e as variáveis analisadas na população estudada.

**Instituição:** Clínica Fértil - Goiânia - GO

## AVALIAÇÃO DA ANTICONCEPÇÃO EM ADOLESCENTES COM CÂNCER - RESULTADOS PRELIMINARES

**Autores:** França, T.M.; Guazzelli, C.A.F.

**Sigla:** G098

Objetivo: Avaliar o conhecimento e uso dos Métodos: anticoncepcionais, seus efeitos colaterais, bem como a incidência de gravidez suas complicações entre as adolescentes com câncer. Métodos: O estudo é transversal analítico exploratório. Foram convidadas a participar da pesquisa adolescentes (10 a menos de 20 anos) que são atendidas no Instituto de Oncologia Pediátrica - GRAACC / Escola Paulista de Medicina. As informações foram obtidas por meio de questionários. resultados Foram incluídas até o momento 35 adolescentes com idade média de 15,2 anos ( $\pm 2,6$  desvio padrão), sendo 74,28 % de raça branca, 97,1% solteira, com idade média da menarca de 12 ( $\pm 2,2$  desvio padrão)anos. Dentre as adolescentes 31,4% apresentavam tumor ósseo (sarcoma de Ewing ou osteossarcoma), 28,6% tinham leucemia e 25,7% tumor de sistema nervoso central. Cerca de 23% delas tinham atividade sexual antes do diagnóstico de câncer com início por volta dos 13,5 anos ( $\pm 0,5$  desvio padrão) mas, apenas 40% destas relataram ter recebido aconselhamento contraceptivo. Os Métodos: mais frequentemente relatados foram: anticoncepcional hormonal 70% e quase 72% das adolescentes apresentaram amenorreia ou sangramento irregular durante ou após tratamento.. Conclusões: A maioria das adolescentes em tratamento contra o câncer usam contraceptivos hormonais. No entanto, a maioria não recebeu orientações sobre Métodos contraceptivos, sobre a importância da contracepção e sobre os riscos de uma gestação em momento inoportuno como durante período de tratamento e remissão do câncer. Além disso, há necessidade de se estabelecer protocolos de conduta sobre a dose adequada de hormônios, horário para ingestão, orientação das pacientes e alternativas quando os Métodos: utilizados previamente se mostrarem ineficazes.

**Instituição:** Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo - São Paulo

## INFLUÊNCIA DO ANTICONCEPCIONAL NO RENDIMENTO DA ATLETA

**Autores:** Wajman, D.S.; Coelho, J.K.; Aldrighi, J.M.

# GINECOLOGIA

**Sigla:** G099

**Objetivos:** Revisão da literatura sobre as consequências do uso de anticoncepcionais combinados hormonais orais (ACHO) em atletas. **Métodos:** Realizada busca no Pubmed com os termos: Oral contraceptives, Athlete, Sport, Endurance e Exercice. **resultados** Com a grande aceitação dos ACHO sabe-se que o uso deste método em atletas é próximo de mulheres sedentárias. Nas atletas, o uso de ACHO podem influenciar na saúde e nos resultados de competições. Nesta revisão serão apresentados os principais temas publicados sobre o assunto: Controle do fluxo e Sintomas Menstruais: Para atletas é conveniente o controle do ciclo menstrual, possibilitado pelos ACHO, para viagens, treinamentos e competições. Estas pílulas diminuem o fluxo menstrual evitando anemia por deficiência de ferro, como também reduzem a frequência e intensidade de sintomas pré-menstruais e menstruais limitando a perda de treinos e lesões nestes períodos. **Densidade óssea:** Atividades físicas prolongadas, principalmente em esportes de endurance, estão relacionadas com perda de massa óssea e fraturas. O uso das pílulas e suas consequências na mineralização do esqueleto, principalmente quanto à diminuição do pico de massa óssea, ainda é controverso. **Lesões Musculares:** ACHO causam alterações na síntese de colágeno em músculos, ossos e tendões. Tal mecanismo leva à frouxidão destes tecidos e consequentemente elevam o risco de lesão. **Performance:** A performance esportiva é multifatorial e identificar todos os modos que ACHO podem influenciar é complexo e ainda não há consenso sobre o real impacto. Os estudos relacionam índices de performance como capacidade aeróbica máxima, força muscular, concentração de ácido láctico e testosterona com ACHO, no entanto os resultados nos diversos trabalhos analisados foram conflituosos. **Desvantagens:** Atualmente os efeitos colaterais são menores pela reduzida dose hormonal. As desvantagens do uso de ACHO são cefaléia, ganho de peso, náuseas, mastalgia e trombose. **Conclusão:** Com o aumento de mulheres praticando esportes principalmente de alto rendimento ainda são necessários mais estudos para elevar nosso conhecimento sobre as consequências dos ACHO na saúde e performance das atletas.

**Instituição:** Santa Casa - São Paulo - SP

## TRATAMENTO HOMEOPÁTICO DA DOR PÉLVICA CRÔNICA DA ENDOMETRIOSE

**Autores:** Teixeira, M.Z.; Andres, M.P.; Podgaec, S.; Baracat, E.C.

**Sigla:** G100

**Objetivos:** A endometriose é uma doença prevalente em mulheres na idade fértil, com quadro clínico de resolução complexa e que necessita de tratamento contínuo por

longos períodos. Além dos efeitos colaterais, algumas mostram-se refratárias aos efeitos do tratamento. Dessa forma, torna-se importante a busca por outras abordagens complementares ao arsenal terapêutico existente, estando na homeopatia uma alternativa segura e de baixo custo. **Métodos:** seguindo a dinâmica proposta na abordagem "Novos Medicamentos Homeopáticos: uso dos fármacos modernos segundo o princípio da similitude" ([www.novosmedicamentoshomeopaticos.com](http://www.novosmedicamentoshomeopaticos.com)), estamos realizando um ensaio clínico randomizado, duplo-cego e placebo-controlado de 6 meses de duração administrando o 'estrogênio dinamizado' (17-beta estradiol nas ultradiluições 12, 18 e 24cH) ou o placebo a 50 pacientes com endometriose e dor pélvica crônica refratárias à terapêutica hormonal, avaliando como desfecho primário a dor pélvica crônica (Escala Visual Analógica de Dor) e os aspectos da qualidade de vida (SF-36). **resultados** Na aplicação do princípio da similitude terapêutica (similia similibus curentur), ao invés da individualização de cada paciente perante um grande número de medicamentos estipulada pela abordagem homeopática clássica, propomos a individualização das pacientes perante um único 'fármaco moderno' (17-beta estradiol), que apresenta em suas manifestações patogenéticas (eventos adversos) um conjunto de sinais e sintomas bastante similar à síndrome da endometriose (depressão, ansiedade, insônia, enxaqueca, rinosinusite, proliferação endometrial, dismenorreia, dispareunia etc.). Após esta individualização sintomática 'antecipada' das pacientes perante a totalidade de manifestações patogenéticas do 'estrogênio', executamos o ensaio randomizado e controlado por placebo, para testar a eficácia desta intervenção medicamentosa. **Conclusões:** Com este projeto, estamos avaliando a eficácia terapêutica de um fármaco moderno (17-beta estradiol) segundo as premissas homeopáticas, aplicando o princípio da similitude terapêutica com medicamentos dinamizados (doses ultradiluídas), abordagem isenta de efeitos colaterais.

**Instituição:** Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP - São Paulo - SP

## ESTUDO DOS NÍVEIS DE 25(OH)D EM PACIENTES SOB TRATAMENTO CLÍNICO HORMONAL COM DIAGNÓSTICO DE ENDOMETRIOSE PÉLVICA.

**Autores:** Ricci, T.M.; Tobará, J.C.; Sakamoto, L.C.; Sakamoto, M.M.; Malavasi, A.L.

**Sigla:** G101

**Objetivo:** Avaliar os níveis da 25(OH)D em pacientes sob tratamento clínico hormonal com diagnóstico de endometriose pélvica. **Método:** Foram analisadas 70 pacientes com diagnóstico de endometriose pélvica, no período de

janeiro a maio de 2014, no ambulatório de Endometriose do Centro de Referência da Saúde da Mulher (Hospital Pérola Byington), São Paulo. Foram realizadas dosagens de 25(OH)D (ng/mL) em pacientes sob tratamento clínico hormonal através de comprimidos contendo 75 mcg de desogestrel (Cerazette®). As pacientes foram divididas em 2 grupos. O grupo A foi representado por pacientes com valores normais de vitamina D (Acima de 30 ng/mL), e o grupo B, por pacientes com diagnóstico de insuficiência ou deficiência de vitamina D (Valores abaixo de 30 ng/mL). A média de idade do grupo A foi de 39,4 anos (20-52 anos) e do grupo B foi de 38,2 anos (20-49 anos). Resultados: O grupo A foi representado por 30 pacientes (42,9%) com valores normais de vitamina D, cuja média de 25(OH)D foi de 36,2 ng/mL (30,3-49,1 ng/mL). No grupo B, com 40 pacientes (57,1%), a média foi de 23,1 ng/mL (10,4-29,0 ng/mL), sendo 15 pacientes (37,5%) com diagnóstico de deficiência de vitamina D (Abaixo de 20 ng/mL), e 25 pacientes (62,5%) com insuficiência (Entre 20 e 30 ng/mL). Conclusão: Devido a alta prevalência da insuficiência ou deficiência de vitamina D entre as mulheres no ambulatório de endometriose, que poderão utilizar medicações hormonais, a dosagem da 25(OH)D deve ser realizada rotineiramente, e caso apresente alteração, deve ser tratada de modo habitual, para se evitar possíveis comprometimentos futuros da saúde óssea.

**Instituição:** Centro de Referência da Saúde da Mulher (Hospital Pérola Byington) - São Paulo - SP

## PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS MULHERES COM LÍQUEN ESCLEROSO VULVAR NA FACULDADE DE MEDICINA DO ABC

**Autores:** Varela, M.A.P.; Venâncio, G.R.; Cardial, M.F.T.; Barros, J.A.; Silva, Z.M.R.; Fernandes, C.E.

**Sigla:** G102

**Introdução:** O líquen escleroso é uma dermatose inflamatória crônica benigna, pouco frequente, que afeta preferencialmente a região ano genital, descrita em 1887 por Hallopeau. A etiologia ainda é desconhecida, mas há evidências de base multifatorial. Existem fortes indícios de que ocorram alterações hormonais e imunológicas relacionadas com o seu desenvolvimento. Representa uma doença com um potencial de atrofia, cicatrizes destrutivas, comprometimento funcional, e evolução maligna. Portanto, o diagnóstico precoce, o tratamento imediato e o seguimento das pacientes afetadas são obrigatórios. **Objetivo:** Traçar um perfil epidemiológico das mulheres com diagnóstico de líquen escleroso vulvar atendidas no ambulatório de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia da Faculdade de Medicina do ABC e analisar possíveis fatores relacionados à doença, como: idade, etnia, menopausa e presença de atividade sexual no momento do diagnóstico. **Métodos:** Realizamos uma

análise retrospectiva do ano de 2004 a 2014, de 4596 mulheres que foram encaminhadas das unidades básicas de saúde do município de São Bernardo do Campo para o ambulatório de PTGI e Colposcopia da Disciplina de Ginecologia da Faculdade de Medicina do ABC. Todas foram submetidas à anamnese, exame físico e vulvosscopia. As mulheres com suspeita clínica de líquen escleroso vulvar foram submetidas à biópsia da lesão, das quais 74 tiveram diagnóstico confirmado pela histologia e então incluídas neste estudo. **Resultados:** A idade de acometimento da moléstia foi de 37 a 85 anos (média de 62,1 anos). A grande maioria 79,7% era brancas, 85% estavam no período menopausal e 32,4% confirmaram atividade sexual na primeira consulta. **Conclusão:** O líquen escleroso vulvar predominou em mulheres idosas, brancas, menopausadas e um terço delas mantinha atividade sexual na época do diagnóstico.

**Instituição:** Faculdade de Medicina do ABC - Santo André

## PROJETO PILOTO: PREVALÊNCIA DE SINÉQUIA UTERINA IDENTIFICADAS EM HISTEROSCOPIA EM PACIENTES COM ANORMALIDADES CLÍNICAS APÓS CURETAGEM POR ABORTAMENTO

**Instituição:** Montino, M.S.M.; Fonseca, G.F.F.; Nadai, G.M.J.N.; Guazzelli, T.F.; Kenj, G.; Pires, M.H.P.

**Sigla:** G103

**Introdução:** Uma das complicações inevitáveis da gravidez é o abortamento. Estima-se que aproximadamente um quinto das gestações termine desta forma, sendo que se define abortamento como a perda gestacional inferior a 22 semanas (calculada a partir da data da última menstruação) ou a eliminação do produto de concepção com menos de 500g de peso ou medindo menos de 16 centímetros. A evacuação uterina, comumente realizada no abortamento para evitar hemorragia e infecção, está associada a seqüelas reprodutivas significativas, tais como abortamentos de repetição, alterações menstruais, infertilidade, parto prematuro e acretismo placentário<sup>3-6</sup>. Essas alterações são atribuídas, em sua grande maioria, à formação de sinéquias intra-uterinas (SIU) ou aderências, relacionadas com o traumatismo da camada basal do endométrio ocasionado pela curetagem uterina<sup>6</sup>. **Objetivo:** Determinar a prevalência de sinéquias uterinas em mulheres submetidas à curetagem uterina por abortamento. Assim como identificar o perfil epidemiológico dessas pacientes e avaliar a importância do segmento pós-curetagem com a histeroscopia no tratamento precoce das sinéquias. **Resultados:** Cerca de 57,86%, estão entre 18 e 30 anos, são brancas e possuem segundo grau completo. 60% das mulheres incluídas recebem de 2 a 4 salários mínimos mensais. A maioria são

# GINECOLOGIA

primigestas e a metade são primíparas. 68,42% possuem um aborto em seu histórico patológico pregresso. Cerca de 37% sofreram dois episódios de curetagem pós abortamento e 80% não apresentaram sinéquias. Discussão Corroborando com estudos já existentes encontrou-se 58% das pacientes brancas, englobando uma faixa etária de 18 a 30 anos. A maioria eram secundigesta com aborto anterior. Observa-se sinéquias em 21,05%, do tipo mucosa em sua maioria, o que não corresponde com outros trabalhos, sendo explicado por se tratar de uma amostra ainda baixa de pacientes, ou seja, projeto piloto. Conclusão: Infelizmente, o número de mulheres incluídas no trabalho foi baixo, mas é claro a disposição em transformar o trabalho, hoje projeto piloto, em um relevante meio de acréscimo ao conhecimento médico com a sua continuação. Palavras-chaves: sinéquias, abortamento.

**Instituição:** Hospital Municipal Maternidade Escola - São Paulo

## ATUAÇÃO PRECOCE DA FISIOTERAPIA NO PÓS OPERATÓRIO IMEDIATO DE CIRURGIAS GINECOLÓGICAS

**Autores:** Takaki, M.R.; Monteiro, E.S.; Kuster, M.G.B.; Gião, M.J.B.C.; Amaral, J.L.G.; Sartori, M.G.F.

**Sigla:** G104

Introdução: Notáveis progressos são registrados em técnica operatória e anestésica, havendo a necessidade de medidas complementares voltadas à atenuação do estresse associado às intervenções cirúrgicas tem-se demonstrado determinante de redução de morbimortalidade e capaz de acelerar a recuperação pós-operatória. O repouso prolongado resultada em diversas consequências como a síndrome do imobilismo, como as complicações respiratórias e circulatórias. objetivo Investigar a abordagem fisioterapêutica quanto a atuação precoce no pós-operatório de cirurgias ginecológicas internadas na enfermaria. Método: Foram incluídas neste estudo as pacientes da Enfermaria de Ginecologia submetidas a intervenções cirúrgicas eletivas e consecutivamente internadas no Hospital São Paulo, entre 1o de junho e 30 de Setembro de 2014. Foram excluídos, as paciente de quem não foi possível colher todas as informações ou não obter consentimento informado. Foi investigado por meio de questionários e análise de prontuários a atuação da fisioterapia nas primeiras 12 horas no pós-operatório de cirurgias ginecológicas. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de ética e Pesquisa da UNIFESP. resultados Foram incluídas 224 pacientes, com média de idade de 53 anos, na qual encontramos 1 amarela, 3 indígenas, 13 negras, 73 pardas e 134 brancas. Quanto as comorbidades, 70 apresentavam HAS, 35 pacientes apresentavam HAS e DM, 10 eram cardiopatas e apenas 6 pacientes apresentavam TVP prévia. Dentre essas 224 mulheres 15,6% rea-

lizaram cirurgia Abdominal, 16,9% cirurgia vaginal, 17,4% cirurgia Histeroscópica, 15,1% cirurgia Laparoscópica e 25,8% cirurgia de mama. A fisioterapia teve 13,8% dos atendimentos iniciados com a deambulação precoce nas primeiras 12 horas de pós operatório. Conclusão: De acordo com o trabalho nota-se que apenas 13,8% dos pacientes tiveram um atendimento fisioterapêutico direcionado ao pós operatório de maneira precoce em cirurgias ginecológicas.

**Instituição:** Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP - São Paulo

## A MEDICALIZAÇÃO NO DESEJO DE SER MÃE

**Autores:** Bueno, E.B.; Oliveira, T.H.; Lopes, S.G.

**Sigla:** G106

Introdução: O crescimento da incidência dos fatores de infertilidade trás consigo o aumento da demanda por tratamentos especializados, dentre os aspectos que circundam o tratamento das pacientes submetidas a técnicas de reprodução assistida, temos o desejo de ser mãe atrelado a ansiedade que pode interferir em várias etapas do processo. Durante o tratamento são utilizadas medicações indutoras de ovulação, em alguns casos a paciente realiza as aplicações e para isso recebe informações quanto às ações e a manipulação. objetivo Avaliar o entendimento e visão das pacientes em ciclo de Fertilização In Vitro ou Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoides, sobre as ações, manipulação e aplicação das medicações, orientadas pelas enfermeiras, em uma instituição de saúde reprodutiva do ABC. Métodos: Pesquisa quantitativa, com critério de participação pacientes que realizaram todo processo de medicalização, sendo assim, realizada com 60 mulheres submetidas ao tratamento de FIV ou ICSI, no primeiro semestre de 2013. Utilizou-se de dois questionários autoaplicáveis, sendo o primeiro preenchido no início do tratamento com 10 questões fechadas e o segundo no dia do procedimento cirúrgico, composto por 7 questões. resultados A amostra caracterizou-se por 60 mulheres, sendo que 83,3% não possuem filhos, com prevalência de idade de 35 a 40 anos. Dessas mulheres 46,7% já realizaram tratamento anterior; 90% iriam realizar FIV e 10% ICSI. Os resultados demonstraram que 91,7% não apresentaram dificuldades na manipulação e que 50% necessitaram de ajuda durante as aplicações. As pacientes identificaram as orientações das enfermeiras como boa (48,3%) e excelente (46,7%). No entanto, foram sugeridas outras formas de orientação. Conclusão: As orientações quanto à manipulação das medicações, sendo realizadas de uma maneira adequada e de fácil entendimento para as pacientes, fornece um uso correto em âmbito domiciliar, contribuindo para uma melhor resposta da indução folicular, diminuindo a ansiedade das pacientes e produzindo segurança. Neste

estudo evidenciou que as pacientes que receberam as orientações sobre todo o processo de medicação sentem-se mais aptas para a autoaplicação.

**Instituição:** Instituto Ideia Fertil - Santo André - SP

## **PADRONIZAÇÃO DA TÉCNICA DE COLPOSSACROFIXAÇÃO VIDEOLAPAROSCÓPICA NO SERVIÇO DE ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA DA SANTA CASA DE SÃO PAULO**

**Autores:** Costa, A.S.; Matuoka, M.L.; Maekawa, M.M.; Ferruzzi, C.m.; Ribeiro, H.S.A.A.; Ribeiro, P.A.A.G.

**Sigla:** G107

Introdução: prolapso apical é condição comum que acarreta grande impacto na qualidade de vida. O risco de necessidade de cirurgia para prolapso genital é de 11 % até os 80 anos de idade, sendo 29% o risco de reoperação. A colposacrofixação videolaparoscópica é considerada padrão ouro para tratamento do prolapso apical devido sua baixa morbidade, menor taxa de recidiva a longo prazo e capacidade de restauração anatômica. Trata-se de procedimento complexo, de longa curva de aprendizado, realizado por pequeno número de cirurgiões e entende-se que, para tornar-se reprodutível, necessita de padronização. Objetivo padronizar a técnica da colposacrofixação videolaparoscópica, realizada na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Técnica: 1) identificação e dissecação dos espaços anatômicos; - abertura do retroperitônio, - dissecação das fossas pararetais mediais e do espaço retovaginal até identificação dos feixes puborretais do músculo elevador do ânus bilateralmente; - abertura do peritônio da cúpula vaginal e separação da fáscia véscico-vaginal, margeando o prolapso até a região posterior da cúpula vaginal; - abertura do peritônio do promontório sacral com identificação e atenção aos vasos sacrais; - introdução da tela de polipropileno tipo 1 na cavidade abdominal; 2) fixação da tela: - utilizar nós intracorpóreos e fio inabsorvível, - ajustar tela sem tensão, - locais de sutura e fixação da tela: - 1 ponto no feixe puborretal do músculo elevador do ânus bilateralmente, 3 pontos na cúpula vaginal, sem transfixá-la, 1 ponto no complexo ligamentar úterosacro-cardinal bilateralmente, 1 ou 2 pontos no promontório sacral; 3) peritonização: pontos intracorpóreos, fio absorvível, recobrir tela em toda sua extensão. Histerectomia: - não é mandatória, permite melhor distribuição das forças de tração nos compartimentos da pelve, se realizada, preferir subtotal, para diminuir risco de extrusão de tela. Conclusão: a padronização da técnica sistematiza e estabelece soluções para uma cirurgia considerada complexa, mas padrão ouro no tratamento do prolapso apical.

**Instituição:** Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - SP

## **USO DE PÍLULA ANTICONCEPCIONAL DE EMERGÊNCIA PELAS ESTUDANTES DA FIPA**

**Autores:** Haddad, M.F.; Suardi, T.J.; Queiroz, P.T.; Carvalho, G.B.; Berseline, R.; Accorsi Neto, A.C.

**Sigla:** G108

Os serviços de saúde devem fornecer todos os Métodos: anticoncepcionais recomendados pelo Ministério da Saúde, inclusive a Anticoncepção de Emergência (AE), ou pílula do dia seguinte. Este pode evitar a gravidez após a relação sexual, utilizando-se de compostos hormonais concentrados por curto período de tempo, nos dias seguintes à relação sexual. Está indicada em: relação sexual sem método anticonceptivo, falha conhecida ou presumida do método em uso de rotina, uso inadequado do anticonceptivo e abuso sexual. Não deve ser utilizada de forma planejada, previamente programada, ou substituir método anticonceptivo como rotina. Não é considerado um método abortivo, pois não atua após a fecundação e não impede a implantação, caso a fecundação ocorra. O mecanismo de ação se baseia em impedir a fecundação e sempre antes da implantação. Há duas formas de oferecer a AE. A 1ª é o Método de Yuzpe, que consiste na administração combinada de estrogênio e progestágeno sintético, por até 05 dias após coito. A 2ª forma de utilização da AE é com uso de progestágeno isolado, o levonorgestrel, na dose total de 1,5mg. Há estudos que indicam vantagem do uso do Levonorgestrel sobre o Método de Yuzpe, por estar isento de efeitos colaterais e contra-indicações, caracterizados pelo estrogênio. Os efeitos colaterais são náuseas e vômitos, cefaleia, vertigem, dor mamária, sendo raros e excepcionais os efeitos severos. É importante frisar que este método não previne DST/HIV. Deve-se, sempre, levantar as seguintes questões, para pacientes que utilizam AE: Conceito de evitar a gravidez após coito; tempo limite para seu uso; não induz sangramento; seguir corretamente receita médica; referência acessível para obter AE ou tratar efeitos colaterais; AE não protegerá nas relações posteriores; não protege de DST/HIV; uso de preservativo de dupla proteção; uso repetitivo da AE é menos eficaz; efeitos colaterais; ausência de efeito abortivo. Dessa forma, o objetivo do nosso trabalho é demonstrar o índice do uso de Anticoncepcional de Emergência em alunas da FIPA, assim como seus efeitos colaterais e demonstrar a importância do uso contínuo de outros Métodos contraceptivos.

**Instituição:** Catanduva - SP

## IMPACTO DA ENDOMETRITE CRÔNICA NA FALHA DE IMPLANTAÇÃO RECORRENTE

**Autores:** Regina, C.G.; Tavares, L.S.; Arisawa, H.; Lopes, C.D.; Ferreira, F.P.

**Sigla:** G109

**Introdução:** A falha de implantação recorrente define-se como a incapacidade de concepção após dois ou três ciclos de transferência embrionária ou transferência acumulada de mais de dez embriões viáveis. A endometrite crônica é uma possível causa, sendo descrita em cerca de 15% das pacientes submetidas à histeroscopia antes da reprodução assistida e em até 42% das mulheres com repetidas falhas de fertilização in-vitro (FIV). A endometrite crônica relaciona-se com infecção por bactérias comuns e é tipicamente assintomática. **Descrição do Caso:** G.S., sexo feminino, 33 anos, casada há 14 anos, queixa-se de infertilidade primária há três anos. Realização de duas tentativas anteriores de FIV, ambas sem implantação. Companheiro, 25 anos, diagnosticado com astenozoospermia e teratozoospermia sem outras comorbidades. Iniciou-se novo ciclo, protocolo curto com análogo antagonista do GnRH, recebendo dois blastocistos expandidos, sem sucesso. Cinco meses após, realizou-se a quarta tentativa de FIV com três embriões, que falhou novamente. Biópsia de endométrio foi solicitada, diagnosticando endometrite crônica com desbalanço de células NK, infiltrado Linfóide Estromal com predomínio de células T e presença de Linfócitos Citotóxicos, focos de agressão do epitélio glandular associados a apoptose e estroma com áreas fibroblásticas. Iniciou-se tratamento com Doxiciclina e Metronidazol por 14 dias. Nova biópsia mostrou melhora do quadro morfológico e dos marcadores imuno-histoquímicos indicativos de endometrite e redução no número de células NK. Seis meses após o tratamento, realizou-se nova FIV, desta vez com sucesso na implantação. **Relevância:** O impacto da endometrite crônica na fertilidade não está estabelecido e não é consenso de que a realização de histeroscopia e o tratamento da endometrite melhorem o prognóstico das mulheres inférteis. **Comentários:** Caso corrobora a hipótese de que existe associação entre endometrite crônica que cursa com aumento de células NK e falha de implantação. O tratamento com antibióticos mostrou-se benéfico para o sucesso da FIV. Futuras investigações poderiam esclarecer o papel da biópsia endometrial de rotina antes da primeira FIV na população infértil.

**Instituição:** Neo Vita Saúde - São Paulo - SP

## SÍNDROME DE HERLYN-WERNER-WUNDERLICH: RELATO DE 2 CASOS

**Autores:** Delmanto, L.R.M.G.; Pontes, A.G.; Delmanto, A.; Tonon, A.F.S.; Traiman, P.; Pontes, A.

**Sigla:** G110

A Síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich ( SHWW ) é uma mal formação mulleriana rara, caracterizada pela presença de septo hemivaginal, útero didelfo e agenesia renal ipsilateral. O diagnóstico precoce evita ocorrência de complicações, como corrimento refratário a tratamento, endometriose ( devido ao fluxo menstrual retrógrado ), aderência pélvica, hematocolpo, hematosalpinge e piossalpinge e, a longo prazo, diminuição da fertilidade. **Relato de Caso 1:** E. P. R. S. , 11 anos, Procedente de Taquarituba, deu entrada no HC da UNESP de Botucatu com queixa de corrimento esverdeado com odor fétido refratário a tratamento clínico, irregularidade menstrual e dismenorréia há 4 meses. Menarca há 10 meses. Foi encaminhada devido Ultrassonografia Abdominal de rotina evidenciando mal formação mulleriana e agenesia renal direita. Ao exame ginecológico (inspeção), foi visualizado vagina púrvia para 8 cm à esquerda e 4 cm à direita, devido abaulamento de terço médio superior de parede vaginal lateral direita, com saída de secreção fétida e septo vaginal. O PH estava 5,8 e o teste das amins era negativo. O exame de Gram foi negativo. Realizado Ultrassonografia Pélvica com visualização de útero didelfo ou bicorno e agenesia renal direita. Realizado septoplastia vaginal. Visualizado, após a ressecção do septo, dois colos uterinos. A paciente evoluiu bem, não apresentando mais queixa de corrimento. **Relato de Caso 2:** L. P. , 22 anos, Procedente de Buri, casada, deu entrada no HC da UNESP de Botucatu com queixa de corrimento com odor fétido refratário a tratamento clínico há 5 anos, após a menarca. Foi encaminhada devido ultrassonografia transvaginal e renal evidenciando útero didelfo e agenesia renal à direita. Ao exame ginecológico, foi visualizado abaulamento de terço médio de parede vaginal direita, com saída de secreção fétida por orifício puntiforme. Realizado septoplastia vaginal. Paciente evoluiu bem, não apresentando mais queixa de corrimento de odor fétido. A SHWW é uma mal formação mulleriana rara. No entanto, o diagnóstico precoce deve ser considerado em pacientes jovens que apresentam queixa de corrimento de odor fétido após a menarca.

**Instituição:** Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP - Botucatu - SP

## SÍNDROME FOURNIER EM PACIENTE COM LESÃO VULVAR EM DECORRÊNCIA DA DOENÇA DE BEHÇET ATENDIDA NO HOSPITAL ESCOLA DA FACULDADE DE MEDICINA SÃO CAMILO - HGC (HEFMSC – HGC)

**Autores:** Bretz, P.R.; Junior, M.A.C.; Valente, V.; Ferreira, M.M.; Mota, T.T.; Antunes, D.R.V.

**Sigla:** G111

A gangrena de Fournier é uma fascíte necrosante sinérgica que pode acometer perineo e parede abdominal. Caracterizada por endarterite obliterante, isquemia e trombose dos vasos subcutâneos, com necrose e infecção dos tecidos envolvidos. A mortalidade dessa doença é de aproximadamente 20% e o tratamento definitivo é o debridamento do tecido acometido; quando não realizado, a gangrena evolui 2,5 cm<sup>2</sup> por hora e mortalidade próxima a 100%. Esta síndrome costuma acometer paciente entre a segunda e sexta décadas de vida, portadores de comorbidades imunossupressoras. A Doença de Behçet é uma doença imunológica, caracterizada por uma vasculite sistêmica de causa desconhecida, que acomete vasos de calibres variados, podendo ocasionar lesões cutâneas em região genital ou de mucosa sincrônicas a lesões oculares (uveítes), o que faz o quadro clínico patognomônico da doença. E.B.A, 63 anos, foi internada com quadro úlceras genitais dolorosas e irregulares, em grande lábios vaginais bilateral, refratária ao tratamento com Doxaciclina e Clindamicina. Submetida à biópsia da lesão e sorologia para sífilis, com VDRL positivo 1/8. No quinto dia de internação evoluiu com quadro séptico, sendo encaminhada para UTI. Como houve piora das lesões genitais, paciente foi submetida a debridamento cirúrgico do local, por diagnóstico de Síndrome de Fournier. Na investigação das lesões genitais, paciente apresentou lesão ocular, sendo aventada e confirmada a hipótese de Doença de Behçet, e iniciada terapia específica. O relato acima nos mostra uma paciente que apresentou duas patologias raras e graves distintas, que acabaram por se interrelacionar: sífilis, entretanto com a evolução do quadro, paciente apresentou lesões de pele e oculares patognomônicas de Doença de Behçet, cursando com uma infecção secundária da lesão e evolução para a Síndrome de Fournier perineal. Com o debridamento imediato e antibioticoterapia adequada, paciente apresentou bons resultados e boa evolução, além de ser acompanhada por uma doença autoimune com períodos de latência e atividade.

**Instituição:** Hospital Geral de Carapiciba - Carapicuíba - SP

## CONDILOMA GIGANTE (TUMOR DE BUSCHKE-LOEWENSTEIN) EM PACIENTE DE 16 ANOS

**Autores:** Petrini, C.G.; Melli, P.P.S.; Magnani, P.S.; Rocha, L.P.; Faria, F.M.; Quintana, S.M.

**Sigla:** G112

O tumor de Buschke – Loewenstein é uma doença rara, que se caracteriza pelo crescimento excessivo de lesões verrucosas da região genital e/ou perianal. Possui características histológicas benignas, apesar da elevada taxa de recorrência e possibilidade de transformação maligna.

Está comumente associado aos sorotipos 6 e 11 do papiloma vírus humano (HPV) e a imunidade do hospedeiro tem importante papel no desenvolvimento da doença. Apresentamos o caso de uma paciente do sexo feminino de 16 anos com lesão vulvar de grande extensão tratada cirurgicamente com sucesso, permanecendo 12 meses sem evidência de recidivas. A maioria dos autores concorda que o tratamento de escolha é a excisão cirúrgica, porém existem outras opções de tratamento como a radioterapia e a imunoterapia, cujo objetivo é evitar cirurgias mutiladoras. O excessivo crescimento deste tumor acarreta dificuldades para higiene e maior risco de infecções secundárias. Além disto, os danos sociais e psicológicos que os estigmas da doença proporcionam, são difíceis de mensurar.

**Instituição:** Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP - Ribeirão Preto - SP

## HIPERESTÍMULO OVARIANO EM PACIENTE PÓS MOLA HIDATIFORME

**Autores:** Requeijo, M.J.R.; Penoni, K.Z.; Bunduki, V.; Francisco, R.P.V.

**Sigla:** G113

Introdução e Descrição: Paciente 17 anos, G0P0A0, foi admitida com amenorréia de 12 semanas e internada para curetagem por diagnóstico de mola hidatiforme. Evoluiu sem intercorrências, recebendo alta para acompanhamento ambulatorial. Retorna ao hospital 7 dias após a alta com distensão abdominal associada a dor. Apresentava-se hipertensa, taquicárdica, abdome distendido e doloroso difusamente com massa palpável em flanco esquerdo. Realizou ultrassom endovaginal evidenciando útero com volume normal (67cc); endométrio de 11,0 mm, ovários aumentados como cistos tecalúteínicos (OD: 1032cc e OE: 1094cc) e ascite volumosa. Raio X tórax demonstrava derrame pleural à direita. BHCG :14.571 mUI/mL, TSH: 2,86mcl/mL e Albumina: 2,9 g / L. Internada para estabilização com posterior alta e controle ambulatorial. Relevância: É preciso estar ciente da ocorrência rara, mas possível da síndrome de hiperestimulação ovariana (SHO) na gravidez espontânea, a fim de evitar suas complicações. Comentários: A SHO na gravidez espontânea é um evento extremamente raro, podendo ter complicações fatais, como tromboembolismo venoso e arterial. É preciso estar ciente da ocorrência rara, mas possível de SHO na gravidez espontânea, a fim de evitar suas complicações. Na gestação molar os valores de HCG são maiores, mas mesmo assim a prevalência de SHO é baixa. Formas espontâneas de SHO geralmente se desenvolvem entre 8 e 14 semanas de amenorréia, diferindo da SHO iatrogênica, que normalmente começa entre 3 e 5 semanas de amenorréia. A recente identificação de mutações no gene receptor do hormônio folículo-estimulante (FSH), que exibem uma

# GINECOLOGIA

sensibilidade aumentada ao HCG e são responsáveis pelo desenvolvimento espontâneo de SHO, ajuda a compreender este problema. Foi evidenciado que os sinais e sintomas da SHO são mais severos 8 dias após a dilatação e esvaziamento da cavidade uterina, quando os níveis de hCG já diminuíram. O reconhecimento precoce e tratamento adequado irá evitar sequelas graves. A SHO grave requer internação hospitalar.

**Instituição:** Faculdade de Medicina de Itajubá - Itajubá - SP

## MIOMATOSE UTERINA E LEUCEMIA DE CELULAS CABELUDAS: RELATO DE CASO

**Autores:** Moterani Junior, N.J.W.; Moterani, V.C.; Gonçalves, L.B.B.

**Sigla:** G114

**Introdução:** O sangramento uterino anormal é queixa frequente na prática clínica diária, correspondendo a 20% das consultas ginecológicas, e como dois terços das indicações de histerectomia. Esse quadro pode ser agravado por patologias associadas, tais como anemias, leucemias e púrpuras. **Descrição do Caso:** M.C., 45 anos, caucasiana, professora, G2 P2 A0 C0, procurou o nosso serviço em janeiro de 2015 com quadro de hipermenorreia há 6 meses. Nos últimos 7 dias apresentava fadiga, vertigens e palpitações. Ao exame encontrava-se descorada 4+/4+, com útero aumentado para 20 semanas, colo pérvio 1 cm, e sangramento genital em pequena quantidade. Os exames complementares demonstraram hemoglobina 3,3, hematócrito 10%, plaquetas 19.000. Ultrassonografia Transvaginal útero com 452 cm<sup>3</sup> e quatro nodulações submucosas e intramurais, de dois a quatro centímetros, compatíveis com leiomiomas. Após compensação dos parâmetros hematimétricos, realizado mieograma com resultado "Leucemia de Células Cabeludas". Iniciado tratamento clínico quimioterápico, com regressão e controle do quadro. No momento, em progamação cirúrgica para histerectomia. **Relevância:** Alertar que os quadros de sangramento uterino anormal com causa ginecológica podem ser agravados por outras condições clínicas, e da importância da equipe multiprofissional para resolução do quadro. **Comentários:** Junto ao quadro de leiomiomatose uterina, nossa paciente apresentou tricoleucemia, um subtipo raro de leucemia linfóide crônica, correspondendo a apenas 2% de todas leucemias. Após o tratamento dessa patologia, optamos por indicar a histerectomia devido a idade da paciente, prole constituída, e a pouca melhora do quadro com os tratamentos clínicos realizados previamente.

**Instituição:** Faculdade de Medicina de Marília - FAMEMA - Marília

## MIOMA EM COLO UTERINO APÓS HISTERECTOMIA SUBTOTAL ABDOMINAL:RELATO DE CASO

**Autores:** Campos, A.P.; Ohana, G.J.; Progiante, S.H.; Traiman, P.; Delmanto, A.; Tonon, A.F.S.

**Sigla:** G115

**Introdução:** Leiomiomas uterinos, neoplasias benignas do músculo liso, são mais frequentes na idade reprodutora. Sua etiologia é incerta, porém fatores hormonais, de crescimento, genéticos e aqueles relacionados à biologia molecular podem estar envolvidos. Os leiomiomas são preferencialmente encontrados no corpo uterino. O acometimento cervical e de tubas uterinas é raro. Frequentemente é uma neoplasia assintomática, podendo ter manifestação clínica dependente de tamanho, número e localização. **Descrição de Caso:** CMCG, 56 anos, G6P6C0, realizou histerectomia subtotal com salpingectomia direita e anexectomia esquerda em 2002, por miomatose uterina. Paciente foi atendida no HC da UNESP com queixa de dor abdominal e TC de outro serviço, que evidenciava acentuado aumento heterogêneo do volume uterino. Sabendo que tinha sido submetida a uma histerectomia, a paciente questionava se haveria erro no laudo do exame. US evidenciou imagem hipoeoica em topografia uterina, heterogênea, medindo 11,9x7,9x9,8 cm (volume de 481cm<sup>3</sup>) e não foi possível distinguir o colo uterino dessa lesão. TC visualizou massa sólida heterogênea, que sugeria mioma proveniente do colo remanescente ou massa de origem ovariana. Marcadores tumorais sem alterações. Indicada laparotomia exploradora, na qual foi feita exérese da massa pélvica, do ovário direito e do colo uterino. O laudo da biópsia foi compatível com leiomioma medindo 12x10x7 cm e pesando 490g, de localização próxima ao colo uterino. **Relevância:** A miomatose uterina é indicação mais comum de histerectomia no Brasil e no mundo, sendo a preservação do colo uterino motivo de grande discussão. **Comentários:** Para as patologias benignas, como miomatose, tanto a histerectomia total quanto a subtotal são consideradas tratamento cirúrgico efetivo. Contudo, a escolha deve ser individualizada, levando-se em consideração as condições clínicas, operatórias e a opinião da paciente. Apesar de ser raro, ainda há casos de recidiva de miomas a partir de tecido miometrial remanescente, como ocorreu no caso apresentado, daí a importância de se realizar ressecção adequada do corpo uterino, para não restar miométrio, mesmo ao nível do seguimento.

**Instituição:** Faculdade de Medicina de Botucatu -UNESP - Botucatu - SP

## MIOMA EXTRA-UTERINO(PARIDO): RELATO DE CASO SOBRE A ABORDAGEM CLÍNICA E

**CONDUTA INTERVENCIONISTA**

**Autores:** Andrade, C.M.C.; Araújo, E.F.G.; Guedes, E.P.G.; Amorim, M.E.S.; Melo, O.E.N.; Amorim, T.C.

**Sigla:** G116

Miomas são tumores musculares lisos, de elevada prevalência e, muitas vezes, de diagnóstico obscuro por sua baixa apresentação sintomática. Podem ser manejados clinicamente com anticoncepcionais hormonais orais (ACHO), anti-inflamatório não esteroideal (AINE) ou análogos do hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH) e, cirurgicamente, através de histerectomia ou miomectomias. O caso em questão aborda a história de uma paciente climatérica, a qual possui queixas de sangramento uterino anormal e dismenorria, tendo sido submetida a exame especular, que constatou massa exocervical de superfície lisa e vinhosa, ocupando todo o canal vaginal e impedindo a visualização do colo do útero. Como exames complementares, foram solicitados citologia oncótica de colo uterino, dosagens hormonais e ultrassonografia transvaginal, tendo esta um resultado atípico: mioma do tipo intramural, não corroborando com a suspeita de que o tumor se tratava de uma forma de apresentação miomatosa denominada extra-uterina ou "parido", que corresponde a um crescimento exagerado do pedículo dos leiomiomas submucosos. Os passos que se sucederam a propedêutica do caso foram a abordagem clínica medicamentosa para a sintomatologia (AINE) e, para a redução e controle tumoral, utilizou-se progestágenos e análogos do GnRH. Posteriormente, realizou-se tratamento definitivo com histerectomia total, por via abdominal, visto que a mesma já possuía prole definida, reforçando a hipótese de mioma "parido". Ressalta-se a relevância deste relato para a execução de um exame físico e anamnese minuciosos, a fim de obter uma abordagem diagnóstica adequada, além de que se trata de uma patologia de morfologia peculiar, de grandes dimensões, em paciente não negra perimenopausada, de ocorrência não habitual e pouco relatada na literatura.

**Instituição:** Faculdade de Ciências Médicas - João Pessoa - PB

**HISTERECTOMIA TOTAL ROBÔ-ASSISTIDA POR INCISÃO ÚNICA (SINGLE SITE): SÉRIE INICIAL DE 4 CASOS**

**Autores:** Malburg, F.L.; Menezes, D.S.; Parise, J.P.; Porto, B.C.; Szyllit, N.; Tamura, M.

**Sigla:** G117

**Introdução:** A cirurgia minimamente invasiva é o tratamento de escolha para diversas afecções ginecológicas. A redução do número de incisões oferece um melhor resultado estético e reduz complicações perioperatórias e o

tempo de recuperação pós-cirúrgico. Em 2009, Fader realizou a primeira histerectomia laparoscópica robô-assistida por portal único e, a partir de então, outros autores têm publicado suas experiências, porém a técnica ainda é pouco difundida e não uniforme. O objetivo deste estudo foi descrever os primeiros procedimentos ginecológicos robô-assistidos por incisão única realizados no Brasil. **Método:** O estudo se baseou na revisão de prontuários de quatro pacientes que se submeteram à histerectomia total com salpingectomia bilateral single site, entre novembro de 2014 e março de 2015, todas com doenças benignas sintomáticas, refratárias ao tratamento clínico. **Resultados:** As pacientes tinham idade entre 40 e 52 anos com índice de massa corporal entre 23,4 e 32,3 kg/m<sup>2</sup>. A incisão cirúrgica utilizada foi preferencialmente umbilical, substituída por supraumbilical nos casos de cicatriz prévia. Aderências densas útero-vesicais foram desfeitas sem intercorrências, assim como ressecção de endometriose profunda retrocervical e vaginal. O tempo cirúrgico variou entre 100 e 166 minutos e o período de internação pós-operatório entre um e três dias. O peso uterino variou entre 78 e 156 gramas e os diagnósticos histopatológicos foram leiomioma, adenomiose, endometriose retrocervical e endometriose vaginal. **Conclusão:** Nesta série inicial, não houve intercorrências perioperatórias e as pacientes tiveram uma recuperação pós-cirúrgica satisfatória, com retorno precoce às atividades diárias. A técnica mostra-se viável, mesmo nos casos de aderências pélvicas e de endometriose profunda.

**Instituição:** Hospital Israelita Albert Einstein - São Paulo - SP

**MANEJO DE INVERSÃO UTERINA PÓS MIOMECTOMIA : RELATO DE CASO**

**Autores:** Pinheiro, G.M.P.; Sala, L.A.S.; Hime, L.F.C.C.; Fonseca, J.H.F.; Carvalho, S.M.C.; Litrenta, M.B.

**Sigla:** G118

**Introdução:** A inversão uterina é definida como a expulsão do útero através da vagina, tendo a face interna exposta previamente. Ocorre quando a mucosa do útero se torna externa e a serosa se volta para dentro, podendo formar uma cratera ou funil, para onde são arrastados os ovários, ligamentos largos e as trompas. Pode ser uma complicação do terceiro período do parto e deve ser imediatamente identificada e tratada. Caso contrário, pode evoluir com choque neurogênico e morte. **Relevância:** Na literatura, a frequência referida é muito variável. Seu principal diagnóstico diferencial é o mioma parido. Este é um tumor benigno da fibra muscular, cuja a etiologia não é bem definida. Geralmente causa metrorragia. Recebe essa denominação "parido" por ter um pedículo que se alonga e sai da cavidade uterina. **Relato do caso:** R.B.D.S., 32 anos, 2G1P(N1)1A, natural e procedente de

São Paulo, deu entrada no PSGO com queixa de sangramento vaginal associado a dor em baixo ventre intensa há um dia. Paciente relatava dor inicialmente discreta em hipogástrio, sem irradiação, sem fatores de melhora e com piora progressiva, com episódio de sangramento discreto. Encontrava-se em acompanhamento ambulatorial para tratar de mioma. Estava em uso de ACO e Noripurum. A DUM era incerta e relatava atraso de 2 meses. Hipocorada 3+/4+ e hipotensa. Ao especular, havia discreto sangramento e sem evidência de colo uterino. Ao toque vaginal constatou-se massa em canal vaginal fixa, de +/- 6cm, colo uterino não identificado, útero aumentado para 18 semanas de gestação. Foram solicitados exames: Beta-hCG negativo e ultrassom pélvico com volume uterino de 527cc e imagem nodular em parede anterior que rechaçava o endométrio medindo 58 x 59 x 64. Após laparotomia exploradora foi realizada histerectomia total com salpingectomia bilateral. Conclusão: A inversão uterina aguda está relacionada ao pós-parto, com poucos casos relatados na literatura em pacientes não grávidas ou com miomas uterinos. Seus fatores predisponentes são consequências de características ligadas a gravidez, como multiparidade, cordão umbilical excessivamente aderido e placenta aderida ao útero.

**Instituição:** FMUNISA E HGG - São Paulo - SP

## MIOMATOSE UTERINA EM PAREDE POSTERIOR ASSOCIADA À OBSTRUÇÃO URINÁRIA AGUDA.

**Autores:** Lima, C.P.; Lemes, T.C.S.; Rocha, R.C.; Fonseca, V.C.; Santos, R.L.C.; Fontes, T.M.P.

**Sigla:** G119

Os miomas uterinos são tumores benignos, mais prevalentes na idade fértil entre 30 e 50 anos de idade. Podem estar localizados em qualquer parte do útero, podendo causar sintomas como sangramento uterino anormal, dispareunia e compressão de órgãos adjacentes. Os miomas são raramente causa de retenção urinária, podendo ser mais frequentes na gestação. Relata-se o caso de uma paciente de 34 anos que foi encaminhada de uma maternidade após interrupção da gestação com oito semanas queixando-se de tenesmo, dor pélvica e dificuldade para urinar. Ao exame apresentava útero aumentado de tamanho, móvel e doloroso a mobilização; colo anteriorizado, com massa palpável em parede posterior da vagina, endurecida, fixa e dolorosa. A USG demonstrava bexiga sobredistendida com volume aproximado de 1.200 mililitros. Útero em anteversoflexão de 12,3 X 5,6 X 7,3 centímetros com contornos globosos e textura heterogênea, apresentando mioma em parede posterior medindo 77x74 milímetros. Ovários não foram visualizados e fundo de saco posterior estava ocupado pelo mioma. Logo após a ultrassonografia, foi realizada sondagem vesical de alívio com saída de 1500 mililitros. Retornou diversas vezes ao am-

bulatório com globo vesical palpável. A paciente fez uso de três doses de acetato de Gosserrelina 3,6 miligramas e com a primeira dose apresentou melhora da retenção urinária. Foi realizada miomectomia em agosto de 2014. O mioma foi enviado a anatomia patológica. A macroscopia apresentava mioma único de 200 gramas com 8,0 x 8,0 centímetros, com laudo histopatológico de leiomioma uterino. Apesar de raros, miomas localizados em parede uterina posterior, podem causar retenção urinária. Associados a gravidez esta sintomatologia pode estar presente, devido alguns miomas terem seu crescimento mais rápido. Neste Relato de Caso, observou-se o restabelecimento da diurese após regressão do mioma com uso de análogo de GnRH, concluindo-se que havia estímulo hormonal em tal patologia.

**Instituição:** Hospital Municipal da Piedade - Rio de Janeiro - RJ

## TROMBOSE DE VEIA OVARIANA NO PUERPÉRIO EM PACIENTE ATENDIDA NO HOSPITAL ESCOLA DA FACULDADE DE MEDICINA SÃO CAMILO – HOSPITAL GERAL DE CARAPICUIBA (HEFMSC – HGC)

**Autores:** Pereira, W.G.M.; Bretz, P.R.; Mota, T.T.; Antunes, D.R.V.; Ferreira, M.M.; Valente, V.

**Sigla:** G120

A tromboflebite puerperal da veia ovariana é proveniente da ascensão do foco infeccioso endometrial para um vaso com estase, a provável fisiopatologia é a lesão endotelial seguida de invasão bacteriana. Tem incidência em 0,05-0,18% das gestações. Geralmente se manifesta por febre e fortes dores em quadrante abdominal inferior, por vezes com irradiação para o flanco. Frequentemente afeta a veia ovariana direita, pois a veia esquerda é protegida pelo fluxo sanguíneo retrógrado que a protege da infecção proveniente do útero. Pode se estender para veia cava, ilíaca, renal ou uterina. Dos Métodos: diagnósticos a tomografia computadorizada (TC) e a ressonância magnética são os mais úteis, porém a laparotomia exploradora (LE) tem sido o método definitivo. O diagnóstico diferencial inclui a tromboflebite séptica pélvica, a torção anexial e a obstrução renal. O tratamento se faz com anticoagulação heparínica inicial e deve ser seguida de anticoagulação ambulatorial, com cumarínicos orais ou com heparina subcutânea. M.C.S. 30 anos, 9º dia de parto normal, interna no HEFMSC – HGC com queixa de dor abdominal, febre e disúria. Realizou inicialmente antibioticoterapia (clindamicina e gentamicina) e evoluiu com sepse revertida, mantendo a dor abdominal. Realizou TC de abdome e pelve onde revelou imagem tubiliforme de 1,2 cm de diâmetro, borramento da gordura mesentérica adjacente compatível a processo

inflamatório sugestivo de apendicite. Foi realizada então LE que evidenciou trombose de veia ovariana direita estendendo-se até veia cava inferior sem possibilidade de abordagem cirúrgica. Paciente manteve-se internada para acompanhamento em conjunto com cirurgia vascular e tratamento com anticoagulação. Recebeu alta com warfarina e realiza acompanhamento regular com a cirurgia vascular e ginecologia. A relevância deste caso está na raridade da ocorrência desta patologia e o quadro clínico apresentado pela paciente está condizente com o que foi encontrado na literatura.

**Instituição:** Hospital Geral de Carapicuíba - Carapicuíba - SP

## SÍNDROME DO OVÁRIO REMANESCENTE: É POSSÍVEL O TRATAMENTO CLÍNICO? - RELATO DE CASO

**Autores:** Soares, L.C.S.B.; Pereira, F.R.P.P.; Guyt, P.G.R.; Monteiro, S.M.P.

**Sigla:** G121

**Introdução:** A Síndrome do ovário remanescente é uma rara complicação da histerectomia total abdominal e anexectomia bilateral sendo a dor pélvica crônica o sintoma mais comum. O tratamento consiste na retirada cirúrgica do tecido ovariano, porém o tratamento clínico é uma alternativa viável. **Relato:** Mulher, 44 anos, submetida a histerectomia total com anexectomia bilateral há três anos. Apresentou dor pélvica e níveis de FSH (hormônio folículo-estimulante) de 11 UI/dL. Prescritos anticoncepcionais orais contínuos, sem alívio da dor. Optou-se então pelo tratamento com hormônio agonista liberador de gonadotrofinas (GnRH<sub>a</sub>) e iniciada gabapentina concomitante GnRH<sub>a</sub>. Relatou melhora do quadro após 1 mês de tratamento. O GnRH<sub>a</sub> foi suspenso após 6 meses sendo realizada ressonância magnética que suspeitou de malignidade anexial. Submetida a laparotomia cuja análise histopatológica revelou corpo albicans. **Discussão:** A síndrome do ovário remanescente resultada de uma ooforectomia incompleta. Aderências densas periovarianas e aumento do volume do ovário podem dificultar a identificação do tecido ovariano, e são considerados fatores predisponentes da doença. A recorrência de sintomas pélvicos está associada com o desenvolvimento de um cisto hormonalmente funcional ou corpo lúteo dentro do fragmento do ovário, ou com a reativação da endometriose. O diagnóstico definitivo é dado por estudo histopatológico do tecido ovariano obtido durante a cirurgia. A excisão do tecido remanescente requer dissecação retroperitoneal e fragmentos do ovário podem ser difíceis de localizar. Medicamentos indutores da ovulação administrados antes da cirurgia têm sido bem sucedidos em estimular o aumento de tais fragmentos, facilitando a sua localização e remoção. A

maioria dos tratamentos clínicos não parecem aliviar os sintomas e muitas vezes são dirigidos para a supressão ovariana, incluindo contraceptivos orais, tais como danazol, GnRH<sub>a</sub>, e progestágenos. A gabapentina está sendo cada vez mais prescrita para a dor pélvica crônica e exige titulação para alcançar uma dose eficaz. Questiona-se se a melhora da dor foi devido à associação entre GnRH<sub>a</sub> e gabapentina ou gabapentina isoladamente.

**Instituição:** Hospital Universitário Pedro Ernesto - UERJ - Rio de Janeiro - RJ

## NÓDULO DE VILLAR

**Autores:** Almeida, N.G.S.; Cruz, P.T.; Lourenço, A.C.R.; Wajman, M.; Tcherniakovsky, M.; Fernandes, C.E.

**Sigla:** G122

**Introdução:** Endometrioma de umbigo é um nódulo de endometriose na região de cicatriz umbilical, descrito pela primeira vez em 1886 por Villary. Clinicamente, pode se apresentar como lesão acastanhada ou azulada, nodular, circular, de 0,5 a 5 cm de diâmetro, endurecida, com história de variações de volume, dor e sangramento cíclico. O tratamento é cirúrgico, com exérese completa da lesão e reconstrução umbilical quando necessária. **Descrição do Caso:** F.S.V., 32 anos, parda, 2G1PN1A, amasiada, católica, metalúrgica, natural de Santo André-SP e procedente de Ribeirão Pires - SP, foi encaminhada ao Hospital Estadual Mario Covas em janeiro de 2015, devido à escurecimento na região umbilical associada a abaulamento local progressivo, indolor e sangramento local cíclico há 2 anos, sendo inicialmente investigada em outro serviço com hipótese diagnóstica de hérnia umbilical. Realizou histerectomia total abdominal em 2010 por miomatose uterina. Exame físico evidenciou lesão nodular de 2 cm ocupando toda região umbilical, escurecida, pouco dolorosa e friável. Ao exame ultrassonográfico abdominal, foi visualizado nódulo ovalado em cicatriz umbilical, regular, heterogêneo, de 2,0 x 1,5 x 2,0 cm, sem vascularização ao doppler, sem envolvimento da aponeurose. Marcador tumoral Ca 125 de 8,6. Foi inventada hipótese diagnóstica de endometrioma de umbigo, realizada exérese de toda a lesão com reconstrução imediata e enviado material para anatomopatológico, o qual se encontra em andamento. **Relevância:** O umbigo é uma unidade anatômica da parede abdominal, sua deformidade e ausência causam dano estético e grande constrangimento. O nódulo de Villar, melhor conhecido como endometrioma de umbigo, é raro na população geral, com incidência de 0,5 - 1,0%. Como qualquer outra forma de endometriose, o diagnóstico pode demorar até 8 a 10 anos, necessitando por vezes, da avaliação de 5 a 6 ginecologistas. Deve ser suspeitada entre os diagnósticos diferenciais de lesões dessa região em mulheres em idade fértil, como no caso descrito, para o rápido des-

# GINECOLOGIA

fecho do caso. O tratamento cirúrgico e a reconstrução imediata levam a bons Resultados: .

**Instituição:** Faculdade de Medicina do ABC - Santo André - SP

## KISSING TUBES: UMA CAUSA RARA DE INFERTILIDADE ASSOCIADA À ENDOMETRIOSE

**Autores:** Silva, A.F.G.; Myung, L.H.J.; Abrão, M.S.; Carvalho, L.F.P.

**Sigla:** G123

**Introdução:** Estima-se que 70 milhões de mulheres possuam endometriose mundialmente, um terço das quais é infértil. A doença distorce anatômica e funcionalmente o aparelho reprodutor, podendo acometer ovário, tubas e demais órgãos da cavidade pélvica e fora dela. **Descrição:** CRMD, 29 anos, procura o ambulatório com história de infertilidade primária, dispareunia, dismenorrea e diarreia cíclica. Avaliação ultrassonográfica (USG) revelou endometriose profunda, com formações hipoeóicas sólidas irregulares na região retrocervical, sinais de processo aderencial no compartimento posterior da pelve e medianização inespecífica do ovário direito. Histerossalpingografia (HSG) pré-operatória demonstrou obstrução tubária direita. O tratamento clínico não promoveu melhora do quadro, indicando-se tratamento cirúrgico laparoscópico. Durante a laparoscopia, após nodulectomia, a inspeção dos órgãos pélvicos revelou comunicação entre as tubas esquerda e direita resultando em obstrução tubária bilateral, ou Kissing Tubes, um achado anatômico raro associado à endometriose. Correção da comunicação tubária e fimbrioplastia foram realizadas. Análise histopatológica demonstrou tecido endometrial indiferenciado na tuba esquerda e na vagina. No seguimento de três meses após a cirurgia, a paciente estava assintomática, e nova HSG revelou patência tubária bilateral. **Relevância:** O presente trabalho descreve uma entidade rara que chamamos de Kissing Tubes em um caso de endometriose tubária e infertilidade. Embora a avaliação USG pré-operatória não tenha demonstrado comunicação tubária, o diagnóstico intraoperatório e a correção cirúrgica permitiram restaurar o potencial de fertilidade da paciente. **Comentários:** A comunicação tubária bilateral, ou Kissing Tubes, representa um novo mecanismo pelo qual a endometriose pode causar infertilidade. Embora a acurácia do USG transvaginal tenha sido estabelecida para o diagnóstico de focos de endometriose retrocervical, outros Métodos: de imagem devem ser considerados quando há suspeita de endometriose tubária e Kissing Tubes, dado que a identificação e a correção cirúrgica de tais condições aumentam as chances de gravidez espontânea da paciente.

**Instituição:** Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo - SP

## ENDOMETRIOSE PÉLVICA PROFUNDA E VESICAL COM MELHORA APÓS USO DE DIENOGESTE – UM RELATO DE CASO

**Autores:** Meletti, N.F.T.; Soares, M.C.C.; Ventura, P.M.; Lasmar, B.P.; Pillar, C.B.; Lasmar, R.B.

**Sigla:** G124

A endometriose é uma doença ginecológica intrigante. A tríade: dismenorréia, dispareunia e disquezia levanta a suspeita clínica para a doença. O sintoma mais comum é dor; todavia o sangramento cíclico-compatível com ciclo menstrual-no sítio da endometriose pode estar presente. Apresentamos o caso de paciente com endometriose profunda extensa e acometimento vesical submetida a tratamento clínico após frustrado tratamento cirúrgico. Paciente de 49 anos foi acolhida em 2012 no ambulatório de Dor Pélvica com queixa de dor periumbilical irradiando para fossas ilíacas, diária e sem melhora com analgésico. Referia sensação de peso vesical e fezes em fita durante a menstruação associado a disquezia. Submetida a 2 laparotomias com ressecção de focos de endometriose em 2000 e 2010. Ao exame: útero em retroversão, nódulo doloroso retrocervical, espessamento de ligamento uterossacro esquerdo, e de compartimento posterior; mucosa retal normal. À Ressonância Magnética (RM) em 2012 identificados miomas uterinos, endometriose pósterosuperior vesical e retal, espessamento de ligamentos uterossacos e fórnice vaginal. À cistoscopia: lesão compatível com foco de endometriose vesical de 3 cm; prescrito Dienogeste. Seis meses após uso contínuo, em Fevereiro de 2013, foi reavaliada por cistoscopia com redução drástica da lesão vesical e supressão da dor. Porém mantiveram-se estigmas de endometriose profunda à nova RM. Durante todo o acompanhamento a paciente parou o uso do Dienogeste algumas vezes e se auto-medicou com Desogestrel, em todos esses episódios os sintomas recorreram. Em Janeiro de 2015 retornou ao ambulatório com o relato de parada do uso de Dienogeste por 3 meses e os sintomas (dor, hematúria e compressão vesical) retornaram; novamente foi prescrito o Dienogeste. Um mês após o retorno do uso de Dienogeste a paciente se tornou novamente assintomática. Este Relato de Caso exemplifica paciente com endometriose profunda extensa submetida a múltiplas cirurgias para tratamento de sua patologia e correção dos sintomas incapacitantes sem sucesso. O tratamento clínico comentado visava a melhora da qualidade de vida e bloqueio dos sintomas. O que foi auferido quando o tratamento foi adequadamente aderido.

**Instituição:** Hospital Universtário Antônio Pedro, Serviço de Ginecologia, Universidade Federal Fluminense - Niterói - RJ

## LEIOMIOMA CERVICAL APÓS HISTERECTOMIA SUBTOTAL

**Autores:** Delmanto, L.R.M.G.; Delmanto, A.; Tonon, A.F.S.; Traiman, P.; Pontes, A.G.; Pontes, A.

**Sigla:** G125

O leiomioma uterino é a neoplasia benigna mais frequente na mulher na menacme, acometendo 40 %. A localização mais comum é no corpo uterino, sendo a localização cervical rara. Relato de Caso: C M C G , 56 anos, Procedente de Fartura. Paciente foi encaminhada ao HC-Unesp de Botucatu com queixa de dor abdominal e aumento do volume abdominal há 3 meses. Ao exame, apresentava massa pélvica até a cicatriz umbilical. Foi submetida a histerctomia subtotal abdominal há 10 anos. A ultrassonografia abdominal e pélvica evidenciou massa hipocócica e heterogêneo de 481 ml. Marcadores tumorais normais. Realizado laparoscopia exploradora que evidenciou grande mioma uterino. Realizado exérese de massa e traquelectomia. O anátomo patológico confirmou diagnóstico de Leiomioma. Paciente apresentou leiomioma uterino em colo residual, não havendo relato na literatura para esta condição.

**Instituição:** Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP - Botucatu - SP

## MASTITE GRANULOMATOSA. RELATO DE DOIS CASOS E REVISÃO DA LITERATURA

**Autores:** Coscia, E.B.; Morgan, M.C.; Oliver, L.A.; Coan, V.R.A.; Oliveira, L.G.C.B.; Novaes, G.S.

**Sigla:** G126

A mastite granulomatosa é uma patologia rara que acomete mulheres jovens, em idade fértil. Sua real prevalência ainda é incerta. Trata-se de uma doença inflamatória crônica, benigna, com diagnóstico diferencial com câncer de mama e abscesso mamário. Dessa forma, o diagnóstico histopatológico torna-se indispensável. O acometimento da mama costuma ser unilateral. Sua etiologia permanece desconhecida, mas diversos estudos sugerem alguns fatores de risco, como o uso de contraceptivos orais, doenças autoimunes, deficiência da alfa-1 antitripsina e hiperprolactinemia. Clinicamente as pacientes podem apresentar nódulo palpável, fixo, associado a lesões de pele como ulceração, fístulas, abscesso e inversão do mamilo. Os achados radiológicos são inespecíficos, podendo mimetizar um processo neoplásico. À

mamografia, a mama doente apresenta comumente uma densidade focal assimétrica associada a espessamento de pele. O diagnóstico é realizado com a biópsia e a histopatologia descreve processo inflamatório crônico das unidades lobulares, com presença de histiócitos, células plasmáticas, vasculite e células gigantes. Relata-se o caso de duas pacientes jovens, com 35 e 41 anos respectivamente, com quadros semelhantes de processo inflamatórios da mama, acompanhados de necrose de pele e tumoração peri areolar. Os exames de imagem eram inconclusivos e sugeriam estudo anatomopatológico decorrente da presença de lesão palpável na mama. O resultado histológico em ambos os casos foi de processo inflamatório crônico, associado à vasculite e necrose, sugestivos de mastite granulomatosa. O tratamento proposto foi a ressecção cirúrgica da lesão de pele seguida de tratamento farmacológico com corticosteroides e imunossuppressores. O resultado terapêutico foi satisfatório e as pacientes se encontram sem sinais de recidiva da doença. A relevância do trabalho está em discutir a dificuldade diagnóstica da mastite granulomatosa e revisar a literatura a fim de atualizar as medidas terapêuticas para a referida patologia.

**Instituição:** Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Sorocaba. PUC - Sorocaba - SP

## TUMOR RARO DE MAMA - RELATO DE CASO

**Autores:** Cabral, K.M.A.A.; Figueredo, A.C.D.S.; Bellei, R.P.A.; Coelho, A.F.; Oliveira, S.A.L.; Pinho, M.S.

**Sigla:** G127

O sarcoma de mama é um tumor raro que representa menos de 1% das patologias da mama. A idade no momento do diagnóstico varia de 14 a 82 anos, com média de 35 anos. O aspecto clínico predominante é de uma massa indolor e móvel, de aumento rápido, com tamanho médio de 5 cm. Bilateralidade e comprometimento axilar não são citados na maioria da literatura. Aspecto macroscópico é variável, sendo em sua maioria uma massa amolecida e hemorrágica com bordos mal delimitados, porém algumas vezes se manifesta como área endurecida ou espessada da mama. Uma das hipóteses para a origem do tumor, é influência hormonal que estão expostos, devido presença de receptores de estrógeno, progesterona e glicocorticoides. O diagnóstico é determinado pelo histopatológico, após exérese cirúrgica de toda lesão. Paciente L.L.D, sexo feminino, 61 anos, encaminhada para o serviço de Mastologia do Hospital Maternidade Therezinha de Jesus, no município de Juiz de Fora, devido aumento mamário a direita de rápida evolução. Em uso de Estradiol 2mg/dia há 10 anos. Afirma HAS e DM. Nega tabagismo. Nega câncer na família. Relata aparecimento de nódulo de mama em QSE de mama direita em janeiro de 2014 e que iniciou com rápido crescimento em junho de 2014. Ao

# GINECOLOGIA

exame físico apresentava aumento significativo de mama direita, com presença de sinais flogísticos e área de úlcera, móvel, dolorosa, ocupando todos os quadrantes da mama. Ausência de linfonodos palpáveis. Mamografia em 15/03/2012: Bi-rads 1 bilateralmente. Mamografia em 13/01/2014 : Mama direita : Bi-rads 0 e Mama esquerda: Bi-rads 1. Core biópsia em 21/07/2014: condição fibrocística. Biópsia incisional 31/12/14: tumor phylóides benigno. Como o tumor ocupava os quatro quadrantes da mama, foi indicado mastectomia total, com reconstrução imediata. No presente caso, a evolução rápida do tumor em 6 meses, fez-se necessário indicar mastectomia, devido ao risco de recidiva local, relacionados as margens cirúrgicas e a fatores relacionados a alterações moleculares. Concluímos a importância do tratamento cirúrgico radical neste caso para obtenção de margens livres, oferecendo reconstrução imediata a essas pacientes, desde que apresente benefício no prognóstico.

**Instituição:** Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora - Suprema - Juiz de Fora - MG

## RELATO DE CASO: MASTITE GRANULOMATOSA COM TRATAMENTO SATISFATÓRIO

**Autores:** Coelho, A.F.; Cabral, K.M.A.A.; Bellei, R.P.A.; Figueiredo, A.C.D.S.; Oliveira, S.A.L.; Pinho, M.S.

**Sigla:** G128

Mastite granulomatosa é uma doença rara, inflamatória e idiopática, clinicamente semelhante com outras como o carcinoma mamário. Muitas vezes é tratada de forma errada ou tardia. A provável etiologia é conflitante e vários fatores têm sido implicados. O fator auto-imune é o mais aceito, sendo a migração de linfócitos e macrófagos para o tecido conectivo lobular, que sofre qualquer tipo de dano ao epitélio ductal o fator causal. Apresenta-se como uma massa unilateral, endurecida, fixa, não raramente dolorosa e geralmente poupa a região retroareolar. Os achados mamográficos e ultrassonográficos podem variar, sendo à ultrassonografia, múltiplas imagens tubulares hipoecóicas e heterogêneas as mais comuns. O diagnóstico é de exclusão e se confirmado com histopatológico. Este é caracterizado por infiltrado misto rico em histiócitos dentro e fora dos lóbulos mamários, com formação de granulomas não caseosos, microabscessos e ausência de agentes etiológicos infecciosos. A conduta varia de expectante a uso de colchicina, corticoterapia ou imunossupressores, sem haver consenso. Esse trabalho baseia-se em um Relato de Caso e revisão bibliográfica. Paciente G.A.G, 28 anos, dor em mama direita e vários pontos purulentos de drenagem, ausência de descarga papilar, exames de imagem normais. Antibioticoterapia e antiinflamatório sem melhora. Sem comorbidades, não tabagista. Biópsia de endurecido inflamatório: reação gi-

gantocelular, tipo granulomatosa. Neste caso foi realizado: Prednisona 60 mg/dia, com remissão sintomas em 20 dias. Concluímos que a literatura diverge quanto a etiologia e tratamento da mastite granulomatosa. No relato, uso de prednisona 60 mg/dia resultou em remissão completa da doença.

**Instituição:** Faculdade de Ciências e da Saúde de Juiz de Fora - Suprema - Juiz de Fora - MG

## GINECOMASTIA UNILATERAL EM IDADE PRÉ-ESCOLAR: RELATO DE CASO

**Autores:** Toledano, I.P.; Moura, R.S.Z.; Fontes, T.M.P.; Santos, R.L.C.; Mendonça, K.A.; Soares, P.R.G.

**Sigla:** G129

Introdução: Ginecomastia pré-puberal é caracterizada pela presença de tecido mamário palpável uni ou bilateral em meninos, na ausência de outros sinais de maturação sexual. A ginecomastia fisiológica é comum no período neonatal, início de puberdade e em idades avançadas. A ginecomastia pré-puberal, sobretudo em idade pré-escolar, é rara e sua etiologia não muito conhecida, com apenas alguns casos descritos na literatura. Dentre causas podemos citar: as patológicas, o uso de medicamentos, as genéticas, ou idiopáticas. Descrição do Caso: L.J.S. masculino, 3 anos, encaminhado pela sua pediatra que durante exame físico percebeu nódulo palpável em mama direita. Ao exame apresentava nódulo de 0,5 cm palpável em região retroareolar de mama direita, móvel, indolor e sem fluxo papilar associado. Não apresentava nenhum outro sinal de desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, visceromegalias e alterações à palpação dos testículos. A ultrassonografia de mama mostrava imagem nodular hipoecóica, de contorno regular medindo 6 x 3mm, em região retroareolar. Realizada nodulectomia com incisão periareolar revelando nódulo cístico arroxeadado medindo 1cm. Houve ruptura de parte do cisto durante a cirurgia liberando pequena quantidade de líquido acastanhado. O resultado do histopatológico revelou ginecomastia com dilatação cística ductal. Relevância: Descrever o Relato de Caso pela sua raridade para compor a casuística das ginecomastias em idade pré-escolar e ajudar a nortear condutas diagnósticas de casos futuros. Comentário: A faixa etária média de diagnóstico de ginecomastia na literatura é de 7 a 11 anos. O diagnóstico aos 3 anos é extremamente raro. No caso em questão o que chama a nossa atenção é um de seus irmãos também ter apresentado ginecomastia pré-puberal. O mecanismo exato da formação de ginecomastia no nosso caso permanece idiopático, até que possa se estabelecer uma causa genética. A investigação de ginecomastia unilateral deve abranger história detalhada, exame físico minucioso e testes hormonais para excluir doenças sistêmicas e neoplásicas. O tratamento

cirúrgico ainda é a única opção quando diante de hipertrofia glandular verdadeira.

**Instituição:** Hospital Municipal da Piedade - Rio de Janeiro - RJ

## RELATO DE CASO: NEOPLASIA DE MAMA EM HOMEM – RELATO DE 1 CASO

**Autores:** Aveiro, A.C.; Bordin Júnior, N.A.; Mansur, A.B.; Massari, P.G.; Moreno, M.Y.R.; Braga, L.B.M.

**Sigla:** G130

**Introdução:** A neoplasia de mama masculina é menos comum que a feminina. Nos Estados Unidos são diagnosticados 1500 novos casos por ano. A raridade dos casos não permite a realização de grandes estudos randomizados. **Descrição:** Paciente masculino, 65 anos, aposentado, procedente de Neves Paulista - SP, referindo nódulo em mama direita há 1 ano, refere ainda trauma na mesma mama há 7 anos, sem demais alterações associadas. Paciente hígido, ex-tabagista e ex-etilista. Refere história familiar negativa para neoplasias ginecológicas. Ao exame físico verificou-se presença de nódulo palpável em quadrante superior lateral de mama direita, endurecido, pouco aderido, medindo 3,0x2,5 cm. Exames de fora: ultra-sonografia de mamas realizada em 22/11/2014 evidenciando nódulo sólido, heterogêneo, de margens boceladas em quadrante superior lateral de mama direita, medindo 2,0x1,7 cm, distando 0,5 cm de pele e aspecto habitual de regiões axilares. Paciente foi, então submetido a core biopsy de mama direita em 26/01/2014 com resultado de carcinoma ductal invasivo grau 2. O material foi submetido a análise imuno-histoquímica com evidência de receptores para estrogênio e progesterona positivos, 95% e 2% respectivamente, e expressão de HER-2 duvidosa, dessa forma submetido a estudo FISH inconclusivo. Realizado estadiamento – T2N0M0 –, então, foi indicada mastectomia com biópsia de linfonodo sentinela. No ato cirúrgico, em 08/04/2015, procedeu-se com mastectomia e esvaziamento axilar, pois, paciente apresentou linfonodo sentinela comprometido (1/1) à congelação. O resultado anatomopatológico recebido em 24/04/2015 evidenciou produto de mastectomia direita: carcinoma ductal invasivo grau 2, com margens cirúrgicas livres; produto de esvaziamento axilar a direita: ausência de metástase em 22 linfonodos axilares examinados (0/22); e estadiamento patológico TNM: pT2 pN1b pMx. **Relevância:** Os relatos de casos promovem maior número de informações para avaliação de perfil das doenças e, assim, estabelecer tratamento e seguimento ótimos. **COMENTÁRIO:** O câncer de mama masculino, como o feminino, possui impacto na sobrevivência do paciente e merece igual importância apesar de sua raridade.

**Instituição:** Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP - São José do Rio Preto

## NEOPLASIA MAMÁRIA EM MULHER JOVEM COM IMPLANTE ESTÉTICO RECENTE

**Autores:** Bordin, L.P.; Poli, L.C.; Schiavini, I.P.; Bordin, M.C.P.; Bordin Júnior, N.A.

**Sigla:** G131

A cirurgia estética mamária é uma das mais bem-sucedidas da história da medicina, sendo uma conquista da mulher moderna. Cada vez mais mulheres jovens aderem às cirurgias estéticas mamárias, em faixas etárias nas quais a incidência de câncer de mama é muito baixa. Com incidência inferior a 1%, o desenvolvimento de neoplasia de mama em pacientes com menos de 30 anos está associado a fatores prognósticos desfavoráveis, com maior possibilidade de mutações nos genes BRCA 1 e 2, invasão linfovascular, tumores de alto grau e comprometimento axilar, tendo geralmente estádios clínicos e patológicos mais avançados. Relatamos o caso de JDC, 29 anos, branca, nuligesta, solteira, em uso de ACO há 12 anos e sem histórico familiar de neoplasias malignas. Procurou atendimento seis meses após implante estético mamário, ao ter palpado nódulo na mama direita. Ao exame físico: presença de nodulação em quadrante súpero-lateral (QSL) de mama direita de 3,0 cm. Realizou ultrassonografia (BI-RADS 4c), core biopsy e ressonância magnética de mamas, tendo sido diagnosticado carcinoma ductal invasivo grau II. A ressonância mostrou implantes de silicone em posição pré-peitoral sem sinais de ruptura intra ou extra-capsular e uma imagem grosseiramente ovalar com contornos espiculados no QSL da mama direita, medindo 3,2 x 2,1 x 2,4 cm, em íntimo contato com o implante de silicone. Distância lesão-papila= 4,0 cm; lesão-pele= 1,3 cm; lesão-músculo peitoral= 4,2 cm; ausência de imagens sugestivas de adenomegalias. Foi submetida à mastectomia preservadora da pele e do complexo aréolo-papilar, biópsia de ductos galactóforos intrapapilares e de linfonodo sentinela. No momento, aguarda resultado de exame de imunohistoquímica para tratamento complementar. A relevância é tratar-se de neoplasia maligna de mama em mulher muito jovem, sem histórico familiar de neoplasia e assintomática, que não possui indicação de screening para câncer de mama, porém que, após 6 meses do implante mamário, percebeu nodulação mamária. O caso mostra que o câncer de mama, apesar de raro nesta faixa etária, pode ocorrer e pode, casualmente, vir associado a procedimentos estéticos.

**Instituição:** Consultório privado - Mirassol

# GINECOLOGIA

## CONDUÇÃO DA PACIENTE COM TUMOR DE BRENNER NO HOSPITAL ESCOLA DA FACULDADE DE MEDICINA SÃO CAMILO – HOSPITAL GERAL DE CARAPICUIBA

**Autores:** Bretz, P.R.; Junior, M.C.C.; Mota, T.T.; Valente, V.; Antunes, D.R.V.; Ferreira, M.M.

**Sigla:** G132

Tumor de Brenner é um tipo de tumor de células transicionais, caracterizados por neoplasias fibroepiteliais, constituídas de tecido derivado do estroma ovariano e por células epiteliais. Representam de 2 a 3% de todos os tumores ovarianos, sendo a maioria benigno. Ocorrem geralmente em mulheres na quinta e sexta décadas de vida. Como são geralmente pequenos e unilaterais não apresentam manifestações clínicas e são geralmente achados cirúrgicos inesperados. A histerectomia total abdominal e salpingectomia bilateral representa o principal tratamento dos tumores de Brenner benignos. Z.M.R.S, 61 anos, internada no Hospital Geral de Carapicuíba no dia 02/11/2014 com dor de forte intensidade em região periumbilical, flanco e hipocôndrio esquerdo. Ao exame físico apresentava massa abdominal palpável, endurecida, imóvel que se estendia da pelve até 6 cm acima cicatriz umbilical. Realizado tomografia computadorizada de abdômen e pelve que evidenciou lesão localizada na projeção da pelve que se estendia até o mesogástrico, medindo 18 x 8 x 14 cm em contiguidade com o útero. A tomografia computadorizada de tórax apresentou nódulo calcificado em base do pulmão esquerdo, pequeno derrame pleural à esquerda e pequenos linfonodos calcificados no hilo pulmonar à esquerda. Após exames foi feito drenagem de derrame pleural com saída de exsudato. No oitavo dia de internação foi realizado laparotomia exploradora e salpingooforectomia à esquerda sem intercorrências. No terceiro dia de pós operatório evoluiu com sepse de foco pulmonar, sendo realizada antibiótico-terapia. Paciente com evolução satisfatória, recebe alta sem queixas no décimo quinto dia de pós operatório. Anatomopatológico: nódulo ovariano esquerdo medindo 20 x 14 x 10cm, pesando 1350g, com diagnóstico de tumor de células transicionais Brenner benigno. A relevância do relato clínico deu-se no sentido da rara incidência do tumor de Brenner que apesar da clínica florida: massa volumosa e derrame pleural, trata-se de uma lesão benigna. O caso em questão apresentou melhora lentificado devido agravo pulmonar, uma vez que a grande maioria dos pacientes, apresentam melhora rápida e plena com a exérese do tumor.

**Instituição:** Hospital Geral de Carapicuíba - Carapicuíba - SP

## TUMOR DO SEIO ENDODÉRMICO AVANÇADO E PRESERVAÇÃO DA FERTILIDADE EM PACIENTE DE 19 ANOS – RELATO DE CASO

**Autores:** Herbas, A.B.A.; Otofujii, C.M.; Pinto, G.L.S.; Dias, M.P.; Gebrim, L.H.; Signorini Filho, R.C.

**Sigla:** G133

Introdução: Tumor do seio endodérmico é neoplasia maligna de células germinativas com incidência de 4,8/1.000 mulheres, apresentando alto potencial de malignidade. Apresentam alta quimiossensibilidade ao esquema BEP (bleomicina, etoposídeo e cisplatina), com remissão em 81% dos casos, a despeito do tratamento cirúrgico. Relato de Caso: CSP 19 anos, solteira, admitida no Hospital Perola Byington com queixa de dor pélvica há 19 dias, aumento do volume abdominal e febre. Nuligesta, sem patologias prévias, em uso de anticoncepcional oral. Exame físico: massa palpável até cicatriz umbilical, toque vaginal doloroso com abaulamento de fundo de saco posterior, preenchido pela referida massa. Ultrassonografia evidenciou massa sólida suprauterina, ecotextura heterogênea, hipocóica, contornos lobulados e áreas císticas de permeio, de 16,5 x 8,2 x 15,5 cm (1.107cc). Exames laboratoriais sem sinais infecciosos e beta-hCG negativo. Submeteu-se a laparotomia exploradora com achado de tumor ovariano à direita de 16 cm, sólido, aspecto degenerado, aderido ao útero e peritônio vesical, sugestivo de malignidade. Realizada anexectomia direita. O anatomopatológico (AP) foi de carcinoma pouco diferenciado, com extensas áreas de necrose, e tuba direita livre de neoplasia. Imunohistoquímica compatível com tumor do seio endodérmico (alfa1-fetoproteína e CK AE1/AE3 positivos). Alfafetoproteína sérica de 1727,2 ng/dl (normal <0,8 ng/dl). No 30º dia pós-operatório, realizou tomografia de abdome com formações expansivas sólidas de 3,7 cm e 4,0 cm em topografia parauterina esquerda, de provável natureza ovariana, ausência de lindonodomegalia. Em virtude do comportamento agressivo do tumor, paciente jovem com desejo gestacional futuro, optou-se por indicar quimioterapia adjuvante e reestadiamento após 4 ciclos. Realizada primeiro ciclo com boa resposta e tolerância. Discussão: Paciente com tumor do seio endodérmico, subestadiada com anexectomia, seria proposto restadiamento cirúrgico com linfadenectomia. Uma vez que apresentou recidiva pélvica precoce, optou-se pelo tratamento complementar não cirúrgico, considerando-se a cirurgia citoredutora sem impacto no prognóstico, nesse momento.

**Instituição:** Centro de Referência de Saúde da Mulher - Hospital Perola Byington - São Paulo - SP

## SOBREVIDA DE NEOPLASIA MALIGNA DE VULVA FRENTE AO ACOMETIMENTO LINFONODAL

**Autores:** Kameo, D.A.; Almeida, T.G.; Brandão, M.D.C.; Komatsu, M.; Barbosa, F.A.

**Sigla:** G134

O carcinoma de vulva representa 3 a 5 % das neoplasias malignas do trato genital feminino, cujo principal tipo histológico é o carcinoma espinocelular (CEC). Acomete a faixa etária acima dos 60 anos, mas vem crescendo entre as mulheres jovens. Sua disseminação é predominantemente linfática, onde o comprometimento linfonodal está relacionado com a diminuição da sobrevida. Relato de Caso: I.M.S.O, 64 anos, natural de Minas Gerais, com história de prurido e lesão hipocrômica vulvar, anátomo patológico (AP) de biópsia excisional de 09/2008: Liquen Escleroso Atrófico. Apresentou nova lesão em 05/2010, realizado biópsia cujo resultado apresentou o CEC invasivo vulvar. Foi encaminhada ao setor de onco ginecologia do Hospital Santa Marcelina em 07/2010. Queixava-se de perda ponderal (5 kg), exame físico: tumoração exofítica vulvar 4x4 cm em região fúrcula e pequenos lábios a esquerda, linfonodomegalia coalescente em região inguinal esquerda (10x10 cm) e a direita (3 cm). Feito Tomografia Computadorizada (TC) que não revelaram doença a distância. Submetida a vulvectomia radical com linfadenectomia inguinal bilateral e rotação de retalho de glúteo em 08/2010. O resultado do AP revelou que as margens profundas eram coincidentes com a neoplasia e os linfonodos inguinais comprometidos. Encaminhada para tratamento adjuvante com radioterapia e quimioterapia. Em 10/2010 durante o seguimento fez TC de pelve que evidenciou linfonodomegalia ilíaca esquerda, resistente à quimioterapia e radioterapia. Realizado a linfadenectomia pélvica esquerda e direita e anexectomia bilateral em 09/2011 (AP: Cec metastático a esquerda). Foi à óbito em 08/2012 devido à disseminação sistêmica da doença. Conclusão: O comprometimento linfonodal está diretamente relacionado à sobrevida, somente 20% dos casos apresentam sobrevida global em 5 anos quando presente bilateralmente, o caso apresentado é condizente com a literatura, onde 80% sucumbem antes dos cinco anos quando há comprometimento linfonodal.

**Instituição:** Hospital Santa Marcelina - São Paulo - SP

## PAGET VULVAR EM ADOLESCENTES - RELATO DE CASO

**Autores:** Rosa, T.S.F.; Giacon, P.P.; Jedrim, L.H.; Signorini Filho, R.C.

**Sigla:** G135

Descrita em mulheres acima de 60 anos, origina nas células de Toker, componentes normais do epitélio com ductos de glândulas mama-similes, que são estruturas écrinas e apócrinas da vulva. Relato de Caso: MSS, 19 anos, hígida, nuligesta, tumor vulvar esquerda de 5cm, endurecido, com linfonodomegalia inguinal ipsilateral, submetida a exérese de lesão e linfadenectomia em 28/02/14, intraoperatório sem definição histológica. Anatomopatológico resultou neoplasia maligna pouco diferenciada, invasiva, de 6,5cm, margem profunda comprometida. Imunohistoquímica sugeriu provável metástase de sítio primário em mama, rim ou pulmão. Evolui com deiscência local e cicatrização por segunda intenção. Ressonância magnética de tórax, mamas, abdome e pelve sem lesões primárias, marcadores tumorais séricos negativos. Em reavaliação pós cirúrgica, observada tumoração inguinal de 5cm sugestiva de recidiva linfonodal precoce. Optado por ampliação de margem vulvar e nova ressecção dos linfonodos inguinais e pélvicos esquerdos em 30/06/14, sendo 2/17 comprometidos, margens livres, estadiopatológico final IVB. Realizado aspiração folicular ovariana para fins de manutenção de potencial reprodutivo. Submetida à radioterapia externa, sem indicação de quimioterapia adjuvante pela oncologia clínica. Em controle trimestral, sem sinais de recidiva até o presente momento. Discussão: A característica primária da lesão da doença de Paget se assemelha a uma dermatite eczematosa, o que pode ter atrasado muito o diagnóstico. Quando invasivo e metastático, seu prognóstico é reservado. Metástases linfonodais são frequentes, recidivas locais também, com grande ocorrência de falso negativos em exame intraoperatório das margens cirúrgicas. Devido à falta de experiência suficiente, autores advogam conduta semelhante aos carcinomas de mama de tecido ortotópico.

**Instituição:** Centro de Referência da Saúde da Mulher - Hospital Pérola Byington - São Paulo

## DISGERMINOMA OVARIANO: RELATO DE CASO

**Autores:** Tarozzo, K.A.; Andrade, A.V.A.; Giampietro, M.M.; Alba, A.P.R.A.; Garcia, C.A.G.; Navarro, T.B.N.

**Sigla:** G136

Introdução: Os tumores malignos de células germinativas são responsáveis por menos de 5% das neoplasias malignas de ovário 1, 2. Incluem o disgerminoma, o tumor de saco vitelínico, o teratoma imaturo, dentre outros2. Metade dos tumores malignos de células germinativas são disgerminomas 2. É o mais comum, dentre os tumores malignos de ovário, em pacientes menores de 20 anos de idade5. Cerca de 5% são descobertos em mulheres fenotípicas com gônadas cariotipicamente anormais2. Normalmente são tumores percebidos pelo aumento do

volume abdominal.<sup>1,2</sup> Os disgerminomas são bastante radiosensíveis <sup>1</sup> e possuem o melhor prognóstico dentre as neoplasias malignas de ovário <sup>1,2</sup>. Descrição do Caso: APLO, 30 anos, com queixa de aumento do volume abdominal há 6 meses. Possuía ciclos eumenorreicos e uma filha viva de 9 anos. Ao exame encontrava-se com alteração no volume abdominal associado a massa palpável móvel que se estendia de fossa ilíaca direita ao hipocôndrio homolateral. Ultrassonografia transvaginal (USTV) demonstrou tumor pélvico à direita (14,6x11,4x9,1 cm) com componente sólido levemente ecogênico e imagem cística de permeio. Após dois meses, a imagem aumentou de tamanho (15x12,7x10,5 cm). Realizada laparotomia exploradora onde foi colhido líquido ascítico para análise citológica. Observou-se massa tumoral ovariana à direita, íntegra, com dimensões 28x20x7 cm e margens livres. O exame anatomopatológico intra-operatório sugeriu disgerminoma, confirmado posteriormente na parafina. Realizada histerectomia total, salpingooforectomia bilateral, omentectomia infra-cólica e avaliação de linfonodos pélvicos e paraórticos. Posteriormente a paciente foi encaminhada à Oncologia para Quimioterapia adjuvante. Relevância: Por se tratar de um tumor que acomete mulheres jovens e, na maioria das vezes, sem prole constituída, o tratamento do disgerminoma traz ao cirurgião um grande impasse entre prosseguir o estadiamento ou preservar a fertilidade da paciente. Por isso, no ato cirúrgico deve-se pesar riscos e benefícios, sem perder de vista o melhor prognóstico para cada caso.

**Instituição:** Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - Sorocaba - SP

## MELANOMA MALIGNO RETROPERITONEAL: RELATO DE CASO

**Autores:** Carvalho, K.B.S.; Ranciaro, B.H.; Tayfour, N.M.; Miyabe, M.M.; Guedes, R.L.; Martins, J.A.

**Sigla:** G137

**Introdução:** O melanoma maligno é um tumor originário dos melanócitos, que derivam da crista neural, a qual migra durante o desenvolvimento embrionário, sendo encontrada em sítios não cutâneos. Os melanomas malignos de pele são facilmente diagnosticados, porém alguns se apresentam como formas primárias não cutâneas ou doenças metastáticas e podem mimetizar outros tumores. Descrição do Caso: Paciente de 31 anos, internada por aumento de volume abdominal e dor tipo cólica em hipogástrio. Realizada ultrassonografia pélvica que evidenciou volumosa massa sólida hipervascularizada de 511,5 cm<sup>3</sup> em fundo de saco posterior, com componente cístico interno de 121,5 cm<sup>3</sup> de paredes irregulares e conteúdo anecóico e homogêneo, em continuidade com terço inferior do

corpo uterino e colo do útero. Em tomografia computadorizada (TC) de abdome total foi visualizada formação expansiva sólido-cística de contornos regulares, de 12,8 x 10,7 cm, sugestivo de neoplasia ovariana. Foram realizados endoscopia e colonoscopia, normais; cistoscopia, com presença de abaulamento extrínseco que impossibilitou sua realização; TC de tórax normal e dosagem de marcadores tumorais, negativos. Submetida à laparotomia exploradora com achado intraoperatório de massa retroperitoneal em espaço vésico-uterino com plano de clivagem com útero e bexiga, de aproximadamente 15 cm de diâmetro. Peça cirúrgica enviada para congelação, cujo relatório imediato sugeria hematoma crônico ou endometriose. Apresentou boa evolução no pós-operatório e resultado anatomo-patológico definitivo de melanoma maligno retroperitoneal. Segue em investigação para determinação de origem primária da lesão, visto não apresentar lesão nos sítios mais comuns de acometimento. Relevância: O melanoma retroperitoneal primário é extremamente raro, especialmente em pacientes jovens, com apenas 7 casos descritos na literatura. Por isso seu estudo é importante para realização de diagnóstico diferencial, inclusive de tumores ginecológicos e para maior conhecimento acerca da doença. Comentários: Devido à raridade desta patologia, seu diagnóstico apresenta-se como um desafio, geralmente ocorrendo tardiamente e impactando na sobrevida.

**Instituição:** Hospital do Servidor Público Estadual - Francisco Morato de Oliveira - São Paulo - SP

## SARCOMA DE OVÁRIO APÓS DIAGNÓSTICO DE TUMOR DAS CÉLULAS DA GRANULOSA JUVENIL

**Autores:** Kameo, d.A.; Almeida, T.G.; Brandão, M.D.C.; Komatsu, M.; Andrade, J.L.P.

**Sigla:** G138

**Introdução:** Sarcomas de ovário são tumores de linhagem mesenquimal raros, ocorrem de forma heterogênea e 80% dos casos incidem na pós-menopausa. Os sinais clínicos são semelhantes aos tumores de linhagem epitelial. O tratamento visa a citorredução, seguida de quimioterapia com derivados da platina. Relato de Caso: M.C.S., 19 anos, natural de São Paulo, sem patologias de base, em seguimento desde 07/2008 após o tratamento (anexectomia direita, linfadenectomia pélvica e omentectomia infracólica), com o diagnóstico de tumor de células da granulosa juvenil. Permaneceu assintomática até 02/2011, quando apresentou dor e aumento do volume abdominal acompanhado de anemia. A Tomografia de abdome e pelve apresentavam extensa massa abdomino-pélvica com moderada quantidade de líquido livre em cavidade abdominal. Foi submetida a laparotomia em caráter de urgência com histerectomia e exérese

de tumor pélvico roto em anexo esquerdo com presença de grande hemoperitônio (citorredução subótima). Anátomo Patológico (AP): Fibrossarcoma. Iniciou em 04/2011 tratamento com doxorubicina e ifosfonamida com progressão da doença. As tomografias evidenciaram moderada uretero hidronefrose bilateral, tumor em pelve apresentando componente infiltrativo acometendo mesentério e a parede posterior da bexiga e reto. Em 07/2011 foi submetida a nova abordagem com exérese de massa pélvica e coágulos, não sendo possível a ressecção completa do tumor (AP: Sarcoma de alto grau). Iniciou a quimioterapia paliativa com carboplatina e paclitaxel semanal, interrompido no terceiro ciclo por progressão da doença, indo a óbito em 01/2012. Discussão: Sarcoma de ovário é raro e agressivo com prognóstico sombrio. O tratamento recomendado é cirúrgico (citorredução ótima) seguido de quimioterapia (carboplatina e paclitaxel ou cisplatina e ifosfonamida). O intervalo livre de doença e a sobrevida global em comparação com as neoplasias de linhagem epitelial de mesmo estágio tem piores escores. No caso apresentado, não foi possível a citorredução ótima devido ao acometimento infiltrativo de órgãos e parede pélvica abdominal, fatores que levaram ao declínio acelerado da paciente.

**Instituição:** Hospital Santa Marcelina - São Paulo - SP

## FIBROSSARCOMA DE OVÁRIO

**Autores:** Brandão, M.D.C.; Almeida, T.G.; Komatsu, M.; Figueiredo, M.C.V.; Videira, M.; Andrade, J.L.P.

**Sigla:** G139

Introdução: Sarcoma de ovário é uma neoplasia rara, sendo o fibrossarcoma extremamente raro dentre os tipos histológicos. Cerca de 80% ocorre em mulheres pós-menopausadas. As manifestações clínicas são inespecíficas, sendo o principal a massa palpável. O principal tratamento é a ressecção cirúrgica completa, visto que a quimioterapia ainda não tem um impacto definido no tratamento. Relato de Caso: L.G.M., 49 anos, evangélica, branca, natural de São José do Rio Preto, encaminhada ao ambulatório de oncoginecologia em 26/11/2014 devido a dor abdominal intermitente especialmente em epigástrico e em flanco esquerdo há 1 mês, associada à aumento do volume abdominal e perda ponderal de 6 kg em 2 meses. Apresentava marcadores tumorais de (05/11/14): CA125 235; CA19-9 10,98; DHL 247; CEA 0,7; Fosfatase Alcalina 60; Alfa-Fetoproteína 1,6; BHCG < 0,1. Na Tomografia de Abdomen/Pelve de (23/10/14) havia uma volumosa formação expansiva, heterogênea e lobulada, medindo cerca de 26 x 24 x 10 cm extendendo-se da pelve até região epigástrica, comprimindo e deslocando estruturas adjacentes. Foi submetida a laparotomia exploradora em 22/01/15, com identificação de massa pélvica lobulada, vascularizada, sangrante e friável de

cerca de 30 cm, firmemente aderida em alças de intestino delgado, bexiga, peritônio, epiplon e parede pélvica sendo realizada a ressecção completa da mesma. Evoluiu no intra-operatório com choque hipovolêmico, sendo politransfundida e posteriormente transferida para UTI. A congelação concluiu tumor mesenquimal sugestivo de sarcoma de ovário e o anátomo-patológico diagnosticou sarcoma fusocelular em massa tumoral pélvica com infiltração em epiplon, sendo confirmado fibrossarcoma do ovário em imunohistoquímica. Iniciou quimioterapia com adriamicina (6 ciclos) em 20/03/15. Paciente segue em quimioterapia, em acompanhamento com equipe de oncologia clínica. Discussão: Fibrossarcoma de ovário é extremamente raro e apresenta um comportamento agressivo. O tratamento principal é a cirurgia, porém a quimioterapia tem caráter complementar, com intuito de aumentar a sobrevida global e sobrevida livre de doença, sem esquema efetivo estabelecido pela literatura.

**Instituição:** Hospital Santa Marcelina - São Paulo - SP

## ASSOCIAÇÃO DE CARCINOMAS DE MAMA E OVÁRIO SINCRÔNICOS: RELATO DE CASO

**Autores:** Novacek, M.M.R.; Toloni, L.H.D.; Madlum, C.M.; Vieira, N.C.M.; Kobashigawa, R.Y.G.; Wolgien, M.D.C.G.M.

**Sigla:** G140

Introdução: Com o aumento da expectativa de vida de portadoras de neoplasias malignas, pelos avanços diagnósticos e terapias alvo específicas, observa-se associação de neoplasias, em sítios diferentes, sendo o carcinoma de mama e ovário sincrônicos, entidade rara, de difícil diagnóstico, com necessidade de diagnóstico diferencial entre lesão primária e metastática. Descrição do Caso: S.M, 56anos, 7gestações (4 cesárias, 3abortos), encaminhada ao nosso Serviço, por mamografia com laudo radiológico de Birads 5, com nódulo espiculado, na mama direita, medindo 3,0cm de diâmetro. Ao exame físico notou-se nódulo irregular, endurecido, não aderente a planos profundos, de 3,0cm de diâmetro na mama direita, com gânglios axilares palpáveis, e endurecidos. Realizou-se biópsia mamária por agulha grossa, com laudo anatomopatológico de carcinoma mamário invasivo, e punção axilar, com citologia positiva para malignidade. Evoluiu subitamente com abdome agudo obstrutivo, e ao ultrassom, visibilizou-se massa anexial à esquerda medindo 100x76x85mm. Optou-se por cirurgia em tempo único, sendo realizada quadrantectomia mamária com linfadenectomia axilar e laparotomia exploradora, com laudo anatomopatológico de carcinoma mamário invasivo, grau 3 nuclear, com 3,0 cm de diâmetro, metástases em 4 gânglios axilares, e perfil imunoistoquímico triplo negativo. A Laparotomia mostrou massa pélvica irrissecável, com laudo anatomopatológico, de biópsias múltiplas, de adenocarcinoma

# GINECOLOGIA

ovariano seroso papilífero invasivo, grau nuclear 3. Realizou quimioterapia com Taxol e Carboplatina, além de radioterapia e nova cirurgia abdominal. Relevância: Por ser patologia rara e de difícil diagnóstico, o carcinoma de mama e ovário sincrônicos, devem ser lembrados no meio acadêmico, reforçando a importância do diagnóstico diferencial entre carcinoma primário e metastático, por terem terapias e prognósticos distintos, interferindo na sobrevida da paciente. Comentários: O carcinoma de mama e ovários sincrônicos requer manejo adequado com diagnóstico diferencial entre carcinoma metastático secundário, e terapia com atenção especial a ambos os tumores e às progressões tumorais.

**Instituição:** Hospital Municipal Maternidade Escola Vila Nova Cachoeirinha - São Paulo - SP

## CARCINOMA PAPILÍFERO ASSOCIADO A CISTO COMPLEXO DE MAMA: RELATO DE CASO

**Instituição:** Toloni, L.H.D.; Madlum, C.M.; Vieira, N.C.M.; Cançado, J.M.S.; Kobashigawa, R.Y.G.; Wolgjen, M.D.C.G.M.

**Sigla:** G141

**Introdução:** A faixa etária de maior incidência de cistos mamários é de 35 a 50 anos, período de involução da glândula mamária, que pelo constante estímulo hormonal via esteroides sexuais, leva à síntese de colágeno, fibrose, obstrução de ductos mamários e formação de cistos. O carcinoma papilífero nos cistos mamários cresce sob a forma de papilas. A abordagem diagnóstica inclui exames de imagem, como a mamografia e a ultrasonografia, punção guiada, e exame imunoistoquímico, entre outros. O diagnóstico diferencial deve ser entre o carcinoma medular e o carcinoma colóide. O carcinoma papilífero invasivo é entidade rara, e cursa com bom prognóstico quando diagnosticado precocemente e tratado oportunamente. Descrição do Caso: M.A.S, 50 anos, nuligesta, sem comorbidades, encaminhada ao nosso Serviço com mamografia com laudo radiológico de BIRADS 0, apresentando nódulo mamário regular, isodenso, na mama esquerda no quadrante inferomedial de 4,0 cm de diâmetro. Ao exame físico, constatou-se nódulo regular, fibroelástico, móvel, na mama esquerda, de 4,0 cm de diâmetro, ausência de fluxo papilar e axilas livres. Ao ultrassom visível cisto complexo com lesão papilar, que teve punção guiada, cujo laudo citológico foi negativo para malignidade. Realizado exérese cirúrgica, que revelou laudo anatomopatológico de carcinoma papilífero invasivo, grau 3 nuclear, com extensa necrose tumoral e imunoistoquímica positiva para receptores hormonais, negativa para o receptor do fator de crescimento epidérmico HER2, e com atividade mitótica do Ki67 de 15%. Relevância: Por ser o carcinoma papilífero invasivo associado a cistos, patologia rara e com baixa Conclusão:

diagnóstica por meio de punção mamária, e por envolver vários critérios nas opções terapêuticas, desde procedimentos simples a cirurgias radicais com o uso de terapias adjuvantes, cursando com bom prognóstico quando diagnosticado precocemente e tratado oportunamente, é importante ser lembrado no meio acadêmico. Comentários: Deve-se ficar atento a lesões císticas, e de maneira individual, prosseguir a investigação diagnóstica, com o objetivo de diagnóstico precoce e tratamento oportuno, dando melhor prognóstico à paciente.

**Instituição:** Hospital Municipal Maternidade Escola Vila Nova Cachoeirinha - São Paulo - SP

## ESTENOSE VAGINAL APÓS HERPES GENITAL AGUDO

Gualtieri, F.G.; Loreto, T.M.; Apfel, V.; Kemp, M.M.; Takano, C.C.; Sartori, M.G.F

**Sigla:** G142

**Introdução:** Herpes genital é uma doença sexualmente transmissível (DST) de alta prevalência, causada pelo vírus do herpes simples tipo 2 (HSV2). Após contágio, o HSV replica-se em raízes nervosas e sazonalmente causa recidiva das lesões. Nos quadros agudos, há pequenas vesículas em genitais (podem acometer meato uretral e região anal) e são quadros autolimitados em imunocompetentes. Em imunocomprometidos ou situações excepcionais, podem levar a complicações sérias; por exemplo, repercussões neurológicas, implicações na gestação e quadros dramáticos de transmissão vertical, associação com HIV e outros agentes etiológicos que causam comprometimento sistêmico. A principal complicação local é infecção bacteriana genital, em geral de fácil controle. O caso reporta infecção secundária à HSV2 com rápida evolução que causou estenose vaginal. Descrição do Caso: LOR, 25 anos, natural e procedente de São Paulo, nuligesta, uso contínuo de Tamisa30, encaminhada do Pronto Socorro do Hospital São Paulo (HSP) para a Uroginecologia da Escola Paulista de Medicina por estenose vaginal após herpes genital com infecção bacteriana secundária em 19/12/14. Foi tratada com antibióticos e aciclovir, regredindo o quadro agudo. Porém, evoluiu com seqüela fibrótica local que a deixou sexualmente inativa. Ao exame físico, não foi possível toque unidigital nem exame especular, por estenose do 1/3 inferior da vagina, foi medido 2 cm de comprimento vaginal com cotonete. À ultrasonografia transretal, útero e ovários normais. Tentativa de dilatação e tratamento com laser, sem sucesso por dor intensa que impossibilitou acesso ao canal vaginal. Realizada cirurgia em 08/05/2015 no HSP. Achado intra-operatório: sinéquia em todo 1/3 inferior de vagina, facilmente desfeita, realizada hemostasia e colocada tela de celulose oxidada (Surgicell) na área cruenta. Relevância: Caso inédito de estenose vaginal

por infecção secundária à quadro herpético aguda. Comentários: Importância em atentar ginecologistas para complicações do HSV, ressaltar o papel diagnóstico e intervenção precoce para evitar repercussões na qualidade de vida. Ademais, é uma DST prevalente e é importante orientar sobre preservativos.

**Instituição:** Escola Paulista de Medicina - São Paulo - SP

## LINFANGIOMA CIRCUNSCRITO DA VULVA

**Autores:** Menezes, R.S.; Cytryn, A.; Leite Filho, A.F.L.; Mauro, F.M.; Bittar, J.P.; Rodrigues, C.M.S.

**Sigla:** G143

**Introdução:** O linfangioma é uma desordem benigna rara dos canais linfáticos do tecido subcutâneo e derme profunda. Pode ser circunscrito (mais comum), cavernoso e cístico. O diagnóstico é histopatológico. O tratamento padrão é a excisão cirúrgica das lesões e a recorrência é comum. Relato do caso: M.L.A.M., 66 anos, virgo, relata lesões vulvares papulovesiculosas, há 6 anos, com piora há 3 anos devido a linfedema e desconforto local. Foi submetida à hysterectomia total e salpingooforectomia bilateral por adenocarcinoma de endométrio em 1999, seguida por radioterapia. Ao exame, volumoso linfedema nos grandes lábios e monte de Vênus, principalmente à esquerda; lesões papulovesiculosas violáceas agrupadas focalmente acima do clitóris e no terço inferior do grande lábio esquerdo, que podem ser vistas difusamente nos grandes lábios. A paciente foi submetida à ressecção das lesões vulvares agrupadas. O histopatológico confirmou o diagnóstico de linfangioma circunscrito vulvar (LCV). **Relevância:** Relatar um caso raro de LCV, enfatizando seus diagnósticos diferenciais e condições predisponentes. **Comentários:** O linfangioma é uma neoplasia vascular derivada de anomalias do desenvolvimento e crescimento do sistema linfático. O subtipo circunscrito pode ser: primário, quando presente desde o nascimento ou infância; ou secundário, causado por um dano ao fluxo linfático. O acometimento vulvar é raro. Condições que predisponham a obstrução linfática ou danos aos canais levam a forma adquirida: cirurgias pélvicas radicais; radioterapia; infecções crônicas; Doença de Crohn com acometimento perineal. A clínica mais característica é a de pequenas lesões bolhosas múltiplas ou vesículas translúcidas, das quais escorre líquido claro, podendo haver linfedema coexistente. Pode mimetizar outras desordens vulvares como verrugas genitais associadas ao HPV, herpes zoster, molusco contagioso, angiofibroma celular, câncer e, por isso, o diagnóstico através da biópsia é necessário. O histopatológico é caracterizado por vasos superficiais ectasiados, preenchidos por linfa e circundados por cones epidérmicos, associados

a infiltrado inflamatório. O tratamento preferencial é a excisão cirúrgica.

**Instituição:** Hospital Federal de Ipanema - Rio de Janeiro - RJ

## CONDILOMATOSE VULVAR INFANTIL

**Autores:** Dias, H.M.; Obeica, B.; Aide, S.; Duval, I.; De La Roque, M.; Bravo, R.S.

**Sigla:** G144

O condiloma acuminado é uma forma de apresentação clínica da infecção pelo Papiloma Vírus humano (HPV). Se diagnosticado em pacientes pediátricos, deve ser sempre investigada uma possível história de abuso sexual. O uso do imiquimode tem sido testado como opção de tratamento nestes casos. O objetivo deste relato é demonstrar a resposta terapêutica do imunostimulador em criança. **Descrição do Caso:** B.I.S.J, 1 ano e 8 meses, branca, nascida de parto cesáreo. Encaminhada ao serviço de Patologia Vulvar do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP) em março de 2015 devido lesões verrucosas em genitália, notada pela avó, com evolução progressiva de seu tamanho nos últimos 4 meses. Há relatos de tratamento de condilomatose vulvar materna durante a gestação. Ao exame, apresentava lesão condilomatosa de, aproximadamente 4 cm, abrangendo parte inferior do monte de vênus, se estendendo aos grandes lábios em seus terços superiores (Foto A). Foi prescrito imiquimode por 1 mês, em dias alternados. Na revisão de 30 dias, foi observada regressão em 90% da lesão em monte de vênus e grandes lábios, apresentando ainda lesão de, aproximadamente, 0,3 cm em comissura anterior dos grandes lábios e eritema reacional no local da aplicação (Fotos B e C). **Relevância:** Houve melhora do quadro com remissão das lesões apenas pelo uso de Imiquimode. Além disso, sendo um método não invasivo e indolor ideal para pacientes pediátricos. **Comentários:** O uso de Imiquimode para tratamento de verrugas genitais e perianais tem se mostrado eficiente como método isolado ou combinado. Sua administração na infância tem sido orientada por diversos estudos na literatura médica, porém, ainda não há uma limitação de dados sobre sua segurança e eficácia em crianças abaixo de 12 anos. O regime de tratamento indicado é de aplicação local 3x na semana, de um a quatro meses. Seu efeito colateral mais comum é a irritação da pele no local da aplicação.

**Instituição:** Hospital Universitario Antonio Pedro - Rio de Janeiro - RJ

## PÓLIPO ENDOCERVICAL GIGANTE SUSPEITO

**Autores:** Meletti, N.F.T.; Soares, M.C.C.; Dourado, M.M.K.; Lima, S.P.L.; Pantaleão, J.A.S.; do Val, I.C.C

**Sigla:** G145

Pólipos endocervicais são lesões compostas por estroma endocervical coberto por epitélio, em geral são menores que 2 cm. Pólipos endocervicais gigantes são raros e por isso é importante realizar o diagnóstico diferencial descartando malignidade. Apresentamos o caso de paciente de 23 anos de idade, encaminhada da rede Básica de Saúde ao Serviço de Ginecologia, por massa cervical exofítica identificada ao primeiro exame ginecológico. Não havia queixa de sangramento anormal, sinusorragia ou dispareunia; apenas de secreção vaginal aumentada. Referiu eliminação espontânea de pólipo via vaginal aos 18 anos, na ocasião era virgo. Negava qualquer comorbidade. Ao exame especular detectada massa protrusa no canal vaginal, rósea e abundante secreção mucóide. Ao toque a massa era discretamente friável, fibroelástica, superfície irregular nodular, ocupando o fundo de saco vaginal. O pedículo era longo e de proveniência cervical uterina. Paramétrios livres e ao toque retal não havia projeção ou acometimento de sua mucosa. Biópsias: a primeira por "saca-bocado"- ambulatorial, a segunda na Histeroscopia; ambas excluíram malignidade e apontavam para origem cervical da lesão. À Histeroscopia verificou-se que a lesão era proveniente do terço superior do canal endocervical distando 1cm do orifício interno, dado avalizado pela Ressonância Magnética de Pelve que demonstrou não haver acometimento de linfonodos e excluiu invasão pela massa. Submetida em Fevereiro de 2015 à exérese da lesão por de secção do pedículo com bisturi elétrico e hemostasia do colo através de sutura e eletro-cauterização. Estudo histopatológico confirmou o laudo de pólipo endocervical medindo 10x9x5 cm e peso de 270g. A paciente continua o seguimento ambulatorial e não apresentou queixas ou recorrência. A importância deste Relato de Caso se aplica à necessidade de considerar os diagnósticos diferenciais, principalmente causas malignas. Visto se tratar de pólipo endocervical de comportamento atípico pelo seu tamanho, aspectos identificados ao exame físico e dados de anamnese. Apesar de serem na sua maioria benignos, há transformação maligna relatada na literatura até 1,7% dos casos o que endossa a importância e atenção a este caso singular.

**Instituição:** Hospital Universitário Antônio Pedro, Serviço de Ginecologia, Universidade Federal Fluminense - Niterói - RJ

## CONDILOMATOSE GENITAL ACENTUADA EM PACIENTE SOROPOSITIVA. RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

**Autores:** Coscia, E.B.; Camargo, M.C.A.; Almeida, M.M.; Crespi, A.C.; Ezaki, L.T.D.; Dias, L.C.

**Sigla:** G146

A infecção pelo Papiloma vírus humano (HPV) é a doença sexualmente transmissível mais comum em todo o mundo e um sério problema em termos de saúde pública no Brasil. O HPV é um DNA-vírus com mais de 120 subtipos identificados, 40 dos quais podem infectar o trato genital. Estão divididos em 2 grupos, de acordo com seu potencial de oncogenicidade. Os tipos de alto risco oncogênico, têm relação com o desenvolvimento das neoplasias intra-epiteliais de alto grau e do câncer invasor do colo uterino, da vulva, da vagina e da região anal. Os tipos de baixo risco oncogênico, especialmente os subtipos 6 e 11 são responsáveis pelo desenvolvimento dos condilomas genitais. Em pacientes imunodeprimidas, as lesões condilomatosas tornam-se mais prevalentes e com maior índice de recorrência, além do fato de sua evolução natural poder ocorrer de maneira acelerada e intensa. Descreve-se o caso de uma paciente de 42 anos, soropositiva há 10 anos com quadro de condilomatose genital acentuada, acometendo o colo uterino, as paredes vaginais, introito vaginal, vulva, períneo e a região perianal. As lesões verrucosas eram incontáveis e de dimensões variadas, atingindo as maiores aproximadamente 5 cm. O exame de colpocitologia oncótica atual era compatível com Lesão intraepitelial de baixo grau e a biópsia de uma das lesões genitais foi conclusiva para condiloma acuminado. A abordagem terapêutica proposta foi a realização de cauterização elétrica das lesões menores e ressecção cirúrgica das lesões maiores. O procedimento foi feito sob bloqueio anestésico (Raqui-anestesia) em duas etapas, devido à extensão da doença. A paciente evoluiu de forma satisfatória e até o momento não apresenta recidiva do quadro. A relevância do estudo está em relacionar e discutir as doenças HPV induzidas em pacientes soropositivas e revisar a literatura pertinente.

**Instituição:** Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Sorocaba. PUC - Sorocaba - SP

## DERMATOSE VULVAR MIMETIZANDO VERRUGAS GENITAIS INDUZIDAS PELO PAPILOMAVIRUS HUMANO (HPV)

**Autores:** Campaner, A.B.; Henrique, L.Q.; Lopes, A.C.M.; D'Avila, F.S.; Veasey, J.V.; Nishimura, C.M.

**Sigla:** G147

Dermatoses vulvares são condições inflamatórias responsáveis pela crônica ou recorrente coceira e dor. As lesões são circunscritas à vulva ou associados a localizações extragenitais. Elas devem ser diferenciadas das doenças infecciosas ou neoplásicas que podem ter semelhanças clínicas. O líquen simples crônico é uma dermatose vul-

var que pode afetar várias áreas do corpo, incluindo a vulva. O ato de coçar ou esfregar cronicamente a pele leva a alterações epiteliais como: hipertrofia, liquenificação e hiperqueratose. Estas alterações provocam mais prurido e coçadura, que por sua vez entra em um ciclo refratário de prurido-coçadura-prurido. A pele danificada perde a função de barreira protetora e fica suscetível à infecções secundárias. Relatamos o caso de uma paciente do sexo feminino, VLS, 47 anos, negra e tabagista crônica. Há 1ano com história de cauterização de verrugas genitais com melhora clínica inicial e após 4 meses do tratamento começou quadro de prurido vulvar e aparecimento de novas lesões verrucosas em vulva e períneo. Procurou um novo serviço de ginecologia onde foi realizado biópsia de lesões com resultado anatomopatológico: neoplasia intraepitelial vulvar grau 1. Foi submetida a tratamento com ácido tricloacético e imiquimode, porém as lesões só pioravam em quantidade e extensão. Foi encaminhado ao nosso serviço por refratariedade ao tratamento clínico, inclusive com antibiótico para outras doenças sexualmente transmissíveis. Tinha sorologias de HIV (virus da imunodeficiência humana), sífilis, hepatite b e c negativas. Ao exame clínico do nosso serviço, em conjunto com a dermatologia, devido a hiperqueratose e processo inflamatório intenso local foi levantada a hipótese de líquen simples crônico, confirmado em histopatológico. Foi iniciado corticoterapia oral (prednisona 20 mg/dia) e tópica (clobetasol 2x/dia) por 30 dias e posterior desmame. Apresentou remissão completa do quadro clínico após 4 meses de tratamento.

**Instituição:** Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - SP

## RELATO DE CASO: CARCINOSSARCOMA DE COLO DE ÚTERO EM PACIENTE COM HISTÓRIA DE NEOPLASIA MAMÁRIA E USO DE TAMOXIFENO

**Autores:** Lessa, M.; Lessa, M.G.P.M.

**Sigla:** G148

**Introdução:** O carcinosarcoma heterólogo do colo uterino também pode ser chamado de tumor mulleriano maligno misto (TMMM), deriva da mesoderme mulleriana, que se diferenciam em elementos epiteliais e mesenquimatosos, ambos malignos. O componente carcinomatoso é habitualmente de tipo endometrióide, enquanto que o sarcomatoso é semelhante ao estroma endometrial (homólogo) ou composto por tecido extrauterino, que pode corresponder à cartilagem, osso ou tecido muscular estriado (heterólogo). A patogênese ainda hoje é desconhecida. **Relato de Caso:** Apresento um caso de carcinosarcoma de colo uterino em paciente com neoplasia mamária prévia, que já havia realizado mastectomia e ainda em uso de

tamoxifeno. A paciente de 71 anos procurou o serviço de Ginecologia com queixa de sangramento vaginal intenso pós-menopausa. Durante investigação diagnóstica, após realizar biópsia de colo uterino, o resultado histopatológico foi de carcinosarcoma heterólogo de colo uterino. **Discussão:** Pacientes em uso prolongado de Tamoxifeno têm um importante fator de risco para o desenvolvimento de carcinosarcoma de útero, pois induz à atrofia endometrial. A estimulação causa proliferação de glândulas endocervicais e células de reserva e, pode induzir a metaplasia heterotópicas do tipo mulleriana (TMMM) no restante do endométrio atrofico. É necessário mais estudos para elucidar a causa do carcinosarcoma de colo uterino heterólogo e o uso de tamoxifeno.

**Instituição:** Hospital Federal Cardoso Fontes - Rio de Janeiro - RJ

## CÂNCER DE OVÁRIO E GESTAÇÃO: RELATO DE CASO

**Autores:** Teles, J.S.; Lima, R.V.; Tayfour, N.M.; Simonsen, M.; Ferraz, H.; Lippi, U.G.

**Sigla:** G149

Câncer acomete em torno de 0,15% das gestantes, sendo o de ovário a quinta neoplasia mais frequente. Apesar do subtipo epitelial, considerado o mais agressivo, ser mais freqüente na menopausa, ele representa 25-50% das neoplasias ovarianas detectadas durante a gestação. Sintomas gravídicos freqüentemente assemelham-se aos de portadoras de massas pélvicas, acarretando retardo no diagnóstico. No entanto, a popularização da ultrasonografia na gravidez, ocasionou aumento da detecção de massas anexiais em gestantes. TALS, 31 anos, sem comorbidades, oligossintomática, relatando desconforto pélvico intermitente com 6 meses de duração. USG acusou lesão sólida cística anexial à direita com paredes espessas, medindo 759cc. Após dois meses, notou-se aumento da lesão para 10cm, aparecimento de vegetação intra-cística e foi diagnosticada gestação incipiente de 7 semanas. A ressonância magnética de abdome e pelve evidenciou ovário esquerdo de dimensões aumentadas, devido a formação cística regular com paredes espessas e vegetação, medindo 13cm. Com 21 semanas de gestação, a paciente foi submetida a laparotomia exploradora na qual, além da lesão pélvica, identificou-se também diminuto espessamento peritoneal em região umbilical. Foi realizada coleta de líquido peritoneal, salpingoofectomia esquerda, omentectomia, amostragem de linfonodos ilíacos esquerdos e biópsias de peritônio, inclusive exérese de espessamento peritoneal. A congelação sugeriu tumor seroso borderline, mas o laudo anatomopatológico definitivo evidenciou tumor seroso borderline/seroso proliferativo atípico com microinvasão, citologia positiva para células neoplásicas malignas e implan-

te invasivo na área de espessamento peritoneal. Após discussão multidisciplinar, optou-se por início imediato de quimioterapia adjuvante semanal com carbo e taxol. Atualmente a paciente encontra-se em regime quimioterápico. O caso reitera a importância do estadiamento cirúrgico de lesões anexiais suspeitas preferencialmente no segundo trimestre. Postergar o diagnóstico e tratamento do câncer epitelial ovariano até o fim do período gestacional aumenta o potencial de disseminação tumoral e de impacto negativo sobre o prognóstico.

**Instituição:** Hospital do Servidor Público Estadual - São Paulo

## LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B DO COLO UTERINO

**Autores:** Mauro, F.M.; Cytryn, A.; Leite Filho, A.F.L.; Fortuna, F.F.L.; Guerreiro, P.M.T.; Coutinho, C.I.S.

**Sigla:** G150

**Introdução:** O linfoma não-Hodgkin tem baixa incidência em mulheres (3,5% dos cânceres) e apenas 25% ocorrem de forma extranodal, sendo 29% no útero. Relato do caso: N.R.C., 62 anos, queixa-se de sinusiorragia, há 6 meses. Foi submetida à ressecção de pólipos endocervicais em 2011, cujo laudo histopatológico (HP) confirmou o diagnóstico. Ao exame, colo endurecido, com abaulamento no lábio anterior desviando orifício externo (OE) em 180°, sangramento moderado. Trouxe ultrassonografia apresentando tumor sólido em lábio anterior do colo, medindo 50x48x33mm. Ressonância nuclear magnética (RNM) evidenciando volumosa formação expansiva na parede anterior do colo, irregular, limites parcialmente definidos, medindo 44x37x53mm, estendendo-se à parede posterior. Realizada histeroscopia para melhor visualização do canal - tortuoso, abaulamento na parede anterior, vascularização aumentada, algo atípica, cavidade sem alterações. Realizada biópsia de colo, com LHP exibindo úlcera associada a intenso infiltrado inflamatório; Imunohistoquímica (IHQ) não é conclusiva para doença linfoproliferativa. Indicada histerectomia total com salpingooforectomia bilateral devido ao crescimento rápido, cujo LHP evidenciou neoplasia de colo uterino caracterizada pela IHQ como linfoma difuso de grandes células B. Relevância: Relatar um raro caso de linfoma de colo uterino. Comentários: O linfoma do colo é definido como linfoma originário e localizado no colo sem envolvimento miometrial e leucemia no momento do diagnóstico. A prevalência aumenta a partir da 5ª década de vida e possui sintomas inespecíficos como sinusiorragia, dispareunia e leucorréia. A etiopatogênese dos linfomas do colo não está totalmente elucidada, mas pode estar associada com imunossupressão. O diagnóstico é apenas HP, mas RNM pode complementar a investigação. Os diversos tipos histológicos são baseados no compor-

tamento clínico, o Linfoma Difuso de grandes células B possui um comportamento agressivo. O tratamento é baseado no tipo histológico e estadiamento (Ann Arbor), a cirurgia tem-se limitado mais ao diagnóstico do que a remoção do tumor. A introdução da quimioterapia combinada leva a taxas de cura em torno de 60 e 70%.

**Instituição:** Hospital Federal de Ipanema - Rio de Janeiro - RJ

## ADENOCARCINOMA SEROSO DE ENDOMÉTRIO E CARCINOMA ESCAMOSO DE COLO DE ÚTERO SINCRÔNICOS: RELATO DE CASO

**Autores:** Dalvi, G.C.; Pinho, S.C.; Ribeiro, M.V.; Tobara, J.C.; Cruz, M.C.; Guimarães, M.D.M.

**Sigla:** G151

**Introdução:** O câncer de colo uterino é o câncer ginecológico mais comum em mulheres. O estadiamento é clínico. A prevenção consiste na realização periódica da colpocitologia (CO). O câncer de endométrio está cada vez mais incidente. O adenocarcinoma seroso de endométrio é pouco frequente e altamente agressivo. Descrição do Caso: N.S.G., 67 anos. Consulta em 05/03/2013, por sangramento pós-menopausa. Ultrassom transvaginal: útero de 111 cc, eco endometrial heterogêneo de 24,9mm com líquido em seu interior. Exame especular: colo normal, secreção sanguinolenta. Toque vaginal: útero móvel, colo endurecido. Toque retal: paramétrios livres. Feita biópsia com cureta de Novak, com anatomopatológico (AP): adenocarcinoma seroso de endométrio grau 3. CO 27/02/2013: lesão intraepitelial de alto grau. Colposcopia + biópsia 08/04/2013: colo hipertrófico, friável e sangrante; AP: carcinoma escamoso invasivo grau 2. Agendado Wertheim-Meigs + linfadenectomia parâortica para 26/07/2013. No dia, paciente reexaminada: acometimento de fôrnice vaginal posterior e paramétrios proximais bilateralmente, colo ulcerado, tumor de 6 cm. Estadiamento IIB para colo. Feitos 6 ciclos de quimioterapia (QT) com cisplatina, braquiterapia (BT) e 25 sessões de radioterapia (RT) até outubro de 2013. 26/03/2014: histerectomia total abdominal + salpingooforectomia bilateral + omentectomia devido ao câncer de endométrio. AP: Ausência de neoplasia. Pós-operatório sem intercorrências. Estadiamento inicial do câncer de endométrio prejudicado devido à irradiação prévia - IA? Tomografias realizadas para estadiamento radiológico sistêmico normais. Avaliada pela oncologia clínica em 26/11/2014: sem indicação de QT adjuvante. Relevância: A ocorrência sincrônica desses tumores é rara e os sintomas iniciais de ambos podem ser semelhantes. Isso alerta a importância do exame físico minucioso em todas as pacientes. Comentários: O tratamento para o câncer de colo de útero

IIB consiste em QT + RT + BT. A omentectomia é obrigatória para adenocarcinoma seroso. A complementação cirúrgica foi necessária para auxiliar no estadiamento e para finalizar o tratamento do câncer de endométrio.

**Instituição:** Hospital Pérola Byington - São Paulo - SP

## EXENTERAÇÃO PÉLVICA POSTERIOR COMO TRATAMENTO INICIAL NO CÂNCER DE OVÁRIO: RELATO DE CASO

**Autores:** Dalvi, G.C.; Pinho, S.C.; Ribeiro, M.V.; Tobara, J.C.; Cruz, M.C.; Guimarães, M.D.M.

**Sigla:** G152

**Introdução:** O câncer de ovário apresenta-se em estágio avançado ao diagnóstico em 75% dos casos. Nestes, o objetivo é a citorredução ótima: remoção do tumor e de metástases abdominais, omentectomia e linfadenectomia pélvica e periaórtica, com resíduo tumoral de até 1cm. Na exenteração pélvica posterior há remoção dos órgãos genitais femininos e do reto sigmoides. As principais causas de óbito no pós-operatório são sangramento, tromboembolismo pulmonar e infarto agudo do miocárdio (IAM). **Descrição do Caso:** M.R.C., 75 anos. Consulta em janeiro/2014, devido a massa pélvica. História de histerectomia subtotal (HST). No entanto, suspeita de sarcoma uterino. Ultrassom 23/10/2013: útero de 700cc. Tomografia 06/01/2014: aumento das dimensões uterinas, com dilatação do sistema coletor bilateralmente. 18/02/2014: exenteração pélvica posterior com exérese de tumoração e rafia vesical. Inventário de cavidade: tumoração de 20 cm de origem indefinida, aderida a reto sigmoides e bexiga. **Histopatológico:** adenocarcinoma ovariano grau 3 histológico e nuclear, receptor de estrogênio positivo. Paciente foi politransfundida e teve parada cardiorrespiratória no intra-operatório. Foi para unidade de terapia intensiva (UTI) intubada, com norepinefrina, ceftriaxone e metronidazol. Ficou na UTI até 06/03/2014; apresentou insuficiência renal aguda, distúrbios de coagulação, choque hipovolêmico, pneumonia tratada com piperacilina e tazobactam. Na enfermaria teve sangramento anal, plaquetopenia, íleo metabólico, edema agudo de pulmão por IAM. Culturas positivas para Klebsiella pneumoniae, tratada com cefepime. Alta em 28/03/2014. Sem status para quimioterapia, iniciado anastrozol. Mantendo níveis estáveis de CEA e CA125 até o momento. **Relevância:** A exenteração pélvica no câncer ovariano avançado apresenta um papel importante quando a citorredução tende a ser ótima, pois a esta é um dos principais fatores prognósticos. **Comentários:** Os exames de imagem induziram ao erro diagnóstico pois, mesmo com histórico de HST, sugeriram sarcoma uterino. A cirurgia realizada não foi citorredução ótima, pois não foi realizada omentectomia e linfadenectomia periaórtica, além da persistência do colo do útero.

**Instituição:** Hospital Pérola Byington - São Paulo - SP

## CARCINOMA VERRUGOSO: RELATO DE CASO

**Autores:** Cardial, C.S.; Mello, M.M.G.; Alves, F.L.N.; Ferreira, F.O.; Cardial, D.T.; Fernandes, C.E.

**Sigla:** G153

**Introdução:** Carcinoma verrugoso de colo uterino é uma entidade rara. Os sintomas mais frequentes são: sinusiorragia e sangramento intermenstrual, dor, fistula urinária, anemia e edema de membros inferiores na doença avançada. A lesão pode ser exofítica ulcerativa friável e com fluxo necrótico e se estende em todas as direções e habitualmente no sentido lateral, podendo infiltrar paramétrios, bexiga e reto. O comprometimento de gânglios linfáticos no estágio clínico IVA ocorre em 57%. A citologia oncológica pode ser normal e o diagnóstico se faz pela biópsia que pode ser duvidoso ainda. Diagnóstico diferencial com condiloma gigante, tumor secundário de endométrio e ovário. **Objetivo:** Estudar comprometimento ganglionar em 1 caso tumor verrucoso da FMABC MS 68 anos, branca, com sangramento vaginal intermitente, dor pélvica e emagrecimento de dez quilos em seis meses. A lesão de colo uterino era friável, ulcerada, estendendo-se até paramétrio e com fistula urinária. Na cistoscopia havia comprometimento de bexiga por tumor e o histopatológico de colo e vagina foi tumor superficialmente invasivo de Buschke – Löwenstein. A paciente foi submetida a cirurgia de exenteração pélvica anterior e derivação urinária. **Conclusão:** No pós-operatório tardio a paciente teve melhora dos sintomas, aumento de peso e satisfação de resultado. Não havia nenhum gânglio pélvico ou paraórtico comprometido.

**Instituição:** Faculdade de Medicina da FUABC - Santo André - SP

## CARCINOMA DE COLO UTERINO TIPO GLASSY CELL - RELATO DE CASO

**Autores:** Soares, L.C.S.B.; Pereira, F.R.P.P.; Guyt, P.G.R.; Monteiro, S.M.P.

**Sigla:** G154

**Introdução:** O Carcinoma tipo glassy cell de colo uterino é uma forma rara de câncer. Seu comportamento clínico é caracterizado pela agressividade com rápido crescimento e progressão, metástases precoces e fraca resposta à radioterapia e cirurgia. **Relato de Caso:** Mulher 36 anos, com queixa de dor pélvica e lombar incapacitantes e sangramento vaginal anormal além de perda ponderal. O exame especular não demonstrou alteração macroscópica em colo uterino e exame da pelve demonstrou útero fixo e pouco aumentado de volume. Toque retal

evidenciou espessamento de septo retovaginal e parâmetros bilateralmente. A RNM revelou massa em colo uterino, porém a citologia não identificou alterações e a colposcopia foi insatisfatória. Devido à alteração encontrada na RNM, optou-se por realizar conização diagnóstica cujo estudo histopatológico revelou tumor tipo glassy cell. Ao diagnóstico a doença já se encontrava avançada, com quadro de desidratação, disfagia, odinofagia e vômitos, não se encontrando em condição clínica de cirurgia, tendo sido iniciados cuidados paliativos. Discussão: O carcinoma tipo glassy cell de colo uterino é uma variante rara de carcinoma adenoescamoso pouco diferenciado. Entidades raras no exame de Papanicolaou são desafios na prática diária de citologia. Esse carcinoma apresenta evidências de diferenciação tanto escamosa quanto glandular e essas características citológicas únicas podem levar a diagnósticos incorretos. A razão para essa baixa precisão diagnóstica pela citologia pode ser ocasionada pela baixa frequência deste tumor. Existe forte associação do tumor tipo glassy cell com o HPV 18. Os cânceres tipo glassy cell são geralmente diagnosticados em um estágio avançado e demonstram tendência a desenvolver metástases pélvicas e extrapélvicas. Em estágios iniciais o câncer tipo glassy cell de colo uterino pode ser tratado por histerectomia com linfadenectomia pélvica associadas ou não à radioquimioterapia adjuvante. Em estágios avançados a radioquimioterapia neoadjuvante ou quimioterapia devem ser utilizadas com o objetivo de tornar a doença operável. Tanto a radiação quanto a cirurgia raramente são curativas para pacientes com doença avançada.

**Instituição:** Hospital Universitário Pedro Ernesto - UERJ - Rio de Janeiro - RJ

## ADENOSSARCOMA UTERINO EM JOVEM - RELATO DE CASO

**Autores:** Dias, A.S.; Amado, N.F.; Calzada, M.E.B.; Rosa, T.S.F.; Lojelo, R.; Silva, F.Z.

**Sigla:** G155

Adenossarcoma uterino em jovem. Relato de Caso: Dias, A.S.; Amado, N.F.; Calzada, M.E.B.; Rosa, T.S.F.; Lojelo, R.; Silva, F.Z. Introdução: Os sarcomas uterinos são neoplasias raras, compreendem 1% de todas as neoplasias malignas ginecológicas e 4 a 9% de todos os tumores invasivos uterinos. O adenossarcoma é um subtipo infrequente, caracteriza-se por componente epitelial benigno e mesenquimal maligno, de crescimento lento e recorrência tardia, com faixa etária preferencial na pré menopausa, sobrevida em 5 anos entre 67 a 100%. A histerectomia é o tratamento de escolha. Relato de Caso: R.B.B, 37 anos, nuligesta, da entrada no serviço dia 13/07/14, com hipermetrorragia há 30 dias, colo pérvio e útero aumentado de volume, submetida a curetagem (CTG) uterina, apre-

sentando exame BHCG negativo no seguimento e anatomopatológico (AP) de pólipos endometriais. Manteve-se assintomática e sem acompanhamento até dia 30/11/14, quando apresentou novo quadro de metrorragia, BHCG negativo, USGTV que evidenciava útero com 549 cm<sup>3</sup>, eco endometrial 62 mm, conteúdo hiperecogênico, heterogêneo, com massa de morfologia cística, ocupando e distorcendo toda a cavidade endometrial e endocervical. Submetida a nova CTG de prova com AP de adenossarcoma mulleriano de baixo grau com moderadas atipias celulares. Programada cirurgia, recebe alta estável com nova internação em 25/12/14 devido hemorragia uterina, colo pérvio, com eliminação de conteúdo sarcomatoso cerca de 15 cm via vaginal com melhora clínica. Submetida em 22/01/15 a Panhisterectomia abdominal, omentectomia, linfadenectomia pélvica e periaórtica, com AP de adenossarcoma mulleriano (homólogo) do endométrio com invasão de 10% do miométrio, margens livres, anexos, omento e linfonodos livres de neoplasia, sem indicação de terapia adjuvante. Discussão: Apesar da hipótese de aborto ser a primeira possibilidade em paciente jovem com o quadro descrito, o adenossarcoma uterino cursa com sangramento genital e é predominante numa faixa etária jovem. Mesmo o diagnóstico sendo temido, por apresentar expressiva chance de disseminação extrauterina e chance de recidiva, a sobrevida livre de doença é superior aos demais subtipos histológicos.

**Instituição:** Conjunto Hospitalar do Mandaqui - São Paulo - SP

## A IMPORTÂNCIA DO EXAME FÍSICO NO DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

**Autores:** Abrão, F.; Arruda, L.M.; Martins, A.P.D.; Cardoso, E.A.F.; Costa, C.A.; Dias, D.S.

**Sigla:** G156

Introdução: O câncer do colo uterino possui o tipo histológico mais comum o carcinoma de células escamosas seguido pelo tipo adenocarcinoma, é o terceiro tumor mais frequente e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil. Começa a partir de 30 anos aumentando o risco até atingir o pico entre 50 e 60 anos. O principal fator de risco é a infecção pelo Papiloma Vírus Humano. As neoplasias de colo uterino podem ser assintomáticas ou sintomáticas como sangramento uterino anormal. O rastreamento citopatológico é realizado entre 25 a 64 anos, a cada três anos, após dois exames normais consecutivos com um intervalo de um ano. Utiliza-se o Tripé (colposcopia, biópsia e citopatológico) para diagnóstico. Caso Clínico Paciente 37 anos com hipermetrorragia que piora ao stress, dispareunia de profundidade, leucorreia marrom de odor fétido. Realizados três exames citopatológicos no período de 6 meses sem alterações significativas. Exame Físico especular apresentava

lesão hiperemiada e no toque vaginal e retal útero sem mobilidade. Antecedentes Pessoais: gestação 4, parto 3, aborto 1, laqueada. Antecedentes Sexuais: Coitarca aos 19 anos, 2 parceiros (um usuário de drogas) nega uso de preservativo. Realizou ultrassom vaginal revelando colo uterino com aumento volumétrico em suas dimensões sem outras alterações, realizou colposcopia com biópsia teve como diagnóstico carcinoma epidermoide e ressonância magnética da pelve com formação expansiva de aspecto neoplásico localizado no colo uterino, invadindo vagina posterior e paramétrio bilateralmente. Iniciou com quimioterapia e braquiterapia e realizou histerectomia total, ooforectomia bilateral e apendicectomia, no anatomopatológico sem lesões neoplásicas. Conclusão: No caso fica claro a importância da realização do exame físico para auxiliar no diagnóstico, sendo que os profissionais de saúde responsáveis devem estar capacitados, pois a qualidade das amostras do exame citopatológico influencia na eficácia do rastreamento, visto que a técnica de realização do exame está sujeita a erros de coleta, de preparação de lâminas e a subjetividade na interpretação dos resultados podem comprometer a sensibilidade e especificidade.

**Instituição:** Hospital Beneficente UNIMAR - Marília - SP

## LINFOMA NÃO-HODGKIN MIMETIZANDO NEOPLASIA GINECOLÓGICA DISSEMINADA – RELATO DE CASO

**Autores:** Silva, R.B.; Yamaguchi, F.Y.; Graziani, S.M.; Derze, L.A.; Gebrim, L.H.; Signorini Filho, R.C.

**Sigla:** G157

**Introdução:** O linfoma não-Hodgkin (LNH) é a 7ª causa de óbito no sexo feminino. São classificados como “indolentes”, com curso clínico lento e progressivo por vários anos, ou “agressivos”, de evolução rápida, levando ao óbito em poucos meses. O subtipo mais comum de LNH agressivo é o linfoma difuso de grandes células B (LDGCB), que representa 60 a 70% dessa variante. Os sítios de disseminação extranodais mais comuns são intestino, ossos e cérebro. A quimioterapia padrão envolve ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina e prednisolona em diferentes combinações e dosagens. **Relato de Caso:** MCM, 69 anos, encaminhada por tumor pélvico volumoso, infiltrando cúpula vaginal e colo uterino. À tomografia (TC), havia suspeita de invasão vesical e envolvimento de ureteres bilaterais, associado à hidronefrose. TC de tórax e abdome superior sem alterações, ausência de linfonodomegalias retroperitoneais. A paciente evoluiu rapidamente para insuficiência renal aguda, sendo realizada nefrostomia. Biópsia de fundo vaginal demonstrou inicialmente neoplasia maligna pouco diferenciada, compatível com Sarcoma. A paciente foi encaminhada para exenteração pélvica anterior, porém, no intraoperatório,

identificou-se tumor pélvico infiltrando sacro, reto, útero, bexiga e pube, sem planos de clivagem. Realizou-se novas biópsias, cujo perfil imunohistoquímico foi compatível com Linfoma Não-Hodgkin de células B, estadiamento IV. A paciente foi encaminhada para quimioterapia com esquema Rituximabe-Ciclofosfamida, Doxorubicina, Vincristina e Prednisolona (R-CHOP), no entanto, a mesma evoluiu para óbito por insuficiência renal aguda e uremia. **Conclusão:** Este caso em particular mostra uma apresentação incomum de LNH, uma vez que apresentava disseminação em órgãos e estruturas pélvicas, como os ureteres, o que levou rapidamente ao óbito por insuficiência renal aguda. Desde o início do quadro acreditou-se em neoplasia de origem ginecológica, sobretudo após a primeira biópsia realizada, que confundiu ainda mais a condução do caso. Eventualmente, se o diagnóstico fosse elucidado antes da laparotomia e o tratamento quimioterápico introduzido precocemente, o prognóstico poderia ser mais favorável.

**Instituição:** Centro de Referência e Saúde da Mulher - Hospital Pérola Byington - São Paulo - SP

## RELATO DE CASO DE PACIENTE COM NEOPLASIA DE GLÂNDULA DE BARTHOLIN ATENTADA NO HOSPITAL GERAL DE CARAPICUIBA E REFERENCIADA PARA CENTRO ONCOLÓGICO ESPECIALIZADO

**Autores:** Mata, M.V.M.; Acher, C.A.A.; Nogueira, A.C.C.; Biagi, K.G.; Pereira, W.G.M.; Bretz, P.R.

**Sigla:** G158

**Introdução:** O câncer de vulva é considerada uma neoplasia rara, correspondendo a menos de 1% das neoplasias malignas da mulher. O carcinoma escamoso da glândula de Bartholin representa cerca de 0,4% e o adenocarcinoma 0,6%. Foi realizado uma análise de prontuário e desenvolvido um Relato de Caso de uma paciente em acompanhamento no Ambulatório de Cirurgia Ginecológica do Hospital Geral de Carapicuíba (HGC), e referenciada para seguimento no Instituto Brasileiro de Controle do Câncer (IBCC). **Descrição do Caso:** Paciente do gênero feminino, 60 anos procurou o atendimento médico no Hospital Geral de Carapicuíba devido tumoração em região vaginal associado a dor e saída de secreção. Ao exame físico, foi observado tumoração de partes moles acometendo 1/3 da parede vaginal e 1/3 superior da nádega esquerda com saída de secreção mucoide. Solicitado Tomografia de pelve confirmando lesão expansiva, hipodensa, tênue com contraste perineal, labial à esquerda de 5,9cm x 3,8cm. Na colpocitologia oncológica demonstrando atipias em células glandulares de significado indeterminado, não podendo afastar lesão intra-epitelial de alto grau. Encaminhada ao IBCC para melhor

# GINECOLOGIA

investigação e seguimento. A biópsia da tumoração em vulva evidenciou adenocarcinoma produtor de muco. A análise imunohistoquímica revela presença de células em anel de sinete com marcadores CK7, CEA e EMA positivos. Relevância: O diagnóstico diferencial entre as lesões benignas e malignas é a principal prioridade nesses casos. O câncer da glândula de Bartholin é facilmente confundido com um cisto retardando o diagnóstico e tratamento corretos. Comentários: Tanto a neoplasia de glândula de Bartholin como a Bartholinite se manifestam com tumoração em vulva associado a dor local. Para tanto, é de extrema importância diferenciação e diagnóstico precoce, de forma que se possa iniciar tratamento adequado. Em virtude do que foi exposto esperamos que com este Relato de Caso possamos contribuir para o estudo deste raro tipo de câncer ginecológico, elucidando o itinerário terapêutico adotado no caso descrito.

**Instituição:** Centro Universitário São Camilo - São Paulo - SP

## CONDUTA FRENTE AO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO NA GESTAÇÃO

**Autores:** Videira, M.; Rocha, M.R.; Reis, N.C.; Figueiredo, M.C.V.; Almeida, T.G.; Brandão, M.D.C.

**Sigla:** G159

Introdução: O câncer de colo de útero é a neoplasia mais comumente encontrada na gravidez. Possui uma frequência de 1 caso a cada 1000-5000. A maior parte do diagnóstico é feita nos estágios iniciais devido a colpocitologia oncótica ser obrigatória no pré-natal. As terapêuticas são variadas ainda existe uma grande divergência na conduta a ser tomada. Relato de Caso: E.F.F., 39 anos, casada, evangélica, parda, do lar, natural de Mogi das Cruzes, encaminhada ao ambulatório de oncoginecologia do Hospital Santa Marcelina em 19/03/2014 devido lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir micro invasão em citologia oncótica de colo uterino. Apresentava leucorréia de odor fétido, sinusorragia e dispareunia há 14 meses, associados a perda ponderal de 7 kg. Ao exame identificado lesão vegetante friável de 10x10cm em topografia de colo uterino ocupando toda extensão do canal vaginal, estadiamento IB2. A biópsia concluiu carcinoma epidermoide invasivo (13/02/2014). Após BHCG positivo, foi realizado ultra-som transvaginal (16/04/2014) que evidenciou gestação tópica de 19 semanas de feto único e vivo. Paciente opta por quimioterapia neoadjuvante e manutenção da gestação. Indicada resolução obstétrica com 34 semanas após 11 sessões de quimioterapia semanal com cisplatina (07/05/2014 a 15/07/2014). Submetida a parto cesareano e werthein-meigs com ooforoplastia à esquerda (cisto de corpo lúteo) em 07/08/2014, sem intercorrências. Anatomopatológico demonstrou margens livres e metástase lin-

fonodal pélvica (1/22). Realizou radioterapia adjuvante com quimioterapia concomitante. Atualmente encontra-se livre de doença em seguimento trimestral. Conclusão: Há necessidade de mais estudos randomizados que abordem esse tema. A dificuldade sobre o prognóstico materno-fetal é tema de discussões para as equipes médicas. A idade gestacional de 20 semanas pode ser um marco na decisão terapêutica. Taxas de sobrevida são semelhantes a de mulheres não grávidas quando se compara o estágio da doença no momento do diagnóstico.

**Instituição:** Hospital Santa Marcelina - São Paulo - SP

## NEOPLASIA MALIGNA DE VULVA

**Autores:** Barbosa, F.A.; Rocha, M.R.; Almeida, T.G.; Figueiredo, M.C.V.; Reis, N.C.; Brandão, M.D.C.

**Sigla:** G160

Introdução: O carcinoma de vulva representa 3 a 5 % das neoplasias malignas do trato genital feminino. Acomete a faixa etária acima dos 60 anos, mas vem crescendo entre as mulheres jovens. O principal tipo histológico é o carcinoma espinocelular (CEC). A disseminação é predominantemente linfática e o seu acometimento relaciona-se com a queda na sobrevida. Relato de Caso: I.L.Q., 72 anos, natural de São Paulo, com história de lesão vulvar há 3 meses e anatomopatológico (AP) de outubro de 2012 com carcinoma epidermoide bem diferenciado. Encaminhada à oncoginecologia em 11/2012, apresentava lesão ulcerada em grandes e pequenos lábios a esquerda de 3x2 cm atingindo intróito vaginal, sem doença à distância nas tomografias. Foi indicado vulvectomia, mas em 02/2013, houve aumento da lesão para 4x5cm até 1/3 inferior da vagina, sem plano de clivagem com o reto. Indicado radioterapia e quimioterapia neoadjuvante. Após tratamento perdeu seguimento, retornando em março de 2014 com lesão ulcerada em clitóris e perianal e novo AP de carcinoma espinocelular (CEC) bem diferenciado. Em abril de 2014, realizado vulvectomia radical com linfadenectomia e colostomia. No AP foi visto CEC bem diferenciado invasivo de 5,5 cm, comprometimento dos grandes lábios direito e esquerdo, clitóris e pequenos lábios livres, margens e linfonodos livres. Evoluiu com recidiva em topografia de intróito vaginal estendendo para região perianal e periuretral. Em 03/2015, foi submetida a exérese de lesão ampliada para musculatura de raiz de coxa, amputação de reto, ressecção de uretra, colpectomia total e cistostomia. O resultado do AP foi CEC moderadamente diferenciado ulcerado grau 2 de 8x6 cm. Margens livres. Encaminhada à onco-clínica devido recidiva e agressividade tumoral. Conclusão: A disseminação do CEC de vulva ocorre por invasão local, seguido por disseminação linfática. A disseminação hematogênica é rara. O comprometimento linfonodal está

diretamente relacionado a sobrevida, tendo 20-30% de sobrevida em 5 anos quando bilateral.

**Instituição:** Hospital Santa Marcelina - São Paulo - SP

## RELATO DE CASO: TUMOR ADENOMATÓIDE TRATO GENITAL FEMININO – TUBA UTERINA

**Autores:** Aveiro, A.C.; Bordin Júnior, N .A.; Massari, P.G.; Braga, L.B.M.; Rosinha, M.Y.M.; Biscaro, A.M.

**Sigla:** G161

**Introdução:** O tumor adenomatóide é uma neoplasia benigna de origem mesotelial, descrita principalmente em órgãos genitais. Na mulher ocorre preferencialmente entre 30 e 72 anos de idade, com frequência de 0,1 a 1% e relacionada a achado eventual pós hysterectomia. **Descrição:** Paciente S. A. G. C., 44 anos, menarca aos 12 anos, ciclos menstruais regulares, G1P0 A1, hipertensa e com história familiar negativa para neoplasias ginecológicas. Encaminhada ao serviço com queixa de dor abdominal esporádica e exames de imagem que evidenciavam lesão cística septada em ovário esquerdo medindo aproximadamente 10 cm de diâmetro, sendo esses ultrassonografia pélvica e endovaginal e ressonância nuclear magnética. Marcadores tumorais foram solicitados com resultados dentro dos valores de referência. Ao exame físico, à palpação abdominal, toque vaginal e toque retal, não foram observadas massas. A paciente foi submetida a laparotomia exploradora em 24/02/2015, no inventário da cavidade foram observadas tubas uterinas tortuosas e ingurgitadas bilateralmente, formação cística a direita, ovário direito sem alterações e ovário esquerdo aderido a tuba uterina esquerda contendo cápsula de cisto espessa e cistos simples. Dessa forma, foi realizada salpingectomia a direita e salpingooforectomia a esquerda. No retorno, 45 dias após cirurgia, o resultado de análise anatomopatológica das peças cirúrgicas incluía: tumor adenomatóide - numerosos espaços císticos com presença de células aplainadas, cuboidais comprometendo a parede tubárea e focos de proliferação celular estromal sem atipias - à salpingectomia direita; cisto simples (1) e seroso (1), corpo albicans e cisto folicular em ovário e múltiplas formações microcísticas de aspecto adenomatóide em tuba à salpingooforectomia esquerda. **Relevância:** Há necessidade de maior número de casos relatados para melhor caracterização do tumor adenomatóide com relação a fatores de risco, quadro clínico, perfil epidemiológico, tratamento e comportamento. **Comentário:** A caracterização do tumor adenomatóide de tuba uterina através de um maior número de casos relatados permite diagnóstico rápido e tratamento eficiente.

**Instituição:** Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP - São José do Rio Preto - SP

## TUMOR DO SEIO ENDODÉRMICO DE OVÁRIO: RELATO DE CASO DE UM TUMOR GIGANTE

**Autores:** Sousa, F.O.; Guimarães, D.B.; Pereira, A.D.; Rodrigues, J.G.; Brito, N.S.; Maiorquim, C.R.

**Sigla:** G162

**Introdução:** Tumores do seio endodérmico (TSE), também conhecidos como carcinomas do saco vitelino, são neoplasias que se originam de células germinativas. São bastante agressivos e altamente malignos. **Descrição:** EFMS, 47 anos, sexo feminino, procedente de Ariques-RO. No dia 16/03/15 deu entrada no Hospital de Base Ary Pinheiro para laparotomia exploratória devido massa abdominal gigante. Relatava início há um ano com crescimento mais significativo nos últimos cinco meses. Na admissão encontrava-se pálida, emagrecida, desidratada e dispneica. Ao exame físico: abdome globoso, rígido, com presença de massa volumosa. A ultrassonografia de abdome com doppler evidenciou presença de grande imagem cística com septo na região mediana anteroposterior, ocupando as regiões compreendidas entre hipocôndrios, estendendo-se da pelve ao apêndice xifoide. Tomografia de abdome: massa abdominal (28x16x29cm) com múltiplos septos, predomínio cístico, componente sólido anterior (11x6cm), sugestivo de neoplasia de origem ovariana, além de hidronefrose bilateral e aumento do número de linfonodos retroperitoneais. Realizada laparotomia exploratória no dia 21/03/2015. Retirou-se a massa tumoral vegetante em parede abdominal direita (15Kg) e ainda 12 litros de líquido ascítico. Após o procedimento foi encaminhada para a Unidade de Terapia Intensiva, permanecendo por três dias, sendo então transferida para a enfermaria. Recebeu alta no dia 24/03/2015. O perfil imunohistoquímico, aliado a aspectos morfológicos, revelaram tumor de células germinativas, tipo "Yolk Sac Tumor". **Relevância:** Os TSE são observados em pacientes com idade média de 16 a 18 anos. Apesar de raro, estão em terceiro lugar entre os tumores de células germinativas malignas mais frequentes de ovário. O caso relatado foi diagnosticado em estágio avançado, com proporções consideráveis e em faixa etária inesperada, o que nos levou ao interesse pelo estudo. **Comentários:** A identificação precoce da patologia é de extrema importância para o prognóstico da paciente. Visto que não há programas de controle específicos para neoplasias de ovário, motivo pelo qual, ainda encontramos pacientes com tumores extremamente volumosos.

**Instituição:** Faculdade São Lucas - Porto Velho - RO

## CÂNCER DE VULVA INDUZIDO POR LÍQUEN ESCLEROSO SIMPLES

**Autores:** Obeica, B.; Aidé, S.; Dias, H.M.; Monteiro, D.A.; DUval, I.; Pantelao, J.A.

**Sigla:** G163

**Introdução:** A carcinogênese vulvar é distinguível por 2 vias : pacientes jovens, com história de infecção por HPV e aquelas idosas com distúrbios epiteliais não neoplásicas (VNED). O líquen escleroso é um subgrupo de VNED e sugerido como fator de risco na transformação maligna no câncer de vulva. O objetivo deste relato é mostrar a relevância no acompanhamento constante das pacientes portadoras de líquen escleroso vulvar. **Descrição de Caso:** Paciente, T.S.P., 76 anos, viúva, branca, residente de Niterói, encaminhada ao ambulatório de Patologia Vulvar do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP) com queixa de prurido vulvar e úlcera genital. Paciente trazia diagnóstico histopatológico de líquen escleroso, confirmado por biópsia feita fora do HUAP. Deu entrada no serviço apresentando lesão hipocrômica em forma de 8 que abrangia vulva, períneo e região perianal, apagamento dos pequenos lábios, encarceramento de clitóris e lesão ulcerada, em torno de 5 cm, acometendo pequeno lábio, sulco interlabial e face interna de grande lábio à direita em 1/3 médio. Realizada biópsia que evidenciou carcinoma escamoso. Cirurgia postergada por conta de DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica) grave – necessitando de fisioterapia respiratória e uso de corticóides pré-operatórios. Paciente retorna 3 meses após primeira consulta, com queixa de dor vulvar em queimação, o Relevância: Paciente submetida à extensa vulvectomia com linfadenectomia bilateral evolui bem no pós-operatório imediato, com drenagem de moderada quantidade de secreção sero-sanguinolenta, sem queixas ginecológicas e com diurese espontânea. Laudo histopatológico evidenciou: carcinoma de células escamosas, moderadamente diferenciado Grau 2, margens cirúrgicas comprometidas em limite lateral. Linfonodos livres de neoplasia. Paciente encaminhada à Oncologia Clínica com complementação com radioterapia. **Conclusão:** Pacientes idosas com queixa de prurido vulvar crônico devem ser valorizadas pelo ginecologista e o líquen escleroso vulvar deve estar entre as hipóteses diagnósticas. Diante dele, devemos buscar no exame clínico aspectos que sugiram lesão precursora do câncer de vulva.

**Instituição:** Hospital Universitário Antônio Pedro - Rio de Janeiro - RJ

## DOENÇA DE PAGET EM VULVA : RELATO DE UM CASO

**Autores:** Venâncio, G.R.; Sertori Neto, A.; Labadessa, A.P.; Varela, M.A.P.; Cardial, M.F.T.; Fernandes, C.E.

**Sigla:** G164

**Introdução:** A doença de Paget foi descrita pela primeira vez em 1877, pelo médico inglês Sir James Paget. Pode ser encontrada em região mamária e extramamária. A doença extramamária é um grupo raro de neoplasias cutâneas com diferentes localizações. As lesões são usualmente encontradas em áreas com alta densidade de glândulas apócrinas: vulva, ânus, região perianal e axila. A localização mais frequente nas mulheres é a vulva, seguido a região perianal. A doença de Paget tem um curso crônico e recidivante. Na vulva corresponde a menos de 1% das neoplasias vulvares. Afeta predominantemente mulheres brancas, idosas, pós-menopausa, e os sintomas de apresentação são comumente o prurido e desconforto vulvar. O tratamento normalmente é cirúrgico. **Relato de Caso:** IGS, 66 anos, branca, natural e procedente de SBC. Tem como comorbidades HAS em uso de Enalapril 10mg (1x ao dia). Colectomia há 30 anos como passado cirúrgico. História obstétrica: 4G,3 PN,1A. Amamentou todos os filhos até os 2 anos. Menarca aos 15 anos, coitarca aos 21 anos (apenas um parceiro) e menopausa aos 52 anos com terapia de reposição hormonal combinada por 4 anos. De antecedentes familiares, mãe com DM e IAM e filho realizou tireoidectomia por câncer de tireoide. Ex-tabagista (cessou há 20 anos). A queixa principal era prurido em região de grande lábio esquerdo associado à lesão intermitente há 3 anos. Ao exame presença de área descamativa e com hiperemia em grande lábio esquerdo. Apresenta laudo de vulvosopia de 08/02/2013, cuja biópsia de vulva demonstrou doença de Paget com margens comprometidas. Realizado hemivulvectomia à esquerda em 03/08/2013 e material enviado para anatomopatológico, confirmou doença de Paget em toda extensão dos fragmentos. Encaminhada para primeira consulta no ambulatório de PTGI da FMA-BC, após a cirurgia em 05/11/2013. Paciente apresentava-se sem queixas, em uso de Imiquimode há 1 mês e ao exame, sem outras alterações. Foi mantido Imiquimode. Orientada a retornos ao ambulatório a cada 2,3 meses. Em 11/03/2015 realiza nova biópsia. Em 12/05/2015 retorna com AP demonstrando doença de Paget e devido o exame clínico, foi indicado vaporização a laser. Solicitado pré-operatórios.

**Instituição:** Faculdade de Medicina do ABC - Santo André - SP

## RESOLUÇÃO DE PERFURAÇÃO UTERINA PÓS INSERÇÃO DE DISPOSITIVO INTRA UTERINO DE COBRE VIA MINIMAMENTE INVASIVA EM PACIENTE ATENDIDA NO HOSPITAL ESCOLA DA FACULDADE DE MEDICINA SÃO CAMILO – HOSPITAL GERAL DE CARAPICUÍBA (HEFMSC – HGC)

**Autores:** Bretz, P.R.; Torossian, A.; Mota, T.T.; Souza, D.T.; Fanton, N.U.A.C.; Gregolini, M.B.

**Sigla:** G165

O Dispositivo Intra Uterino (DIU) de cobre tem como mecanismo a ativação de processos inflamatórios de ação espermicida, tornando o endométrio hostil à implantação. Apesar de ser considerado método contraceptivo de primeira linha, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o DIU pode apresentar efeitos colaterais, tais como: infecção, dismenorria e perfuração uterina com fio marcador do DIU não palpável ou não visualizável. Neste último caso, excluída gestação, realiza-se ultrassonografia transvaginal (USG TV) e, caso o dispositivo não for encontrado dentro da cavidade ou das paredes uterinas, solicita-se radiografia abdominal. Os dispositivos com localização predominantemente intrauterina devem ser removidos via histeroscopia, aqueles que perfuram completamente a parede uterina podem ser removidos via laparoscópica, laparotômica ou por colpotomia. Caso a reação inflamatória extrauterina forme aderências torna-se necessária a laparotomia. Estima-se que a frequência das perfurações seja de 1 a cada 1.000 inserções. G.O.S, 28 anos, em consulta ambulatorial no HEFMSC-HGC, queixou-se de dor abdominal intensa após 40 dias da inserção do DIU de cobre. A USG TV evidenciou dispositivo presente externamente à parede anterior uterina correspondendo ao DIU extrauterino na cavidade pélvica. Ao exame físico paciente apresentava descompressão brusca negativa e ao exame especular não foi possível a visualização de fio do DIU. Optada extração do dispositivo via vaginal, com exploração digital e identificação do DIU através de abertura do fundo de saco, procedimento realizado sem intercorrências. Novo USG TV não revelou quaisquer evidências de aderências intracavitárias ou sinais inflamatórios. Paciente recebeu alta em boas condições clínicas. A relevância do caso dá-se por sua raridade. Deve-se atentar aos sintomas muitas vezes discretos, os quais comumente podem ser confundidos com outras patologias, sendo então primordial a realização de anamnese detalhada. O fato de maior destaque é a resolução de perfuração uterina por via de acesso minimamente invasiva que requer poucos recursos a sua execução em Hospital Secundário, e no entanto, pouco utilizada por ginecologistas.

**Instituição:** Hospital Geral de Carapicuíba - Carapicuíba - SP

## INFECÇÃO POR SCHISTOSSOMOSE DIAGNOSTICADA EM ANUSCOPIA DE PACIENTE COM LESÕES INDUZIDAS PELO PAPILLOMAVÍRUS HUMANO- RELATO DE CASO

**Autores:** Dias, J.M.G.; Monteiro, B.K.S.M.; Maia, M.M.; Fraga, T.P.; Silva, R.S.S.; Pereira, R.O.

**Sigla:** G166

Introdução: infecção persistente do vírus do papiloma humano (HPV) é um fator necessário confirmado para o desenvolvimento de neoplasias anogenitais e neoplasia cervical. O DNA do HPV é detectado em 90% dos cânceres anais<sup>1</sup>. A histologia do ânus é similar ao do trato genital inferior feminino. Em ambos, canal anal e do colo do útero, existe uma zona de transformação entre o epitélio escamoso do revestimento externo e o revestimento interno das células colunares. Biologicamente, estas junções escamo-colunares são especialmente susceptíveis à infecção pelo HPV2. Em geral, a história de relação sexual anal está fortemente associada com a ocorrência de câncer anal. A persistência da infecção por HPV é considerada a causa do câncer anal, como no câncer cervical, pode-se pressupor que 85% dos casos de câncer anal que ocorrem a cada ano no mundo, são causados por este vírus como resultado de uma infecção sexualmente transmissível. Descrição do Caso: Paciente SALC, 31 anos, natural de Aracaju. Refere Gesta 1, Para 1, um parto normal há doze anos, e ter tido três parceiros. Refere que faz uso de condom em suas relações. Paciente com histórico de NIV de grau I, com lesões condilomatosas na vulva não responsivas às aplicações com TCA (ácido tricloroacético) a 85%. Em 2010, foi realizada a exérese cirúrgica com bisturi a frio das lesões. Em 2014, retorna com recidiva dos condilomas em vulva. Peniscopopia do parceiro negativa. Para complementação investigativa foi realizada anoscopia e observou-se área acetorrea-gente extensa em mucosa anorectal que foi biopsiada. O fragmento foi encaminhado para análise no serviço de patologia do Hospital Universitário da UFS. O laudo anátomo-patológico não evidenciou lesões por HPV, mas a presença de ovos viáveis de Schistosoma mansoni em submucosa, associado a um processo inflamatório crônico granulomatoso. Comentários: A paciente em questão, por possuir infecção recorrente pelo HPV com evolução para lesão pré-neoplásica da vulva, também é uma paciente de risco para adquirir HPV anorectal. O objetivo em submeter a paciente a anoscopia foi buscar a presença de Neoplasia Intraepitelial Anal (NIA), porém detectamos uma doença parasita.

**Instituição:** Universidade Federal de Sergipe - Aracaju - SE

## EXENTERAÇÃO PÉLVICA POSTERIOR

**Autores:** Giacon, P.P.; Rosa, T.S.F.; Gebrim, L.H.; Signorini Filho, R.C.

**Sigla:** G167

**Introdução:** Exenteração pélvica é o tratamento cirúrgico radical para pacientes com neoplasia ginecológica maligna, sendo a principal indicação recidiva ou persistência de doença após radioquimioterapia, com comprometimento de órgãos adjacentes. A cirurgia consiste na retirada do tumor, com margens livres, em conjunto com amputação do retossigmóide (exenteração posterior), bexiga (anterior) ou ambos (total). A mortalidade perioperatória é de 5 a 10% e a morbidade média é de 50%. As complicações mais comuns são fistulas, deiscência de anastomoses, infecção e fenômenos tromboembólicos. O tempo cirúrgico é geralmente extenso (4 a 8 horas), com perda sanguínea considerável, tornando frequente transfusão sanguínea e recuperação pós operatória imediata em UTI. Embora a morbimortalidade cirúrgica não seja despeável, a cirurgia oferece controle satisfatório dos sintomas e aumento da sobrevida e do intervalo livre de doença nos casos com ressecção R0 do tumor. Portanto, comprometimento de parede pélvica, envolvimento de vasos ilíacos, coluna lombossacra e raízes nervosas são contraindicações à cirurgia radical, pois não proporciona margens livres, assim como a presença de doença linfonodal ou metástases à distância, pois não altera a sobrevida. **Relato do caso:** JMN, 57 anos, com diagnóstico de câncer de colo do útero desde 2006, estadiamento IIB, tratada com radioterapia exclusiva (teleterapia, complemento de paramétrios e braquiterapia). Sem evidência de doença até agosto de 2014, quando apresentou lesão ulcerada e endurecida na parede vaginal posterior abaulando a parede anterior do reto. A biópsia confirmou carcinoma espinocelular. Submeteu-se à exenteração pélvica posterior com colostomia a Hartmann, sem intercorrências. Foi encaminhada à UTI, recebeu 3U de concentrado de hemácias no perioperatório, evoluiu com alta hospitalar no 8º PO. O anatomopatológico confirmou carcinoma espinocelular em colo uterino, margens livres. **Discussão:** No caso apresentado, uma vez recidiva tardia e localizada, a cirurgia pélvica radical vem proporcionando controle adequado da neoplasia, com melhora significativa da qualidade de vida e dos sintomas locais.

**Instituição:** Centro de Referência de Saúde da Mulher - Hospital Pérola Byington - São Paulo - SP

## RELATO DE CASO: DISGERMINOMA GIGANTE DE OVÁRIO EM PACIENTE DE 13 ANOS

**Autores:** Giampietro, M.M.; Andrade, A.V.; Sanchez, N.R.; Tarozzo, K.A.

**Sigla:** G168

**Introdução:** O disgerminoma corresponde a 2% de todas as neoplasias ovarianas. Entre os tumores germinativos malignos, é o mais comum, com 40% de prevalência.

Atinge mulheres entre 10 e 20 anos. Pode chegar a grandes volumes e estar associado a outros tumores germinativos, formando os tumores mistos. **Relato de Caso:** ACGC, 13 anos, atendida no Ambulatório de Oncoginecologia da Faculdade de Medicina de Sorocaba (PUCSP), com quadro de dor e aumento do volume abdominal há 2 meses, com massa pélvica associada. Menarca e coitarca ausentes. Em bom estado geral, com massa abdominal palpável até 2 cm do rebordo costal, móvel, de consistência endurecida. Tomografia computadorizada da pelve mostrou formação expansiva sólida pélvica se estendendo ao mesogástrio, medindo 13,0 x 7,0 cm. Alfetoproteína e CA 125 normais. Realizada laparotomia exploradora, evidenciou-se massa tumoral ovariana direita de aproximadamente 30 cm, íntegra, sem aderências. Realizada salpingooforectomia direita cujo exame de congelação foi compatível com teratoma imaturo. Ausência de doença macroscópica residual. Anatomopatológico: teratoma imaturo com infiltração de cápsula ovariana, grau 3. Citologia oncótica do líquido ascítico compatível com malignidade. Imunohistoquímica: disgerminoma - Estadiamento IC G3 (FIGO). A paciente foi encaminhada ao ambulatório de oncologia clínica, onde foi proposta quimioterapia adjuvante. **Relevância:** O caso apresentado traz o dilema do cirurgião, que se depara com um tumor ovariano maligno em uma paciente muito jovem. Após o resultado do exame de congelação, fica a dúvida: prosseguir com o estadiamento ou interrompê-lo a fim de preservar a fertilidade? Segundo o guideline do NCCN (Nacional Comprehensive Cancer Network®) de fevereiro de 2015, a cirurgia conservadora é uma opção para pacientes pediátricas/adolescentes com aparente estágio inicial da doença, podendo omitir o estadiamento cirúrgico completo. Neste caso, cabe o bom senso e a experiência do médico, que deve tomar a decisão baseado no risco/benefício, visando o melhor prognóstico para sua paciente.

**Instituição:** Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - Sorocaba - SP

## CARCINOMA PAPILÍFERO EM STRUMA OVARII

**Autores:** Kameo, D.A.; Almeida, T.G.; Komatsu, M.; Brandão, M.D.C.; Videira, M.

**Sigla:** G169

**Introdução:** Carcinoma papilífero em struma ovarii é raro, e não há base sólida no manejo em protocolos na literatura. A remoção cirúrgica da massa ovariana é o tratamento principal, porém, o controle pós operatório é controverso. **Relato de Caso:** M.M.M.Q., 31 anos, natural Rio de Janeiro, apresentava cisto anexial complexo a direita com marcadores tumorais normais e foi submetida

à ooforoplastia direita por via videolaparoscópica em 03/2011. O estudo histopatológico evidenciou Carcinoma Papilífero em struma Ovarii (Teratoma Maduro Monodérmico) associado a Cistoadenoma Mucinoso, confirmado por duas análises. Realizou dosagens de TSH e T4L (1,29 e 1,06 respectivamente), além de ultrassonografia de tireóide com resultado normal, Tomografia Computadorizada tórax/abdome/pelve evidenciaram imagem cardíaca aumentada, sem outras alterações. Em 08/2011 foi realizada cirurgia devido tumoração em anexo esquerdo, sendo visualizado irregularidade friável de 3 cm em ligamento útero sacro bilateralmente, ovário esquerdo aumentado com cisto hemorrágico. O exame anátomo patológico não evidenciou tumor residual. Paciente mantém acompanhamento sem evidência de doença. Conclusão: Carcinoma Papilífero em Struma Ovarii é um tumor raro, ainda pouco estudado, geralmente unilateral, frequente na quinta década de vida. Os marcadores tumorais em geral são normais e o hipertireoidismo é incomum, mas quando presente, reforça a possibilidade deste diagnóstico. Metástases não são comuns e quando ocorrem, acomete principalmente os linfonodos e também podem ocorrer disseminação peritoneal e hepática. No tratamento há controvérsia em relação a tireoidectomia e supressão tireoidiana após retirada do tumor. O caso apresentado vai ao encontro com os dados publicados na literatura médica.

**Instituição:** Hospital Santa Marcelina - São Paulo - SP

## PROPEDÊUTICA CERVICAL NEGATIVA E DIAGNÓSTICO DE ADENOCARCINOMA DE COLO AVANÇADO EM PACIENTE NA PÓS-MENOPAUSA – RELATO DE CASO

**Autores:** Herbas, A.B.A.; Berardinelli, I.C.; La Paz, Z.I.M.; Almeida Junior, O.; Reis, M.P.; Signorini Filho, R.C.

**Sigla:** G170

**Introdução:** A incidência do câncer de colo uterino vem reduzindo nos últimos anos, no entanto, o percentual do tipo histológico adenocarcinoma vem aumentando principalmente em mulheres jovens. Acredita-se que o aumento dessa incidência se deva ao uso prolongado de anticoncepcional, HPV 16 e 18, aumento da paridade e idade mais jovem da primeira gravidez. **Relato de Caso:** NS, 58 anos, menopausada aos 50 anos, submetida à exérese de zona de transformação (EZT) em outro serviço, em 2013. Anatomopatológico (AP) evidenciou NIC II com margens endocervicais coincidentes. No seguimento, evoluiu com sangramento vaginal refratário e colposcopia insatisfatória. Realizou curetagem de canal endocervical, AP com neoplasia intraepitelial glandular de alto grau, não possível afastar invasão. Ressonância nuclear magnética (RNM) com lesão sólida infiltrativa

no colo uterino, com extensão para canal endocervical e porção ístmica uterina, medindo 4cm em seu maior eixo, com envolvimento do estroma do colo à esquerda, sugerindo infiltração parametrial. Submeteu-se a conização clássica diagnóstica no nosso serviço, com AP de cervicite crônica inespecífica com extensa erosão do epitélio. Devido discordância com imagem de RNM, foi indicada histerectomia total abdominal, com AP definitivo de adenocarcinoma moderadamente diferenciado de 4,3cm, comprometendo cavidade endometrial, invadindo menos da metade da espessura do miométrio, sem invasão angiolímfática, parâmetros comprometidos bilateralmente. Imunohistoquímica compatível com adenocarcinoma de origem endocervical (CK7 positivo, CK20 e vimentina negativos). Sob estadiamento patológico IIIB, realizou radioterapia pélvica plena e quimioterapia sensibilizante com cisplatina. Após 1 ano de seguimento, não há evidência de recidiva. **Discussão:** Acredita-se que o diagnóstico do adenocarcinoma endocervical é uma tarefa desafiadora. Não é incomum evoluírem de forma oculta, mesmo após propedêutica cito-colpo-histológica, acarretando diagnóstico em estadiamentos avançados. No caso apresentado, a suspeita oncológica partiu da avaliação imagenológica, exame complementar não recomendado pela FIGO na investigação das neoplasias cervicais.

**Instituição:** Centro de Referência de Saúde da Mulher - Hospital Perola Byington - São Paulo - SP

## MIOMA ATÍPICO ATENDIDO EM HOSPITAL ESCOLA DA FACULDADE DE MEDICINA SÃO CAMILO, HOSPITAL GERAL DE CARAPICUÍBA.

**Autores:** Pereira, W.G.M.; Bretz, P.R.; Fanton, N.U.A.C.; Antunes, D.R.V.; Souza, D.T.; Gregolini, M.B.

**Sigla:** G171

Leiomioma atípico, cuja sinonímia inclui leiomioma bizarro, simplástico ou pleomórfico, é uma patologia pouco comum, representando 0,5% e 1% das neoplasias uterinas. Constituído-se numa variante histológica do leiomioma comum, porém, com um comportamento borderline para malignidade, sendo achado ocasional de histerectomia total abdominal. Frente à hipótese diagnóstica de um leiomioma atípico, é fundamental o estudo de suas características histológicas com vistas à diferenciação com neoplasias mesenquimais de alto potencial de malignidade como o leiomiossarcoma. **Relato de Caso:** C.L.S.L.L, 44 anos, admitida com quadro de metrorragia e com antecedente pessoal de Miastenia Gravis. Ao exame físico paciente apresentava abdome globoso, flácido, doloroso à palpação superficial. Toque vaginal apresentou útero aumentado para 14 semanas, com anexos não palpáveis. Ultrassonografia transvaginal evidenciando útero de 448cc. Hemograma com hemo-

# GINECOLOGIA

globina 9,1 e hematócrito 34,5. Submetida a histerec-tomia subtotal abdominal e ooforectomia a direita, cujo anatomo-patológico resultou em neoplasia muscular lisa hiperclular com atipias, e o imuno-histoquímico, por sua vez, evidenciou perfil consistente com leiomioma atípico, com baixo índice de proliferação celular. Relevância: mediante a falta de clínica sugestiva do mioma atípico e considerando-se seu potencial de malignidade, é estritamente importante o retorno de pacientes em consulta pós operatória para checagem de anatomo-patológico.

**Instituição:** Hospital Geral de Carapicuíba - Carapicuíba - SP

## LEIOMIOSSARCOMA: RELATO DE CASO

**Autores:** Moterani Junior, N.J.W.; Moterani, V.C.; Gonçalves, L.B.B.

**Sigla:** G172

Introdução: Os sarcomas são neoplasias malignas pouco frequentes, representando 3 a 7% das neoplasias malignas de corpo uterino. Dentre eles, o mais comum é o leiomiossarcoma. Descrição do Caso: M.L.G, 57 anos, encaminhada ao serviço em fevereiro de 2015, com história de amenorréia há 02 anos, e há 03 meses presença de sangramento genital diariamente. Ao exame físico encontrou-se útero aumentado de tamanho até a cicatriz umbilical, com superfícies irregulares. Realizada curetagem uterina, com resultado anatomo patológico "Sarcoma Fusiforme". Exames de imagem demonstraram lesões sugestivas de metástase em pulmões, osso íliaco e coluna vertebral (Estadiamento IV B FIGO). Submetida a histerectomia total abdominal com anexectomia bilateral, o inventário da cavidade demonstrou dois nódulos sólidos de 2 cm em intestino delgado, e múltiplas lesões compatíveis com carcinomatose peritoneal. Pós operatório evoluiu sem intercorrências, sendo o anatomo-patológico da peça cirurgica "Leiomiossarcoma de elevado grau nuclear e alto índice mitótico, infiltrando extensamente o corpo e colo uterino". A paciente foi encaminhada para o serviço de oncologia. Relevância: contribuir com a Descrição de um caso de leiomiossarcoma, cujo tratamento é controverso na literatura. Comentários: o tratamento padrão-ouro é a histerectomia. Questiona-se o valor da ooforectomia bilateral e do esvaziamento ganglionar. A ressecção de metástases deve levar em conta a extensão, número de sítios acometidos, e prognóstico. Em nosso caso, optamos pela histerectomia com anexectomia bilateral. Não abordamos as metástases intestinais devido a grande extensão, aumento do risco cirúrgico, e prognóstico reservado.

**Instituição:** Faculdade de Medicina de Marília - FAMEMA - Marília - SP

## TUMOR FILOIDES MALIGNO: RELATO DE CASO

**Autores:** Garcia, A.L.B.; Visintin, C.D.N.; Gomes, J.C.N.

**Sigla:** G173

Caso Clínico: JMS, 56 anos, encaminhada para ambulatório de oncologia mamária por apresentar nódulo palpável em mama esquerda de crescimento rápido. Na primeira consulta, março /2010, ao exame físico, são palpados dois nódulos em mama esquerda de aproximadamente 4,5 cm em QIM e de 1,5 em QDM, axilas livres. Após ultrassonografia mamária, que evidenciou nódulo BIRADS 4 em mama esquerda, indicada core biopsy, cujo resultado foi de hiperplasia ductal típica e fibroadenoma hiperclular. Indicada setorectomia em maio/10 cujo anátomo-patológico evidenciou tumor filóides borderline. Durante o seguimento, em junho/ 2013, paciente foi submetida a exérese de três novos nódulos, também em mama esquerda, cujo diagnóstico foi mantido. Em agosto/2014 paciente retorna ao ambulatório com queixa de novos nódulos em mama esquerda, de crescimento rápido, ao exame físico nódulos acometiam toda a mama, de grande volume em conjunto, dolorosos, de consistência pétreo, expressão negativa e axilas negativas. Bi-ópsia evidenciou Tumor filóide, não podendo diferenciar entre borderline e maligno. Indicado, então, mastectomia total á esquerda. Mastectomia radical realizada em novembro/2014, com anátomo-patológico evidenciando tumor filóides maligno. Paciente encaminhada oncologia clínica para tratamento adjuvante. Discussão: O tumor filóide corres entre 2 e 3% das neoplasias fibroepiteliais mamários. Acomete, em geral, pacientes entre 35 e 45 anos. A forma maligna da lesão ocorre em 2,1/1000000 mulheres, com pico de incidência dos 45 aos 49 anos e corresponde a menos 0,5% de todos os tumores malignos da mama. Dada a baixa incidência, o relato clínico desses casos de faz importante para esclarecimento da patologia.

**Instituição:** Hospital e Maternidade Celso Pierro - Campinas - SP

## CÂNCER DE MAMA ASSOCIADO A GRAVIDEZ: RELATO DE CASO

**Autores:** Garcia, A.L.B.; Visintin, C.D.N.; Gomes, J.C.N.

**Sigla:** G174

Caso Clínico: LMST, 30 anos, negra e dona de casa, G3P-2C0A0 encaminhada ao Pré Natal de Alto Risco da PUC - Campinas em novembro/2014 com queixa de nódulo palpável em mama direita, que ao US mama foi classificado como BIRADS IV, evidenciando imagens nodulares sólidas, adjacentes, heterogêneas, hipocogênicas, de contornos regulares, medindo 2,3x1,3cm e 1,5x1,0cm,

na união de quadrantes externos. Paciente nega antecedentes pessoais relevantes. Relata antecedente familiar de avó paterna e tia paternas com câncer de mama. Ao exame físico, mama direita com nódulo sólido, irregular, em quadrante externos, de aproximadamente 3 cm, aderido a planos profundos, axila positiva. Solicitado core biopsy. Paciente retorna em janeiro/2015 (IG 38+3) com resultado mostrando carcinoma ductal invasivo grau 3 de Nottingham, imunohistoquímica com receptor de estrogênio e receptor de progesterona positivos, KI67 de 80% e HER 2 indeterminado (ainda sem resultado do FISH). Indicada internação e indução do parto. Paciente não aceitou a conduta e perdeu o seguimento. Em fevereiro/2015 paciente retorna (IG 40+2). Ao exame físico, nódulo em mama direita de aproximadamente 6 cm, fixo em QSL, irregular, axila positiva e expressão láctea positiva. Paciente encaminhada para internação para indução do parto. Após o parto, realizada inibição da lactação com cabergolina e encaminhada a oncologia clínica para iniciar quimioterapia neoadjuvante. Paciente retorna com exames de estadiamento negativos (T3N2M0 – EC IIIc). Indicado quimioterapia com antracíclico e ciclofosfamida dose habitual, seguida de taxano, sendo primeiro ciclo dia 09/03/15, atualmente em vigência do tratamento. Discussão: A associação câncer de mama de gravidez é um tema cheio de desafios para toda equipe multidisciplinar. Define-se essa situação como o diagnóstico de câncer de mama durante a gravidez, no período da lactação ou em até 12 meses passado a data do nascimento do neonato. Trata-se de uma situação com incidência situada entre 1/3000 e 1/10000, com idade média de 33 anos. Por se tratar de uma associação de difícil manejo, torna-se importante o relato desses casos.

**Instituição:** Hospital e Maternidade Celso Pierro - Campinas - SP

## PROLAPSO UTERINO TOTAL COM MÚLTIPLOS CISTOS OVARIANOS BILATERAIS EM PACIENTE MENOPAUSADA: RELATO DE CASO

**Autores:** Sanches, L.C.; Lopes, T.S.S.; Medeiros, B.K.B.; Barros, C.G.; Souza, M.A.C.

**Sigla:** G175

**Introdução:** Os cistos simples ovarianos são ocorrências relativamente comuns em mulheres após a menopausa. Incidência que varia de 2,5 a 17% nesse grupo de pacientes, a faixa etária é ampla na literatura, entretanto, existem autores que observaram frequência maior entre 50 a 54 anos, sendo decorrente provavelmente de uma atividade hormonal residual ovariana. O grande dilema é se realmente a presença de um cisto ovariano na pós-menopausa pode representar um fator de risco

para neoplasia ovariana maligna. Descrição: MEGN, 58 anos, branca, casada, natural de Touros-RN, procedente do município de Rio do Fogo-RN. GXVIPXVIIA0, menopausada há 10 anos, sendo acompanhada no serviço de ginecologia desta maternidade devido prolapso uterino total, cistocele, retocele e incontinência urinária aos esforços, bem como presença de múltiplos cistos ovarianos bilaterais, revelados em US endovaginal, há vários anos, sem remissão espontânea. Foi submetida à histerectomia vaginal, e, durante intraoperatório, observado ambos os ovários de tamanho aumentado e deformados, às custas de cistos contendo líquido translúcidos. Sendo assim, foi optado por anexectomia bilateral. Paciente evoluiu bem no pós-operatório, sem intercorrências. O estudo anatomopatológico revelou cisto adenoma seroso em ambos os ovários. Relência e Comentários: Após o diagnóstico de cistos ovarianos nessa população demográfica, a dúvida sempre é se há necessidade de uma intervenção cirúrgica, devido à possibilidade de malignidade. A maioria das massas císticas é um achado incidental durante um exame pélvico de rotina ou outra indicação, pois a maioria delas é assintomática. Muitos deles são funcionais e regredem espontaneamente em 6 a 8 semanas. No entanto, se medirem mais de 5cm de diâmetro, na mulher pós-menopausa, o ovário pode ser removido. Nessa paciente, apesar do tamanho e persistência dos multicistos ser um aspecto que pudesse predizer malignidade, o anatomopatológico evidenciou doença benigna.

**Instituição:** Maternidade Escola Januário Cicco - Natal - RN

## SÍNDROME DE TURNER: UM RELATO DE CASO

**Autores:** Constantino, L.A.S.; Parente, C.C.; Zaganelli, R.H.T.; Patriarca, M.; Maia, V.; Bonduki, C.E.

**Sigla:** G176

**Introdução:** A Síndrome de Turner (ST) descrita pela tríade infantilismo sexual, pescoço alado e cúbito valgo, é reconhecida como causa importante de baixa estatura em meninas e de amenorréia primária em mulheres jovens. Embora se associe ao cariótipo 45 X, a maioria das pacientes são mosaicos. O fenótipo clássico da ST inclui ausência de desenvolvimento sexual, implantação baixa de orelha, mamilos separados, linfedema e coarctação de aorta. As gônadas da maioria das pacientes mostram apenas estroma ovariano e tecido cicatricial, característicos da gônada disgenética. O diagnóstico pode ser feito ao nascimento, mas costuma demorar até a idade escolar ou adolescência. Pacientes com ST que têm um fragmento cromossômico de origem incerta e aquelas com qualquer evidência de virilização devem ser avaliadas para o cromossomo Y porque aquelas que têm todo um ou parte de um cromossomo Y (cerca de 5%) têm maior

# GINECOLOGIA

risco de desenvolver gonadoblastoma. Relato de Caso: CSS, 17 anos, queixa-se de amenorréia primária, baixa estatura e infantilismo sexual. Submetida a exames subsidiários demonstrando hipogonadismo hipergonadotrófico. Prescrito 2 mg de valerato de estradiol e 1 mg de acetato de ciproterona promovendo telarca, pubarca e sangramento mensal. Encaminhada à UNIFESP para avaliação. Apresentava ao exame físico: baixa estatura, baixa implantação de cabelos, hipertelorismo, cúbito valgo, pescoço alado e estadió puberal M4P4. Solicitado cariótipo que mostrou: 45, X/46, X, mar (X ou Y) na proporção 13:17, compatível com ST. Solicitada pesquisa do gene SRY com resultado positivo e, então, encaminhada para gonadectomia, cujo anátomo patológico revelou estroma ovariano sem atípias. Relevância: Este relato ilustra um caso típico de ST com a presença, rara, do mosaicismo com cromossomo Y e SRY presente. Conclusão: Este relato tem grande importância, pois mesmo sendo uma situação rara de mosaicismo de ST e cromossomo Y, a análise e pesquisa do SRY é de importância para prevenir o risco de transformação tumoral da gônada.

**Instituição:** Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - SP

## OBSTRUÇÃO DE CANAL VAGINAL E URETRA POR SINÉQUIA VULVAR: RELATO DE CASO

**Autores:** Panaino, L.P.; Junqueira, M.O.; Alves, T.C.; Souto, L.C.B.; Coelho, J.M.R.; Ribeiro, J.H.S.

**Sigla:** G177

Introdução: O líquen escleroso (LE) é uma dermatose inflamatória crônica idiopática com predileção anogenital, sendo mais comum na mulher no período pós-menopausa. Sua etiologia é desconhecida, mas há indícios de interferência multifatoriais, como alterações hormonais e imunológicas. Relato de Caso: Paciente, 77 anos, queixa-se de "vagina fechada" e dificuldade para urinar. última relação sexual, há 41 anos. GVIII PVII AI, sete partos normais. Realizada cirurgia de perineoplastia, há 30 anos. Ao exame físico visualizada região genital com obstrução completa do intróito vaginal por sinéquia vulvar, com presença de pequeno orifício periuretral por onde consegue urinar, porém, não progride sonda vesical de alívio nº 6. Foi realizada cirurgia de urgência para lise da sinéquia vaginal e prescrito clobetasol e estrogênio tópico após procedimento. Relevância: Como acontece com algumas dermatoses vulvares inflamatórias, nomeadamente líquen plano erosivo e penfigóide cicatricial, o LE não tratado e/ ou de longa duração pode resultar em aderências e alteração da estrutura vulvar, traduzidos clinicamente por apagamento do clitóris, ausência parcial ou total dos pequenos lábios e estreitamento do intróito vaginal. Comentários: O LE após longo período de evolução comprometeu a qualidade de vida da pa-

ciente, colocando em risco sua saúde com a obstrução parcial do orifício uretral. Sendo esta uma doença incurável, porém, tratável, o tratamento dá-se de forma quase empírica. Quem avalia a eficácia é a paciente com relatos de como está a evolução da lesão. Por se tratar de doença crônica com frequentes recrudescências, a relação medico-paciente precisa ser fortalecida com orientação e esclarecimento para que a mesma não abandone o acompanhamento.

**Instituição:** Hospital São João Batista - Volta Redonda - RJ

## DISMENORREIA MEMBRANACEA: RELATO DE CASO

**Autores:** Moura, K.F.Q.; Tamura, M.; Chazan, L.F.; Pereira, F.G.N.; Barison, G.A.S.; Bonduki, C.E.

**Sigla:** G178

Objetivo: apresentar um caso de dismenorreia membranosa. Método: paciente selecionada a partir da suspeita diagnóstica, após atendimento clínico no ambulatório de doenças benignas do útero da Universidade Federal de São Paulo, por relato de dismenorreia dolorosa associada a expulsão espontânea de material grosseiro semelhante ao útero. O material eliminado foi encaminhado para laboratório de patologia. Descrição do Caso: caso descrito com quadro característico de dor e eliminação vaginal de material elástico. Comentários: embora haja apenas escassos relatos de dismenorreia membranosa na literatura, sua etiologia deve ser suspeita em casos de dor associada a sangramento vaginal com eliminação de material elástico ou firme. O diagnóstico final é dependente do exame anatomopatológico que nunca deve ser dispensado.

**Instituição:** Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina (UNIFESP/EPM) - São Paulo - SP

## TERATOMA OVARIANO MADURO EM PRÉ-ADOLESCENTE

**Autores:** Lima, E.P.; Pimentel, C.E.M.; Lima, T.B.D.F.; Santiago, M.D.; Barroso, P.C.; Rezende, L.G.

**Sigla:** G179

Introdução: O teratoma surge das células germinativas, podendo diferenciar-se em tecidos mais especializados (teratoma maduro), ou permanecer mais indiferenciado (teratoma imaturo). Esses tumores costumam crescer de forma lenta e a maioria mede entre 5 a 10 cm e são bilaterais em apenas 10% dos casos. A média de idade das pacientes é de 30 anos, variando entre 2 e 88 anos. As complicações mais comuns são: torção do pedículo

ovariano, rotura do teratoma, infecção e transformação maligna, esta última ocorre em 1 a 3% dos casos, geralmente em mulheres acima de 40 anos. Caso Clínico: MESF, feminino, 11anos com queixa de massa abdominal de crescimento progressivo durante seis meses e dor abdominal há 30 dias. Apresentou CA125 de 63UI/mL e ultrassonografia pélvica com achados sugestivos de cisto ovariano direito torcido. A paciente foi submetida a laparotomia exploradora através de incisão mediana infra-umbilical, tendo sido realizada anexectomia direita com exérese da trompa e da massa cística ovariana torcida de 9,5x8,3x3,5 cm. A microscopia confirmou tratar-se de teratoma ovariano maduro. Relevância: Paciente de 11 anos, que ainda não apresentou menarca, com teratoma de 9,5cm complicado por torção, sendo que a maior incidência dos teratomas ocorre no menacme entre os 20 a 30 anos. Discussão: Nas pré-adolescentes predominam as alterações funcionais e as tumorações benignas. A avaliação clínica é especial neste grupo de pacientes e a ultra-sonografia representa o principal exame complementar para a abordagem inicial das lesões. As alterações funcionais não necessitam de intervenção cirúrgica. Os procedimentos cirúrgicos, quando necessários, devem ser o mais conservador possível e a preocupação com o futuro reprodutivo das pré-adolescentes deve ser uma constante no julgamento do cirurgião. Nas pacientes com menos de 20 anos, os teratomas correspondem a metade dos casos dos tumores ovarianos, e até 25% dos dermóides ocorrem após a menopausa. A pesquisa de marcadores tumorais orientam o diagnóstico diferencial e sugerem uma melhor abordagem terapêutica, visando a resolução da patologia e preservação do ovário sempre que possível.

**Instituição:** Hospital Municipal de Governador Valadares - Governador Valadares - MG

## HÍMEN IMPERFURADO

**Autores:** Freitas, B.C.F.C.; Souza, I.S.; Penha, N.A.; Frigério, M.V.; Souto, P.C.

**Sigla:** G180

1.Introdução: O hímen imperfurado é uma alteração por erro de desenvolvimento embrionário dos ductos Müllarianos, sendo obstrutiva, e pouco freqüente. Nessa patologia a membrana himeneal oclui o intróito vaginal por completo. Esta obstrução resulta na acumulação de secreções uterinas e vaginais. Em raras situações, pode haver antecedentes familiares. A forma de apresentação clínica é muito variável, desde uma forma assintomática, até sintomas relacionados com a dor abdominal e/ou lombar, obstipação, disúria, retenção urinária aguda, peritonite ou amenorréia primária. A discrepância existente entre o estadio pubertário e a ausência de menarca é o que faz supeitar do quadro. Apesar do diagnóstico ser

simples, muitas vezes passa despercebido numa avaliação médica de rotina. 2. Caso Clínico: G.A.A., 13 anos foi encaminhada ao ambulatório do serviço de ginecologia e obstetrícia da Unicastelo, por história recorrente de dor em hipogástrio de forte intensidade tipo cólica com melhora sutil ao uso de analgésicos. O primeiro episódio ocorreu há aproximadamente trinta dias do quadro atual, cursando com dor abdominal intensa, persistente e distensão abdominal em região de hipogástrio, com breve melhora após 7 dias. Em novo episódio ocorreram dores abdominais difusas com distensão de todo o quadrante inferior e presença de uma massa volumosa de consistência pétre a nível umbilical e móvel. Foram realizados exames de USG pélvico e TC de abdome com impressão diagnóstica da presença de hematocolpo e hematometocolpo de aproximadamente 780ml, com colo uterino a nível da cicatriz umbilical. O exame ginecológico apresentou estadio pubertário de Tanner 2, e abaulamento de hímen íntegro e imperfurado para além do limite do intróito vaginal. Foi submetida a himenotomia, com drenagem de conteúdo hemático abundante, com resolução do quadro clínico. 3. Relevância: Atinge entre 0,01% a 0,1% de meninas. 4. Comentários: A maioria dos casos é diagnosticado após a menarca, passando despercebido na infância e início da adolescência. Por esse motivo é de vital importância o exame da genital externa em RN e pré-púberes, para correção cirúrgica precoce e bom prognóstico.

**Instituição:** Universidade Camilo Castelo Branco – UNICASTELO – Fernandópolis – SP

## ENDOMETRIOSE, INTERLEUCINA 1 E TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR

**Autores:** Jorge, C.E.B.; Silva, A.S.M.

**Sigla:** G181

Objetivo: Descrever a fisiopatologia do ciclo vicioso entre endometriose e transtorno depressivo maior (TDM). Método: Fizemos uma revisão sistemática das seguintes bases científicas: Pubmed, Highwire, Elsevier, Biblioteca Virtual em Saúde e Scielo. Não houve restrição período. Usamos os termos MESH(medical subject headings) combinados: transtorno depressivo maior e endometriose. Resultados: Encontramos apenas 19 textos sobre o tema. Deste 19, quatro foram excluídos. Adicionamos alguns textos que julgamos essenciais para a discussão do tema. TDM é altamente prevalente em mulheres com endometriose e ambas as doenças cursam com alterações psicoimunológicas. Em camundongos o papel crucial da interleucina – 1(IL-1) na endometriose já foi confirmada. Na sua ausência não ocorre a implantação do tecido endometrial. Quando comparada com indivíduos não deprimidos, ambos os pacientes hígidos e não hígidos, acometidos por TDM têm apresentado níveis elevados

# GINECOLOGIA

de citocinas inflamatórias relevantes e os seus receptores solúveis, tanto no sangue periférico como no fluido cerebrospinal, em especial a IL-1, o fator de necrose tumoral alfa e a IL -6. A abordagem comum para a endometriose profunda após a cirurgia laparoscópica é a utilização de antagonistas de GnRH para evitar novas lesões, mas estes antagonistas estão relacionadas a um risco aumentado para TDM, devido à diminuição dos níveis de estrógeno. Conclusão: Nós podemos identificar a IL-1 como um elo entre o TDM e endometriose, uma vez que o TDM cursa com aumento de IL-1 gerando um ambiente propício para a implantação da endometriose, cujo tratamento a longo prazo apresenta um risco aumentado para TDM.

**Instituição:** Liga de Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Universidade de Santo Amaro - São Paulo - SP

## PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE CESARIANAS NO BRASIL ENTRE OS ANOS 2003 E 2013

**Autores:** Rodrigues, R.M.P.; Nascimento, A.R.; Mendes, C.F.; Reitano, I.R.R.; Nóbrega, L.C.S.; Pereira, M.M.

**Sigla:** O001

**Objetivo:** Descrever o perfil epidemiológico de cesarianas no Brasil de 2003 a 2013, buscando correlacionar os dados estatísticos, principais causas e suas consequências. **Método:** Foi realizado um estudo retrospectivo de 2003 a 2013, nos quais foram avaliadas a prevalência, causas e consequências da cesariana no Brasil. Os bancos de dados MedLine/PubMed, LILACS/SciELO, biblioteca Cochrane e Scopus foram consultados à procura de artigos nacionais e das melhores evidências científicas disponíveis referentes aos anos do trabalho, junto ao acesso a estatísticas governamentais no DATASUS. Utilizaram-se os descritores "cesarianas". **Resultado:** Analisando os dados obtidos, nota-se que o Brasil chegou a taxas de 56,6% de cesarianas realizadas no ano de 2013. Em 2003 o índice brasileiro era de 37,7%, porém esse número aumentou ao longo dos anos, passando para 41,7% em 2004, 48,3% em 2008 e 55,6% em 2012, aumentando 19% ao longo de 10 anos e demonstrando valores superiores ao que a Organização Mundial da Saúde recomenda. Analisando as regiões brasileiras, verifica-se que há uma grande discrepância desses valores, sendo o Sudeste a região com maior índice de partos cesárea, totalizando 39,5% em 2013, seguida do Nordeste com 27,9%; Sul com 13,3%; No rte com 10,7% e a região Centro-Oeste com 8,08%. O aumento das cesarianas no Brasil apresentam múltiplos fatores que incluem as indicações de parto cesárea, a opção e história sócio-cultural da paciente, avanço dos Métodos: diagnósticos e aumento da idade materna associado aos seus fatores de risco. Com isso, é possível estimar um aumento das complicações da cesariana, tais como: infecções, hemorragia puerperal, tromboembolismo, etc; tornando-se mais presente com o aumento da incidência de cesáreas. **Conclusão:** Com base nos resultados apresentados, pode-se concluir que o Brasil elevou suas taxas de cesarianas nos últimos 10 anos, apresentando um valor 4 vezes acima daquele preconizado pela OMS, além de uma grande heterogeneidade entre as regiões. Sendo o aumento devido, possivelmente ao tipo de medicina empregada no país e às questões da paciente, tornando-se mais presente suas intercorrências conforme o aumento de cesáreas.

**Instituição:** Centro Universitário São Camilo - São Paulo - SP

## QUAL O SIGNIFICADO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO ALOJAMENTO CONJUNTO PARA AS PUÉRPERAS?

**Autores:** Sacramento, M.L.; Trindade, F.O.; Santana, E.S.; Vieira, P.N.; Almeida, M.S.

**Sigla:** O002

**Objetivo:** Analisar o significado dos cuidados da enfermagem no Alojamento Conjunto (AC) para as puérperas. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada em uma Maternidade pública da cidade de Salvador-Bahia, através de entrevistas semi-estruturadas com treze mulheres no período puerperal e sem intercorrências obstétricas. Utilizou-se como método de análise o referencial teórico de conteúdo proposto por Bardin. **Resultados:** As mulheres encontravam-se na faixa etária entre 18 a 36 anos; se auto referiram como de cor parda e conviviam, na sua maioria com conjugue. A maioria possuía segundo grau incompleto, residindo em casas com água encanada, rua calçada, rede de esgoto, luz e telefone. No âmbito dos cuidados afirmaram que o acolhimento foi uma prática da equipe de enfermagem, e as ações realizadas funcionaram como instrumentos para prepará-las para o auto-cuidado e para o cuidados ao(à) recém-nascido(a) (RN); pôde-se verificar também que a prática e a atuação multiprofissional no campo da educação em saúde se deu de modo efetivo. Notou-se a expressão de sentimentos das puérperas frente ao internamento de seu (sua) RN na unidade de cuidados semi-intensivo, e tristeza de outras de não poder amamentá-lo(a), em decorrência da quantidade insuficiente de leite, sendo apoiada mediante a escuta qualificada e orientações específicas pelo(a) profissional enfermeiro(a). As puérperas relataram insatisfação em relação às necessidades básicas como higiene pessoal, sono e repouso, alimentação durante o período de internação e se sentiram gratificadas com as orientações recebidas para o auto cuidado e cuidado do(a) recém-nascido(a) no pós - alta hospitalar. **Conclusão:** Acreditamos que existe uma produção científica que conjuga a análise dos(as) profissionais de saúde, sobre os cuidados à mulher no período puerperal, porém faz-se necessário a intervenção, mediante a implementação de estratégias para o atendimento, que traga conforto, ambientação agradável e que busque a satisfação das usuárias da unidade, visando o alcance dos Objetivos: preconizados pelo AC.

**Instituição:** Universidade Federal da Bahia - Salvador - BA

## ESTUDO PILOTO SOBRE SATISFAÇÃO COM A VIA DE PARTO EM GESTANTES DE BAIXO RISCO DOS SETORES PÚBLICO E PRIVADO DE ARACAJU

**Autores:** Pereira, R.O.; Prado, D.S.

**Sigla:** O003

**Objetivo:** Avaliar a satisfação com a via de parto em gestantes de baixo risco dos setores público e privado de Aracaju. **Metodologia:** O estudo coorte do tipo prospectivo foi realizado em gestantes de baixo risco, de Setembro/2014 a Fevereiro/2015, através de um questionário pré-estabelecido, o qual era aplicado no pós-parto. Resultados Foram entrevistadas um total de 34 pacientes, sendo 17 do setor público e 17 do setor privado, com a idade variando de 15 a 40 anos, com média de 28,2 anos. A amostra teve a seguinte caracterização: 91,18% das gestantes tinham um relacionamento estável; 50% eram nulíparas; analisando a escolaridade, 5,88% tinham ensino fundamental incompleto, 5,88% ensino fundamental completo, 5,88% ensino médio incompleto, 38,24% ensino médio completo, 8,82% ensino superior incompleto, 35,29% ensino superior completo; na renda, 32,35% das gestantes tinham renda menor ou igual a 1 salário mínimo, 32,35% entre 1 e 3 salários mínimos, 17,65% entre 3 e 6, 17,65% maior ou igual a 6. Quando perguntado a nota (variando de 0 a 10 pontos) que a entrevistada dava ao período da condução do trabalho de parto, a média foi de 8,74; ao questionar a nota no momento do parto, a média foi de 9,29 pontos. Ao finalizar o questionário, foi interrogado se a paciente gostaria da mesma via para um futuro parto, 50% das pacientes responderam que SIM (destas, 58,82% foram gestantes que tiveram parto vaginal), e 50% responderam que NÃO (destas, 76,47% foram gestantes que tiveram parto cesárea). **Conclusão:** Em geral, as gestantes estão satisfeitas com o atendimento na condução e no momento do parto. Porém, metade delas não gostaram da via de parto realizada, sendo a maioria insatisfeita após parto cesárea.

**Instituição:** UFS - Aracaju - SE

## VITAMINA D NA GESTAÇÃO: OS SUPLEMENTOS PARA GESTANTES APRESENTAM QUANTIDADES ADEQUADAS?

**Autores:** Zolio, S.C.; Azevedo, G.G.; Villagelin, D.; Tiago, D.B.

**Sigla:** O004

**Objetivos:** Pesquisar o número de suplementos de vitaminas e minerais indicados para gestantes disponíveis atualmente no Brasil e analisar as quantidades de vitamina D existentes nestes, correlacionando-as com as orientações internacionais sobre sua suplementação na gestação. **Métodos:** Coleta e análise das informações nutricionais dos suplementos de vitaminas e minerais utilizados por gestantes através de suas bulas ou embalagens; de pesquisas realizadas na internet adotando-se o Bulário Eletrônico da Anvisa; do contato via e-mail com as respectivas indústrias farmacêuticas e da consulta ao Dicionário de Especialidades Farmacêuticas 2012 – 2013. Resultados Atualmente, existem 23 suplementos de vi-

taminas e minerais utilizados por gestantes no Brasil. Em relação à suplementação diária de vitamina D, tanto a Endocrine Society como a Sociedade Brasileira Endocrinologia e Metabologia sugerem que as mulheres grávidas necessitariam de um mínimo de 600 UI diárias, e em pacientes que apresentam deficiência ou insuficiência as doses recomendadas seriam de 1500 a 2000 UI/dia. Entre os suplementos avaliados as quantidades de vitamina D foram divididas em 3 grupos: 1. Doses de 0 a 200 UI em 60,9% dos suplementos, 2. Doses entre 201 a 599 UI em 39,1% e 3. Nenhum suplemento com doses de 600 UI ou mais. **Conclusão:** O presente estudo demonstrou que, atualmente, nenhum suplemento de vitaminas e minerais disponível para gestantes no Brasil apresenta as quantidades de vitamina D recomendadas para uso na gestação pelas principais sociedades nacionais e internacionais.

**Instituição:** Pontifícia Universidade Católica de Campinas - Campinas - SP

## AVALIAÇÃO DO NÚMERO DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL ENTRE GESTANTES EM ACOMPANHAMENTO EM UMA UNIDADE DE MÉDICO DE FAMÍLIA DE NITERÓI (RJ), 2014

**Autores:** Nascimento, M.I.; Gregorio, A.P.A.; Ribeiro, B.T.; Tavares, B.L.; Palmeira, D.R.; Klein, I.A.

**Sigla:** O005

O **Objetivo:** do estudo foi verificar o número de consultas total e por trimestre de acompanhamento de pré-natal em uma unidade de saúde de Médico de Família de Niterói, Rio de Janeiro (RJ), 2014. **Métodos:** trata-se de estudo descritivo conduzido com dados coletados por revisão de prontuários de gestantes assistidas durante o período pré-natal, no ano de 2014, em uma unidade de médico de família de Niterói (RJ). As variáveis de interesse foram idade materna (em anos), idade gestacional de início do pré-natal (em semanas) e número de consultas total e por trimestre gestacional. Foram calculadas média e desvio padrão (DP) das variáveis contínuas. Resultados o estudo analisou 34 gestantes acompanhadas no Pré-Natal em um Posto de Médico da Família de Niterói no ano de 2014. A média de idade foi de 23,7 anos (desvio padrão: 6,5 anos; variação: 15 a 38 anos). A média de idade gestacional do início do Pré-Natal foi de 10,6 semanas (desvio padrão: 5,0; variação: 6,0 a 27,0 semanas). Verificou-se que 29 gestantes iniciaram o Pré-Natal no primeiro trimestre, com média de 1,4 consultas nesse período (desvio padrão:0,57; variação: 1 a 2 consultas). Um desses casos configurou-se apenas a confirmação da gestação, não tendo sido caracterizada como consulta de pré-natal. No segundo trimestre, observou-se que 32 gestantes realizaram consultas de pré-natal, com média

de 2,3 consultas (desvio padrão: 0,93; variação:1 a 5 consultas). Foram acompanhadas 21 mulheres que estavam no terceiro trimestre gestacional, tendo como média de consultas realizadas 3,9 (desvio padrão: 2,36; variação:1 a 9 consultas). A média do total de consultas de pré-natal foi 5,82 com mediana de 6 consultas (variação: 1 a 13 consultas). Conclusão: Em paralelo ao número crescente de consultas segundo os trimestres gestacionais, observou-se a mediana de seis consultas de pré-natal sugerindo adequabilidade destas parâmetros em relação aos preconizados pelo Ministério da Saúde.

**Instituição:** Programa Médico de Família - PMF Bernardino - Prefeitura de Niterói (RJ) - UFF - Niterói - RJ

## **INFLUÊNCIA DA POSIÇÃO PRONA, EM MACA PARA GESTANTES, NOS PARÂMETROS HEMODINÂMICOS MATERNO-FETAIS E NO CONFORTO DA GESTANTE**

**Autores:** Oliveira, C.; Francisco, R.P.V.; Lopes, M.A.B.; Zugaib, M.

**Sigla:** O006

O Objetivo: primário deste estudo foi o de analisar a influência da posição prona nos parâmetros hemodinâmicos materno-fetais; e o Objetivo: secundário foi o de verificar a influência dessa posição no conforto da gestante em um protótipo de maca especialmente construído para gestantes. Método: Estudo prospectivo, observacional, transversal, com 30 gestantes, em seguimento pré-natal, e 16 não gestantes, como grupo de controle. Os dois grupos foram divididos em dois e cada um realizou um tipo de sequência diferente (S1 ou S2) quanto à ordem das posições, que foram randomizadas, investigando-se se a mudança na ordem das sequências traria, nas gestantes e seus fetos, alguma variação significativa de valores hemodinâmicos. Utilizou-se o monitor multiparamétrico Dixtal, modelo DX-2020, a cardiocografia de repouso, modelo Bistos e uma maca desenvolvida para possibilitar a posição prona em grávidas. Resultados Comparando-se os índices da posição prona aos obtidos nas demais, não foram encontradas variações significativas nos padrões hemodinâmicos. Nos parâmetros avaliados, os menores valores encontrados foram: frequência cardíaca: no decúbito lateral esquerdo, tanto na S1( $p=0,003$ ) como na S2 ( $p<0,001$ ); pressão arterial sistólica: posição prona na S1 e na S2 ( $p=0,001$ ); pressão arterial diastólica: também nessa posição, na S1( $p=0,018$ ) e na S2 ( $p=0,006$ ); e pressão arterial média, ainda nesse posicionamento, na S1( $p=0,065$ ) e na S2 ( $p<0,001$ ). Os maiores valores da saturação de oxigênio foram encontrados na posição prona em ambas as sequências, S1 (96,86+ 0,95) e S2 (97,56+0,96). Os menores valores da linha de base foram na posição prona e no decúbito lateral esquerdo tanto na S1 (134,57 + 12,04) como na S2

(137,81 +7,95). Não foram observadas variações significativas na variabilidade fetal, tanto na S1 ( $p=0,538$ ) como na S2 ( $p= 0,575$ ). 100% das pacientes declararam terem se sentido confortáveis durante a permanência em cada uma das posições. Conclusão: O posicionamento prono não influenciou nos padrões hemodinâmicos materno-fetais e foi considerado pelas pacientes da pesquisa como uma posição confortável na maca especialmente desenvolvida para gestantes.

**Instituição:** Universidade de São Paulo - São Paulo - SP

## **EVOLUÇÃO DA GRAVIDEZ DE PACIENTES COM ANTECEDENTE DE CIRURGIA BARIÁTRICA**

**Autores:** Reis, M.A.; Rocha, M.L.T.L.F.; Lippi, U.G.; Lopes, R.G.C.; Arruda, R.M.; Lima, J.E.G

**Sigla:** O007

Introdução: A obesidade é um problema de saúde pública, com rápido aumento em sua prevalência nas últimas décadas. É comum o atendimento de pacientes que foram submetidas a procedimentos cirúrgicos para tratamento desta enfermidade e que engravidaram após. Embora os resultados da gravidez geralmente sejam favoráveis, complicações nutricionais e cirúrgicas podem ocorrer ocasionando eventos perinatais adversos. Objetivo: Analisar a evolução e os resultados perinatais das gestações de pacientes com antecedente de cirurgia bariátrica atendidas no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE) – “Francisco Morato de Oliveira” (FMO) no período de fevereiro de 2010 a fevereiro de 2014. Casuística e Métodos: Estudo retrospectivo, de análise quantitativa de dados de prontuários de 20 gestantes que foram previamente submetidas à cirurgia bariátrica como tratamento de obesidade. Resultados A idade média das pacientes foi de 31 +/- 2,8 anos. O IMC médio das mesmas foi de 28,62 +/- 3,43 Kg/m<sup>2</sup> e 31,32 +/- 2,49 Kg/m<sup>2</sup>, respectivamente, na primeira e na última consulta pré-natal. Do total, sete pacientes apresentavam comorbidades prévias, tais como: hipertensão crônica, diabetes mellitus tipo 2, hipotireoidismo, asma brônquica e gastrite enamatosa leve. Apenas uma gestante era tabagista. Durante a evolução da gestação, 20% das pacientes necessitaram de internação, duas destas por pielonefrite, uma por trabalho de parto prematuro e uma última por anemia ferropriva grave. O peso médio observado dos recém-nascidos foi de 3162,5 g. Os escores de Apgar no primeiro e quinto minuto foram entre 7 e 10 para todos os recém nascidos. Nenhum deles apresentou malformações ou outras doenças ao nascimento. Conclusão: A cirurgia bariátrica aparentemente não compromete o desenvolvimento fetal intrauterino, apesar de possível desnutrição materna induzida pela cirurgia. Entretanto, investigações adicionais são necessárias para se

# OBSTETRÍCIA

estabelecer recomendações apropriadas com relação ao seguimento pré-natal.

**Instituição:** Hospital do Servidor Público Estadual Francisco Morato de Oliveira - São Paulo - SP

## ANSIEDADE MATERNA E CONTAGEM DOS MOVIMENTOS FETAIS NO FINAL DA GRAVIDEZ

**Autores:** Pimenta, B.S.O.; Nomura, R.M.Y.

**Sigla:** O008

Objetivo: analisar os efeitos da ansiedade materna nos padrões da movimentação fetal no final da gravidez. Métodos: Foram convidadas para o estudo gestantes que atendiam aos critérios de inclusão: gestação única; idade entre 18 e 40 anos; idade gestacional entre 36 e 40 semanas; ausência de doenças ou complicações obstétricas, sem uso de medicação exceto a suplementação vitamínica pré-natal; e compreensão do método. A ansiedade materna foi avaliada pela aplicação do questionário Beck Anxiety Inventory (BAI), validado na língua portuguesa, com 21 itens, pontuados de 0 a 3, nos quais são descritos sintomas comuns de ansiedade. Foram considerados quatro estágios de ansiedade pela pontuação: mínima (0 a 10), leve (11 a 19), moderada (20 a 30) e grave (31 a 63). O questionário foi preenchido pela gestante enquanto aguardava pela consulta de pré-natal. Para a análise dos movimentos fetais, as gestantes registraram diariamente o tempo, em minutos, necessário para a percepção de 10 movimentos fetais - método "count to 10" - por uma semana. Foi realizada análise de correlação de postos (Rank) entre a pontuação total do BAI e o tempo para contagem de 10 movimentos fetais. O nível de significância foi de 0,05. Resultados Participaram do estudo 30 gestantes saudáveis. A média de pontuação BAI foi de 20,8 (DP 10,2), e o tempo médio de contagem dos movimentos fetais foi de 24,3 minutos (DP=6,6 min). Os itens do BAI significativamente mais frequentes na ansiedade moderada ou grave foram: dormência ou formigamento (44%), o medo de acontecimentos ruins (72%), sensação de apavoramento (50%), sensação de sufocamento (61%), medo de perder o controle (56%) e medo de morrer (44%). Houve correlação negativa estatisticamente significativa entre a pontuação total BAI e o tempo médio necessário para a contagem de 10 movimentos fetais ( $p < 0,0001$ ;  $\rho = -0,70$ ; IC95%  $-0,84$  a  $-0,45$   $\rho$ ), indicando fetos mais ativos em mulheres que apresentam sintomas de ansiedade no final da gravidez. Conclusões: A ansiedade materna parece afetar os padrões de movimentos fetais no final da gravidez, pois está associado com menor tempo para observação de 10 movimentos fetais

**Instituição:** Escola Paulista de Medicina - UNIFESP - São Paulo - SP

## GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA NO MUNICÍPIO DE SÃO CARLOS/SP: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

**Autores:** Matsunaga, M.E.C.; Ferreira, R.A.

**Sigla:** O009

Objetivos: Traçar o perfil epidemiológico de gestantes na faixa etária entre 10 e 19 anos da cidade de São Carlos e compará-lo com os dados epidemiológicos nacional e mundial. Foram analisados os dados obtidos na Vigilância Epidemiológica de São Carlos, nos anos de 2010/11/12. Foram utilizados também dados do Ministério da Saúde (DATASUS). Os resultados mostraram que as taxas de nascidos vivos em gestantes entre 10 e 19 anos para cada 1000 adolescentes em São Carlos foram menores que as estaduais e nacionais, nos três anos avaliados, respectivamente: 11,2, 27,2 e 32,7 (2010), 10,5, 27,3 e 33,2 (2011) e 10,99, 28,4 e 33,2 (2012). Entretanto, quando se comparam essas taxas na faixa etária entre 15 e 19 anos com os países desenvolvidos, como EUA (34,3), Inglaterra (40,5) e Alemanha (9,6), a de São Carlos (42,5) é superior a todas. Também foi possível notar que o percentual de cesarianas em adolescentes no município (60%) foi superior ao observado no Estado de São Paulo (44%) e no Brasil (41%); quando comparamos com as taxas de cesarianas de todas as faixas etárias, em países desenvolvidos, esta percentagem é bastante superior (EUA - 32,8%, Canadá 26,1% e Holanda 13,4%). Em 2010 e 2011 não houve diferença no número de consultas de pré-natal realizadas pelas adolescentes. Já em 2012, 94,3% das gestantes adolescentes realizaram quatro ou mais consultas de pré-natal contra 96,1% das que possuíam mais de 19 anos. Não se verificou nenhum caso de óbito materno entre adolescentes no município. Assim, no município de São Carlos, as taxas de nascidos vivos nos três anos estudados foram menores do que a estadual e a nacional. Já as taxas de cesariana são maiores no município apesar da grande maioria das gestantes adolescentes realizar o número adequado de consultas de pré-natal. Conclusão: Há uma atenção adequada às gestantes adolescentes, sem que isso se reflita na redução do número de cesarianas e que tal situação realmente é um problema de saúde pública em todas as esferas (municipal, estadual e federal), sendo fundamental a elaboração de novas estratégias para a prevenção da gestação na adolescência no município de São Carlos.

**Instituição:** Departamento de Medicina. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Federal de São Carlos. - São Carlos - SP

## AVALIAÇÃO NUTRICIONAL NA PRIMEIRA CONSULTA DE PRÉ-NATAL DE GESTANTES

## ACOMPANHADAS EM UMA UNIDADE DE MÉDICO DE FAMÍLIA DE NITERÓI (RJ)

**Autores:** Nascimento, M.I.; Lana, R.C.P.; Rabelo, L.M.; Andrade, T.R.; Klein, I.A.; Palmeira, D.R.

**Sigla:** O010

O Objetivo: foi verificar o estado nutricional na primeira consulta de pré-natal entre gestantes acompanhadas em uma unidade de médico de família de Niterói (RJ), em 2014. Métodos: trata-se de estudo descritivo conduzido com dados coletados por revisão de prontuários de gestantes em acompanhamento pré-natal, iniciado no ano de 2014, em uma unidade de médico de família de Niterói (RJ). As variáveis de interesse foram idade materna (em anos), idade gestacional de início do pré-natal (em semanas), altura da gestante (em centímetros), peso da gestante na primeira consulta de pré-natal (em Kg). O índice de massa corporal (IMC) foi calculado usando os parâmetros de peso e altura registrados no cartão de pré-natal e/ou prontuário da gestante na primeira consulta de pré-natal. O estado nutricional da gestante na primeira consulta de pré-natal foi estabelecido com o preenchimento do gráfico de acompanhamento nutricional da gestante e foi classificado em adequado, baixo peso, sobrepeso ou obesidade. Resultados um total de 34 gestantes em acompanhamento pré-natal na unidade Bernardino do Programa de Médico de Família de Niterói (RJ) iniciado em 2014 foram analisadas. A média de idade das gestantes foi de 23,7 anos (Desvio Padrão -DP: de 6,5 anos). A média de idade gestacional de início do pré-natal foi de 10,6 semanas (DP de 5,0 semanas). A média de peso e de altura no início da gestação foram 60,2 Kg (DP: 13,3 Kg) e 1,59 cm (DP: 6,16 cm), respectivamente. A média de IMC foi 23,4 (DP 4,47; variação: 17,5 a 33,5). Em relação ao estado nutricional no início do pré-natal, verificou-se que apenas um terço (33,3%) das gestantes estavam com estado nutricional considerado adequado. A proporção de baixo peso, obesidade e sobrepeso foi 30,3%; 12,1% e 24,2%, respectivamente. Conclusão: Ainda que um terço das gestantes encontravam-se em estado nutricional adequado, a maioria apresentava algum desvio que incluiu o baixo peso, sobrepeso e obesidade, chamando a atenção para a importância do preenchimento do gráfico de avaliação nutricional desde o início do pré-natal como uma ferramenta para proceder orientações bem como acompanhar a evolução ponderal durante toda a gestação.

**Instituição:** Programa Médico de Família - PMF Bernardino - Prefeitura de Niterói (RJ) - UFF - Niterói - RJ

## FATORES ASSOCIADOS COM A ANSIEDADE MATERNA NA GESTAÇÃO DE BAIXO RISCO

**Autores:** Pimenta, B.S.O.; Nomura, R.M.Y.

**Sigla:** O011

Objetivos: avaliar e descrever a ansiedade materna em gestações de baixo risco no final da gravidez, analisando os fatores associados com a ansiedade moderada ou grave. Métodos: Estudo prospectivo, comparativo, de corte transversal, com os seguintes critérios de inclusão: gestação com feto único e vivo; idade materna entre 18 e 40 anos; sem comorbidades; sem uso regular de medicações exceto vitaminas; entre 30 e 40 semanas; e compreensão do método de pesquisa. A ansiedade materna foi avaliada pelo questionário Beck Anxiety Inventory (BAI), validado na língua portuguesa, com 21 itens, pontuados de 0 a 3, nos quais são descritos sintomas comuns de ansiedade. Foram considerados quatro estágios de ansiedade conforme a pontuação: mínima (0 a 10), leve (11 a 19), moderada (20 a 30) e grave (31 a 63). O questionário foi preenchido enquanto aguardava pela consulta de pré-natal. Os dados foram analisados de forma descritiva pelo cálculo de médias e desvios padrão, e, a comparação entre grupos foi realizada pelo teste t de student para as variáveis contínuas e teste do qui quadrado para tendências para as variáveis categóricas. Resultados Participaram 37 gestantes com distribuição de acordo com o grau de ansiedade pela pontuação total do BAI: mínima 6 (16,2%), leve 10 (27,0%), moderada 16 (43,2%) e grave 5 (13,5%). A comparação entre gestantes com ansiedade mínima/leve e moderada/grave não revelou associação significativa com: idade materna (média 24,4 vs. 27,4 anos,  $p=0,076$ ); idade gestacional na avaliação (média 34,4 vs. 34,3 semanas,  $p=0,923$ ); cor branca (62,5% vs. 61,9%,  $p=0,943$ ); presença de companheiro (75% vs. 71,5%,  $p=0,896$ ). Nas gestantes com ansiedade mínima/leve a nuliparidade ocorreu em 75%, proporção significativamente maior que no grupo com ansiedade moderada/grave (28,6%,  $p=0,014$ ). Os itens do BAI que se destacaram com notas 2 ou 3 pela maioria das participantes com ansiedade moderada/grave foram: incapacidade de relaxar (71,4%), nervosismo (71,4%) e medo de perder o controle (66,7%). Conclusões: a ansiedade materna moderada/grave apresentou associação com a paridade materna. A nuliparidade aparenta ser fator protetor para essa complicação na gestação.

**Instituição:** Escola Paulista de Medicina - UNIFESP - São Paulo - SP

## CONCENTRAÇÕES SÉRICAS DE VEGF E A PROFUNDIDADE DA INVASÃO TROFOBLÁSTICA EM GESTAÇÕES AMPULARES

**Autores:** Teshima, D.R.K.; Cabar, F.R.; Pereira, P.P.; Schultz, R.; Francisco, R.P.V.; Zugaib, M.

**Sigla:** O012

Objetivo: Avaliar a concentração sérica do Fator de Crescimento Endotelial Vascular (VEGF) e o grau de invasão trofoblástica em gestações ectópicas ampulares. Métodos: Estudo prospectivo com 34 mulheres com o diagnóstico de gestação ectópica ampular, no período de 11 de julho de 2012 a 19 de agosto de 2013, submetidas à salpingectomia e que preenchiam os critérios de inclusão propostos. Foram dosadas as concentrações séricas maternas de VEGF após confirmação diagnóstica de gestação tubária e antes da realização da salpingectomia. Posteriormente à cirurgia, as peças foram encaminhadas para a anatomia patológica do HCFMUSP. Na histologia, a invasão trofoblástica na parede tubária foi classificada em grau I: limitada à mucosa da tuba uterina; grau II: até a camada muscular; grau III: invasão de toda a espessura da tuba uterina. A dosagem do VEGF foi obtido pelo método de ELISA. Resultados 8 pacientes tiveram invasão grau I, 7 pacientes com grau II e 19 com invasão grau III. Não houve diferença estatisticamente significativa na comparação dos 3 grupos em relação à idade materna e idade gestacional. As pacientes com grau I apresentaram valores de mediana do VEGF de 211,44, as com grau II de 250,01 e as com grau III de 309,02. Apesar do aumento do VEGF sérico em cada grupo, não houve diferença estatística pelo teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis ( $p=0,158$ ). Sabe-se que em situações de hipoxia tecidual, como na gravidez ectópica, a concentração do VEGF livre aumenta. Neste estudo, o VEGF não apresentou diferença significativa pois apesar de sua fração livre aumentar com a hipoxia, seus receptores KDR (região de domínio quinase) e flt-1 (tirosina quinase fms-like) possivelmente também estão aumentados. Além disso, a diminuição nos níveis sérios de Estrogênio, Progesterona, gonadotrofina coriônica humana (hCG) e possivelmente outras citocinas e fatores de crescimento podem contrabalancear o aumento do VEGF. Conclusão: A dosagem do VEGF sérico não está relacionado ao grau de invasão trofoblástica em gestações ectópicas ampulares.

**Instituição:** Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo - SP

## DOSAGEM SERIADA DOS FATORES REGULADORES DE ANGIOGÊNESE SFLT-1 E PLGF PARA PREDIÇÃO DE PRÉ-ECLÂMPسيا E PRÉ-ECLÂMPسيا SUPERAJUNTADA

**Autores:** Costa, R.A.; Hoshida, M.S.; Alves, E.A.; Zugaib, M.; Francisco, R.P.V.

**Sigla:** O013

Objetivo: avaliar o desempenho de medidas seriadas dos níveis maternos circulantes dos fatores sFlt-1 e PIGF, bem como da razão sFlt-1/PIGF, para predição da pré-eclâmpsia e da pré-eclâmpsia superajuntada. Métodos: estudamos uma coorte prospectiva composta de dois braços, um de gestantes com hipertensão arterial crônica e outro de gestantes normotensas, e avaliamos, por Método ELISA, os níveis séricos de sFlt-1 e de PIGF e a razão sFlt-1/PIGF nas idades gestacionais de 20, 26, 32 e 36 semanas, tendo como desfecho principal o diagnóstico de pré-eclâmpsia. Resultados Um total de 97 gestantes foram acompanhadas, 37 normotensas e 60 com hipertensão arterial crônica. Entre elas, 4 (10,8%) desenvolveram pré-eclâmpsia e 14 (23,3%) desenvolveram pré-eclâmpsia superajuntada. Para predição de pré-eclâmpsia, a análise ROC (Receiver Operating Characteristics) apresentou área sob a curva (AUC – area under curve) de 0,83 (IC 95% = 0,68-0,99,  $P = 0,035$ ) para dosagem de PIGF com 20 semanas e AUC = 0,92 (IC 95% = 0,81 - 1,00,  $P = 0,007$ ) para a razão sFlt-1/PIGF com 26 semanas de gestação. A variação percentual dos níveis de PIGF entre 26 e 32 semanas de gestação apresentou AUC = 0,96 (IC de 95% = 0,89-1,00,  $P = 0,003$ ). Para a predição de pré-eclâmpsia superajuntada, a razão sFlt-1/PIGF na idade gestacional de 32 semanas apresentou AUC = 0,69 (IC de 95% = 0,53-0,85,  $P = 0,039$ ). Entre 20 e 26 semanas de gestação, a variação percentual do PIGF e da razão sFlt-1/PIGF apresentaram, respectivamente, AUC = 0,74 (IC de 95% = 0,58-0,90,  $P = 0,018$ ) e AUC = 0,71 (IC 95% = 0,52-0,91,  $P = 0,034$ ) para predição de pré-eclâmpsia superajuntada. Conclusões: embora os níveis de PIGF e da razão sFlt-1/PIGF tenham apresentado bons desempenhos para a predição de pré-eclâmpsia, nas gestantes com pré-eclâmpsia superajuntada a dosagem dos marcadores angiogênicos apresentou capacidade de predição menor e mais tardia. Avaliações seriadas dos fatores angiogênicos podem melhorar o desempenho dos testes para predição de pré-eclâmpsia superajuntada em idades gestacionais mais precoces.

**Instituição:** Hospital das Clínicas da FMUSP - São Paulo - SP

## INFLUÊNCIA DE ALGUNS FATORES CLÍNICOS E LABORATORIAS NOS DESVIOS DE PESO FETAL NO DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

**Autores:** Tiago, D.B.; Francisco, R.P.V.; Zugaib, M.; Gimenez, D.F.; Gimenez, D.F.

**Sigla:** O014

O diabetes melito gestacional (DMG) está relacionado ao desvio do crescimento fetal. Objetivos: Identificar fatores clínicos e laboratoriais associados com os desvios do crescimento fetal no diabetes melito gestacional (DMG). Métodos: Estudo retrospectivo de 473 casos de DMG, do Setor de Endocrinopatias da Clínica Obstétrica HC – FMUSP entre janeiro de 2003 a novembro de 2009. Incluídas gestações únicas, sem malformações e diagnóstico de DMG pelo TTGO-100g, e peso classificado como adequado (AIG), pequeno (PIG) e grande para idade gestacional (GIG) segundo Alexander. As pacientes seguiram o Protocolo de Condutas do Setor de Endocrinopatias HC-FMUSP. As gestantes foram divididas em 3 grupos: 376 AIG, 46 PIG e 51 GIG. Variáveis: idade, IMC, paridade, antecedente de diabetes e macrosomia, idade gestacional (IG) do TTGO-100g., Glicemia de Jejum, 1, 2 e 3 horas pós sobrecarga, uso de insulina, idade gestacional parto, sexo recém-nascido (RN). Análise Estatística: Nas características qualitativas foram realizadas as frequências relativas e absolutas segundo a classificação de PIG, AIG e GIG e verificado a existência de associação do desfecho com o uso dos testes qui-quadrado ou razão de verossimilhanças. As medidas quantitativas foram média, desvio padrão, mínimo, máximo e comparadas com uso de ANOVA ou Teste de Krustal-Wallis seguido de comparações múltiplas de Bonferroni. As medidas com significância estatística foram testadas no modelo de regressão multinomial múltipla, tendo os RNAIG como referência e  $p < 0,05$ . Resultados A glicemia em jejum influenciou o RNPIG como no RNGIG, o aumento de 1 mg na glicemia em jejum acarreta chance 3% menor de RNPIG e 2% maior de RNGIG. A IG no teste e o histórico de GIG são importantes apenas na discriminação do RNGIG com  $p < 0,001$  e  $p = 0,027$  respectivamente. Enquanto o gênero fetal é importante para discriminar RNPIG, sendo que RN do sexo feminino possuem chance 2,27 vezes de PIG em relação aos RN do sexo masculino. Conclusão: São associados ao RNGIG a IG do TTGO-100g., o antecedente de GIG e a glicemia de jejum. O RNPIG associou-se ao sexo feminino e a glicemia de jejum.

**Instituição:** Setor de Endocrinopatias da Clínica Obstétrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP - Serviço do Professor Marcelo Zugaib - São Paulo - SP

## PESSÁRIO CERVICAL E PROGESTERONA VAGINAL NO TRATAMENTO DA PREMATURIDADE EM PACIENTES COM COLO CURTO: UM ESTUDO PROSPECTIVO CASO-CONTROLE

**Instituição:** Franca, M.S.; Hatanaka, A.R.; Hamamoto, T.E.N.K.; Nomura, R.M.Y.; Mattar, R.; Moron, A.F.

**Sigla:** O015

**Objetivo:** O Objetivo: deste trabalho é investigar a diferença nas gestações com colo curto que usam apenas progesterona vaginal comparadas com aquelas em uso de progesterona vaginal e pessário. Métodos: Estudo prospectivo caso-controle com Pessário Modificado AM; pacientes (17-40 anos) com gestação única e colo uterino de comprimento igual ou menor a 25 mm, entre 16 e 26 semanas e 6 dias, foram incluídas após consentimento informado. Foram então divididas em Grupo Caso (recebendo 200 mg de progesterona via vaginal e pessário) e Grupo Controle (recebendo apenas 200 mg de progesterona via vaginal). O desfecho primário foi parto espontâneo antes de 34 semanas de gestação. A análise dos dados foi realizada considerando porcentagem de partos antes de 34 semanas, a média do comprimento cervical, idade gestacional do parto. Análise estatística: Qui-quadrado e teste de T-Student. Resultados: No Grupo Caso (pessário e progesterona vaginal) foram incluídas 47 gestantes e, no Grupo Controle (apenas progesterona vaginal), 16 pacientes. As características da população estudada não mostraram diferenças entre os grupos em relação à idade, parto prematuro anterior, comprimento do colo no diagnóstico. A porcentagem de partos antes de 34 semanas para o Grupo Caso foi 12% contra 31% do Grupo Controle ( $P=0,04^*$ ). O comprimento médio do colo uterino foi de  $15,9 \text{ mm} \pm 5,7 \text{ mm}$  (Grupo Caso), comparado com  $17,5 \pm 5,2 \text{ mm}$  (Grupo Controle) ( $P=0,27$ ). A idade gestacional média no parto foi de 36 semanas e 4 dias  $\pm 24$  dias (Grupo Caso), contra 34 semanas e 1 dia  $\pm 38$  dias ( $P=0,04^*$ ). O peso médio ao nascimento (Grupo Caso) foi  $2837 \text{ g} \pm 736 \text{ g}$ , comparado com  $2241 \text{ g} \pm 815 \text{ g}$  ( $P=0,009^*$ ). Conclusão: Este estudo mostra que o pessário associado a progesterona vaginal pode ser uma alternativa de tratamento em pacientes de alto risco com colo curto em gestações únicas.

**Instituição:** Universidade Federal de São Paulo UNIFESP/EPM - São Paulo - SP

## FREQUÊNCIA DAS CONTRAÇÕES UTERINAS EM GESTAÇÕES GEMELARES ASSINTOMÁTICAS EM USO DE PROGESTERONA NATURAL: ESTUDO RANDOMIZADO, DUPLO CEGO, PLACEBO CONTROLADO

**Autores:** Oliveira,, L.A.M.L.; Brizot,, M.L.; Liao,, A.W.; Bitar,, R.E.; Francisco,, R.P.V.; Zugaib, M.

**Sigla:** O016

**Objetivos:** O presente estudo teve como Objetivo: comparar a frequência das contrações uterinas em gestações gemelares em uso da progesterona natural

vaginal e de placebo. Método: Estudo randomizado, duplo-cego, placebo controlado, realizado no período de 01 de junho de 2007 a 31 de outubro de 2013 na Clínica Obstétrica do Hospital das Clínicas da FMUSP. Participaram do estudo 341 gestantes, com 170 randomizadas no grupo progesterona e 171 no grupo placebo. Todas as gestantes realizaram exame de tocografia para avaliação das contrações uterinas no período de 24 a 34 semanas e 6 dias de gestação, com duração de trinta minutos, a cada três semanas. A contração uterina foi definida como uma elevação da linha de base com amplitude acima de 5 mm e duração mínima de trinta segundos. Na comparação da frequência das contrações uterinas entre os grupos, nas diferentes idades gestacionais, utilizou-se o teste t de Student. O modelo de análise GEE - modelo generalizado de equações de estimação - foi utilizado na comparação, entre os grupos, da frequência das contrações uterinas em relação à idade gestacional no parto, e também na avaliação da interação da frequência das contrações uterinas com a medida do colo uterino e a corionicidade. Resultados As características epidemiológicas e gerais das gestantes foram semelhantes nos dois grupos. A frequência média das contrações uterinas diferiu entre os dois grupos apenas na 34ª semana ( $P = 0,005$ ), com frequência maior de contrações no grupo progesterona ( $4,81 \pm 3,24$ ) em relação ao grupo placebo ( $2,73 \pm 2,06$ ). Não houve diferença significativa na comparação da frequência média das contrações uterinas e a idade gestacional no parto ( $< 28$  sem,  $< 32$  sem,  $< 34$  sem e  $< 37$  semanas) entre os dois grupos. Não foi observada interação da frequência das contrações uterinas com a medida do colo uterino ou com a corionicidade da gestação, em relação aos grupos progesterona ou placebo. Conclusão: O uso da progesterona natural não interfere na frequência das contrações uterinas nas gestações gemelares abaixo de 34 semanas gestacionais.

**Instituição:** FMUSP - São Paulo - SP

## ALTURA UTERINA EM GESTANTES DE BAIXO RISCO ACOMPANHADAS NA LIGA DE ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA DA UNIFESP: AVALIAÇÃO LONGITUDINAL NOS TRIMESTRES GESTACIONAIS

**Autores:** Silva, A.L.C.C.; Torquato, A.M.; Toneto, B.R.; Silva, F.O.; Nomura, R.M.Y.; Mattar, R.

**Sigla:** O017

Objetivos: Este trabalho visa conhecer e descrever a correlação entre a medida da altura uterina (AU) e a idade gestacional durante a gestação em pacientes de baixo risco. Métodos: Estudo prospectivo longitudinal de gestantes de baixo risco acompanhadas pela Liga de Assis-

tência Obstétrica (LAO) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) no ano de 2014. Foram avaliados dados sociodemográficos, dados do exame obstétrico e resultados perinatais. A AU foi analisada ao final do 1º, 2º e 3º trimestres, bem como a adequação da AU de acordo com a semana gestacional, de acordo com o gráfico de normalidade do Ministério da Saúde (2012). Foram descritas médias e desvios padrões, bem como frequências absolutas e relativas dos parâmetros analisados. Resultados Catorze gestantes participaram do estudo. A média da idade materna foi de 28,4 anos ( $DP=4,3$ ) e a média do número de consultas no pré-natal foi de 8,6 ( $DP=2,1$ ). A média da idade gestacional no parto foi 38,8 semanas ( $DP=1,8$ ), o peso do recém-nascido médio 3260g ( $DP=270g$ ), e a cesárea foi realizada em 5 pacientes (36%). O número médio de consultas efetuado no 1º, 2º e 3º trimestres foi, respectivamente, 1,6 ( $DP=1,2$ ), 2,2 ( $DP=0,6$ ) e 4,7 ( $DP=2,0$ ). A média da AU ao final do 1º, 2º e 3º trimestres foi, respectivamente, 14,7 cm ( $DP=1,7$ ), 25,0 cm ( $DP=2,9$ ) e 33,6 cm ( $DP=3,3$ ). A análise da adequação da altura uterina por semana gestacional demonstrou que, ao final do 1º, 2º e 3º trimestres, a proporção de casos com a AU entre o percentil 10 e 90 foi, respectivamente, 81,8%, 78,6% e 50,0%; a proporção acima do p90 foi, respectivamente, 18,2%, 21,4% e 35,7%. Conclusões: A evolução da AU nas gestantes de baixo risco acompanhadas na LAO seguiu de acordo com o previsto no 1º e 2º trimestres, entretanto o mesmo não ocorreu no 3º trimestre. Considerando-se os resultados perinatais normais, os resultados apontam para menor confiabilidade na mensuração da AU como método para avaliação do crescimento fetal, ou dificuldade técnica para obtenção de medidas.

**Instituição:** Liga de Assistência Obstétrica - Escola Paulista de Medicina - UNIFESP - São Paulo - SP

## CONCENTRAÇÕES SÉRICAS DE B-HCG E A PROFUNDIDADE DA INVASÃO TROFOBLÁSTICA EM GESTAÇÕES AMPULARES

**Autores:** Teshima, D.R.K.; Cabar, F.R.; Pereira, P.P.; Schultz, R.; Francisco, R.P.V.; Zugaib, M.

**Sigla:** O018

Objetivo: Avaliar a concentração sérica da fração beta da gonadotrofina coriônica humana (b-hcg) e o grau de invasão trofoblástica em gestações ectópicas ampulares. Métodos: Estudo prospectivo com 34 mulheres com o diagnóstico de gestação ectópica ampular, no período de 11 de julho de 2012 a 19 de agosto de 2013, submetidas à salpingectomia e que preenchem os critérios de inclusão propostos. Foram dosadas as concentrações séricas maternas de b-hcg após confirmação diagnóstica de gestação tubária e antes da realização da salpingec-

tomia. Posteriormente à cirurgia, as peças foram encaminhadas para a anatomia patológica do HCFMUSP. Na histologia, a invasão trofoblástica na parede tubária foi classificada em grau I: limitada à mucosa da tuba uterina; grau II: até a camada muscular; grau III: invasão de toda a espessura da tuba uterina. Resultados 8 pacientes tiveram invasão grau I, 7 pacientes com grau II e 19 com invasão grau III. Não houve diferença estatisticamente significativa na comparação dos 3 grupos em relação à idade materna e idade gestacional. As pacientes com grau I apresentaram valores de mediana do b-hcg de 2146,50, as com grau II de 10680 e as com grau III de 10000, com  $p=0,015$  pelo teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis. Ao se comparar os 3 graus de invasão pareados 2 a 2, com os valores de b-hcg, encontrou-se diferença estatisticamente significativa na comparação do grau I vs II ( $p=0,039$ ) e I vs III ( $p=0,023$ ). Por outro lado, ao se comparar o grau II e III, não foi encontrado diferença significativa. O valor de b-hcg de 2599 obteve 80,8% de sensibilidade e 75% de especificidade para a predição da invasão trofoblástica graus II e III em relação ao grau I. Conclusão: A dosagem do b-hcg pode estar relacionado ao grau de invasão trofoblástica em gestações ectópicas ampulares e ela pode ajudar a diferenciar principalmente as pacientes com grau de invasão superficial das outras com invasão até a camada muscular e a serosa, auxiliando o clínico para definir o melhor tratamento.

**Instituição:** Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo - SP

## OS EFEITOS DO DECÚBITO DORSAL MATERNO NA CIRCULAÇÃO FETAL

**Autores:** Silva, K.P.; Nomura, R.M.Y.

**Sigla:** O019

Objetivo: Avaliar os efeitos do decúbito dorsal materno na circulação fetal avaliando as artérias umbilical (AU) e cerebral média (ACM). Métodos: Serão incluídas gestantes com feto único e vivo; crescimento fetal adequado, idade acima dos 18 anos; ausência de comorbidades ou complicações gestacionais; no terceiro trimestre gestacional. Foi realizado o exame de dopplervelocimetria para avaliação da circulação fetal, inicialmente com a gestante em repouso em decúbito lateral esquerdo (DLE) por 5 minutos e, em seguida, após mudança para decúbito dorsal, em 5 minutos e 10 minutos. Foram avaliados os índices de pulsatilidade (IP) e relação sístole/diástole (S/D) da AU, e o IP e pico de velocidade sistólica (PVS) da ACM fetal. Os dados foram comparados pelo teste de Wilcoxon para amostras pareadas, com nível de significância de 0,05. Resultados Participaram do estudo nove gestantes. A idade materna média foi de 29,9 anos (DP=6,6 anos), quatro (44,4%) eram nulíparas, a IG média no momento do exame foi de

36,3 semanas (DP=3,3) e peso fetal estimado pelo exame de ultrassonografia foi de 2823g (DP=575g). Quando a gestante foi submetida ao decúbito dorsal por 5 minutos, houve redução significativa do IP da ACM fetal (mediana 1,25 vs. 1,65,  $p=0,012$ ). Essa redução não persistiu na avaliação em 10 minutos (mediana 1,88 vs. 1,65  $p=0,652$ ). Na comparação dos demais índices, não houve diferença significativa entre os valores basais em DLE e os observados no decúbito dorsal em 5 e 10 minutos, nos seguintes parâmetros, respectivamente: IP da AU 5 min (mediana 0,89 vs. 0,81  $p=0,250$ ) e 10 min (0,89 vs. 0,86  $p=0,820$ ); SD da AU 5 min (2,49 vs. 2,46  $p=0,496$ ) e 10 min (2,49 vs. 2,42  $p=0,734$ ); PVS da ACM 5 min (43,0 vs. 44,3  $p=0,250$ ) e 10 min (43,0 vs. 57,3  $p=0,164$ ). Conclusões: ocorre redistribuição do fluxo na circulação cerebral fetal 5 minutos após a mudança de decúbito, pela redução na resistência local, indicando adaptação frente à provável redução do fluxo uteroplacentário. Essa alteração não persiste após 10 minutos, muito provavelmente por mecanismos de adaptação tanto do fluxo materno como da circulação fetal.

**Instituição:** Escola Paulista de Medicina - UNIFESP - São Paulo - SP

## DETERMINANTES PARA NEAR MISS MATERNA: AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS DA ÁREA MÉDICA

**Autores:** Souza, M.A.C.; Souza, T.H.S.C.; Gonçalves, A.K.

**Sigla:** O020

Objetivo: avaliar os fatores determinantes da morbimortalidade em unidade de terapia intensiva obstétrica (UTIO) e competências profissionais dos estudantes do curso médico e dos residentes de Ginecologia e Obstetrícia de um hospital universitário. Métodos: estudo observacional de corte transversal com 492 gestantes ou puérperas e 261 alunos e residentes. Foram selecionadas pacientes internadas na UTIO no período de um ano, sendo informadas sobre as propostas do estudo e realizada aplicação do questionário. A análise foi feita através do Microsoft Excel 2013 e GraphPad6. Foram empregados testes  $\chi^2$  para verificar associação entre os fatores de risco para morbi-mortalidade materna e testes t de student para avaliar competências dos alunos da graduação e residentes referentes ao teste cognitivo e ao Mini-ces. Resultados Foram encontrados como riscos relativos significativamente elevados para desenvolvimento de near miss quando comparada a morbidade materna grave, a raça não-branca (OR=2,527; RR=2,342); pacientes casadas (OR=7,968; RR=7,113), escolaridade até 2º grau incompleto (OR=3,177; RR=2,829), procedente do interior (OR=4,643; RR=4,087), renda familiar menor que 1 salário mínimo (OR=7,014; RR=5,554), distúrbios hipertensivos gestacionais (OR=16,35; RR=13,27), reali-

# OBSTETRÍCIA

zação do pré-natal (OR=5,023; RR=4,254) e a via de parto cesárea (OR=39,21; RR=31,25). Na análise cognitiva, foi notada uma diferença significativa nas performances dos estudantes sobre o tema ( $3,75 \pm 0,93$ ,  $4,03 \pm 0,94$  e  $4,88 \pm 0,35$  médias e desvios padrões dos acadêmicos, internos e residentes, respectivamente;  $p < 0,01$ ) e no Mini-cex mostrando um melhor desempenho global dos residentes quando comparados aos alunos da graduação. Conclusões: Questões socioeconômicas, clínicas e assistenciais mostraram-se relacionados à prevalência de near miss, revelando a importância de intervenções amplas para melhorar estes indicadores. Sugere-se, também, uma maior inserção curricular do tema nas disciplinas do curso médico, tendo em vista a importância de se evitar a near miss através da adequação no âmbito da educação médica.

**Instituição:** Universidade Federal do Rio Grande de Norte - Natal - RN

## MORTALIDADE MATERNA EM UTI OBSTETRÍCA POR INFECÇÃO PUERPERAL: ESTUDO DE 10 ANOS

**Autores:** Araújo, C.B.; Santos Júnior, J.A.

**Sigla:** O021

A infecção puerperal é caracterizada pela febre materna por dois dias, não necessariamente consecutivos, no período de dez dias após o parto excetuando-se o primeiro dia e que tem como origem o trato genital. O principal agente é o Streptococo B. Objetivos: analisar os casos de óbitos maternos por infecção puerperal em uma unidade de terapia intensiva obstétrica no período de 10 anos, traçar o perfil epidemiológico e obstétrico das pacientes com infecção puerperal, avaliar e identificar o possível foco primário da infecção puerperal e propor estratégias de redução da mortalidade materna em UTI obstétrica. Material e Métodos: Trata-se de um estudo epidemiológico, retrospectivo, descritivo e observacional, de levantamento e análise de prontuários por meio de ficha de coleta de dados. Foram estudados pacientes com infecção puerperal, entre os anos de 2004 e 2014. A incidência de infecção puerperal foi identificada através do diagnóstico CID e registradas nos prontuários dos pacientes selecionados para o estudo. Resultados A incidência de pacientes com infecção puerperal em UTI obstétrica que foram a óbito foi de 9,25% (26) de um total de 281 óbitos. A faixa etária predominante foi de 22 a 26 anos. Os principais focos primários de infecção foram o uterino (61,5%), o pulmonar (25%), o abdominal (12,5%) e a ferida operatória (1%). Conclusão: Infecção puerperal é uma patologia de significativa mortalidade em UTI obstétrica (9,25%). O perfil epidemiológico do estudo foi de pacientes solteiras, que residiam no interior do Piauí, tinham

idade entre 16 e 28 anos, tinham mais de 1 filho e foram submetidas a cesariana.

**Instituição:** UFPI/MDER - Teresina - PI

## “SLUDGE” DO LÍQUIDO AMNIÓTICO COMO FATOR DE RISCO PARA RESTRIÇÃO DE CRESCIMENTO FETAL

**Autores:** Hatanaka, A.R.; Franca, M.S.; Hamamoto, T.E.N.K.; Nardoza, L.M.M.; Mattar, R.; Moron, A.F.

**Sigla:** O022

Objetivo: Avaliar a influência da presença do “sludge” do líquido amniótico (SLA) na incidência de restrição de crescimento fetal (RCF). Métodos: Trata-se de um estudo prospectivo de coorte realizado em 319 gestações únicas com idade gestacional entre 16 e 26 semanas. O comprimento do colo do útero e a presença de SLA foram avaliados através da ultrassonografia transvaginal. O diagnóstico de Restrição de Crescimento Fetal (RCF) foi determinado quando o peso neonatal foi abaixo do percentil 10 da curva de Hadlock. Resultados A incidência de SLA foi de 22,9% (73/319) e de colo  $< 25$  mm 18,2% (58/319). Das 319 gestantes, não foi possível obter os resultados perinatais de 25 pacientes e 3 parturiram antes de 24 semanas, sendo excluídas. A RCF foi observada em 12,0% (35/291) dos recém-nascidos incluídos para análise dos resultados perinatais. A RCF foi mais frequente no grupo com a presença do SLA (22,5% (16/71) vs 8,6% (19/220),  $p = 0,001$ ) e no grupo de pacientes com índice de massa corporal  $< 20$  (17,1% (6/35) vs 4,7% (12/256),  $p = 0,004$ ). Considerando apenas gestantes com parto  $< 37$  semanas, o SLA foi mais frequente nas pacientes com nascimento em virtude de insuficiência placentária e restrição de crescimento associados (40,0% (8/20) vs 15,6% (7/45),  $p = 0,031$ ). A regressão logística foi realizada para comparar variáveis e o achado de SLA (OR: 3,12 IC 95%: 1,48-6,55,  $p = 0,003$ ) e o IMC  $< 20$  (OR: 4,31 IC 95%: 1,45-12,79  $p = 0,008$ ) demonstraram ser fatores de risco independentes para RCF. Conclusão: a presença de “sludge” do líquido amniótico no segundo trimestre, avaliadas por ultrassonografia transvaginal, trata-se de um fator de risco independente para restrição de crescimento fetal.

**Instituição:** Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina - São Paulo - SP

## O IMPACTO DA DOENÇA CARDÍACA NOS QUADROS DE MORBIDADE MATERNA GRAVE

**Autores:** Campanharo, F.F.; Cecatti, J.G.; Haddad, S.M.H.; Parpinelli, M.A.P.; Costa, M.L.C.; Mattar, R.

**Sigla:** O023

**Introdução:** A gestação está associada a mudanças hemodinâmicas substanciais, e, em cardiopatas, essas podem levar a situações ameaçadoras à vida. Dados sobre morbidade materna grave relacionada às doenças cardíacas são escassos no mundo e Brasil. **Objetivo:** Avaliar a cardiopatia como fator causal ou agravante nas condições potencialmente ameaçadoras à vida e quadros de near miss materno na Rede Brasileira de Vigilância de Morbidade Materna Grave. **Métodos:** Análise secundária dos dados da Rede Brasileira de Vigilância de Morbidade Materna Grave, estudo multicêntrico que realizou vigilância prospectiva para identificar casos de morbidade materna grave utilizando critérios da Organização Mundial da Saúde. As variáveis estudadas incluíram características sociodemográficas, história clínica e obstétrica, desfechos perinatais, ocorrência de condições potencialmente ameaçadoras à vida e near miss materno/morte materna, sendo estas comparadas entre pacientes cardiopatas e não cardiopatas. A análise estatística foi realizada pelo teste qui-quadrado com ajuste para o efeito do design por clusters. **Resultados** Apresentaram complicações graves relacionadas à gestação 9.555 mulheres, sendo 770 casos de near miss e 140 mortes maternas. Informações sobre condições cardíacas estavam disponíveis em 8.243 prontuários. Em 293 (3,6%) casos, a cardiopatia estava envolvida e em 82,6% era conhecida previamente à gestação. Near miss ocorreu em 15% das cardiopatas (na maioria, devido a causas clínico cirúrgicas;  $p < 0,001$ ) e em 7,7% das não cardiopatas (causas hemorrágicas e hipertensivas;  $p < 0,001$ ). Morte materna ocorreu em 4,8% das cardiopatas e em 1,2% das não cardiopatas. **Conclusão:** A doença cardíaca associou-se significativamente à ocorrência de morte materna e near miss materno. **Palavras-chave:** Complicações cardiovasculares na gravidez; Gravidez de alto risco; Mortalidade Materna; Near miss; Morbidade materna grave.

**Instituição:** Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP - São Paulo - SP

## PRINCIPAIS MALFORMAÇÕES CEREBRAIS DIAGNOSTICADAS EM FETOS COM MIELOMENINGOCELE

**Autores:** Milani, H.J.F.; Barreto, E.Q.S.; Mazzola, J.B.; Carvalho, N.; Hisaba, W.J.; Moron, A.F.

**Sigla:** O024

**Objetivos:** a mielomeningocele caracteriza-se por formação incompleta das estruturas que protegem a medula espinhal e ao fechamento inapropriado dos ossos da coluna. É a anomalia do sistema nervoso central mais comum (1:1000 nascidos vivos), com sobreviventes apresentando altos índices de comorbidades. A principal alteração cerebral associada a mielomeningocele é a

ventriculomegalia (85% dos pacientes), que ocorre devido a herniação do tronco cerebral pelo forame magno resultante do disrafismo espinhal (Malformação de Arnold-Chiari II). São descritas também outras alterações cerebrais que podem estar associadas a mielomeningocele, entre elas: polimicrogiria, heterotopias corticais, disgenesia de corpo caloso, massa intermédia alargada. **Objetivo:** deste estudo é avaliar através da neurosonografia fetal as principais alterações da morfologia cerebral associadas a casos de mielomeningocele.

**Métodos:** foram selecionados os casos de mielomeningocele acompanhados no Setor de Neurologia fetal da UNIFESP entre Janeiro de 2013 e Dezembro de 2014. Em todos os casos foi realizado estudo detalhado da morfologia cerebral pela Neurosonografia fetal, que consiste na análise multiplanar das estruturas cerebrais. Foram excluídos do estudo fetos com malformações sistêmicas e/ou síndromes cromossômicas associadas. **Resultados** Foram avaliados 48 casos de mielomeningocele no período estudado. As principais alterações cerebrais encontradas foram: ventriculomegalia: 95% (46), sendo leve em 42,9% e acentuada em 57,1%; sinais de herniação do tronco cerebral caracterizado por cerebelo "em banana" e cisterna magna obliterada: 97,9% (47); disgenesia de corpo caloso: 41,6% (20); rotura do cavum do septo pelúcido: 22,9% (11); heterotopia periventricular: 4,1% (2); lisencefalia 1 caso. **Conclusão:** as principais alterações cerebrais associada a mielomeningocele é a ventriculomegalia secundária a herniação do tronco cerebral (Malformação de Arnold-Chiari II) e disgenesia de corpo caloso. A análise detalhada da morfologia cerebral é importante para o aconselhamento adequado do casal quanto ao prognóstico cognitivo pós-natal.

**Instituição:** UNIFESP - Escola Paulista de Medicina - São Paulo - SP

## EFEITOS DA EXPOSIÇÃO MATERNA À POLUIÇÃO NO CRESCIMENTO E HEMODINÂMICA FETAIS

**Autores:** Carvalho, M.A.; Bernardes, L.S.; Vieira, S.E.; Saldiva, R.D.M.; Saldiva, P.H.N.; Francisco, R.P.V.

**Sigla:** O025

**Introdução:** A poluição do ar é um resultado de complexas interações que envolvem as emissões de poluentes atmosféricos e que sabidamente tem consequências negativas na saúde humana. **Objetivos:** Determinar a influência da exposição à poluição nos três trimestres da gestação no crescimento fetal e na hemodinâmica feto-placentária.

**Métodos:** Foi realizado um estudo prospectivo com 386 gestantes, na cidade de São Paulo, intitulado ProcriAR. Os poluentes dióxido de nitrogênio (NO<sub>2</sub>) e ozônio (O<sub>3</sub>) fo-

ram medidos durante cada trimestre da gestação através da utilização de amostradores passivos individuais. No terceiro trimestre foi realizada ultrassonografia fetal na qual foram avaliados o diâmetro biparietal, a circunferência craniana, a circunferência abdominal, o comprimento do fêmur, o peso fetal, o índice de líquido amniótico e os índices de pulsatilidade (IP) da dopplervelocimetria das artérias umbilical, cerebral média e uterinas. Foi realizada análise multivariada, controlando por idade materna no momento da concepção, índice de massa corporal (IMC), paridade, tabagismo, consumo de álcool, cor, nível de escolaridade, estado civil, idade gestacional no momento do exame e sexo fetal. Resultados: A exposição ao O3 no primeiro trimestre se associou à redução da circunferência cefálica ( $p = 0,012$ ;  $\beta = -0,005$ ; intervalo de confiança (IC) de 95%,  $-0,008$ ,  $-0,001$ ). A exposição ao NO2 no primeiro trimestre se associou ao aumento da circunferência cefálica ( $p = 0,033$ ;  $\beta = 2,5 \times 10^{-4}$ ; IC de 95%,  $2 \times 10^{-5}$ ,  $4,8 \times 10^{-4}$ ). A exposição ao O3 durante o segundo trimestre foi associada a maiores valores de IP da artéria umbilical ( $p = 0,006$ ;  $\beta = 0,018$ ; IC de 95%,  $0,005$ ,  $0,030$ ), enquanto a exposição ao O3 durante o terceiro trimestre foi associada a menores índices de IP da umbilical ( $p = 0,004$ ;  $\beta = -0,022$ ; IC de 95%,  $-0,037$ ,  $-0,007$ ). Conclusão: Nossos resultados sugerem que, no ambiente de São Paulo, o O3 pode interferir no crescimento do polo cefálico e na resistência vascular placentária. \*\* Informamos que as autoras Karen Hettfleisch e Luciana Duzolina M. Pastro também fazem parte do ProcriAR e participaram ativamente do projeto.

**Instituição:** Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo - SP

## AVALIAÇÃO ULTRASSONOGRÁFICA DO COLO UTERINO EM GESTANTES COM TRABALHO DE PARTO PREMATURO E RESULTADOS PERINATAIS

**Autores:** Maia, M.C.A.; Nomura, R.M.Y.; Mendonça, F.T.S.; Santos, R.E.; Rios, L.T.M.; Moron, A.F.

**Sigla:** O026

Objetivo: avaliar o comprimento do colo uterino em gestações com diagnóstico de trabalho de parto prematuro e analisar os resultados perinatais. Métodos: Estudo prospectivo em maternidade de alto risco (Maternidade Nossa Senhora de Lourdes), em Aracaju-SE. Foram incluídas mulheres com gestação única, trabalho de parto prematuro, membranas íntegras, feto único e vivo. Gestantes com cerclagem, malformações uterinas, ou malformações fetais graves foram excluídas. A tocólise foi administrada com base na decisão do médico assistente. A ultrassonografia transvaginal foi realizada para

mensuração do comprimento do colo do útero (CC) e detectar presença de afunilamento, eco glandular endocervical (EGE) e de 'sludge' no líquido amniótico. Três medidas de CC foram realizadas e a menor foi considerada para análise. Colo curto foi considerado pelo  $CC < 25$  mm. Foram comparados dois grupos: o que evoluiu com parto  $< 37$  semanas(s) ou  $\geq 37$ s. Foram utilizados teste do qui quadrado e de Mann Whitney-U, com nível de significância de 0,05. Resultados O estudo envolveu 60 mulheres. A idade materna média foi de 23,6 anos ( $DP=6,7$ ) e a idade gestacional (IG) média no trabalho de parto prematuro foi de 31,8s ( $DP=1,9$ ). O grupo com parto  $< 37$ s ( $n=22$ , 36,7%) em relação ao grupo com parto no termo, apresentou associação significativa com a dilatação cervical (mediana 2cm vs. 1,0 cm,  $p=0,016$ ) e o afunilamento (45,5% vs 18,4%,  $p=0,037$ ); mas não houve diferença nos seguintes parâmetros: IG no diagnóstico (mediana 31,9 vs. 32,1s  $p=0,731$ ); nuliparidade 40,9% vs 55,3%,  $p = 0,363$ ); CC (mediana 2,3 vs, 2,4 cm,  $p=0,334$ ), ausência do EGE (40,9% vs 50%,  $p=0,037$ ); e sludge (13,6% vs 2,6%,  $p = 0,141$ ). Foi encontrada correlação negativa significativa do intervalo em dias entre exame e parto com a dilatação cervical ( $p < 0,001$ ,  $\rho = -0,41$  IC95% para  $\rho = -0,60$  a  $-0,18$ ). Conclusões: a medida do CC no trabalho de parto prematuro não foi associado ao nascimento prematuro, mas as características do colo ao toque e a presença de afunilamento são fatores importantes associados com o nascimento antes de 37 semanas.

**Instituição:** Maternidade Nossa Senhora de Lourdes – Universidade Federal de Sergipe e Escola Paulista de Medicina - UNIFESP - São Paulo - SP

## TRATAMENTO DA LOMBALGIA EM GESTANTES COM A FISIOTERAPIA ATRAVÉS DO MÉTODO PILATES

**Autores:** Agustini, S.O.; Ribeiro, P.R.M.; Camargo, A.G.

**Sigla:** O027

O método Pilates configura-se pela tentativa de trabalhar os músculos envolvidos nos movimentos da forma mais consciente possível. Esse método apresenta efeitos benéficos quando utilizado em gestantes, devido à leveza dos movimentos causando relaxamento, trabalhando sua respiração e prevenindo complicações. No período gestacional ocorrem alterações fisiológicas para a preparação do corpo envolvendo ajustes variados desde alterações hormonais até as mudanças no sistema musculoesquelético, sendo a dor lombar a principal queixa das gestantes que interfere significativamente em suas habilidades físicas e qualidade de vida (QV). Objetivo: Avaliar o tratamento da lombalgia durante a gestação com a fisioterapia através do método Pilates. Métodos: Participaram do estudo cinco gestantes que realizavam o pré-

-natal no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher de Avaré com lombalgia e sem problemas de base ou gestacionais. As participantes responderam a uma ficha de avaliação para identificação, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido previamente aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa e foram aplicados, em dois momentos, antes da intervenção e após dez sessões, o questionário de QV (SF-36) que contém 36 perguntas divididas em oito domínios e a Escala Analógica Visual (EVA) da dor. As sessões de Pilates tinham duração de 1 hora e frequência de três vezes por semana, utilizando os aparelhos, com ênfase em fortalecimento da musculatura anterior e assoalho pélvico, e alongamento da região posterior da coluna vertebral. Resultados A idade média das cinco gestantes foi de 30 ( $\pm$  3,7) anos, e o início do tratamento foi em média com 23 ( $\pm$  6,3) semanas de gestação. Para análise dos dados foi utilizado o programa Microsoft Excel, com comparação dos dados pelo test-T, considerando o valor de significância de 5 %. Houve uma melhora significativa na dor das gestantes quando avaliadas antes a após a intervenção pela EVA ( $p=0,0006$ ) e pelo questionário de QV SF-36 no domínio Dor ( $p=0,005$ ), Aspectos Funcionais ( $p=0,008$ ) e Vitalidade ( $p=0,025$ ). Conclusão: O método Pilates foi efetivo no tratamento da lombalgia na gestação, diminuindo a dor e melhorando a QV.

**Instituição:** Faculdade Sudoeste Paulista - FSP - Avaré - SP

## RESULTADOS PERINATAIS DE FETOS INCLUÍDOS EM ESTUDO PARA AVALIAÇÃO DAS GLÂNDULAS SUPRARRENAIS FETAIS

**Autores:** Maldonado, A.A.C.; Helfer, T.M.; Hamamoto, T.E.N.K.; Zamarian, A.C.P.; Caetano, A.C.R.; Nardoza, L.M.M.

**Sigla:** O028

**Objetivo:** Avaliação de dados perinatais de fetos incluídos em estudo para avaliação do volume das glândulas suprarrenais por ultrassonografia tridimensional (US3D). **Métodos:** Foram incluídas 28 gestantes que participaram de estudo transversal, de 24-37 semanas de gestação, para avaliação do volume da glândula suprarrenal fetal por US3D. No momento da inclusão, as pacientes foram consideradas saudáveis e os fetos com pesos estimados adequados para a idade gestacional. Os dados analisados foram obtidos através da avaliação dos registros de pré-natal, da avaliação ultrassonográfica, do livro de parto do hospital universitário da Escola Paulista de Medicina-UNIFESP e do questionário realizado por meio de ligações telefônicas. Foram realizadas a análise descritiva da amostra, incluindo dados perinatais, e a correlação entre volume da suprarrenal com peso estimado fetal (correlação linear de Pearson -  $r$ ). Resultados A idade média das

gestantes avaliadas foi 27,9 ( $\pm$ 6,9 DP), sendo a maioria primigesta (40%) e nulípara (45%). A suprarrenal fetal estudada foi a direita em 51,8% e esquerda em 48,2%. A idade gestacional média em que foram avaliadas foi 32,3 semanas ( $\pm$ 3,3 DP). Apesar de terem sido incluídas apenas gestantes saudáveis ou de “baixo risco”, a taxa de parto vaginal foi de apenas 57,1%, tendo os partos ocorridos no Hospital São Paulo e em outros hospitais da Zona Sul de São Paulo. A idade gestacional média de nascimento foi 39,2 semanas ( $\pm$ 1,3 DP) e o peso médio ao nascer 3205g ( $\pm$ 324g DP). Dos fetos avaliados, 89,3% foram considerados adequados, 7,1% grandes e 3,6% pequenos para a idade gestacional. 20% das pacientes tiveram registro ou relato de intercorrência perinatal que variaram de leves, como icterícia, até graves, como óbito fetal (1 caso). Sobre a avaliação da glândula suprarrenal fetal houve tendência a correlação linear positiva fraca entre peso fetal e volume da glândula ( $r = + 0,342/p = 0,072$ ). Conclusão: A amostra manteve adequação de peso ao nascer e baixa taxa de complicações. O volume da glândula suprarrenal mostrou tendência a correlação positiva com peso fetal. Os resultados podem ter sido influenciados pelo tamanho reduzido da amostra.

**Instituição:** Escola Paulista de Medicina/Universidade Federal de São Paulo - EPM/UNIFESP - São Paulo - SP

## AVALIAÇÃO ULTRASSONOGRÁFICA DO TIMO FETAL E PREDITORES DE PARTO PREMATURO

**Autores:** Hamamoto, T.E.N.K.; Hatanaka, A.R.; Franca, M.S.; Helfer, T.M.; Nomura, R.M.Y.; Moron, A.F.

**Sigla:** O029

**Objetivo:** Colo uterino curto é um conhecido preditor de parto prematuro e alguns estudos sugerem que o sinal dosludge pode ser um sinal de infecção intra-amniótica. **Objetivo:** deste estudo é analisar as medidas ultrassonográficas do timo fetal em gestações com a presença de preditores de parto prematuro e compará-las com gestações sem esses fatores. **Métodos:** Cinquenta e cinco gestantes foram incluídas neste estudo prospectivo até o momento. Elas foram avaliadas na ocasião do ultrassom morfológico do 2º trimestre. Foram realizadas medidas do colo uterino e observação da presença do sinal do sludge no líquido amniótico (ambos realizados por via vaginal), além de serem realizadas medidas do timo fetal (diâmetro transverso e perímetro). O timo fetal foi identificado no corte de três vasos, no tórax, e as medidas foram todas realizadas por um único observador. Os dados foram transformados em escore zeta (desvios-padrão da média), de acordo com referências normativas. Resultados A idade materna média foi de 27,5 anos (DP=5,5 anos) e 43,6% das pacientes eram nulíparas. A idade gestacional média na realização do exame foi de

22,1 semanas (DP=1,2 semanas). Foi encontrado 16,3% de pacientes com colo curto (9/55) e 14,5% de sludge (8/55). O grupo com colo curto não apresentou significância estatística na medida do timo fetal quando comparado com o grupo de colo com comprimento normal (média do escore zeta para diâmetro transversal do timo: -0,16 versus -0,15,  $P=1,0$ ; e média do escore zeta para perímetro do timo: -0,04 versus -0,14,  $P=0,50$ ). Mas o grupo com sludge parece apresentar uma redução do timo em relação ao grupo controle (média do escore zeta para diâmetro transversal do timo: -0,29 versus -0,11,  $P=0,09$ ; e média do escore zeta para perímetro do timo: -0,36 versus -0,07,  $P=0,24$ ). Conclusão: Esses resultados preliminares mostram uma tendência de que talvez o sludge possa estar envolvido na redução do tamanho do timo fetal, possivelmente um sinal de infecção intra-amniótica crônica. Mas os grupos de colo curto e sludge são ainda muito reduzidos e insuficientes para serem obtidos resultados estatisticamente significantes.

**Instituição:** Universidade Federal de São Paulo UNIFESP/EPM - São Paulo - SP

## **AVALIAÇÃO DA VASCULARIZAÇÃO PULMONAR EM FETOS COM HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÊNITA SUBMETIDOS À TRATAMENTO CONSERVADOR OU A TRATAMENTO CIRÚRGICO INTRA-ÚTERO COM COLOCAÇÃO DE BALÃO INTRA-TRAQUEAL GUIADO POR FETOSCOPIA**

**Autores:** Britto, I.S.W.; Olutoye, O.O.; Cass, D.; Belfort, M.A.; Lee, W.; Ruano, R.

**Sigla:** O030

O Objetivo deste estudo foi estimar os índices vasculares do pulmão fetal durante a gravidez e avaliar o potencial do ultrassom tridimensional (3D) power Doppler em prever o resultado perinatal em casos de hérnia diafragmática congênita isolada esquerda (HDC) tratados com oclusão traqueal fetal endoscópica (FETO). Métodos: Foi realizado um estudo observacional e prospectivo em 30 fetos divididos em 3 grupos: grupo 1: 10 fetos normais, grupo 2: 13 fetos com HDC isolada esquerda leve, moderada ou grave em tratamento conservador no pré-natal e grupo 3: 10 fetos com HDC esquerda isolada grave tratados com FETO. O exame 3D power Doppler foi realizado entre 19,1 e 36,7 semanas de idade gestacional. Utilizando-se de configurações pré-estabelecidas, 3 D power Doppler foi aplicado no pulmão direito no grupo 1,2 e 3. O histograma do 3D power Doppler foi utilizado para estimar os índices vasculares (VI, FI e VFI), que foram plotados com a idade gestacional. Em todos os casos de HDC,

os índices vasculares foram analisados para prever o resultado perinatal. Resultados: Os índices pulmonares fetais mostraram uma distribuição constante durante a gravidez em fetos normais e nos casos de HDC em tratamento conservador. FI e VFI foram significativamente menores em casos de HDC sem intervenção fetal do que no grupo controle ( $p = 0,0006$  e  $p = 0,018$  respectivamente). VI e VFI foram significativamente menores nos casos de HDC que evoluíram para óbito em comparação com os casos que sobreviveram ( $p = 0,0002$  e  $p = 0,0005$ ). FETO resultou em uma melhora significativa nos índices VFI e VI, quando comparados com o grupo controle ( $p = 0,0003$  e  $p < 0,0001$  respectivamente). Entre os casos de FETO, os índices vasculares VFI e VI foram significativamente maiores nos casos que sobreviveram em comparação com fetos que evoluíram para óbito ( $p = 0,0005$  e  $p = 0,01$  respectivamente). Conclusão: Os índices vasculares são relativamente constantes, independente da idade gestacional. Em casos de HDC isolada esquerda, os índices vasculares podem prever o resultado perinatal. FETO melhora a vascularização pulmonar e a resposta ao procedimento pode prever a sobrevida neonatal.

**Instituição:** 1. Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. 2. Departamento de Cirurgia, Baylor College of Medicine, em Houston, TX, Estados Unidos. 3. Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Baylor College of Medicine, em Houston, TX, Estados Unidos. - São Paulo - SP

## **RESULTADOS PERINATAIS DA CORREÇÃO INTRAUTERINA "A CÉU ABERTO" DA MIELOMENINGOCELE FETAL UTILIZANDO TÉCNICA CIRÚRGICA ALTERNATIVA**

**Autores:** Moron, A.F.; Milani, H.J.F.; Barbosa, M.M.; Carvalho, N.; Sarmiento, S.G.P.; Cavalheiro, S.

**Sigla:** O031

Objetivos: Apresentar nova técnica cirúrgica para realização da cirurgia fetal intra-útero "a céu aberto" para correção da mielomeningocele (MMC); e descrever os resultados perinatais clínicos e cirúrgicos com esta técnica alternativa. Métodos: noventa e quatro cirurgias intra-útero "a céu aberto" para correção da MMC fetal utilizando técnica desenvolvida pela nossa equipe foram realizadas entre 2011 e 2014. As cirurgias ocorreram em dois centros terciários (Hospital São Paulo e Hospital e Maternidade Santa Joana), envolvendo a mesma equipe com experiência para realização da cirurgia e para lidar com possíveis complicações maternas e fetais. Os critérios de inclusão foram: gestação única; idade gestacional (IG) entre 22 e 26 sema-

nas; limite superior da lesão entre T1 – S1; evidência de herniação do tronco cerebral; cariótipo normal; ausência de outras malformações fetais; IMC < 35; baixo risco para parto pré-termo. As variáveis analisadas foram: dados demográficos maternos; IG da realização da cirurgia; complicações gestacionais; intervalo entre cirurgia e parto e condições do recém-nascido. Resultados: Idade materna 31,1 ± 4,9 anos; raça branca 87,2%; casada 92,5%, anos de escolaridade 14,0 ± 1,9 anos; nulípara 58,3%; herniação do tronco cerebral 98,9%; IG na cirurgia 25,9 ± 0,6 semanas; edema pulmonar 4,4%; rotura prematura das membranas 31,8%; oligoâmnio 23,1%; descolamento de placenta 1,1%; corioamnionite 4,4%; transfusão sanguínea no parto 3,3%; condições normais da histerorrafia 94,5%, deiscência parcial 3,3% e deiscência completa 2,2%; IG nascimento 33,8 ± 2,4 semanas (< 30 semanas 8,8%); peso ao nascimento 2233 ± 571g; intervalo entre cirurgia e parto 54,6 dias; deiscência da cicatriz fetal 4,2% e reversão completa da herniação do tronco cerebral 62,6% e morte perinatal de 3,2%. Conclusão: A experiência inicial utilizando a técnica cirúrgica proposta para correção intrauterina da mielomeningocele apresentou resultados similares aos obtidos pelo estudo americano MOMS e poderá ser utilizada em centros onde a indisponibilidade do grampeador uterino possa limitar a sua realização.

**Instituição:** UNIFESP - Escola Paulista De Medicina - São Paulo - SP

## CERCLAGEM DE EMERGÊNCIA – VALE A PENA FAZER?

**Autores:** Porto, C.A.M.; Silva, F.L.; Loretti, A.P.; Patz, B.C.; Mattar, R.

**Sigla:** O032

**Objetivo:** Avaliar o resultado das gestações nas quais foram realizadas cerclagens de emergência(CE) em Hospital universitário, no período de janeiro 2010 a dezembro de 2014. **Métodos:** Trata-se de estudo descritivo retrospectivo. Foram analisados dados sócio-demográficos e obstétricos das pacientes que realizaram CE(cervicodilatação maior ou igual a um centímetro com exposição das membranas ovulares, algumas vezes com protrusão das mesmas). **Resultados** No período foram realizadas 174 cerclagens uterinas pela técnica de Mc Donald modificada. Destas, 30(17,2%) foram realizadas com cervicodilatação de, no mínimo, um centímetro em gestação única. A idade média das pacientes é 28,36 variando de 17-45anos; a idade gestacional(IG) no momento da CE variou de 18 4/7semanas a 24 4/7semanas(média 21 6/7), apresentando dilatações cervicais de 1-4cm(média 1,78). De 30 pacientes es-

tudadas 20 tiveram o parto no Hospital Universitário. Nestas 20, em 85% a parturição se deu por via vaginal e 15% por cesárea. As cesarianas foram indicadas em 2casos de prematuridade extrema com apresentação pélvica e em 1 feto termo defletido de segundo grau. Duas pacientes apresentaram óbito fetal intra-parto. A IG dos partos variou de 24 5/7semanas a 40 6/7semanas(média de 35 1/7) com intervalo CE-parto de 14 a 147 dias(média de 87,9 dias). O peso médio dos recém nascidos foi de 2348,94 g(575 a 3555g) com apgar médio de 8,1/9,0 e 4 internações em UTI neonatal, por extrema prematuridade. Apenas 1recém nascido faleceu após 6 dias de internação, determinando uma taxa de sobrevida de 95%. Não houve nenhuma rotura prematura de membranas durante o procedimento e apenas 1 apresentou corioamnionite posterior à CE, sendo internada para tratamento com antibiótico e evoluindo para trabalho de parto prematuro. **Conclusão:** Embora prolongue gestações até IG sem que haverá sobrevida sem sequelas e reduza risco de mortalidade imediata, a CE aumenta a possibilidade de prematuridade extrema e suas sequelas. É muito difícil, eticamente, planejar estudo randomizado nesses casos. Nosso estudo demonstra chance importante de sobrevida e que é vantajoso tentar a cerclagem de emergência após a individualização do caso.

**Instituição:** Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - SP

## QUANTIFICAÇÃO DA HERNIAÇÃO HEPÁTICA NA ULTRASSONOGRAFIA BIDIMENSIONAL PARA AVALIAÇÃO DO PROGNÓSTICO NEONATAL EM CASOS DE HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÊNITA ISOLADA

**Autores:** Britto, I.S.W.; Olutoye, O.O.; Cass, D.; Belfort, M.; Lee, W.; Ruano, R.

**Sigla:** O033

**Objetivos:** Descrever um método para quantificar a herniação hepática em fetos com hérnia diafragmática congênita isolada (HDC) pela ultrassonografia bidimensional (US2D) e correlacionar com prognóstico neonatal. **Métodos:** Foram analisadas imagens de US2D de 77 fetos que apresentavam HDC isolada entre janeiro de 2004 e julho de 2012. US-Litr foi calculado a partir da divisão entre a área herniação hepática e a área torácica em uma seção transversal do tórax fetal no corte de 4 câmaras do coração. US-Litr foi correlacionado com o prognóstico neonatal (sobrevida aos 6 meses e necessidade de ECMO). US-Litr foi comparado com as relações obtidas na ressonância nuclear magnética (RNM) que avaliaram a proporção entre a área hepática e a área torácica fetal (RM-Litr) e a porcentagem de fígado her-

niado (MRI% LH). Resultados A mortalidade neonatal global foi de 20,7% (n = 16/77). ECMO foi necessário em 35,5% (n = 27/76) dos recém-nascidos com uma taxa de sobrevivência de 51%. US-Litr foi estatisticamente correlacionado com a mortalidade (p <0,01) e com a necessidade de ECMO (p <0,01). Foram observadas boas correlações entre os US-Litr e RM-Litr (r = 0,87; p <0,01) e US-Litr e MRI% LH (r = 0,90; p <0,01). Com base na análise da curva ROC, todos os três parâmetros apresentaram acurácia semelhante na predição de mortalidade (US-Litr - AUC: CI 0,78, 95%: 0,65-0,92, p <0,01; MRI-Litr -AUC: CI 0,77, 95%: 0,63 -0,90, p <0,01 e, MRI-% LH - AUC: 0,79, IC 95%: 0,65-0,92, p <0,01, respectivamente), bem como a necessidade de ECMO (US-Litr - AUC: 0,72, 95% CI: 0,60-0,84, p <0,01; MRI-Litr - AUC: 0,73, IC 95%: 0,60-0,85, p <0,01 e MRI-% LH - AUC: 0,77, IC 95%: 0,64-0,89, p <0,01, respectivamente). Conclusões: A quantificação da herniação hepática por ultrassom em fetos com HDC isolada é viável e apresenta acurácia semelhante à RNM para predição do prognóstico perinatal.

**Instituição:** Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - Jandira - SP

## CONCENTRAÇÃO SÉRICA DE SULFATO DE MAGNÉSIO EM GESTANTES COM PRÉ-ECLÂMPSIA, SUBMETIDAS AOS ESQUEMAS DE ZUSPAN E DE SIBAI

**Autores:** Gaiotto, F.R.; Borges, V.T.M.; Poiati, J.R.; Abbade, J.F.; Peraçoli, J.C.; Peraçoli, M.T.S.

**Sigla:** O034

Objetivo: Determinar a concentração sérica do íon magnésio, em gestantes com diagnóstico de eclâmpsia iminente ou eclâmpsia e comparar a proporção de mulheres que alcançaram concentração terapêutica, submetidas aos esquemas de sulfato de magnésio proposto por Zuspan e por Sibai. Sujeitos e Métodos: Foi realizado estudo prospectivo, tipo ensaio clínico quasi-randomizado, no qual foram incluídas 38 gestantes hipertensas, que receberem assistência clínica para tratamento de eclâmpsia iminente ou de eclâmpsia. As gestantes foram estratificadas segundo o esquema de sulfato de magnésio que receberam em: grupo esquema de Zuspan (20 pacientes) e grupo esquema de Sibai (18 pacientes). Realizou-se dosagem sérica do íon magnésio em nove momentos: antes do tratamento e após 15', 30', 60', 90', 2 horas, 4 horas, 12 horas e 24 horas de tratamento. Para todas as análises foi utilizado o nível de significância de 95% (p<0,05). Resultados A média da concentração sérica do íon magnésio no grupo esquema de Sibai foi significativamente maior do que no grupo esquema de Zuspan em todos os momentos es-

tudados. Apenas no grupo esquema de Sibai, as médias das concentrações séricas do íon magnésio alcançaram valores terapêuticos, entretanto em apenas três momentos (15', 12 horas, 24 horas). No grupo esquema de Sibai houve maior número de mulheres que atingiram concentração terapêutica do sulfato de magnésio, sendo significativo nos momentos 30min, 60min, 2 horas, 4 horas e 12 horas, quando comparado com o grupo esquema de Zuspan. Conclusão: Gestantes do grupo esquema de Sibai mantiveram maior concentração sérica do íon magnésio do que as do grupo esquema de Zuspan e maior número de mulheres que atingiram a concentração terapêutica do sulfato de magnésio indicada pela literatura.

**Instituição:** Faculdade de Medicina de Botucatu - Botucatu - SP

## AVALIAÇÃO DE VIA DE PARTO EM MULHERES COM CARDIOPATIA MATERNA SEGUNDO SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON EM DEZ GRUPOS COMO FORMA DE MONITORAMENTO PRÁTICA OBSTÉTRICA

**Autores:** França, T.M.; Marins, P.M.; Morais, A.V.M.; Born, D.B.; Campanharo, F.F.; Mattar, R.

**Sigla:** O035

Introdução: Cardiopatia materna é um termo genérico que pode contemplar uma variedade de situações clínicas de variados graus de gravidade. Tal patologia se constitui na principal causa de mortalidade materna indireta no mundo e regra geral são compatíveis e se beneficiam de um parto vaginal. O sistema de Robson classifica todas os partos em um dos dez grupos (RTGSC) com base em cinco parâmetros: história obstétrica, o início do trabalho de parto, posição fetal, número de recém-nascidos, e idade gestacional. Objetivo: avaliar a via de parto em gestantes cardiopatas pelo Sistema de Classificação em Dez Grupos de Robson (RTGCS) com utilização de dados de um Hospital Universitário no Brasil. Métodos: Estudo observacional retrospectivo. Foram avaliados os registros clínicos de todos os nascimentos durante 4 anos (2011-2014), cada caso de cesariana em paciente cardiopata foi classificada em uma das dez categorias mutuamente exclusivas de acordo com características obstétricas. Resultados Das 67 mulheres cardiopatas que compuseram o estudo 50,7% foram submetidas a cesáreas(CS).O grupo 5( multiparas com pelo menos uma CS anterior, feto único, cefálico, ≥ 37 semana) foi o mais prevalente e apresentou maior contribuição para a taxa geral de CS, representou 32,3% do total de CS. O grupo 1 (nulipara, feto único, cefálico, ≥ 37 semana em trabalho de parto espontâneo), o grupo 3 (multipara, sem CS anterior, com feto cefálico, ≥ 37 semana em trabalho de

parto espontâneo) e o grupo 9 (gestantes, feto único, em posições fetais anormais, incluindo aquelas com uma ou mais CS anteriores) contribuíram com 17,6% cada para a taxa total de CS. Conclusões: o estudo nessa população de alto risco evidenciou taxas de parto cesáreo inferiores as descritas em estudos nacionais e internacionais. Desta forma, uso do RTGCS mostrou-se útil, evidenciando grupo clinicamente relevantes os quais seriam alvos de futuras intervenções. Novos estudos serão necessários para melhor avaliar a via de parto em cardiopatas.

**Instituição:** Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - SP

## ADEQUAÇÃO E RECOMENDAÇÕES DO GANHO DE PESO GESTACIONAL ENTRE MULHERES BRASILEIRAS: REVISÃO SISTEMÁTICA E METANÁLISE

**Autores:** Surita, F.G.C.; Godoy, A.C.G.; Nascimento, S.L.N.

**Sigla:** O036

Objetivos: Identificar as recomendações utilizadas no Brasil para o ganho de peso gestacional, e a proporção de gestantes brasileiras que apresentam ganho de peso adequado conforme essas recomendações. Métodos: Trata-se de revisão sistemática da literatura e meta-análise com busca realizada nas bases de dados: PubMed, MEDLINE, Web of Science, Embase, SciELO e Google Scholar. Os critérios de inclusão foram: estudos observacionais, realizados no Brasil com gestantes saudáveis, que apresentassem média ou adequação do ganho de peso gestacional, estudos nas línguas inglesa, portuguesa e espanhola e não houve restrição de ano de publicação. Após a triagem, foram excluídos estudos que não apresentavam peso pré-gestacional e durante a gestação, ou que incluíram gestantes com comorbidades. A meta-análise foi realizada para avaliar a chance ganho de peso gestacional inadequado: insuficiente ou excessivo, em mulheres com baixo peso, sobrepeso e obesidade comparadas com as eutróficas. Resultados Foram incluídos 17 estudos na revisão sistemática e 4 na meta-análise. A recomendação mais utilizada para ganho de peso gestacional foi a do Institute of Medicine (13/17), além da Curva de Atalah (2/17) e as recomendações do Ministério da Saúde (2/17), A cesariana e a macrossomia fetal foram mais prevalentes entre as gestantes com ganho de peso excessivo. As gestantes com sobrepeso foram as que apresentaram maior chance de ganho de peso excessivo (OR=2.80, IC95%=2.22-3.53) e gestantes com baixo peso apresentaram menor chance de ganho de peso excessivo (OR= 0.50, IC95%=0.34-0.73). Conclusão: A recomendação mais utilizada no Brasil para o ganho de peso gestacional. foi a do Institute of Medicine apesar de suas limitações, As mulheres com sobrepeso foram as de

maior risco para o ganho de peso gestacional excessivo e o ganho de peso excessivo se associou com parto cesariana e macrossomia fetal.

**Instituição:** UNICAMP - Campinas - SP

## INFLUÊNCIA DA BANDAGEM ELÁSTICA KINESIO TAPE E DA HIDROTERAPIA NA DOR PÉLVICA POSTERIOR E NA FUNCIONALIDADE DE GESTANTES

**Autores:** Cipriano, P.P.C.; Oliveira, C.O.

**Sigla:** O037

O presente estudo tem como Objetivo: verificar a influência da bandagem elástica no tratamento da dor pélvica posterior e do nível de funcionalidade das gestantes. Método: Estudo experimental, controlado e prospectivo com 20 gestantes saudáveis, que foram divididas em dois grupos: Grupo Estudo (GE) - bandagem elástica e hidroterapia e Grupo Comparativo (GC) - hidroterapia. A dor foi avaliada pela Escala Visual Numérica (EVN) e a funcionalidade nas atividades de vida diária por meio do questionário de Ronald-Morris. Foram incluídas no projeto 20 gestantes, sendo 10 no GE e 10 no GC, com idade entre 18 e 39 anos. Resultados Não houve diferença estatística entre os valores da EVN e do Questionário de incapacidade de Roland Morris entre os dois grupos ( $p > 0,05$ ). Os dois tratamentos mostraram melhora da dor e da funcionalidade das gestantes, contudo, o GE obteve índices melhores na melhora da dor e da funcionalidade nas atividades diárias em relação ao GC. Conclusões: Ambos os tratamentos são eficazes para o tratamento da dor pélvica posterior e da funcionalidade em gestantes e a bandagem elástica pode ser usada no tratamento da dor lombar durante a gravidez de forma segura.

**Instituição:** Universidade Santa Cecília - Santos - SP

## FATORES ASSOCIADOS COM A SATISFAÇÃO DAS MULHERES NO PARTO REALIZADO EM HOSPITAL PÚBLICO SECUNDÁRIO DE SÃO PAULO

**Autores:** Pimenta, B.S.O.; Nomura, R.M.Y.; Silva, P.H.; Pinal, N.S.; Nakamura, M.U.; Moron, A.F.

**Sigla:** O038

Objetivos: examinar a satisfação das mulheres com o parto em hospital universitário público secundário e verificar fatores relacionados. Métodos: Estudo prospectivo, de corte transversal, com mulheres no pós-parto e com critérios de inclusão: recém-nascido único e vivo, acima de 34 semanas, sem comorbidades. Foi aplicado o

questionário Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale - MCSRS- modificado, com 20 itens em 5 subescalas: satisfação própria (5 itens), com o companheiro (1 item), com o bebê (3 itens); com o médico (7 itens) e satisfação global (4 itens). O coeficiente alfa de Cronbach foi 0,881 (IC 95% inferior=0,852). Testes usados: qui quadrado, exato de Fisher, Mann Whitney-U e regressão logística, com nível de significância de 0,05. Resultados entre as 101 mulheres, 90 (89,1%) sentiram-se satisfeitas com o parto. Não houve diferença significativa entre as que relataram estar satisfeitas ou não nas seguintes variáveis: idade materna (média 25,5 vs. 24,3,  $p=0,527$ ), brancas (53,3% vs. 27,3%  $p=0,238$ ), nulíparas (41,1% vs. 27,3%  $p=0,519$ ), idade gestacional no parto (média 39,3 vs. 39,6  $p=0,464$ ), acompanhante no parto (18,9% vs. 9,1%  $p=0,701$ ), e cesárea (33,3% vs. 18,2%  $p=0,499$ ). Entre as não satisfeitas, 72,7% relataram apenas o ensino fundamental, proporção significativamente maior ( $p=0,02$ ) que nas satisfeitas (35,6%). A análise do MCSRS modificado demonstrou na insatisfação com o parto escores significativamente mais baixos, em relação às mulheres satisfeitas, nas seguintes subescalas: a satisfação própria (mediana 19 vs. 21,  $p=0,025$ ); com o bebê (mediana 12 vs. 14,  $p=0,010$ ); com o médico (mediana 27 vs. 32,  $p=0,002$ ), e escore total (mediana 76 vs. 86,  $p<0,001$ ). A regressão logística identificou como variável independente relacionada à satisfação geral, a pontuação da subescala satisfação com médico ( $p=0,028$ , OR=1,20, IC95%=1,02-1,41). Conclusão: Satisfação geral das mulheres no parto não foi atingida em 11% das entrevistadas. A satisfação das mulheres no parto em um hospital público secundário está relacionada ao atendimento médico prestado. São necessários esforços para melhorar as condutas e a gestão na assistência obstétrica no momento do parto.

**Instituição:** Escola Paulista de Medicina - UNIFESP e Hospital Municipal Vereador José Storopoli - Vila Maria - São Paulo

## INFLUÊNCIA DA PRESENÇA DO ACOMPANHANTE NA SATISFAÇÃO DAS MULHERES NO PARTO EM HOSPITAL PÚBLICO SECUNDÁRIO DE SÃO PAULO

**Autores:** Pimenta, B.S.O.; Nomura, R.M.Y.; Silva, P.H.; Píñhal, N.S.; Nakamura, M.U.; Moron, A.F.

**Sigla:** O039

Objetivos: examinar a influência da presença do acompanhante na satisfação das mulheres no parto. Métodos: Este estudo foi realizado em hospital público universitário de nível secundário, com mulheres entrevistadas no pós-parto e com critérios de inclusão: recém-nascido único e vivo, acima de 34 semanas, sem comorbidades. Foi aplicado o questionário Mackey Childbirth Satisfac-

tion Rating Scale - MCSRS- modificado, com 20 itens em 5 subescalas: satisfação própria (5 itens), com o companheiro (1 item), com o bebê (3 itens); com o médico (7 itens) e satisfação global (4 itens). O coeficiente alfa de Cronbach foi 0,881 (IC 95% inferior=0,852). Testes usados: qui quadrado, exato de Fisher, Mann Whitney-U e regressão logística, com nível de significância de 0,05. Resultados participaram 101 mulheres das quais 90 (89,1%) sentiram-se satisfeitas com o parto. A presença de acompanhante foi relatada por apenas 18 (17,8%) mulheres. Comparando-se os grupos com e sem acompanhante, não houve diferença significativa nas seguintes variáveis: idade materna (média 26,4 vs. 25,1 anos  $p=0,397$ ), cor branca (38,9% vs. 53,0%  $p=0,545$ ), nuliparidade (44,4% vs. 38,6%,  $p=0,844$ ), escolaridade em ensino fundamental (33,3% vs. 41,0%,  $p=0,088$ ), idade gestacional no parto (média 39,3 vs. 39,3  $p=0,997$ ) e cesárea (33,3% vs. 31,3%  $p=0,910$ ). A análise das subescalas do questionário MCSRS modificado demonstrou que os grupos sem acompanhante relatou escore significativamente mais baixo em relação às com acompanhante na subescala sobre satisfação própria (mediana 21 vs. 23,5,  $p=0,039$ ). Não houve diferença significativa na comparação com as demais subescalas: com o bebê (mediana 13 vs. 14,  $p=0,128$ ); com o companheiro (mediana 4 vs. 5,  $p=0,077$ ), com o médico (mediana 31 vs. 34,  $p=0,210$ ), satisfação geral (mediana 15 vs. 15,5  $p=0,118$ ) e escore total (mediana 84 vs. 90,5  $p=0,118$ ). Conclusão: A presença do acompanhante apresenta associação com a capacidade da mulher obter satisfação própria na vivência do parto, influenciando, portanto, na qualidade do atendimento prestado em hospital secundário. São necessários esforços para garantir a efetivação desse direito para as parturientes no momento do parto.

**Instituição:** Escola Paulista de Medicina - UNIFESP e Hospital Municipal Vereador José Storopoli - Vila Maria - São Paulo

## IMPLEMENTAÇÃO E CONTRIBUIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON NA ANÁLISE DAS TAXAS DE CESARIANAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO TERCIÁRIO, A PARTIR DO ESTUDO DE MULHERES COM CESARIANA PRÉVIA

**Autores:** Ferraz, L.M.; Aguiar, R.A.L.P.; Reis, Z.S.N.; Gaspar, J.S.; Júnior, M.S.R.; Protzner, A.B.

**Sigla:** O040

O aumento nas taxas de cesariana é uma realidade mundial e tem se tornando um grave problema de saúde pública. A Organização Mundial de Saúde (OMS) sugere que níveis superiores a 10-15% não impactam significa-

tivamente na redução da mortalidade materna ou neonatal. Para se propor e implementar ações eficazes a fim de se alcançar esses níveis, é essencial identificar quais os grupos de gestantes com as maiores indicações de cesariana. A utilização da classificação proposta por Robson em 2001 permite uma análise adequada das práticas em cada serviço e a construção de metas para assegurar uma assistência obstétrica segura, com índices aceitáveis de cesarianas. A classificação divide as gestantes que foram submetidas a cesarianas em dez grupos. No entanto, o grupo 5 composto por mulheres com gestações únicas, termo, apresentação cefálica e com cesariana anterior, engloba um conjunto de situações heterogêneas, capaz de limitar a análise da qualidade da assistência e do cumprimento dos protocolos. O Objetivo: deste trabalho foi avaliar a distribuição das cesarianas ocorridas durante o ano de 2014 em um hospital terciário, com uma análise mais pormenorizada do grupo 5, em uma série histórica de casos de parto cesariana, visando aprimorar metas na condução do parto em mulheres com cesariana prévia. Foi realizado estudo observacional transversal, com análise de todos os partos ocorridos entre janeiro a dezembro de 2014 no Hospital das Clínicas da UFMG de Belo Horizonte. A taxa de cesariana geral foi de 36,5%. O grupo 5 representou 15,8% de todas as mulheres e 35,4% de todas as cesarianas realizadas, sendo o que mais impactou na taxa global. Uma subdivisão do grupo 5 foi proposta e realizada: subgrupo 5a, mulheres com uma cesariana prévia (representou 73,7% do grupo) cuja taxa relativa de cesarianas foi de 76,2%; subgrupo 5b, mulheres com duas ou mais cesarianas prévias (26,3% das pacientes do grupo) cuja taxa relativa de cesarianas foi de 97,7%. Considerou-se como proposta a subdivisão do grupo 5 da classificação de Robson, pois essa abordagem mostrou-se mais apropriada para a construção de ações e metas para redução das cesarianas em mulheres com cesarianas prévias.

**Instituição:** Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) - Belo Horizonte - MG

## PROJETO PILOTO: ANÁLISE MORFOLÓGICA DO MÚSCULO RETO ABDOMINAL EM GESTANTES COM HIPERGLICEMIA

**Autores:** Marini, G.; Piculo, F.; Vesentini, G.; Barbosa, A.M.P.; Damasceno, D.C.; Rudge, M.V.C.

**Sigla:** O042

**Objetivo:** Analisar as repercussões da hiperglicemia na gestação sobre a morfologia dos tipos de fibras no músculo reto abdominal no momento da cesárea. **Método:** Após ampla discussão com a Equipe do Centro Obstétrico da Faculdade de Medicina de Botucatu, foi realizada a padronização da técnica para realização da biópsia do

músculo reto abdominal. Três gestantes concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após biópsia imediata, o músculo reto abdominal foi envolvido em talco neutro, congelado em nitrogênio líquido e armazenado em freezer a -80°C. Posteriormente, foram obtidos cortes histológicos sequenciais em criostato Leica CM 1800 a uma temperatura de -25°C com espessura de 8µm. A integridade dos cortes foi confirmada com a coloração de Alcian Blue. A próxima etapa foi a padronização da reação de imunoistoquímica para os anticorpos (MHC fast e MHC slow). Resultados As lâminas de imunoistoquímica foram fotografadas pelo Sistema de Análise de Imagem Computadorizada (KS-300, Zeiss). As reações de imunoistoquímica revelam que as miofibrilas do músculo estriado reto abdominal de gestantes predominantemente expressam as cadeias de miosina lenta (slow). Conclusão: após extensão discussão de protocolo, o projeto piloto foi iniciado e foram obtidas as primeiras amostras do músculo reto abdominal de gestantes no momento do parto cesárea e também as primeiras imagens das fibras musculares rápidas e lentas deste músculo.

**Instituição:** Universidade Estadual Paulista, UNESP Faculdade de Medicina de Botucatu - Botucatu - SP

## O RASTREIO DA INFECÇÃO PELO HIV E A FREQUÊNCIA DA INFECÇÃO EM GESTANTES

**Autores:** Mendes, J.O.; Marangoni, M.C.; Cruz, R.S.; Silveira, L.H.A.; Soares, J.P.; Zimmermann, J.B.

**Sigla:** O043

1-Introdução: No Brasil, desde 2000 até junho de 2014, foram notificadas 84.558 gestantes infectadas com o HIV, sendo a maioria delas residentes na região sudeste. Em 2013, foram identificadas 7.219 gestantes no Brasil e a taxa de detecção apresenta aumento significativo nos últimos dez anos. Em nosso serviço, estudo realizado previamente identificou taxas de 0,005 (0,5%) em 1998, 0,002 (0,2%) em 1999, 0,02 (2%) em 2000, 0,01 (1%) em 2001 e até fevereiro de 2002 foi de 0,04 (4%), evidenciando um aumento da infecção pelo HIV em gestantes. Baseado no exposto, objetivamos avaliar a frequência de infecção pelo HIV em nosso serviço no ano de 2014. 2-Pacientes e Métodos: Foram realizadas 1385 consultas no período de janeiro de 2014 a março de 2015 pelo serviço de Gestação de Alto Risco da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, de um total de 115 gestantes, totalizando 230 testes de rastreamento. Estas pacientes foram submetidas ao teste Elisa para rastreamento da infecção pelo HIV e, quando a amostra foi positiva realizou-se a confirmação com o teste de Western Blott, conforme orienta o Manual do Ministério da Saúde. Os testes foram realizados no primeiro e terceiro trimestres

de gestação. Os dados foram armazenados em Epi Info para os cálculos de frequências e associações de variáveis. 3-Resultados: A média de idade foi 25 + 7,18 anos e a média de idade da primeira gravidez foi de 20,2 +/- 5,3 anos. A frequência da infecção pelo HIV em nosso serviço foi de 0,9%. A transmissão vertical foi zero e não houve complicação materna. 4- Conclusões: Os dados de nosso serviço apontam para uma interessante característica da região sudeste. Inicialmente houve um aumento das taxas de infecção pelo HIV e a seguir houve queda destes mesmos índices. Em nosso serviço, comparando-se dados de 2002 ao presente estudo observou-se uma queda de 22,5% da infecção pelo HIV diagnosticada em regime de pré-natal.

**Instituição:** Universidade Federal de Juiz de Fora - Juiz de Fora - MG

## **TOXICIDADE E EFEITOS COLATERAIS MATERNOS E NEONATAIS DA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EM GESTANTES INFECTADAS PELO HIV ATENDIDAS PELO CAISM ENTRE 2009 E 2012**

**Autores:** Polydoro, M.S.; Milanez, H.M.B.P.M.

**Sigla:** O044

**Objetivos:** O Objetivo: desse trabalho foi avaliar os efeitos adversos decorrentes da exposição à Terapia Antirretroviral (TARV) durante a gestação e no período pós natal, em gestantes atendidas pelo Hospital da Mulher Prof Dr José Aristodemo Pinotti (CAISM/UNICAMP) entre os anos de 2009 e 2012. **Métodos:** A seleção dos sujeitos foi realizada a partir da lista de notificações do Sistema de informações de agravos e de notificação de gestantes infectadas pelo HIV atendidas pelo CAISM entre 2009 e 2012. Foram excluídos os casos em que a gestante não fez uso de TARV durante a gestação. A coleta de dados foi realizada a partir da avaliação dos prontuários dos pares mãe-criança com base em ficha de análise específica. Os efeitos adversos avaliados nas gestantes foram anemia, plaquetopenia, alteração hepática, dislipidemia, alteração da glicemia de jejum e diabetes gestacional. As co-morbidades avaliadas nos recém nascidos foram prematuridade e baixo peso. A análise dos dados foi realizada através de frequências simples (n) e específica (%), através do programa Excel. **Resultados** Foram avaliadas 176 gestantes que fizeram uso de TARV durante a gestação. Destas, 52% apresentou anemia, 12% plaquetopenia, 11% alteração hepática, 18% dislipidemia, 7% alteração da glicemia de jejum e 2% diabetes gestacional. Quanto aos seus recém nascidos, a taxa de prematuridade foi de 28% e a de baixo peso, 22%. Vale ressaltar que o esquema de medicação utilizado por aproximadamente 90% das gestantes foi a associação zidovudina, lamivu-

dina, lopinavir e ritonavir. **Conclusões:** Dentre os efeitos adversos maternos, o mais prevalente foi anemia, que é um efeito adverso já elucidado da zidovudina. A dislipidemia também foi um efeito significativo, que pode estar relacionado ao uso de lopinavir, considerando que vários dados da literatura sugerem o aumento da prevalência de dislipidemia em pacientes usuários dessa medicação. A prevalência de efeitos adversos encontrada foi elevada, porém a gravidade deles é baixa. As taxas de prematuridade e baixo peso também foram significativas, o que é concordante com a literatura.

**Instituição:** Universidade Estadual de Campinas - Campinas - SP

## **GASTROQUISE FETAL ISOLADA: COMPARAÇÃO DOS PARÂMETROS DA CARDIOTOCOGRAFIA COMPUTADORIZADA NOS CASOS COM ALTERAÇÃO DA VITALIDADE FETAL**

**Autores:** Andrade, W.; Brizot, M.L.; Miyadahira, S.; Francisco, R.P.V.; Zugaib, M.

**Sigla:** O046

**Objetivos:** Avaliar os parâmetros da cardiocografia computadorizada (CTGc) em gestações únicas de fetos portadores de gastroquise que evoluíram com óbito intra-útero (OIU) ou alterações na vitalidade fetal, comparando-os com o grupo que não apresentou estes desfechos. **Métodos:** Estudo retrospectivo, comparativo, realizado na Clínica Obstétrica do HCFMUSP, no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2014, com os seguintes critérios de inclusão: gestação única com feto portador de gastroquise isolada, ter realizado CTGc por pelo menos 30min até 7 dias do parto. Foi realizada análise comparativa dos parâmetros da CTGc (Sistema 8002-Sonicaid) entre os fetos que evoluíram com alteração da vitalidade fetal ou OIU (desfecho desfavorável) com fetos com desfecho favorável. Os parâmetros CTGc avaliados foram: número de movimentos fetais por hora (MF), frequência cardíaca fetal basal (FCF), acelerações transitórias >15bpm, duração dos episódios de alta variação, duração dos episódios de baixa variação e variação de curto prazo. Foram determinadas as medianas e variações destes parâmetros. O teste de Mann-Whitney foi usado e o nível de significância foi < 0.05. **Resultados** Durante o período do estudo 80 casos com gastroquise foram submetidos à avaliação por CTGc e 51 tiveram a avaliação realizada até 7 dias do parto. Destes 51, onze fetos (21,56%) evoluíram com OIU (n=1) ou alterações na vitalidade fetal (n=10). As alterações observadas na vitalidade foram: perfil biofísico fetal ≤6 (n=5); oligohidrânio (n=4); diástole zero/reversa em artéria umbilical (n=1). Os parâmetros da CTGc significativamente associados

aos desfechos favoráveis e não favoráveis, foram respectivamente: MF(20,5 vs 12,0;  $p=0,038$ ), FCF(140,5bpm vs 149,0bpm  $p=0,010$ ); presença de acelerações transitórias(3,0 vs 0,0  $p=0,005$ ); duração dos episódios de baixa variação(7,0min vs 17min  $p=0,035$ ) e variações de curto prazo (7,5ms vs 5,4ms  $p=0,006$ ). Conclusão: Número menor de MF, FCF mais elevada, menor frequência de acelerações transitórias, maior período com baixa variação da FCF e menor variações de curto prazo são alterações da CTGc em fetos com gastrosquise e alterações de vitalidade ou OIU.

**Instituição:** Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo - SP

## DILATAÇÃO CÍSTICA DA CISTERNA QUADRIGÊMEA ASSOCIADA À MALFORMAÇÃO DE ARNOLD-CHIARI - CORRELAÇÃO ANATÔMICA E ULTRASSONOGRÁFICA

**Autores:** Drummond, C.L.; Barreto, E.Q.S.; Milani, H.J.F.; Baldo, C.A.R.; Bussamra, L.C.S.; Moron, A.F.

**Sigla:** O047

Objetivos: sistema de drenagem do líquido cefalorraquidiano (LCR) é normalmente direcionado do 4º ventrículo (4ºV) para os forames de Luschka e Magendie, e desses para o espaço subaracnóideo e cisternas. Na Malformação de Arnold-Chiari II (Chiari II) associada a espinha bífida aberta (EBA), observa-se herniação cerebelar, obstrução do 4º V e seus forames e dilatação ascendente dos ventrículos laterais e 3º ventrículo (3ºV). Em associação, observa-se frequentemente, dilatação cística em linha média em topografia posterior ao 3ºV e esplênio do corpo caloso (CC), podendo corresponder à cisterna quadrigêmea (CQG). O Objetivo: deste estudo é correlacionar referências anatômicas da CQG com ultrassonografia 3D (US-3D) multiplanar em casos normais e em casos com dilatação cística associados a Chiari II com EBA. Método: foram avaliados 10 fetos normais e 10 fetos com Chiari II com EBA (entre 20 e 30 semanas gestacionais). Análise comparativa foi feita entre a anatomia e a US-3D com cortes padrões, estabelecendo-se pontos de referência nos casos normais. Os pontos estabelecidos para a topografia anatômica normal da CQG foram: posterior ao teto do mesencéfalo, inferior e posterior ao 3ºV, acima do vérmis cerebelar, abaixo do esplênio do CC e anteriormente a tenda cerebelar. Já nos casos patológicos, a imagem cística observada em linha média, apresentou topografia posterior ao 3º V e mesencéfalo, porém com desvio superior em relação aos planos anatômicos descritos em casos normais. Resultados foram estabelecidos os pontos de referência da área cística dos casos patológicos no plano corresponde à CQG em todos os casos.

O desvio superior da área cística dos casos patológicos em relação aos casos normais foi atribuído à formação incompleta do esplênio do CC secundária a hidrocefalia. Acredita-se que essa dilatação pode estar associada à herniação cerebelar, obstrução do LCR e mudança da angulação da tenda do cerebelo. Conclusão: dilatações císticas cerebrais em topografia de linha média nos casos Chiari II com EBA podem corresponder à dilatação da CQG. Futuros estudos correlacionando com ressonância magnética fetal e exames pós-natais podem ratificar estes achados.

**Instituição:** Departamento de Obstetrícia-Medicina Fetal da Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - SP

## OCORRÊNCIA DE NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL APÓS NORMALIZAÇÃO DE BHCG

**Autores:** Obeica, B.; Mattos, M.; Braga, B.; Dias, H.; Rezende, J.; Greigor, G.

**Sigla:** O048

Introdução: A doença trofoblástica gestacional é formada por um conjunto heterogêneo das proliferações celulares alteradas do epitélio trofoblástico, seja em suas formas clínicas benignas, representadas pela mola hidatiforme completa(MHC) e parcial (MHP) ou por formas malignas, representadas pela mola invasora, coriocarcinoma, tumor trofoblástico do sítio placentário e tumor trofoblástico epitelioide, sendo os três últimos nomeados como neoplasia trofoblástica gestacional (NTG). O seguimento pós-molar, implica em dosagens semanais de hCG até sua normalização por três semanas consecutivas, quando passa a ser feito mensalmente, por ao menos seis meses, sendo sua duração máxima um assunto controverso, sendo que em determinados serviços ela pode chegar até a 1 ou 2 anos. O Objetivo: dessa investigação é avaliar o risco da ocorrência de NTG após a normalização de hCG no seguimento pós-molar. Métodos: Estudo retrospectivo com avaliação de prontuários médicos de 3 Centros de Referência brasileiros, abrangendo 2.284 pacientes com mola hidatiforme seguida de remissão espontânea. As pacientes foram atendidas entre janeiro de 2002 e junho de 2013. As ocorrências de NTG após a normalização do hCG foram analisadas. RESULTADOS. A NTG foi diagnosticada em 0,4% (10/2284) das pacientes após a normalização do hCG. Agrupando-as por tipo histológico, observou-se NTG após normalização de hCG em 0,6% (9/1424) das pacientes após MHC, 0,1% (1/849) após Mola Hidatiforme Parcial e 0% (0/13) após gestação gemelar molar. Foi calculado um risco relativo 5,3 vezes maior ( $p<0,0001$ ; IC 95%: 0,6-42,2) nas pacientes com MHC em relação àquelas com MHI. Todas

as pacientes apresentaram-se sintomáticas no momento do diagnóstico de NGT. Durante os 18 meses em que se sucedeu o seguimento pós-molar, após a normalização de hCG, a totalidade dos poucos diagnósticos de NTG se concentraram nos 6 primeiros meses, não havendo nenhum caso dessa neoplasia nos meses seguintes. Conclusão: Raros são os casos de NTG diagnosticada nos primeiros 6 meses após a normalização de hCG.

**Instituição:** Hospital Universitário Antonio Pedro - Rio de Janeiro - RJ

## PRINCIPAIS CAUSAS DE VENTRICULOMEGALIA CEREBRAL: CASUÍSTICA DO SETOR DE NEUROLOGIA FETAL DA UNIFESP

**Autores:** Barreto, E.Q.S.; Milani, H.J.F.; Silva, P.L.C.; Amed, F.G.; Pares, D.; Moron, A.F.

**Sigla:** O049

**Objetivos:** Ventriculomegalia é definição empregada para o aumento dos ventrículos laterais cerebrais. É o mais comum dos diagnósticos de anormalidades cerebrais, sendo encontrado em 1% dos fetos. Entretanto, em 70 a 85 % dos casos representa apenas um sinal de possível malformação do sistema nervosa central. O prognóstico depende da associação com outras anomalias e do grau de dilatação ventricular. Classifica-se como leve quando a medida do átrio do corno posterior do ventrículo lateral cerebral encontra-se entre 10 e 15 mm e acentuada quando maior que 15 mm. O Objetivo: deste estudo é avaliar as principais causas de ventriculomegalia acompanhadas no setor de Neurologia fetal da UNIFESP.

**Métodos:** Foram avaliados os casos de ventriculomegalia acompanhados no Setor de Neurologia Fetal da Unifesp entre Janeiro de 2013 e Dezembro de 2014 e as etiologias mais frequentemente encontradas. Resultados Noventa e três gestantes foram encaminhadas ao Setor com diagnóstico de ventriculomegalia. Destas, 68% (63) apresentavam ventriculomegalia acentuada. As anomalias mais frequentemente encontradas foram: Malformação de Arnold-Chiari II secundária a Mielomeningocele (55%); Estenose de aqueduto cerebral (19%), predominantemente do tipo acentuada (89%). Os demais casos foram associados à infecção congênita, agenesia/disgenesia de corpo caloso e síndrome de Dandy-Walker (19%). Em 6% dos casos, que representavam ventriculomegalia leve sem causa identificável, houve regressão espontânea. Conclusão: a casuística do nosso serviço é concordante com a literatura vigente de que a ventriculomegalia na maioria dos casos é um sinal e não um diagnóstico, sendo fundamental uma avaliação neurosonográfica detalhada para caracterização da sua etiologia. Ventriculomegalia acentuada esteve associada

a patologias fetais graves em todos os casos avaliados. A maior incidência de casos de ventriculomegalia associada a mielomeningocele é explicada pelo fato da disciplina de Medicina Fetal da Unifesp ser pioneira no Brasil da cirurgia fetal "a céu aberto" para correção da espinha bífida.

**Instituição:** UNIFESP - Escola Paulista de Medicina - São Paulo - SP

## NOMOGRAMA DOS VOLUMES DA GLÂNDULA SUPRARRENAL FETAL E DA ZONA FETAL DA GLÂNDULA SUPRARRENAL POR ULTRASSONOGRAFIA BI (2D) E TRIDIMENSIONAL (3D): ESTUDO PRELIMINAR

**Autores:** Helfer, T.M.; Melo, N.B.; Zamarian, A.C.P.; Maldonado, A.A.C.; Rolo, L.C.; Nardoza, L.M.M.

**Sigla:** O050

**Métodos:** Estudo observacional transversal que avaliou 82 mulheres entre 24 e 37 semanas de gestação, sem comorbidades, com fetos únicos, sem anomalias e pesos estimados adequados para idade gestacional. Os volumes da glândula suprarrenal fetal e da zona fetal da glândula suprarrenal foram medidos ultrassonograficamente pelo método tridimensional, utilizando a técnica VOCAL (Virtual Organ Computer-Aided Analysis), e pelo método bidimensional, utilizando a fórmula da elipse. Foram calculados percentis para faixas de idade gestacional e a Correlação Linear de Pearson (r) entre os volumes e a idade gestacional. Resultados Houve correlação entre as medidas analisadas e a idade gestacional. O valor de r foi 0,46 para o volume da glândula avaliado por ultrassonografia 2D, 0,48 para o volume calculado pelo método 3D, 0,44 para a medida bidimensional do volume da zona fetal da suprarrenal e 0,27 para a medida tridimensional do mesmo volume. Os valores do volume evidenciaram aumento da 24ª para a 37ª semana. O volume da glândula (2D) com 24 semanas variou de 0,04 a 0,05ml e com 37 semanas de 0,11 a 0,57ml. O volume da glândula (3D) para 24 semanas foi de 0,09 a 0,28ml e para 37 semanas de 0,17 a 1,22ml. A variação do volume da zona fetal (2D) para 24 semanas foi ausente (0,01 ml) e para 37 semanas de 0,01 a 0,06 ml. O volume da zona fetal (3D) para 24 semanas variou de 0,02 a 0,10 ml e para 37 semanas de 0,07 a 0,33 ml. Conclusão: Foi observada correlação entre as medidas de volume da glândula suprarrenal fetal e da zona fetal da suprarrenal e a idade gestacional. Houve aumento do volume com a idade gestacional. A análise de um número maior de medidas é necessária para dados mais conclusivos.

**Instituição:** Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina (UNIFESP/EPM) - São Paulo - SP

## PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES DIAGNOSTICADAS COM TRABALHO DE PARTO PREMATURO (TPP) EM MATERNIDADE DE BAIXO RISCO DO MUNICÍPIO DE SOROCABA-SP

**Autores:** Gonçalves, F.M.; Buzachero, T.O.; Padovani, T.R.

**Sigla:** O051

**Objetivo:** Identificar o perfil clínico e epidemiológico, com base nos fatores de risco, das gestantes diagnosticadas com Trabalho de Parto Prematuro (TPP) em maternidade de baixo risco do município de Sorocaba-SP. **Métodos:** Estudo observacional descritivo, transversal, com amostra de 67 pacientes diagnosticadas em TPP, com base em exame clínico, durante seis meses de seguimento na maternidade do Hospital Santa Lucinda (HSL). Os dados foram coletados via análise de prontuários e entrevistas às mulheres. **Resultados:** Foram registrados 2.217 partos no Centro Obstétrico do HSL no período da pesquisa, com 136 (6,13%) nascimentos prematuros, e desses, 67 (49,26%) apresentavam critérios para TPP. A idade gestacional média em que se fechou o diagnóstico foi de 33 semanas e dois dias, sendo que a maioria (50 [74,62%]) tratava-se de pré-termo tardio. A idade média das pacientes era de 29 anos. Segundo a etnia, 48 (71,64%) declararam-se brancas, 13 (19,40%) declararam-se pardas e seis (8,96%) declararam-se negras. Com base no Índice de Massa Corpórea, 36 (53,73%) apresentavam-se eutróficas. Observou-se que 39 (58,21%) pacientes referiram ter passado por situações de ansiedade e/ou estresse intenso durante a gestação e 35 (52,24%) foram consideradas de baixo nível socioeconômico, com base em escolaridade, ocupação e renda média mensal. Questionadas com relação a hábitos e vícios, 47 (70,15%) relataram consumo elevado de café durante a gestação, sendo que apenas 17 (25,37%) alegaram ser tabagistas. Quanto aos fatores patológicos, 27 (40,30%) gestantes foram diagnosticadas com Rotura Prematura de Membranas Oculares (RPMO), 45 (67,16%) relataram episódios de infecção do trato urinário durante a gravidez e 37 (55,22%) pacientes relataram ter passado por tratamentos odontológicos (restauração ou extração dentária). **Conclusão:** Em nosso serviço, o perfil das gestantes em TPP corresponde a mulheres brancas, com idade entre 25 e 30 anos, de baixo nível socioeconômico, que relataram a realização de procedimentos odontológicos, infecção do trato urinário ou apresentam-se com RPMO. Nossos dados também sugerem haver relação entre o consumo excessivo de cafeína e a ocorrência de TPP.

**Instituição:** Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Sorocaba - PUC-SP - Sorocaba - SP

## TRANSMISSÃO VERTICAL DO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA E EXPOSIÇÃO AO EFAVIRENZ: PERFIL MATERNO E RESULTADOS NEONATAIS

**Autores:** Cavichioli, F.S.; Polydoro, M.S.; Delicio, A.M.; Miyoshi, I.C.; Milanez, H.M.B.P.M.

**Sigla:** O052

**Introdução:** O principal fator associado à infecção pelo HIV em crianças é a transmissão perinatal. Sem intervenções, o risco estaria ao redor de 30%. Em 1996 o Ministério da Saúde implantou a profilaxia para gestantes soropositivas e seus recém-nascidos, com recomendação do uso de antirretrovirais (TARV) pela grávida e pelo recém-nascido, reavaliação da via de parto e inibição da lactação, levando a taxas ao redor de 2%. Dentre as TARVs, a mais utilizada durante a gestação é a combinação de AZT+3TC+lopinavir/ritonavir e fora desse período, os principais esquemas contêm efavirenz como terceira droga, em tomada diária ou ainda em monodose, facilitando a adesão, mas havia questionamentos aos riscos do seu uso na gravidez. A TARV na gestante deve priorizar esquema com melhor adesão, menor resistência, menor toxicidade e maior eficácia virológica. **Objetivos:** Avaliar as características das gestantes HIV positivas e os resultados perinatais das mulheres que estavam em utilização de efavirenz durante o período periconcepcional, analisando toxicidade e malformações fetais. **Método e Resultados:** Estudo retrospectivo com avaliação de prontuários médicos. Analisou-se 219 pacientes gestantes com HIV e pré-natal (PN) ou parto no CAISM, entre 2009 e 2012. Dessas, 20 estavam em uso de AZT + 3TC + EFV durante a concepção, que foi trocado para AZT + 3TC + kaletra após o primeiro trimestre. Essas pacientes tinham média de 33 anos e de escolaridade de 10 anos; a principal via de aquisição do HIV foi a exposição sexual (35%); o CD4 médio inicial foi de 572 e a CV média era 1521; 90% alcançaram CV indetectável no 3º trimestre; 90% tiveram parto cesárea; 100% fez uso de AZT venoso periparto. Dentre as crianças tivemos 20% de baixo peso, 35% prematuros e 95% usou AZT neonatal. Todos tiveram Apgar de 5º minuto maior que 9, nenhum foi infectado e nenhum apresentou malformação. **Conclusão:** A exposição ao efavirenz no período periconcepcional não aumentou a ocorrência de malformações fetais, mostrando segurança dessa medicação em gestantes podendo ser uma alternativa nos esquemas de TARV.

**Instituição:** Universidade Estadual de Campinas - Campinas - SP

## SOROPOSITIVIDADE PARA SÍFILIS ENTRE PACIENTES INTERNADAS EM UMA MATERNIDADE-ESCOLA PÚBLICA DE SALVADOR-BA

**Autores:** Santos, G.B.R.D.O.; Smith, C.M.

**Sigla:** O053

**Objetivos:** Calcular a taxa de prevalência de soropositividade para sífilis nas gestantes internadas na Maternidade Climério de Oliveira (MCO). Associar características da assistência pré-natal (APN) com o tratamento adequado da gestante e do seu parceiro. **Métodos:** Estudo descritivo, em que foram levantados dados dos prontuários das pacientes internadas na MCO entre 01/06/13 a 31/05/14, com soropositividade para sífilis em teste-rápido e confirmado pelo VDRL. A partir dos prontuários destas pacientes, foram colhidas informações sobre a APN, tratamento materno prévio para sífilis, e tratamento do parceiro. Foi avaliado se as gestantes soropositivas para sífilis atingiram o número de consultas de pré-natal preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil que seria uma no primeiro trimestre (até 93 dias), três até completar o segundo trimestre (até 186 dias), e seis ao completar o terceiro trimestre (até 280 dias). O tratamento adequado para sífilis da gestante e do seu parceiro, é o realizado com penicilina G benzatina 2.400.000 UI/IM, em três aplicações, com intervalo de uma semana entre elas. **Resultados** Das 4.448 pacientes internadas na MCO no período estudado, foram detectados 95 casos de soropositividade para sífilis pelo teste rápido e confirmado pelo VDRL, levando a taxa de prevalência de 2,13%. Entre as gestantes submetidas ao número preconizado de consultas de pré-natal, 46,93% foram tratadas para sífilis previamente ao internamento, enquanto que 53,07% não obtiveram tratamento adequado. Entre os parceiros das gestantes que foram submetidas a número preconizado de consultas de pré-natal, 13,73% receberam tratamento adequado para sífilis e 86,27% não receberam o tratamento. Nenhuma gestante que não realizou APN foi submetida a tratamento para sífilis durante a gravidez, assim como os seus parceiros. **Conclusão:** A taxa de prevalência da soropositividade para sífilis na MCO em Salvador-BA, no período estudado, foi de 2,13%. Apesar da APN se mostrar importante para possibilitar o tratamento da sífilis na gestação, à quantidade de consultas de pré-natal não se mostrou relevante para promover o tratamento adequado das gestantes nem dos seus parceiros.

**Instituição:** Maternidade Climério de Oliveira - Salvador - BA

## AVALIAÇÃO DO RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE SÍNDROME HIPERTENSIVA GESTACIONAL EM MULHERES PORTADORAS DO FATOR RH POSITIVO

**Autores:** Chechter, M.; Kehde, B.H.; Fernandes, C.Q.; Kishi, K.S.; Hsu, L.P.R.; Aldrighi, J.M.

**Sigla:** O054

**Objetivos:** Avaliar a correlação entre o sistema Rh e a síndrome hipertensiva gestacional (SHG). **Métodos:** Foi realizado um estudo retrospectivo, através das análises do banco de dados da unidade de terapia intensiva neonatal e de prontuários de mulheres atendidas no ano de 2012 no Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da IMSCSP - Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. O cálculo amostral apresentou intervalo de confiança (IC) de 95% (93,8% - 100%). A análise foi realizada com auxílio do programa Epi Info 7. **Resultados** Do total de 301 pacientes, 46 evoluíram com SHG (15,28%). Do grupo portador da doença, 100% apresentou tipagem sanguínea Rh positivo. A subdivisão entre os grupos ABO não evidenciou significância estatística. **Discussão:** A literatura demonstrou que mulheres portadoras do fator Rh positivo apresentam maior risco para o desenvolvimento de SHG, e que em associação com o grupo sanguíneo AB, o risco para as formas graves da doença aumenta<sup>1-3</sup>. Nosso estudo demonstrou significância estatística ao se comparar a porcentagem encontrada (100%) com a constante do fator Rh da população global (85% Rh positivo)<sup>1</sup>. Acreditamos que a correlação com o sistema ABO não obteve significância como os estudos prévios devido ao tamanho amostral. **Conclusão:** Houve correlação entre SHG e o fator Rh positivo.

**Instituição:** Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - SP

## AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS NEONATAIS APÓS PARTO PREMATURO, TENDO OU NÃO FEITO USO DO SULFATO DE MAGNÉSIO PARA NEUROPROTEÇÃO, NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ

**Autores:** Nishitsuka, S.S.; Rezende, G.P.; Fernandes, K.G.; Camargo, R.P.S.

**Sigla:** O055

**Objetivo:** Avaliar o uso de sulfato de magnésio para a neuroproteção de recém nascidos (RN) prematuros abaixo de 32 semanas e 6 dias atendidas no HUFMJ. **Métodos:** Trata-se de um estudo de coorte retrospectiva realizado no HUFMJ. Foram analisados os dados dos prontuários de todas as pacientes e RN que no período

de janeiro de 2013 a dezembro de 2014 tiveram parto prematuro entre 24 semanas e 32 semanas e 6 dias. Os prontuários foram selecionados manualmente pelo registro no livro de parto. Variáveis estudadas: idade materna, número de gestações anteriores, patologias na gestação e prévias a gestação, idade gestacional pela amenorréia e ecografia precoce, uso de corticoterapia, uso de tocólise (e qual tipo), realização do uso de sulfato de magnésio para neuroproteção (qual a dose, período antes do parto em que foi administrado), Apgar, Capurro, tempo de internação em UTI, peso ao nascer, ocorrência ou não de convulsão, gasometria, ultrassonografia transfontanela e se RN evoluiu para óbito ou não. Resultados Os resultados são parciais. Do total de 73 partos prematuros, 57 gestantes receberam corticoprofilaxia (78%), 26 RN evoluíram para óbito (35,6%). Das 29 mulheres que receberam sulfato de magnésio (39,7%), 18 foram para neuroproteção e 11 para prevenção de eclampsia, de todas as mulheres que receberam sulfato, 17 RN evoluíram para óbito (58,6%), nenhum caso de óbito foi devido a complicações neurológicas, sendo todos devido a complicações pulmonares. Apresentaram convulsão 5 RN; destes, em 1(3,4%) RN foi utilizado sulfato de magnésio (e foi a óbito) e do grupo que não recebeu esta terapia 4(9,0%) RN, sendo que um evoluiu para óbito. O USG transfontanela não pode ser estudado (pois nos casos mais graves não foram realizados). A gasometria, por sua vez, repercutiu mais em relação à capacidade respiratória do RN, não tendo relação direta com a função do sistema nervoso. Conclusão: O uso de sulfato de magnésio diminuiu a ocorrência de convulsão em RN prematuros abaixo de 32+6 semanas.

**Instituição:** Hospital Universitário da Faculdade de Medicina de Jundiaí - HUFMJ - Jundiaí - SP

## IMPORTÂNCIA DA CURVA DE APRENDIZADO NA COLOCAÇÃO DE PESSÁRIO PARA PREVENÇÃO DE PREMATURIDADE

**Autores:** Franca, M.S.; Hamamoto, T.E.N.K.; Hatanaka, A.R.; Mattar, R.; Moron, A.F.

**Sigla:** O056

Objetivo: deste estudo é reafirmar que na medida em que os avanços tecnológicos vão ocorrendo na medicina, a experiência deve manter-se valorizada. Apesar de ser uma técnica relativamente simples, a colocação do pessário na prevenção da prematuridade, também necessita de curva de aprendizado para o sucesso do tratamento. Atualmente os estudos mais aceitos nesta área são os estudos multicêntricos randomizados devido a seu alto poder estatístico e a raridade dos casos com colo curto, assim estudos multicêntricos tem maior abrangência e conseguem avaliar um maior número de pacientes. Po-

rém, este tipo de estudo descentraliza o atendimento e acarreta um menor número de casos por pesquisador. Método: Optou-se por realizar um estudo caso controle prospectivo com rastreamento do colo sistemático entre 16 e 26 semanas, com intuito de tratar com pessário e progesterona as pacientes com colo curto sem história de insuficiência cervical. A comparação dos resultados perinatais entre usuárias de pessário por colo curto ao longo dos anos de coleta de dados, que ocorreu entre março de 2011 e maio de 2015, foram realizadas pelo mesmo grupo de pesquisadores. Foram incluídas neste estudo 50 gestações únicas no período gestacional entre 16 e 26 semanas e 6 dias e os resultados perinatais foram divididos entre março 2011 a outubro 2013 (grupo 1) e outubro 2013 a maio 2015 (grupo 2). Na comparação entre os grupos foi realizado teste T de Student. Resultados Verificou-se importante melhora nos resultados perinatais com a mesma técnica ao longo dos 4 anos de uso do dispositivo. Os resultados demonstram diferença entre os grupos na idade gestacional média ao nascer, o grupo 1 apresentou 250 dias (35 semanas e 5 dias) ± 28 dias e o grupo 2, apresentou 265 dias (37semanas e 6 dias) ± 12 dias (P=0,02\*). O peso médio ao nascer foi de 2624 gramas ± 885 g no grupo 1 e de 3091 gramas ± 415 g, no grupo 2 (P=0,05\*). Conclusão: Devido as importantes diferenças encontradas entre o início da experiência com pessário e a melhora de seus resultados com o decorrer dos anos, deve-se considerar a curva de aprendizado um importante fator na aplicação desta técnica.

**Instituição:** Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP - São Paulo

## CONHECIMENTO DOS RESIDENTES DE TOCGINECOLOGIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ACERCA DO USO DE MISOPROSTOL E MIFEPRISTONE NO ABORTO MEDICAMENTOSO

**Autores:** Fernandes, K.G.; Pacagnella, R.C.; Duarte, G.; Osis, M.J.D.; Bento, S.F.; Faundes, A.

**Sigla:** O057

Objetivo: Avaliar o conhecimento dos residentes em ginecologia e obstetrícia de um Hospital Universitário acerca do aborto medicamentoso. Método: Estudo descritivo para o qual foram convidados a participar todos residentes da instituição, o supervisor local do estudo explicou aos residentes os Objetivos: e a metodologia do estudo e distribuiu um questionário estruturado contendo somente perguntas fechadas. Eles responderam a afirmações sobre o uso e os efeitos do misoprostol e mifepristone no aborto medicamentoso e, assim como se receberam informações na faculdade e/ou na residência sobre o assunto. Resultados Foram entrevistados 47

residentes, sendo a maioria do sexo feminino (36), com média de idade de 28 anos (25-35), 15 eram residentes de 1º, 10 de 2º, 11 de 3º, 8 do 4º e 4 de 5º ano. Quando questionados sobre se tiveram aula no curso de graduação sobre aborto 44,7% responderam que sim; quando questionados se receberam informações sobre o uso de misoprostol para realização de aborto durante a residência 89,4% disse que sim, destes 64,3% disseram que a informação recebida foi suficiente. A média foi de 5 acertos, assim como a mediana, onde 64,26% dos residentes apresentaram um score satisfatório nas questões referentes ao conhecimento de misoprostol (acertaram 5 ou mais questões). Quando questionados se receberam informações sobre o uso de mifepristone para realização de aborto durante a residência 97,9% disse que não e nenhum residente acertou as questões referentes ao mifepristone. Conclusão: Através deste estudo podemos observar que o conhecimento dos residentes sobre aborto medicamentoso está abaixo do esperado. Os residentes deveriam saber mais sobre como se deve usar e quais os efeitos causados pelo misoprostol no aborto medicamentoso. Os residentes não apresentam nenhum conhecimento sobre o uso e efeitos causados pelo uso do mifepristone no aborto medicamentoso. As instituições de ensino precisam avaliar melhor o que esta sendo ensinado aos seus residentes, para que eles sejam treinados e capacitados a prestar uma assistência adequada as mulheres, assim como sociedades e o Ministério da Saúde deveriam investir mais na educação dos tocoginecologistas.

**Instituição:** Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas (CEMICAMP) e Faculdade de Medicina de Jundiá (FMJ) - Campinas

## REGULAÇÃO VIA REDE CEGONHA EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA EM SALVADOR-BA

**Autores:** Lima, B.G.; Smith, C.M.; Silva, R.S.; Casqueiro, J.S.; Silva, J.E.A.

**Sigla:** O059

**Objetivos:** Calcular o percentual de vinculação à Rede Cegonha (RC) de pacientes internadas na Maternidade Climério de Oliveira (MCO); Testar a associação entre não-vinculação à RC e peregrinação das pacientes antes de internadas na MCO. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, exploratório. A população foi composta por mulheres internadas na MCO, com 36 semanas ou mais de gestação. O material utilizado foi entrevista semi-estruturada com a puérpera, avaliação do prontuário e do cartão pré-natal. Foram entrevistadas e avaliadas 1051 pacientes, a pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da MCO. Resultados Dentre as 1051 pacientes participantes do estudo, 91 (8,66%) faziam parte da

RC. Dentre as pacientes entrevistadas 572 (54,4%) foram encaminhadas do pré-natal para a maternidade, destas 124 (21,6%) peregrinaram e 448 (78,3%) referiram não ter peregrinado, revelando que procuraram assistência na MCO e conseguiram o internamento. Dentre as pacientes não encaminhadas pelo pré-natal para maternidade 479 (45,6%), 150 (31,3%) referiram ter peregrinado antes de conseguir o internamento na MCO, enquanto que 329 (68,6%) relataram não ter peregrinado, buscando diretamente o internamento na MCO. Quando se observa a relação da vinculação à Rede Cegonha, composta por 91 pacientes, 13 (14,28%) relataram ter peregrinado, ou seja, buscou atendimento em outra(s) maternidade(s) antes de conseguir o internamento na MCO, e as demais, 78 (85,7%), relataram não ter ocorrido peregrinação na busca de atendimento no momento do parto. Conclusão: O estudo encontrou um número muito baixo de pacientes vinculadas à Rede Cegonha (8,66%), visto que é um programa que tinha como Objetivo: sua ampliação a todas as gestantes em 2014. Por outro lado, foi encontrado uma percentagem maior de peregrinação entre as pacientes não vinculadas à RC, quando comparada com estas. Mostra-se necessária a ampliação da RC para melhor assistência do parto.

**Instituição:** Salvador - BA

## AVALIAÇÃO DO TIPO DE PARTO E FATORES RELACIONADOS À CESARIANA EM CAMPINAS-SP

**Autores:** Surita, F.G.C.; Nascimento, S.L.N.; Godoy, A.C.G.

**Sigla:** O061

**Objetivo:** Verificar a taxa de cesariana e os fatores associados com o tipo de parto entre mulheres que tiverem parto hospitalar em Campinas-SP. **Métodos:** análise secundária de um estudo de corte-transversal, de base populacional, realizado em três maternidades de Campinas. As mulheres foram recrutadas entre 12 a 72 horas após o parto e entrevistadas sobre dados sócio-demográficos, história obstétrica e tipo de assistência no pré-natal (Sistema Único de Saúde ou Sistema de Saúde Suplementar/Privado). Os dados sobre os resultados maternos e perinatais foram coletados de prontuários. Para analisar os fatores relacionados ao tipo de parto, foram utilizados os testes t de Student,  $X^2$ , e odds ratio (OR), IC-95%. O nível de significância foi de 5%. Resultados Foram incluídas 1.276 mulheres. A taxa global de cesariana foi de 57,4%. Essa taxa variou de acordo com a maternidade onde as mulheres deram à luz, de 41,5% em um hospital terciário; 54,7% em uma maternidade de baixo risco (público e privado) e de 90,7% em um hospital privado. Fatores associados com maior risco de cesariana foram: maior nível de escolaridade (OR = 3,61; IC 95% 2,63-4,96), tra-

balho remunerado durante a gravidez (OR = 1,70; IC 95% 1,35-2,12), primiparidade (OR = 1,54; IC 95% 1,23-1,93), gravidez planejada (OR = 1,45; IC 95% 1,16-1,82), ter se autodeclarado de cor branca (OR = 1,82; IC 95% 1,45-2,28), e ter realizado pré-natal no serviço privado (OR = 6,63; IC 95% 4,87- 9,01). A média de idade e índice de massa corporal (IMC) foi maior entre as mulheres que se submeteram à cesariana (p <0,05). Conclusão: A taxa total de cesariana nessa população foi maior do que o recomendado pela OMS. Os resultados indicam uma forte associação entre o tipo de assistência de saúde no pré-natal e no parto e tipo de parto. Esses achados refletem uma questão social e econômica, uma vez que as mulheres com melhor status social e econômico apresentam maior risco para cesariana, assim como aquelas com maior idade e IMC. A compreensão de fatores envolvidos na assistência obstétrica no Brasil e a promoção de estratégias para reduzir as cesarianas desnecessárias é uma prioridade na política de saúde pública.

**Instituição:** UNICAMP - Campinas - SP

## RESULTADOS MATERNOS E PERINATAIS NO PARTO VAGINAL INSTRUMENTALIZADO COM USO DE VÁCUO-EXTRATOR - EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ

**Autores:** Camargo, R.P.S.; Gil Fernandes, K.G.F.; Rossi, B.M.R.; Ravazzi, L.M.Q.R.

**Sigla:** O062

**Objetivos:** Avaliar se a utilização do vácuo-extrator (VE) oferece algum risco ao recém-nascido (RN); a parturiente; as dificuldades na execução do procedimento e suas complicações. **Métodos:**- Estudo observacional de corte transversal retrospectivo realizado no HU-FMJ, com indicações de alívio materno e fetal e período expulsivo prolongado. Dados analisados dos prontuários de todas as pacientes identificadas manualmente no livro de parto das pacientes internadas no período de agosto de 2008 a setembro de 2014 e submetidas ao parto vaginal instrumentalizado com uso do vácuo-extrator (PVVE) e seus RN. Os 2 modelos de aparelho de VE utilizados nesse serviço contêm campânula de silicone em forma de sino dos modelos Mystic®II e MityVac® Reusable Pump (Registro Anvisa: 10234370037/10234370042). **Resultados:**- No período estudado ocorreram 22.682 partos; foram identificados dados de 101 (0,45%) PVVE. A média de idade materna foi de 22 anos, sendo 68 primigestas, 19 com cesárea anterior, a média do peso fetal foi de 3.211g sendo o maior peso 4.655g e menor 1.935g. A principal indicação para aplicação do VE foi alívio materno e fetal (77) e abreviação do período expulsivo (24). Houve a necessidade de UTI neonatal para 6/101 (5,94%) RN. A

ocorrência de Apgar menor ou igual a 6 no 1º minuto foi 18/101 (17,8%), onde 1 RN apresentava mecônio, 2 com circulares de cordão e 1 com distócia de ombro e 4 destes necessitaram de UTI neonatal. A ocorrência de bossa foi de 26/101 e cefalohematoma de 04/101. Dos 4 casos de cefalohematoma 1 ocorreu com RN macrossômico de 4.655g, com trabalho de parto prolongado e outro apenas com trabalho de parto prolongado. Dos 26 RN que apresentaram bossa 19 eram primigestas e 4 apresentavam parto cesárea anterior. Dos 101 casos apenas 1 foi sem analgesia de parto. **Conclusões:**- Em nenhum dos casos houve laceração do canal de parto. Foi possível observar que o uso de VE em partos é seguro para as parturientes e RN. A maioria das mulheres era primigesta, com maior tempo de trabalho de parto e mais chance de bossa. Acreditamos que a redução do custo, a disponibilização do VE pelas maternidades e o treinamento dos obstetras deverão aumentar a utilização do VE.

**Instituição:** Hospital Universitário da Faculdade de Medicina de Jundiaí (HU-FMJ) - Jundiaí - SP

## ANSIEDADE MATERNA EM GESTAÇÕES DE BAIXO RISCO: COMPARAÇÃO ENTRE O SEGUNDO E TERCEIRO TRIMESTRES GESTACIONAIS

**Autores:** Novoa, V.A.N.; Morais, L.R.; Pimenta, B.S.O.; Cecchino, G.N.; Nomura, R.M.Y.; Mattar, R.

**Sigla:** O063

**Objetivos:** comparar os graus de ansiedade materna no segundo e no terceiro trimestre de gestações de baixo risco. **Métodos:** Estudo transversal com gestantes atendidas no pré-natal da Liga de Assistência Obstétrica da UNIFESP em 2014 e 2015. **Crterios de inclusão:** feto único e vivo; idade materna entre 18 e 40 anos; ausência de comorbidades ou complicações; idade gestacional entre 16 e 28 semanas (2º trimestre) e entre 36 e 40 semanas (3º trimestre); compreensão do método de pesquisa e concordância em participar do estudo. A ansiedade materna foi avaliada pela aplicação do questionário Beck Anxiety Inventory (BAI), validado na língua portuguesa, que contém 21 itens nos quais são descritos sintomas comuns de ansiedade. Para cada item foi atribuída nota de 0 a 3. Consideraram-se quatro graus de ansiedade de acordo com a pontuação: mínimo (0 a 10), leve (11 a 19), moderado (20 a 30) e grave (31 a 63). O questionário foi preenchido pela gestante enquanto aguardava a consulta. A análise foi feita pelo cálculo de médias, medianas e desvio padrão. Os grupos foram comparados pelo teste de qui-quadrado e o nível de significância adotado foi de 5% (p<0,05). **Resultados das 37 gestantes avaliadas,** 17 estavam no 2º trimestre e 20 no terceiro. Não houve diferença quanto às seguintes características demo-

gráficas: idade materna, cor, estado marital, tabagismo, nuliparidade. As gestantes no 2º trimestre apresentaram pontuação média de 10,4 (DP = 9,8), sendo que 70% das pacientes foram classificadas com grau de ansiedade mínimo. Em contrapartida, o grupo de gestantes no 3º trimestre obteve pontuação média de 20,9 (DP = 10,7) e, 60% das pacientes, apresentaram ansiedade moderada ou grave. Os itens com nota 2 ou 3 que demonstraram diferença estatística significativa entre os grupos (pior no terceiro trimestre) foram: sensação de calor, incapacidade de relaxar, medo de perder o controle, dificuldade de respirar, indigestão, rubor facial e sudorese ( $p < 0,05$ ). Conclusões: O grau de ansiedade que predominou no 2º trimestre foi de mínimo a leve, ao passo que no terceiro trimestre foi moderado. Tal achado mostrou-se relevante devendo ser investigado na assistência pré-natal qualificada.

**Instituição:** Liga de Assistência Obstétrica da Escola Paulista de Medicina - UNIFESP - São Paulo - SP

## SUTURA HEMOSTÁTICA DE B-LYNCH: SALVANDO VIDAS E PRESERVANDO A FERTILIDADE

**Autores:** Korkes, H.A.; Carvalho, L.F.P.; Zicardi, L.; Nagahama, G.; Watanabe, E.K.; Sass, N.

**Sigla:** O064

**Objetivo:** Avaliar as características e desfechos de pacientes com hemorragia pós parto (HPP) por atonia uterina e submetidas à sutura hemostática com técnica de B-Lynch. **Métodos:** Conduzimos um estudo retrospectivo em nosso serviço de 2005 a 2012, em pacientes submetidas a sutura hemostática sob técnica de B-Lynch, totalizando 39 pacientes. Dividimos as pacientes conforme a presença ou não de fatores de risco para desenvolver atonia uterina pós parto, sendo: macrossomia fetal, polihidrânio, descolamento prematuro de placenta, gemelaridade, trabalho de parto prolongado e atonia uterina prévia. As complicações avaliadas foram: presença de infecção puerperal, sangramento severo, transfusão sanguínea, histerectomia e morte materna. **Resultados** A presença de pelo menos um fator de risco para HPP aumentou o risco relativo para complicações, RR = 3,2, (1,2-8,3). 53,8% não apresentavam nenhum fator de risco para HPP. Identificamos complicações em 28,2% das pacientes incluindo infecções (10,3%) e sangramento severo (17,9%). **Conclusões:** A Sutura de B-Lynch é um procedimento rápido, fácil e com baixo risco. Foi realizado pela primeira vez em 1997 por Christopher Balogun-Lynch e em nosso país, pelo nosso grupo em 2005. Desde então, tornou-se protocolo de rotina em nosso serviço. Embora existam fatores de risco bem conhecidos para a HPP, em nosso estudo mais da metade das pacientes não apresentava nenhum fator de risco, o que mostra

a importância de uma vigilância obstétrica constante e medidas profiláticas durante o terceiro período do parto. Pacientes com fatores de risco para HPP devem ser manejadas com atenção especial devido ao grande risco de complicações mais severas. Uma grande percentagem das pacientes submetidas a sutura de B-Lynch eram primigestas jovens e o procedimento foi importantíssimo para preservar suas vidas e saúde reprodutiva.

**Instituição:** Hospital Maternidade Escola Vila Nova Cachoeirinha - São Paulo - SP

## EVOLUÇÃO MATERNA E FETAL DE GESTAÇÕES ACOMPANHADAS DE SÍNDROMES HIPERTENSIVAS EM UM HOSPITAL PÚBLICO TERCIÁRIO

**Autores:** Novo, J.L.V.G.N.; Merencio, W.B.M.S.; Barbosa, I.R.C.B.; Cerqueira, G.S.G.C.; Almeida, F.A.A.; Novo, N.F.N.

**Sigla:** O065

**Objetivo:** Traçar o perfil epidemiológico, avaliar a evolução materna e fetal relacionadas às diferentes síndromes hipertensivas e à realização de pré-natal (PN) adequado ou não. **Métodos:** Foram avaliadas retrospectivamente 1501 gestações, que corresponderam a todas as internações por síndromes hipertensivas em um período de 4 anos em um hospital terciário referência de uma região administrativa de saúde com 2 milhões de habitantes. Neste período foram realizados 12971 partos no serviço. **Resultados** A idade materna variou de 12 a 47 anos, média de 28,5 anos. Pelos critérios do IBGE 1265 mulheres eram brancas e 236 não brancas. Nulíparas foram 454 e múltiparas 1047. A pré-eclâmpsia (PE) foi responsável por 578 casos (38,1%), a hipertensão arterial crônica (HAC) isolada por 562 casos (37,1%), a eclâmpsia 66 casos (4,4%) e a PE/eclâmpsia sobreposta 310 casos (20,4%). A mortalidade materna (MM) foi de 0,17% na PE; 0,53% na HAC; 7,58% na eclâmpsia e 2,9% na PE/eclâmpsia sobreposta, proporções diferentes ( $p < 0,01$ ) em todas as categorias, exceto quando comparamos HAC vs PE e PE vs eclâmpsia. A mortalidade fetal (MF) foi de 7,8% na PE; 12,1% na HAC; 13,6% na eclâmpsia e 30,7% na PE/eclâmpsia sobreposta, proporções diferentes ( $p < 0,01$ ) em todas as categorias, exceto quando comparamos HAC ou PE vs eclâmpsia. O PN adequado (6 consultas ou mais) foi realizado em 853 gestações (56,8%) e nestas a MM foi de 0,59% e a MF de 5,86%. Este grupo foi tomado como referência, odds ratio (OR)=1,0. O PN incompleto (<6 consultas) foi realizado em 532 gestações (35,4%) com MM de 1,32% [OR=2,26 (IC95% 0,71-7,16; NS)] e MF de 15,41% [OR=2,93 (IC95% 2,02-4,24;  $p < 0,001$ )]. O PN não foi realizado em 116 gestações (7,8%) com MM de 3,45% [OR=5,85 (IC95% 1,54-22,09;  $p < 0,01$ )] e MF de

13,79% [OR=2,57 (IC95% 1,41-4,68;  $p<0,01$ )]. Conclusões: Neste grande número de gestações, a eclâmpsia isolada ou sobreposta esteve associada à alta mortalidade materna e todas as síndromes hipertensivas relacionaram-se à alta mortalidade fetal. A sobreposição da PE/eclâmpsia à HAC duplica ou triplica a mortalidade fetal. Em grávidas com HA o pré-natal incompleto ou não realizado aumenta a mortalidade materna e fetal.

**Instituição:** Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) - Sorocaba - SP

## **AVALIAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO DO MICRORNA-135-A NO PROCESSO DE INVASÃO TROFOBLÁSTICA, IN VITRO E EM MODELO ANIMAL**

**Autores:** Korkes, H.A.; De Oliveira, L.G.; Sass, N.; Karumanchi, S.A.; Rajakumar, A.

**Sigla:** O066

**Objetivos:** Avaliar o possível envolvimento do micro-RNA-135a (miRNA-135a) no processo de invasão trofoblástica in vitro e em modelo animal. **Métodos:** Para os experimentos in vitro foram utilizadas células da linhagem HTR-8SV/neo imortalizadas adquiridas da Queen's University em Ontário, Canadá. Foi realizado a transfecção das células com lentivírus miRNA-135-a e com antagomir 135-a, além de controles negativos para cada grupo e expostas a normóxia e hipóxia. Para os experimentos de invasão trofoblástica, utilizou-se câmaras de matrigel porosas. Foi realizado a coloração com eosina e azul de metileno e submetidas a contagem de células invasoras por programa ImageJ. Para os experimentos in vivo, utilizou-se camundongos CD-1 adquiridos do Charles River Laboratories International nos Estados Unidos. Foram estudadas 16 fêmeas grávidas (8 em cada grupo). O grupo estudo foi injetado com antagomir 135-a nos 8o e 14o dias de gravidez. Foi realizado análise dopplervelocimétrica dos animais para avaliação dos índices de resistência das artérias uterinas nos dias 14 e 18. Após eutanásia foi avaliado as artérias espiraladas dos animais. **Resultados** Observamos in vitro um aumento significativo do processo de invasão trofoblástica no grupo lentivírus 135-a e uma redução importante com o uso de antagomir 135-a ( $p<0,05$ ). Também houve uma redução quando expostos a hipóxia ( $p<0,05$ ). Em modelo animal, houve uma tendência ao aumento dos índices de resistência nas artérias uterinas no grupo injetado com antagomir 135-a ( $p=0,12$ ). As artérias espiraladas sofreram modificação em relação à espessura ( $p<0,001$ ) quando expostas ao antagomir 135-a. **Conclusões:** o miRNA 135-a está envolvido no processo de invasão trofoblástica. Os mecanismos exatos de sua regulação bem como os genes

alvos regulatórios para este processo ainda não são conhecidos. Em modelo animal as alterações encontradas sugerem fortemente o envolvimento do miRNA 135-a no processo de remodelamento das artérias espiraladas e consequentemente na gênese da pré-eclâmpsia.

**Instituição:** Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - SP

## **PERFIL DO MANEJO PARA TRABALHO DE PARTO PREMATURO EM UMA AMOSTRA DE MULHERES QUE TIVERAM PARTO PREMATURO ESPONTÂNEO**

**Autores:** Fava, M.L.; Nascimento, M.L.C.; Cecatti, J.G.; Lajos, G.J.; Passini, R.J.

**Sigla:** O067

**Objetivos:** Avaliar vários aspectos do uso de diferentes classes de tocolíticos em mulheres com parto prematuro (PP) espontâneo. **Método:** Trata-se de estudo multicêntrico de corte transversal, que avaliou partos pré-termo em 20 hospitais de referência obstétrica localizados em três regiões do Brasil. Os centros participantes do estudo realizaram uma vigilância prospectiva de mulheres admitidas para parto, sendo selecionadas aquelas com parto pré-termo (casos) e com parto a termo (controles). Os dados foram coletados através de entrevista com as puérperas e análise de prontuários após consentimento. **Resultados** No período de abril de 2011 a setembro de 2012, foram estudados 1491 casos de PP espontâneo. A idade gestacional (IG) média foi de 33 semanas, porém 63,7% dos casos encontravam-se entre 34 e 36 semanas. A prevalência do uso de tocolíticos entre esses casos foi de 22,9%. A principal classe de droga utilizada foi a dos bloqueadores de canal de cálcio (62,3%), seguido dos beta-agonistas (33%) e inibidores de prostaglandina (1,5%). Houve falha terapêutica em 11,3% dos casos de inibição, com necessidade de troca da medicação. Dentre as mulheres que usaram tocolíticos, a IG média de nascimento foi 31 semanas, enquanto que naquelas com conduta expectante, foi 34 semanas. As gestantes submetidas à tocolise apresentaram mais complicações (RP=2,48 IC95% 1,83-3,36), como corioamnionite, sangramento vaginal e efeitos adversos de drogas. A corticoterapia antenatal foi mais realizada nas mulheres com PP submetidas à tocolise (RP=6,39 IC95% 5,42-7,53). O uso do sulfato de magnésio para neuroproteção ocorreu em apenas 3,9% dos casos de PP espontâneo. **Conclusões:** A tocolise foi realizada em pequena proporção das mulheres estudadas, provavelmente porque a maioria apresentava idade gestacional mais avançada. Naquelas submetidas à inibição do trabalho de parto, a corticoterapia antenatal foi mais prevalente, medida essencial relacionada à morbidade neonatal. Este estudo mostrou

# OBSTETRÍCIA

o perfil do conjunto de centros participantes na escolha da medicação e a importância da tocolise ser individualizada, a fim de minimizar os efeitos secundários e morbidade materna e perinatal.

**Instituição:** Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher - CAISM / UNICAMP - Campinas - SP

## MUDANÇAS NOS PARÂMETROS CLÍNICOS DA DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

**Autores:** Moraes, V.; Braga, B.; Obeica, b.; Monteiro, A.D.; Ventura, P.M.; Rezende Filho, J.

**Sigla:** O068

**Introdução:** Doença trofoblástica gestacional é anomalia de gravidez que engloba formas clínicas benignas (mola hidatiforme completa e parcial) e malignas (mola invasora, coriocarcinoma, tumor trofoblástico do sítio placentário e tumor trofoblástico epitelioide). No passado era comum a paciente com mola hidatiforme apresentar sintomatologia exuberante: hemorragia copiosa, cistos teca-luteínicos dos ovários, útero aumentado para a idade gestacional, pré-eclâmpsia precoce, hiperemese e hipertireoidismo. Hoje, com o diagnóstico precoce feito pela ultrassonografia, muitas pacientes são diagnosticadas com gestação molar ainda em fase assintomática. **Objetivo:** do trabalho foi avaliar se houve mudança temporal na história natural da gravidez molar no último quartel de século. **PACIENTES E Métodos:** Realizou-se estudo tipo coorte retrospectivo com análise de 2216 prontuários médicos de pacientes com diagnóstico de mola hidatiforme acompanhadas no Centro de Referência de Doença Trofoblástica Gestacional do Rio de Janeiro - que engloba pacientes atendidas nos serviços da 33ª Enfermaria (Maternidade) da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro e do Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense - atendidas entre janeiro de 1988 e dezembro de 2012. Na análise estatística da história natural das pacientes com gravidez molar, foram utilizadas análises de séries temporais, avaliadas pelo teste de Cox-Stuart e ajustadas por modelos de regressão linear. **Resultados** Observou-se tendência temporal linear de diminuição da idade gestacional do diagnóstico da gravidez molar, refletindo-se na redução na ocorrência de hemorragia, hiperemese e pré-eclâmpsia. Isso decorreu do elevado emprego da ultrassonografia como método diagnóstico. Observou-se também tendência de aumento na ocorrência da mola hidatiforme completa, assim como aumento na realização da vácuo-aspiração uterina. **Conclusões:** O diagnóstico precoce da gravidez molar, notadamente feito pela ultrassonografia, alterou a história natural da gravidez molar, especialmente em seus parâmetros clínicos.

**Instituição:** Hospital Universitário Antonio Pedro - Rio de Janeiro - RJ

## PESSÁRIO EM GESTAÇÕES GEMELARES COM COLO CURTO: ALTERNATIVA OU TRATAMENTO EFICAZ?

**Autores:** Franca, M.S.; Elito Jr, J.; Hatanaka, A.R.; Hamamoto, T.E.N.K.; Mattar, R.; Moron, A.P.

**Sigla:** O069

**Objetivo:** Tanto a gestação gemelar, quanto o colo curto são fatores de risco independentes para a prematuridade. A associação dos dois fatores na mesma gestação torna o risco de prematuridade muito elevado. **Objetivo:** deste estudo é comparar os resultados perinatais de um seletivo grupo de gestações gemelares dicoriônicas /diamnióticas com colo curto (menor que 25 mm) submetidas a colocação de pessário (Grupo pessário), a um grupo de gestações gemelares dicoriônicas /diamnióticas com colo não mensurado (Grupo controle). **Metodos:** Um estudo caso-controle incluiu após consentimento informado, gestações gemelares entre 18 e 24 sem e 6 dias, um grupo de gestações gemelares com colo curto (n=8) (colhido de forma prospectiva) submetidas a colocação de pessário, foi comparado a um grupo controle, com gestações gemelares sem a avaliação do colo (colhido de forma retrospectiva) (n=31). No grupo pessário foi instituído a colocação de pessário AM modificado com intensão de evitar a prematuridade, associado a progesterona vaginal 200g/dia. No grupo controle nenhuma intervenção foi adotada. **Resultados:** A comparação entre os grupos demonstrou que o grupos são homogêneos quanto a idade, paridade e número de abortamentos. Os grupos foram comparados quanto a idade gestacional de nascimento e ao peso de nascimento do maior e do menor feto. A idade gestacional média ao nascimento do grupo pessário foi de 33 semanas e 3 dias  $\pm$  24 dias, contra 35 semanas e 5 dias  $\pm$  21 dias, no grupo controle (P= 0,062). Comparou-se também quanto ao peso ao nascimento do maior feto, de 2.097 gramas  $\pm$  613g (Grupo Pessário), contra 2494g  $\pm$  654g (Grupo Controle) (P= 0,13) e o peso ao nascimento do menor feto de 1964 gramas  $\pm$  547g (Grupo Pessário), contra 2090g  $\pm$  672g (Grupo Controle) (P= 0,64). **Conclusão:** A prevalência da associação do colo curto em gestação gemelares é muito baixa, tornando esta associação de fatores extremamente rara. Esta comparação entre grupos de gemelares dicoriônicas /diamnióticas sugere que a presença do uso de pessário pode favorecer a manutenção da gestação, aproximando os resultados nos dois grupos, tanto na idade gestacional ao nascimento, quanto no peso ao nascer.

**Instituição:** Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP - São Paulo - SP

## ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DO CÂNCER DE COLO UTERINO NA GESTAÇÃO

**Autores:** Dantas, A.C.T.; Hase, E.A.; Nobrega, F.S.; Sadalla, J.C.; Francisco, R.P.V.; Zugaib, M.

**Sigla:** O070

**Introdução:** Câncer de colo uterino (CCU) é uma das neoplasias ginecológicas mais frequentes na gestação. **Objetivo:** Analisar dados epidemiológicos das gestantes com CCU do HCFMUSP, estadiamento, tipo histológico, idade gestacional (IG) no diagnóstico, quimioterapia (QT), cirurgia, desfechos materno-fetais. **Método:** estudo observacional retrospectivo: abril 2001-abril 2013. **Resultados** 29 pacientes tiveram diagnóstico CCU invasivo. Idade no diagnóstico: média 29,7 anos, estadiamento (FIGO): IA1 a IVA, 91,7% precoces (I/II). **Histologia:** escamoso-60%, adenocarcinoma-35%, adenoescamoso-5%. **IG diagnóstico:** média 23 semanas. Do total, 5 interromperam gestação-1º trimestre, 1 abortamento tardio, 2 perderam seguimento, 21 evoluíram até 3º trimestre, com cesariana, IG média: 35 semanas. Oito receberam quimioterapia (QT) na gestação, média diagnóstico 21,14 semanas, início com 24,4 semanas, parto com 36,4 semanas, recém-nascidos (RN) com 2405g. **Tratamento cirúrgico** proposto para 12 pacientes: 2 diagnóstico no 1º trimestre-feita conização e circlagem, 1 cesareana-35 semanas, outra perdeu seguimento. 10 realizaram histerectomia total, parametrectomia e linfadenectomia pélvica: 4 no 1º trimestre, com interrupção gestação; 1 no 2º trimestre, após abortamento tardio (16 semanas); 5 chegaram ao 3º trimestre-cirurgia pós-parto, IG média: 35 semanas, com: 4 prematuros, 2 baixo peso e 2 pequenos para IG. 7 tratamento no puerpério: 5 radioterapia e QT, 1 conização, outra perdeu seguimento. **Todas realizaram cesareana, 4 prematuros, 2 RN baixo peso, 1 óbito fetal-corioamnionite.** **Conclusões:** Nesta casuística o câncer foi diagnosticado na maioria em estádios iniciais. Casos diagnosticados tardiamente podem refletir possível falha diagnóstica no serviço primário ou atraso no encaminhamento. Houve predomínio do tipo escamoso seguido do adenocarcinoma, semelhantes aos dados da literatura. Pacientes acompanhadas tiveram parto em IG mais avançada o que pode justificar o maior peso dos recém-nascidos. No momento ainda existem poucos estudos sobre CCU na gestação, necessitando ainda esclarecimentos sobre manejo pré-natal, eficácia e efeitos adversos dos quimioterápicos, bem como desfechos obstétricos e neonatais.

**Instituição:** Hospital das Clínicas da FMUSP - São Paulo - SP

## AValiação DA CURVA DE ATALAH EM UMA NOVA POPULAÇÃO. Há NECESSIDADE DE UMA NOVA CURVA?

**Autores:** Surita, F.G.C.; Morais, S.S.M.; Ide, M.I.; Morgan, A.M.M.

**Sigla:** O071

**Objetivo:** Avaliar a curva Atalah de adequação do peso na gestação em nova população **Método:** Estudo observacional com 333 mulheres que tiveram parto no Hospital Estadual de Sumaré (HES). As informações sobre altura e peso, idade gestacional foram coletados rotineiramente em cada consulta pré-natal e durante a internação para o parto foram transcritos para ficha específica para este estudo. Estes dados geraram um total de 2.529 medidas. Foram calculados os percentis 25% a 50% e 75% em cada idade gestacional para o índice de massa corporal (IMC). Usando esses valores como um corte, foram classificadas as mulheres em baixo peso, normal, sobrepeso e obesidade no início do pré-natal, e no parto. As mulheres também foram classificadas utilizando curva de referência Atalah. Foram utilizados os testes de McNemar e kappa ( $\alpha = 0,05$ ). **Resultados** No início do pré-natal 75,1% das mulheres foram classificadas no mesmo nível de adequação do IMC por Atalah e pelos novos parâmetros, e 14,4% foram classificadas como normal ou acima do peso por Atalah e como sobrepeso e obeso na nova classificação. Também 10,2% foram classificados em normal segundo Atalah e baixo peso pelos parâmetros recentes ( $p < 0,0001$ , kappa 0,78 (IC: 0,74-,82)). No meio da gravidez 79,8% foram concordantes e 11,4% ( $p < 0,0001$ , kappa 0,83 (CI: ,79-,86)) foram subestimados por Atalah (comparando com novos parâmetros), e na última avaliação antes do parto esses números foram de 78,5% e 8,5%, respectivamente ( $p < 0,0001$ , kappa 0,82 CI: 0,78-0,85). **Conclusões:** Trata-se de uma análise preliminar e ainda que não tenha sido utilizado um modelo probabilístico e sim empírico para a formação dos novos parâmetros, a curva de Atalah tende a classificar diferentemente em torno de 25% das mulheres no início e na metade da gestação, sendo a maioria dos casos subestimados na classificação. A atualização dos valores da curva e parametrização nacional se mostram necessárias devido a discordância dos dados e do aumento do IMC da população ao longo dos anos.

**Instituição:** UNICAMP - Campinas - SP

## ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DE GESTANTES COM DIAGNÓSTICO DE PIELONEFRITE ATENDIDAS NO HOSPITAL GERAL DE CARAPICUÍBA (HGC)

**Autores:** Tedesco, J.L.O.; Negrão, C.A.G.; Pastorelli, G.A.B.; Bretz, P.R

**Sigla:** O072

Objetivos: Avaliar os principais agentes etiológicos das infecções urinárias, em qual trimestre é mais susceptível a pielonefrite, os fatores que puderam predispor ao quadro de pielonefrite e reafirmar a ligação positiva com a incidência de parto pré termo, já observada na literatura. Métodos: levantamento retrospectivo de prontuários de 38 pacientes admitidas no Pronto Socorro de Ginecologia e Obstetrícia no Hospital Geral de Carapicuíba e que receberam o diagnóstico de pielonefrite no período de 01 de janeiro de 2013 até 31 de dezembro de 2013. Resultados Do total de gestantes com diagnóstico de pielonefrite no período estudado foi de 38, a média de idade foi de 21 anos, a média de tempo de internação foi de 6 dias e 57% das pacientes eram multíparas. Observou-se que 48% apresentou pielonefrite no segundo trimestre de gestação, 45 % no terceiro trimestre e 7% no primeiro trimestre. Os agentes etiológicos isolados e em urocultura foram no total de 94,8% E. Coli, 2,6% Trichomonas vaginalis e 2,6% Klebsiella Multirresistente. Do histórico das pacientes, 13,1% apresentaram episódios anteriores de pielonefrite, 7,8% apresentaram nefrolitíase e 2,6% apresentaram anormalidade anatômica sendo está duplicidade uretral. Do total de 38 pacientes , apenas 26 realizaram o parto no Hospital Geral de Carapicuíba e destas 57,6% o parto foi a termo e 42,4% o parto foi pré-termo. Conclusão: Observou-se que a análise epidemiológica vai de encontro com a literatura. Os resultados trazem importantes informações epidemiológicas que reafirmam a literatura nacional e a importância do pré-natal, pois faz parte dos exames obrigatórios de todos os trimestre a Urina 1 e urocultura. Comprovou-se que a educação quanto a higiene pessoal, o pré-natal adequado e o diagnóstico no momento certo colaboram para uma diminuição de longas internações, diminuição da probabilidade de partos prematuros e assim evita possíveis complicações posteriores ao recém-nascido.

**Instituição:** São Paulo - SP

## A IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

**Autores:** Vieira, D.F.; Cruz, M.L.T.; Almeida, V.M.; Santos, A.L.; Ribeiro, M.T.S.

**Sigla:** O074

Objetivo: Encontrar publicações científicas que abordem o aleitamento materno exclusivo. Metodologia: Trata-se de uma revisão de literatura, realizada através de artigos científicos disponíveis em português, na íntegra e publicados entre os anos 2009 a 2015, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library (SCIELO), Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF), do Portal da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), no período temporal de 12 de abril de 2015 a 11 de maio de 2015, como critérios de exclusão não se utilizou teses, dissertações e manuais. Resultados Após a localização desses artigos, pode-se observar que parcela dessas publicações abordava a importância do processo de educação em saúde assistido por um profissional qualificado, onde se encaixa como pilar para a propagação da importância do aleitamento exclusivo, pois só a conscientização não basta, mas sim é necessário a sua manutenção. Outra parte dessas publicações afirmava que a prática do aleitamento era questionada logo após sua tentativa, à medida que algumas nutrizas detinham dúvidas sobre a qualidade de seu leite e o julgava inadequado, que havia também um desconforto gerado pela pega incorreta das mamas, o que vem a causar dores na mama e insatisfação do recém-nascido, a falta de apoio emocional durante as dificuldades vivenciadas nesta etapa pela mãe, também foi relatado em algumas dessas publicações, com isso notou-se que para algumas o leite industrializado despontava como maneira mais eficaz de alimentação. Conclusão: Apesar de se saber da importância do aleitamento materno exclusivo ainda observa-se que há dúvidas a cerca desse tema, nota-se ainda que a atuação de um profissional qualificado é de extrema relevância.

**Instituição:** Universidade Federal Fluminense - Niterói - RJ

## SATISFAÇÃO DAS MULHERES NO PARTO EM GESTAÇÕES DE ALTO RISCO EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SÃO PAULO

**Autores:** Novoa, V.A.N.; Nomura, R.M.Y.

**Sigla:** O075

Objetivos: examinar a satisfação das mulheres no parto de alto risco realizado em hospital universitário e descrever características relacionadas. Métodos: Estudo prospectivo transversal realizado em hospital público universitário terciário, com mulheres entrevistadas no pós-parto e com os critérios de inclusão: gestação de risco, recém-nascido único e vivo, acima de 34 semanas. Foi aplicado o questionário Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale MCSRS modificado, com 20 itens em 5 subescalas: satisfação própria (5itens), com o companheiro (1 item), com o bebê (3 itens); com o médico (7itens) e

satisfação global (4itens). O coeficiente alfa de Cronbach foi 0,701 (IC95% inferior = 0,578). As variáveis foram analisadas pelo cálculo de médias, desvios padrão, medianas, valores mínimos e máximos, e frequências absolutas e relativas. Resultados Este estudo envolveu 36 mulheres, das quais 83,3% referiram estar muito satisfeitas e 13,9% satisfeitas com o parto. A idade materna média foi 29,4 anos (DP=7,0), 16 eram brancas (44,4%), 14 nulíparas (38,9%), 27 com companheiro (75%), escolaridade nível fundamental 7 (19,4%), médio 25 (69,4%) e superior 4 (11,1%), média de idade gestacional no parto foi de 37,9 semanas (DP=2,3 semanas), presença de acompanhante em 22 (61,1%), e cesárea em 23 (63,9%). As patologias foram: diabetes, hipertensão arterial, anemia falciforme, infecções, idade materna avançada, malformações fetais e infertilidade. A análise dos escores do questionário MCSRS modificado demonstrou os seguintes resultados nas subescalas: satisfação própria mediana de 21,5 (15 a 25); com o companheiro mediana de 5 (1 a 5), com o bebê mediana de 13 (7 a 15), com o médico mediana de 35 (29 a 35) e satisfação geral cm mediana de 16 (13 a 18). O escore global da escala MCSRS modificada apresentou mediana de 89 (77 a 97). Conclusão: a satisfação das mulheres no parto em gestações de alto risco foi atingida em 97% das entrevistadas em hospital público universitário de nível terciário. Apesar das dificuldades inerentes à gestação de alto risco, os cuidados especializados em equipe multiprofissional em hospital de ensino favorece a assistência oferecida no momento do parto.

**Instituição:** Escola Paulista de Medicina - UNIFESP - São Paulo - SP

## **AVALIAÇÃO DAS COMPLICAÇÕES DE RECÉM-NASCIDOS NO TERMO PRECOCE E TERMO PROPRIAMENTE DITO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

**Autores:** Ferruzzi, C.M.F.; Hsu, L.H.P.; Aldrighi, J.M.

**Sigla:** O076

Os partos realizados no termo, período compreendido entre 37 e 42 semanas completas de gestação, tem apresentado dentro destas semanas, riscos de morbidade e mortalidade perinatais. Baseado neste fato, o Congresso Americano de Obstetrícia e Ginecologia juntamente com a Sociedade Americana de Medicina Fetal propuseram nova classificação: termo precoce (entre 37 e 38 sem e seis dias), termo (39 e 40 semanas e seis dias) e termo tardio (entre 40 e 40 semanas e seis dias). Objetivo: O presente estudo visa comparar as complicações neonatais no termo precoce e termo propriamente dito, utilizando a nova classificação para idade gestacional. Métodos: Estudo retrospectivo realizado na Maternidade do Hospital de Misericórdia da Santa Casa de São Pau-

lo, através de consulta do Livro de Registro de Partos e dos prontuários médicos. Critérios de inclusão: gestantes e recém-nascidos de Partos cesarianas, forcipe ou normal, realizados entre 37 e 40 semanas e seis dias. Foram excluídas as gestações gemelares, óbitos fetais, malformações fetais e alteração da vitalidade fetal. O cálculo amostral foi estimado tomando-se como número de 90 RNs no menor sub-grupo de estudo, com resultados esperados de 80%, Intervalo de Confiança de 95% e erro de 15%. Resultados A amostra foi de 290 pacientes, sendo que, destes, 34% dos recém-nascidos pertenciam ao Grupo dos termos precoces (grupo 1), e 66% ao Grupo dos termos propriamente dito (grupo 2). A porcentagem de cada tipo de parto foi semelhante nos dois grupos: 30% de partos normais no grupo 1 e 35% no grupo 2; 7% de parto forcipe no grupo 1 e 11.5% no grupo 2; e cesareana em 63% e 54% das mães dos respectivos grupos. O peso dos neonatos pertencentes ao Grupo 2 mostrou-se significativamente maior, já os desfechos tempo de internação hospitalar, entrada na Unidade Intensiva ou Semi-intensiva, intercorrência respiratória e sepse neonatal não apresentaram Relevância: estatística. Conclusão: A única diferença com significância estatística dos neonatos nascidos nos dois grupos foi o peso no nascimento. A diferença na incidência das intercorrências nos neonatos não foi evidenciadas nos grupos estabelecidos.

**Instituição:** Hospital de Misericórdia da Santa Casa de São Paulo - São Paulo - SP

## **ESTUDO RETROSPECTIVO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE O NÚMERO DE PARTOS CESÁREOS COM A IDADE DAS GESTANTES ATENDIDAS NO HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA (HMIB-DF).**

**Autores:** Costa, E.L.; Valente, F.A.; Godoy, L.G.S.; Furtado, E.N.O.; Barbasa, E..G.

**Sigla:** O077

**Objetivo:** Identificar associação entre o número de partos cesáreos com a idade das gestantes atendidas no Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB-DF) nos anos de 2012 a 2014. Método: Estudo retrospectivo transversal do número de partos normais e cesáreos nas faixas etárias menores de 15 anos, 15 a 19 anos, 20 a 34 anos e 35 anos ou mais. Os dados foram obtidos da estatística de Declaração de Nascidos Vivos do HMIB. Na análise estatística foi aplicado o teste de Scott-Knott. Resultados: Observou-se elevada prevalência de partos na faixa etária de 20 a 34 anos em todo o período. Em todas as faixas etárias, durante os anos estudados, há um percentual de partos normais acima de 68,5%. Identificamos inversão do predomínio percentual de partos normais para partos cesarianos após os 35 anos

de idade em todos os anos e, a partir de 2013, inversão a partir dos 20 anos. Médias seguidas entre o número e porcentagem de partos cesáreos e normais não diferem estatisticamente entre si, ao nível de 5% de probabilidade pelo teste de Scott-Knott. Conclusão: Apesar de observamos na percepção clínica e nos dados coletados uma inversão do predomínio percentual de partos normais para partos cesarianos após os 35 anos de idade, a análise estatística não comprovou associação entre o número de partos cesáreos e as faixas etárias analisadas.

**Instituição:** Escola Superior de Ciências da Saúde - Brasília - DF

## **AUTONOMIA MATERNA X DIREITOS DO NASCITURO: COMPARAÇÃO ENTRE AS OPINIÕES DE PRIMIEIRANISTAS E SEXTANISTAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP**

**Autores:** Motoki, M.S.Y.; Cabar, F.R.

**Sigla:** O078

Objetivo: Comparar a opinião dos primeiraistas e sextanistas da FMUSP com relação à: autonomia materna, necessidade de proteção ao nascituro, proporcionalidade entre a autonomia materna e proteção ao nascituro, aspectos relacionados ao aborto legal, para analisar se o conhecimento médico adquirido ao longo da formação acadêmica interfere no posicionamento defendido por eles em casos controversos, como a gestante que foi submetida a cesárea por ordem judicial, devido à alta chance de mortalidade, e gestante que se recusou a tomar antirretrovirais durante a gravidez, resultando no nascimento de filho infectado. Métodos: Alunos do primeiro ano e do sexto ano da FMUSP responderam a questionário entregue pessoalmente. Os critérios de inclusão foram: ser primeiranista ou sextanista da FMUSP, ter assinado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para comparação entre proporções foi utilizado o teste de Qui-quadrado ou teste exato de Fisher. O nível de significância foi de 5%. Resultados: Com relação à autonomia materna, no caso de gestante submetida à cesárea por decisão judicial, entre os alunos do primeiro ano, 55,7% responderam que a vontade da mãe deve ser respeitada. Entre os sextanistas, apenas 28,9% acreditam que deve ser respeitada a vontade da mãe de não ser submetida a cesárea, mesmo havendo grande risco de óbito ( $p < 0,0001$ ). A autonomia materna relacionada à tomada de antirretroviral, no caso da mãe que se negou a tomá-lo, 38,1% dos alunos do primeiro ano concordam que a vontade dela de não tomar os remédios deve ser respeitada, enquanto esse índice chega a 33% entre os alunos do sexto ano ( $p = 0,453$ ). Conclusão: Houve tendência a favorecer os direitos do nascituro em detri-

mento da vontade da mãe conforme o avanço no curso médico, mesmo em casos que podem ser considerados como violação grave à autonomia da mulher, como a cesárea compulsória, ou seja, houve diferença entre os dois grupos. No caso da gestante soropositiva, entretanto, houve consenso de que a vontade da mãe não deveria ser respeitada, pois dever-se-ia resguardar a integridade do feto, já que a tomada de medicamento não foi vista como uma transgressão grave à autonomia materna.

**Instituição:** Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo - SP

## **AVALIAÇÃO DA ESPIROMETRIA DE GESTANTES EXPOSTAS À POLUIÇÃO ATMOSFÉRICA DA REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO**

**Autores:** Pastro, L.D.M.; Fernandes, F.L.A.; Vieira, S.E.; Saldiva, S.R.D.M.; Saldiva, P.H.N.; Francisco, R.P.V.

**Sigla:** O079

Introdução: A poluição do ar pode levar a alterações no sistema respiratório, especialmente em grupos como as gestantes, que são vulneráveis aos efeitos de poluentes atmosféricos. Objetivos: Avaliar a função pulmonar de mulheres no primeiro trimestre (T1) e no terceiro trimestre (T3) de gravidez através da espirometria e analisar a influência da exposição à poluição do ar sobre os parâmetros espirométricos. Metodologia: Os amostradores passivos individuais (APIs) foram entregues às gestantes 12 dias antes da realização do teste de espirometria. Dados do relatório da Companhia Ambiental do Estado de São Paulo (CETESB) foram utilizados. Para a espirometria, um espirômetro Koko foi utilizado. Análise estatística: Foi utilizado o teste Mann-Whitney para grupos independentes e Wilcoxon para os dependentes. Devido à pequena variação na exposição à poluição, as exposições no primeiro quartil (Q1) e quarto quartil (Q4) foram comparadas para cada poluente em T1 e T3 através da Análise não-paramétrica para medidas repetidas. Resultados O grupo de gestantes no Q4 do NO<sub>2</sub> teve valores preditos do pico expiratório forçado de 25 a 75% do procedimento estatisticamente maiores do que o grupo no Q1. Em termos de valores absolutos de VEF1/CVF, Q1 mostrou um aumento estatisticamente significativo neste parâmetro de T1 a T3. No T3, os valores absolutos e preditos da CVF foram estatisticamente maiores no Q4 de NO<sub>2</sub> do que no Q1. Q4 de O<sub>3</sub> teve valores de VEF1 estatisticamente maiores em T1 do que no T3 ( $p < 0,001$ ). No Q4 do MP10, os valores absolutos de CVF e VEF1 foram estatisticamente menores do que em Q1. Pico de fluxo expiratório no Q4 do PM10 no T1 foi estatisticamente menor do que no Q1. O Q4 do PM10 teve valores absolutos de VEF1/CVF estatisticamente menores do que

no Q1. Conclusão: Exposição a NO<sub>2</sub> e O<sub>3</sub> foi associada com aumento de alguns parâmetros espirométricos, indicando a presença de uma possível função de defesa pulmonar ou mecanismo compensatório em mulheres grávidas, quando expostas a esses poluentes. O MP10 foi associado com a redução de alguns parâmetros de espirometria durante a gravidez, indicando os efeitos danosos do poluente para a função do pulmão de grávidas.

**Instituição:** Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - SP

## DISTRIBUIÇÃO TRANSPLACENTÁRIA DA FLUOXETINA E DO SEU METABOLITO EM GESTANTES PORTADORAS DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

**Autores:** Carvalho, D.M.; Oliveira, G.C.; Cavalli, R.C.; Duarte, G.; Lanchote, V.L.; Moisés, E.C.D.

**Sigla:** O080

**Objetivo:** Investigar a influência do diabetes mellitus gestacional (DMG) sobre a transferência placentária dos enantiômeros da fluoxetina e do seu metabolito norfluoxetina. **Método:** Foram estudados nove gestantes saudáveis (grupo 1) e nove com DMG (grupo 2). A fluoxetina foi administrada como uma dose única de 20 mg por via oral no dia da resolução da gravidez. No momento do parto, amostras de sangue da veia materna, vasos umbilicais e espaço intervilo foram coletadas para análise da transferência placentária dos enantiômeros deste fármaco e do seu metabolito. **Resultados:** As medianas dos enantiômeros da fluoxetina e norfluoxetina entre os compartimentos maternos e fetais nos grupos 1 e 2 não apresentaram diferença estatística. S-(-)-fluoxetina: relação feto / mãe: 0,4385 e 0,3234; artéria umbilical / veia umbilical: 0,7378 e 0,7079; veia umbilical / espaço intervilo: 0,3870 e 0,4103. R-(+)-fluoxetina: relação feto / mãe: 0,3302 e 0,2859; artéria umbilical / veia umbilical: 0,8585 e 0,7261; veia umbilical / espaço intervilo: 0,2708 e 0,3284. S-(-)-norfluoxetina: relação feto / mãe: 0,3688 e 0,3251; artéria umbilical / veia umbilical: 0,9611 e 0,8905; veia umbilical / espaço intervilo: 0,3428 e 0,4244. R-(+)-norfluoxetina: relação feto / mãe: 0,3184 e 0,2758; artéria umbilical / veia umbilical: 0,8747 e 0,7703; veia umbilical / espaço intervilo: 0,2749 e 0,4040. **Conclusão:** Não houve enantioseletividade na transferência placentária da fluoxetina e norfluoxetina. **Palavras-chave:** diabetes mellitus gestacional - fluoxetina - norfluoxetina - enantiômeros - transferência placentária

**Instituição:** 1. Departamento Ginecologia e Obstetrícia FMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil / 2. Departamento de Análises clínicas, Toxicológicas e Bromatológicas, FCFRP-USP, Ribeirão Preto - SP

## PREVENÇÃO DO TROMBOEMBOLISMO VENOSO (TEV) EM GESTANTES E PUÉRPERAS HOSPITALIZADAS: RESULTADOS PRELIMINARES DE UM ESCORE DE RISCO.

**Autores:** Barros, V.I.P.V.L.; Santos, R.K.; Baptista, F.S.; Borlotto, M.R.F.; Francisco, R.P.V.

**Sigla:** O081

O TEV está entre as principais causas de morbidade e mortalidade materna no período gestacional/puerperal. A hospitalização aumenta em até vinte vezes o risco de TEV. **Objetivos:** identificar os fatores de risco para TEV em gestantes hospitalizadas e instituir uma profilaxia adequada. Foi criado e aplicado um escore de risco em anexo para tal fim. **Método:** os fatores de risco no escore foram divididos em alto (OR para TEV  $\geq 6$ ), médio (OR  $> 2$  e  $< 6$ ) e baixo risco ( $> 1$  e  $\leq 2$ ), pontuando respectivamente 3, 2 e 1 ponto. Acima de 3 pontos a profilaxia está indicada com heparina de baixo peso. **Resultados:** no período de 15 meses avaliado não ocorreu nenhum óbito materno por TEV. No total foram 2486 avaliações. 196 casos (7,8%) já faziam uso de anticoagulação. Após a aplicação do escore, 284 (12%) apresentaram escore  $\geq 3$ . Destas, 193 avaliações foram pós parto e 91 na gestação. No total 147 pacientes pontuaram 3 (52%) e 41 pacientes pontuaram  $\geq 6$  (14%), 5 pacientes apresentaram TEV (0,002%), 2 com escore de 7 que não foram tratadas e 3 com escore de 1. Ocorreram 2 (0,007%) efeitos adversos (hematoma). **Conclusão:** a aplicação do escore apresentou alta eficácia na prevenção da TEV com baixa incidência de efeitos adversos do tratamento. **FATORES DE ALTO RISCO (3pts)** TEV prévio: na gestação/puerpério, em uso de ACO, sem fator desencadeante, trombofilias de alto risco, anemia falciforme, proteinúria nefrótica, cardiopatias\*, doenças reumatológicas em atividade internadas, neoplasias malignas (pâncreas, estômago, pulmão), imobilidade no leito  $\geq 1$  semana com IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> **FATORES DE MÊDIO RISCO (2pts)** TEV prévio associado à fator desencadeante, trombofilias de baixo risco; morbidades clínicas: Câncer/quimioterapia (últimos 6 meses), infecções graves na gestação/puerpério, pneumopatia cianótica; condições clínicas: Idade  $\geq 40$  a, IMC  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup>, imobilidade no leito  $\geq 4$  dias antes da cesárea, hemorragia  $\geq 1$  L no pós-parto. **FATORES DE BAIXO RISCO (1pt)** Morbidades clínicas ou cirúrgicas: desidratação/hiperemese, qualquer procedimento cirúrgico na gestação/puerpério; condições clínicas: gestação múltipla, idade  $\geq 35$  e  $\leq 39$  anos, multiparidade ( $\geq 3$  Partos)

**Instituição:** Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Hospital das Clínicas, Universidade de São Paulo - São Paulo - SP

## PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS PACIENTES COM NEAR MISS NO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL DE JANEIRO DE 2013 A AGOSTO DE 2014 NO HOSPITAL GERAL DE CARAPICUÍBA (HGC)

**Autores:** Mariano, B.F.; Bretz, P.R.; Britto, E.R.; Haga, E.; Pereira, W.G.M.; Cinquetti Júnior, M.A.

**Sigla:** O082

Objetivo: Análise do perfil epidemiológico de pacientes no ciclo gravídico puerperal com near miss atendidas no HGC no período de janeiro de 2013 a agosto de 2014 afim de correlacionar com a literatura disponível. Métodos: Análise retrospectiva de prontuário médico utilizando idade, estado civil, escolaridade, período do ciclo gravídico puerperal que se encontravam, paridade, idade gestacional, números de consultas de pré-natal, principais causas de near miss, tipos de parto, APGAR do recém - nascido (RN) no primeiro e quinto minuto de vida, critérios de manejo utilizados, tipo de tratamento realizado, tipo de procedimento cirúrgico e tempo de realização procedimento após identificação desordem, utilizados como variáveis. Resultados Foram incluídas 27 pacientes, sendo adolescentes em sua maioria com baixa escolaridade e com união estável. Dessas, apenas uma era puérpera, sendo as demais gestantes onde metade eram primigestas com idade gestacional entre 31 a 36 semanas e 6 dias. A maioria realizou 1 ou 2 consultas durante o pré - natal. A principal via de parto foi a via alta, sendo que os RN apresentaram, em sua maioria, APGAR 0 - 3 no primeiro minuto e 5 - 8 no quinto minuto de vida. A causa mais frequente de near miss encontrada foi hipertensiva, onde o critério de manejo mais utilizado foi a histerectomia, sendo clínico o principal tratamento utilizado, com tempo de realização antes de 48hs. Conclusão: O perfil das pacientes com near miss é o mesmo das pacientes que apresentam mortalidade materna, desta forma, devemos criar estratégias para melhorar a assistência ao pré - natal, acesso ao mesmo, facilidade de encaminhamento para o alto risco quando identificado algum fator de risco, planejamento familiar, capacitação de profissionais e a não postergação de procedimentos cirúrgicos quando necessários, pois todo esse cuidado evitará que patologias possivelmente controláveis venham a transformar-se em um caso de near miss ou ainda mortalidade materna.

**Instituição:** Hospital Geral de Carapicuíba - O. S. S. São Camilo - Carapicuíba - SP

## TRATAMENTO DA INSUFICIÊNCIA PLACENTÁRIA GRAVE E PRECOCE COM ENOXAPARINA E DEXAMETASONA:

## RESULTADOS PARCIAIS DE UM PROTOCOLO DE PESQUISA

**Autores:** Zaros, D.; Barros, V.I.P.V.L.; Santos, R.K.; Francisco, R.P.V.; Zugaib, M.

**Sigla:** O083

A insuficiência placentária ocorre em até 25% das gestações de alto risco e se caracteriza por elevada morbimortalidade fetal e neonatal. Objetivos: avaliar os resultados parciais de protocolo de tratamento com enoxaparina associada ou não à dexametasona na melhora da função placentária neste grupo de gestantes. A hipótese a ser investigada é que estas pacientes portadoras ou não de trombofilia conhecida respondem ao tratamento anticoagulante com enoxaparina em dose plena e se o feito anti-inflamatório da dexametasona, potencializa o da enoxaparina. Métodos: 12 pacientes foram incluídas no projeto de forma prospectiva e randomizada com diagnóstico de insuficiência placentária antes de 26 semanas, divididas em três grupos: A-grupo controle: pacientes com insuficiência placentária sem tratamento (n=3). B-pacientes que receberam a partir do diagnóstico de enoxaparina 2mg/kg/dia divididas em duas tomadas diárias (n=5). C-pacientes com o mesmo tratamento do grupo B em associação com dexametasona 2mg/dia (n=4). RESULTADOS: a média de idade das pacientes foi de 27,8(17-33). Ao todo 4 pacientes eram primigestas e metade multigesta; no grupo A todas multigestas; no grupo B três primigestas, no Grupo C quatro multigestas. Cinco pacientes apresentavam cesárea anterior. Média de permanência no protocolo foi de 30 dias (2-88d). Média de idade gestacional no parto: 29,1 semanas (25-37s), sendo dois casos de 37s, um no grupo B e outro no grupo C. Média dos pesos ao nascimento: 964g (356-2730g). Condição RN: 8 nativos e 4 natimortos, sendo 4 neomortos (2 neomortos tardios); no grupo A 1 babyhome (33%), grupo B 1 (20%), grupo C 2 (50%). Entre os babyhome todos apresentavam peso ao nascimento de mais de 600g. Entre os RN, 83% apresentavam CFR. Indicação do parto: sofrimento fetal 7 casos (58,3%), 2 casos termo e anticoagulação, e 3 natimortos. Análise das placentas: 50% apresentavam infartos placentários. Conclusão: O principal fator de sobrevivência neonatal foi o peso ao nascimento superior a 600g. Dos 4 baby home, 3 eram dos grupos tratamento. Até o momento não foi possível estabelecer a superioridade da anticoagulação e melhora da insuficiência placentária grave já estabelecida.

**Instituição:** Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Hospital das Clínicas, Universidade de São Paulo - São Paulo - SP

## COMPARAÇÃO ENTRE MÉTODOS: BI (2D) E TRIDIMENSIONAL (3D) PARA A MEDIDA ULTRASSONOGRÁFICA DO VOLUME DA SUPRARRENAL FETAL: DADOS PRELIMINARES

**Autores:** Helfer, T.M.; Melo, N.B.; Caetano, A.C.R.; Maldonado, A.A.C.; Rolo, L.C.; Nardoza, L.M.M.

**Sigla:** O084

**Métodos:** Estudo observacional transversal que avaliou 82 mulheres entre 24 e 37 semanas de gestação, sem comorbidades, com fetos únicos, sem anomalias e pesos estimados adequados para idade gestacional. O volume da glândula suprarrenal fetal foi medido através de ultrassonografia pelo método tridimensional, utilizando a técnica VOCAL (Virtual Organ Computer-Aided Analysis), e pelo método bidimensional, utilizando a fórmula da elipse. A comparação entre os Métodos: foi analisada estatisticamente através do coeficiente de correlação intraclasse (ICC). **Resultados:** A comparação entre os Métodos: 2D e 3D para medida do volume da glândula suprarrenal fetal resultou em ICC 0,683 [0,509;0,661]. **Conclusão:** Os resultados preliminares do estudo evidenciam correlação entre os Métodos: bi e tridimensionais para medida do volume da glândula suprarrenal fetal. O valor de ICC pode ser justificado pelo tamanho pequeno da glândula fetal. Houve grandes variações nas medidas, principalmente nas glândulas de maior volume. Maiores dados ainda são necessários para resultados mais conclusivos

**Instituição:** Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina (UNIFESP/EPM) - São Paulo - SP

## AValiação DOS CASOS DE ESPINHA BÍFIDA NO SETOR DE MEDICINA FETAL DA CLÍNICA OBSTÉTRICA DO HCFMUSP

**Autores:** Requeijo, M.J.R.; Penoni, K.Z.; Bunduki, V.; Francisco, R.P.V.

**Sigla:** O085

**Objetivos:** Avaliação dos casos de espinha bífida atendidos no setor de medicina fetal da clínica obstétrica do hospital das clínicas da faculdade de medicina da universidade de São Paulo. **Métodos:** Estudo prospectivo longitudinal durante o período compreendido entre os anos de 2009 a 2013, com avaliação dos casos em relação a idade materna ao diagnóstico, paridade, idade gestacional da primeira ultrassonografia e localização da lesão. **RESULTADOS:** Durante este período de estudo foram avaliados 88 casos de espinha bífida acompanhados no setor de medicina fetal e que tiveram seguimento no pré-natal de nossa instituição. Em relação a idade ma-

terna a média foi de 27 anos. Em relação à paridade, as primigestas representaram a maior incidência deste estudo com 63,0 % dos casos. A idade gestacional média da primeira ultra-sonografia realizada em nossa instituição foi de 27 semanas, com idade mínima de 17 semanas e máxima de 40 semanas. Com relação à localização das lesões nos fetos acometidos, assim se distribuíram: Torácicas: 8 casos (9,1 %); Lombares: 74 casos (84,1 %) e sacrais: 6 casos (6,8 %). Observa-se a maior frequência dos casos nas vértebras lombares L3 e L4 que representaram conjuntamente mais da metade dos casos ( 56,8%). **Conclusão:** Concluimos que número significativo de pacientes são encaminhadas tardiamente para a avaliação dos seus casos. Devemos nos atentar para a importância da suplementação do ácido fólico no período pré-concepcional para a redução dos casos, principalmente nas adolescentes e jovens nuligestas. Acreditamos que exames ultrassonográficos de qualidade sendo realizados precocemente na rotina do pré-natal, podem evitar que os casos cheguem em idade gestacional avançada aos centros terciários, fato este que interfere no programação da conduta obstétrica, seja esta com a correção intra-útero ou para correção no período pós-natal.

**Instituição:** FMUSP - São Paulo - SP

## DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA (DPP) E TROMBOFILIAS

**Autores:** Barros, V.I.P.V.L.; Santos, R.K.; Baptista, F.S.; Igai, A.M.K.; Francisco, R.P.V.

**Sigla:** O086

O DPP é uma patologia que cursa com uma alta morbidade e mortalidade materna e fetal. **Objetivos:** pesquisar trombofilias em pacientes gestantes com antecedente de DPP. **Métodos:** no período de 2009 a jan 2015, foram encaminhadas ao setor de trombose e trombofilias na gestação pacientes com antecedente de DPP. As trombofilias pesquisadas foram: Fator V de Leiden, gene mutante da protombina, homocisteína, antitrombina, proteína C e S da coagulação, anticardiolipina IGG e IGM, anticoagulante lúpico, beta2 GPI e lipoproteína- A. **Resultados** 11 pacientes apresentavam antecedente de DPP, sendo que 1(9%)paciente com lúpus apresentou recidiva. A idade média das pacientes era de 29 anos (variou de 26-41), o IMC médio no início do pré-natal foi de 28 (2-33). Todos foram nativos. A idade gestacional média ao nascimento foi de 37 semanas (35 – 38sem), sendo apenas um prematuro (9%), peso médio dos RN de 2641g (2400-3300g). Todas as pacientes foram rastreadas para trombofilia, 3 foram diagnosticadas com síndrome do anticorpo antifosfolípide (27%), 9 tinham lipoproteína A positiva (81%) e uma possuía trombofilia combinada(9%). No grupo total 5 (54%) pacientes começaram

# OBSTETRÍCIA

anticoagulação já no primeiro trimestre, 5(54%) começaram no segundo trimestre e todas fizeram anticoagulação no terceiro trimestre. Conclusão: pacientes com DPP devem ser investigadas para marcadores de trombofilia e dislipidemia. A presença de lipoproteína A se mostrou um importante marcador. A anticoagulação deve ser instituída se marcadores de trombofilias positivos. A monitorização para insuficiência placentária deve ser rigorosa para eventual ajuste da dose de anticoagulação.

**Instituição:** Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Hospital das Clínicas, Universidade de São Paulo - São Paulo - SP

## RELAÇÃO ENTRE A APLICAÇÃO DA ACUPUNTURA E A MELHORA DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES PORTADORAS DE ÊMESE E HIPERÊMESE GRAVÍDICA NO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ – SP

**Autores:** Fernandes, K.G.; Noronha, C.L.; Andrade, C.A.; Camargo, R.P.S.

**Sigla:** O087

Objetivo: observar a melhora na qualidade de vida de pacientes submetidas a acupuntura com agulhamento àquelas em uso de metoclopramida. Método: gestantes do pronto socorro do HUFMJ e de 2 UBS com êmese ou hiperemese foram convidadas a participar do estudo. Convidamos 36 pacientes, destas 10 desistiram. Pacientes foram divididas em dois grupos, de acordo com a sua escolha no momento da entrevista. Grupo Acupuntura: foram submetidas a aplicação de duas agulhas de acupuntura, no ponto CS 6 (Pericárdio 6) bilateralmente. Não foram aplicadas outras agulhas para qualquer outra queixa. Ambos os grupos responderam a um questionário contendo informações pessoais, dados da gestação e as queixas. Programado retorno em 7 dias, com o preenchimento de um 2º questionário com informações sobre a melhora dos sintomas, necessidade trocar de técnica e/ou de nova sessão de acupuntura. Resultados Média de idade foi de 25 anos, estado civil: 60% casadas. Três mulheres pensaram em interromper esta ou qualquer gestação. Náusea estava presente em 100% das pacientes como sintoma principal nas primeiras semanas de gestação; 85% apresentaram vômitos; 70% apresentaram perda de peso importante (acima de 5kg em 1 mês); 5% chegou a apresentar 1 episódio de desmaio, 2 necessitaram de internação hospitalar. Grupo Acupuntura (16 pacientes): 15 tiveram melhora dos sintomas; 4 referiram melhora ou cessação dos sintomas após a primeira sessão de acupuntura, 96% das mulheres submetidas à acupuntura apresentaram melhora dos sintomas após a segunda semana de tratamento, não sendo necessário o uso de medicação. Grupo Metoclopramida

(8 pacientes): 3 deixaram o estudo e conseqüentemente não entraram nos resultados, 5 referiram melhora dos sintomas, porém com presença de episódios esporádicos de náuseas sem vômitos, persistentes após 2 semanas de tratamento, sendo necessária a mudança de 2 pacientes para o grupo acupuntura. O não alcançado não permitiu diferenciação estatística. Conclusão: a aplicação de acupuntura do ponto P6 é eficaz no tratamento das náuseas e vômitos na grávida, durante o 1º trimestre de gravidez. Estudos maiores serão necessários para que esta conduta possa ser amplamente empregada.

**Instituição:** Hospital Universitário da Faculdade de Medicina de Jundiaí - HUFMJ - Jundiaí - SP

## ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO RELACIONADO A SÍNDROME HIPERTENSIVA GESTACIONAL (SHG) NO HOSPITAL GERAL DE CARAPICUIBA (HGC) DE JULHO DE 2014 A DEZEMBRO DE 2014

**Autores:** Stanichi, G.P.; Emydio, I.L.; Pastorelli, G.A.B.; Damiano, M.R.; Bretz, P.R.; Galvão, W.

**Sigla:** O088

Objetivos: Estudar o perfil epidemiológico das pacientes com SHG no HGC, identificando suas características, os fatores de risco e os resultados perinatais e puerperais da população estudada. Métodos: Pesquisa documental retrospectiva com coleta de dados sigilosa através de prontuários do setor de Ginecologia e Obstetrícia do HGC no período de junho de 2014 a dezembro de 2014. Resultados Das 15 pacientes avaliadas, a maioria (53,33%) apresentava mais de 35 anos, sendo 60% multíparas e 53,33% com comorbidades associadas, das quais: 20% apresentavam hipertensão arterial crônica, 13,33% hipertireoidismo, 6,66% diabetes mellitus, 6,66% insuficiência aórtica, 6,66% citomegalovírus e 6,66% asma. Todas realizaram tratamento adequado durante o pré-natal, das quais, 53,33% fizeram uso de metildopa isoladamente. A idade gestacional correspondia à prematuridade em 53,33% no momento da internação, a PA na admissão encontrava-se igual ou maior a 160x110mmHg em 60% e a resolução do parto foi via cesariana em 93,33% dos casos. Quanto aos resultados fetais e perinatais, 60% dos RN tinham peso adequado e 100% resultaram em valores de Apgar superiores a 8 tanto no primeiro quanto no quinto minuto. Conclusões: Os fatores: idade acima de 35 anos; comorbidades associadas; realização adequada do pré-natal e tratamento; prematuridade e parto cesariana foram semelhantes à maioria dos achados da literatura, porém, divergiram a nuliparidade e complicações relacionadas ao RN.

**Instituição:** Centro Universitário São Camilo - Hospital Geral de Carapicuíba - São Paulo - SP

## **AVALIAÇÃO DAS PACIENTES COM DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA (DPP) NO HOSPITAL GERAL DE CARAPICUÍBA (HGC)**

**Autores:** Pastorelli, G.A.B.; Jahic, G.S.; Damião, M.R.; Azevedo, F.R.; Stanichi, G.P.; Bretz, P.R.

**Sigla:** O089

**Objetivos:** Avaliar o perfil epidemiológico das pacientes com DPP no HGC, identificando os fatores de risco presentes e caracterizando os resultados perinatais relacionados aos recém-nascidos da população estudada. **Métodos:** Pesquisa documental retrospectiva, com coleta de dados sigilosa de prontuários médicos do setor de Ginecologia e Obstetrícia do HGC, no ano de 2013. **Resultados** O intervalo de idade encontrado na maioria das pacientes (total de 17) foi inferior a 35 anos (82,35%), sendo 23,52% multíparas e 76,47% sem comorbidades associadas – das restantes, 11,76% apresentavam como comorbidade a síndrome hipertensiva, 5,88% apresentavam a miomatose uterina e 5,88% isoimunização RH. A incidência de prematuridade na internação foi de 58,82% e a resolução do parto foi via cesariana em 94,44% dos casos. Quanto aos resultados fetais e perinatais, 50% dos RN (total de 18) tinham peso adequado, 66,66% tinham Apgar maior que 7 no primeiro minuto e 72,22%, no 5°. Por fim, 72,22% não tiveram complicações relacionadas ao RN ou ao puerpério. **Conclusões:** Fatores como comorbidades maternas associadas, prematuridade, parto cesariana e desfecho natal e perinatal foram semelhantes à maioria dos achados da literatura. Os demais dados foram divergentes aos encontrados na literatura, sendo eles idade abaixo de 35 anos, nuli ou primiparidade, peso adequado do RN e ausência de asfixia ao nascimento – os dois últimos, evidenciando a qualidade do serviço do HGC.

**Instituição:** Centro Universitário São Camilo - Hospital Geral de Carapicuíba - São Paulo - SP

## **MÉDICOS RESIDENTES TÊM OPINIÃO MAIS LIBERAL SOBRE ABORTO.**

**Autores:** Araujo, D.C.M.; Dos Anjos, G.N.A.; Fahl, I.D.; Fernandes, K.; Duarte, G.A.; Pacagnella, R.C.

**Sigla:** O090

**Objetivos:** investigar o conhecimento, a prática e opinião de residentes em ginecologia e obstetrícia (GO) acerca do aborto medicamentoso e identificar variáveis associadas.

**Método:** Trata-se de um estudo descritivo realizado em um hospital de ensino que tem programa de residência médica. Todos os residentes em GO foram convidados a participar, recebendo um questionário fechado sobre conhecimento e atitude frente ao aborto medicamentoso. Um termo de consentimento livre e esclarecido foi lido, explicitando o anonimato, e aqueles que desejaram participar depositaram o questionário preenchido ou não em uma urna previamente lacrada. Os dados foram tabulados e analisados através do programa Epi info 7®. **Resultados** Dos participantes, 70% tem idade até 29 anos, 76,6% são mulheres, 60% são católicos. Houve distribuição equitativa dos anos de residência (28% R1; 19,5% R2; 19,5% R3 e 32,6% acima de R3). Em geral os residentes são expostos a situações de atendimento a aborto induzido ou legal durante a residência (97,5%). Segundo 89% deles, o aborto deveria ser permitido em casos de estupro; 97,8% em anencefalia fetal; 91,3% quando gestação traz prejuízo à saúde física da mulher; 26% se mulher solteira; 97,8% se risco de vida para gestante; 95,6% em qualquer mal formação fetal, 13% em mãe HIV positivo 43% quando traz prejuízos psicológicos a mulher, 26% se a mulher não tem condições financeiras, 28% se houve falha do método, 17,7% em qualquer circunstância e 2,17% em nenhuma circunstância. **Conclusões:** Embora sejam restritos os casos de aborto induzido previstos por lei, existe uma tendência a uma opinião mais liberal entre os residentes sobre situações possíveis para realização de aborto. É importante um espaço de discussão sobre o tema no currículo da residência uma vez que estes profissionais estarão atuando em um futuro breve no atendimento ao aborto previsto em lei.

**Instituição:** UNICAMP - Campinas - SP

## **AVALIAR OS RESULTADOS DOS VALORES DO TESTE DE TOLERÂNCIA DA GLICOSE ORAL DE 100 GRAMAS E SUA ASSOCIAÇÃO COM RECÉM-NASCIDO GRANDE PARA IDADE GESTACIONAL**

**Autores:** Tiago, D.B.; Francisco, R.P.V.; Zugaib, M.; Gimenez, D.F.; Gimenez, D.F.

**Sigla:** O091

**Objetivo:** avaliar os valores do teste de tolerância da glicose oral de 100 gramas (TTGO-100g) sua associação com recém-nascido grande para idade gestacional (GIG). **Método:** Foi realizado estudo retrospectivo que incluiu 425 gestantes, com DMG, acompanhadas no Setor de Endocrinopatias da Clínica Obstétrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP) no período de janeiro de 2003 a novembro de 2009. Foram incluídas apenas pacientes com gestações únicas e com DMG diagnosticado pelo

TTGO-100g, sem malformações fetais com idade gestacional definida e confiável e peso no nascimento classificado como adequado ou grande para idade gestacional segundo Alexander. Os critérios de seguimento e tratamento seguiram as normas do Protocolo de Condutas do Setor de Endocrinopatias da Divisão de Clínica Obstétrica do HC-FMUSP. Análise Estatística: As gestantes com diagnóstico de DMG foram divididas para análise em dois grupos: 376 casos de recém-nascidos AIG e 49 casos de recém-nascidos GIG. Foram descritas as características qualitativas com uso de frequências relativas e absolutas segundo classificação (AIG e GIG) e verificada a existência de associação dessas medidas com o desfecho por meio de testes de qui-quadrado ou do teste da razão de verossimilhanças quando a amostra foi insuficiente para aplicação do teste qui-quadrado. As medidas quantitativas foram descritas com o uso de medidas resumo (média, desvio padrão, mínimo, máximo) e realizadas as comparações das medidas entre os grupos por meio de testes t-Student ou de testes Mann-Whitney. Os dados foram analisados e considerou-se o valor de probabilidade  $p < 0,05$ . Resultados Não houve diferenças entre os grupos quanto aos valores das glicemias de jejum e 1 hora no TTGO-100g. Houve diferença entre os grupos em relação à idade gestacional do diagnóstico do DMG  $p < 0,001$ ; glicemias de duas e três horas no TTGO-100g respectivamente com  $p < 0,003$  e  $p < 0,026$  Conclusões: A idade gestacional de realização do TTGO-100g e glicemias de duas e três horas após sobrecarga de 100 gramas forma relacionadas com a ocorrência de RN GIG.

**Instituição:** Setor de Endocrinopatias da Clínica Obstétrica HC - FMUSP. Serv. Prof. Dr. Marcelo Zugaib - São Paulo - São Paulo - SP

## DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL NÃO INVASIVO DE ANEUPLOIDIAS: TÉCNICAS, VANTAGENS E DESVANTAGENS

**Autores:** Bussamra, L.C.S.; Bertoni, N.C.; Bussamra, L.C.S.; Hsu, L.P.R.; Aldrighi, J.M.; Aoki, T.

**Sigla:** O092

Objetivos: Descrever as técnicas biomoleculares aplicadas ao diagnóstico pré-natal não invasivo (NIPT) para aneuploidias, suas vantagens e desvantagens. Métodos: revisão assistemática da literatura científica disponível no PubMed/MEDLINE, sem limitação de período. Resultados As aneuploidias mais comuns são: trissomia dos cromossomos 21, 13, 18 e alterações de número dos cromossomos sexuais. Em 2011, foi apresentado o primeiro NIPT (Noninvasive prenatal testing) para triagem de aneuploidias analisando DNA fetal livre em amostras de sangue materno. Três ferramentas são aplicadas ao NIPT para triagem de aneuploidias. 1) O s-MPS (Shotgun

Massively Parallel Sequencing) sequencia fragmentos de DNA de todo genoma. Cada sequência é atribuída ao cromossomo do qual se originou. Nas aneuploidias, haverá excesso ou déficit relativos do cromossomo de interesse. Teste abrangente podendo avaliar algumas microdeleções. 2) O t-MPS (Target Massively Parallel Sequencing), sequencia seletivamente sequências marcadas de regiões específicas de interesse (eg. cromossomos 21, 18, 13, X e Y), então conta apenas essas sequências e avalia quando existe excesso relativo de um cromossomo sobre outro. As vantagens são baixo custo e aumento na eficiência, porém sua abrangência limita-se as aneuploidias mais comuns. 3) Análise de SNPs - polimorfismos de base única - combina passos de sequenciamento-alvo com uma sofisticada análise estatística. Único capaz de distinguir DNA livre fetal e materno. Informa origem da aneuploidia, recombinações e mutações herdadas, detecta triploidia, aplicável quando há "gêmeos desaparecidos" e tem potencial para detectar alterações em todos os outros cromossomos. Conclusão: Os testes genéticos podem ser realizados precocemente, com elevada acurácia e abrangem muitas aplicações clínicas, porém são limitados pelo seu elevado custo. Dentre as técnicas atuais do NIPT o t-MPS apresenta melhor rendimento e custo mais baixo do que o s-MPS, mas limita-se às aneuploidias mais comuns. A técnica de SNP é mais abrangente, mais sensível e tem melhor acurácia.

**Instituição:** Clínica de Medicina Fetal do Departamento de Obstetria e Ginecologia da Santa Casa de São Paulo - São Paulo - SP

## O FUTURO HOJE: DIAGNÓSTICO GENÉTICO FETAL ATRAVÉS DO SANGUE MATERNO

**Autores:** Bussamra, L.C.S.; Bertoni, N.C.; Bussamra, L.C.S.; Hsu, L.P.R.; Aldrighi, J.M.; Aoki, T.

**Sigla:** O093

Objetivos: Relatar as possibilidades atuais do diagnóstico genético fetal não invasivo. Métodos: revisão assistemática da literatura científica disponível no PubMed/MEDLINE, sem limitação de período. Resultados Em 1969 ficou conhecido que células fetais íntegras podiam ser encontradas na corrente sanguínea materna. Em 1997 foi demonstrada a presença de cfDNA (DNA fetal livre) no plasma de gestantes, e sua análise possibilita diagnósticos sem necessidade de exames invasivos para obtenção de material genético fetal. Atualmente podemos realizar 5 diagnósticos: 1) A determinação do sexo fetal é a aplicação clínica mais comum utilizando cfDNA. Ela é feita pela detecção e quantificação de sequências derivadas do cromossomo Y. Aplicada quando há risco de doenças genéticas ligadas ao sexo ou ambiguidade genital. 2) A determinação do Rh fetal através da genotipagem do

gene RHD, tanto em células fetais intactas como cffDNA. 3) Pesquisa de doenças monogênicas. Até o momento, direcionado para mutações de novo ou herdadas paternalmente garantindo origem fetal. 4) Exclusão da paternidade por meio do sangue materno. 5) Pesquisa de aneuploidias. Atualmente, três diferentes ferramentas de teste são aplicadas: a) s-MPS (Shotgun Massively Parallel Sequencing), sequencia fragmentos de DNA de todo o genoma. b) t-MPS (Target Massively Parallel Sequencing), que sequencia seletivamente sequências marcadas de regiões genômica específica de interesse. c) análise de SNPs - polimorfismos de base única. No futuro, estuda-se a possibilidade do sequenciamento completo do genoma fetal. Conclusões: Inicialmente as pesquisas com material genético fetal em sangue materno focaram-se na determinação do sexo fetal e genotipagem do gene RHD. Hoje podemos também obter o diagnóstico de doenças monogênicas, aneuploidias e exclusão da paternidade. Atualmente o sequenciamento genômico total, apesar das particularidades éticas, é visto como uma futura possibilidade.

**Instituição:** Clínica de Medicina Fetal do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Santa Casa de São Paulo - São Paulo - SP

## PERFIL DAS ANOMALIAS CONGÊNITAS NO SETOR DE MEDICINA FETAL DO HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE ESCOLA DR. MARIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA

**Autores:** Imperador, D.V.; Giolo, P.C.S.; Cruz, L.; Barreto, E.Q.S.; Kenj, G.; Sass, N.

**Sigla:** O094

As anomalias congênitas (AC) constituem alterações do desenvolvimento que podem ser estruturais, funcionais, metabólicas ou comportamentais; únicas ou múltiplas. Mundialmente, estima-se que a prevalência de defeitos congênitos se encontre entre 3% e 5% dos nascidos vivos, sendo que destes, 1% a 2% são considerados defeitos graves. De acordo com a National Center for Health Statistics (NCHS), as AC permaneceram como a principal causa de mortalidade infantil nos Estados Unidos, sendo que a maioria dos óbitos ocorre no primeiro mês de vida. Estudos nacionais estimam sua frequência entre 1,7 e 5% e em alguns estados brasileiros, chega a corresponder a 30% dos óbitos em menores de 1 ano. Objetivo: Conhecer a incidência e os padrões dos diferentes tipos de anomalias a fim de determinar o perfil da população à qual a assistência é prestada. Viabilizar o planejamento de serviços de saúde adequados a estas condições, como acompanhamento pré-natal, assistência individualizada ao parto, possibilidade de atenção neonatal específica, além do seguimento psicológico necessário a estas situ-

ações e o desenvolvimento de programas de prevenção. Métodos: Análise de laudos ultrassonográficos de 630 gestantes do setor de Medicina Fetal do Hospital Municipal e Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva (HMEC) que já fazem parte do pré-natal de alto risco do hospital ou foram encaminhadas ao HMEC para avaliação no período de 2010 a 2015. Resultados De acordo com os laudos dos exames ultrassonográficos, 43% apresentaram-se sem alteração da morfologia fetal, placentária ou do líquido amniótico. As mais incidentes foram as anomalias do Sistema Nervoso Central, seguidas das alterações renais. As alterações cardíacas foram as menos frequentes no serviço. Conclusão: O perfil das AC do Setor de Medicina Fetal do HMEC apresenta-se diferente da literatura mundial a qual demonstra maior frequência de malformações cardíacas, inclusive no Brasil. Portanto, o estudo permitiu individualizar a assistência oferecida pelo serviço com o Objetivo: de melhorar o pré natal e aperfeiçoar procedimentos diagnósticos e terapêuticos no Setor de Medicina Fetal do HMEC.

**Instituição:** Hospital Municipal e Maternidade Escola Dr. Mario de Moraes Altenfelder Silva - São Paulo - SP

## RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL 2008 A 2012

**Autores:** Costa, E.L.; Beleza, M.C.L.; Segnfredo, I.B.; Beraldi, L.C.; Machado, S.L.L.; Rocha, A.C.N.

**Sigla:** O095

Objetivo: o Objetivo: deste trabalho é verificar a Razão de Mortalidade Materna (RMM) no período de 2008 a 2012 nas seguintes regiões: norte, nordeste, centro-oeste, sudeste e sul do Brasil, como também verificando as principais causas da mortalidade materna de acordo com o código internacional das doenças (CID) das declarações de óbito. Método: o trabalho trata-se de um estudo transversal, retrospectivo de consultas aos dados do Departamento de Informática do Sistema Única de Saúde (DATASUS) do Ministério da Saúde do Brasil. Onde foi analisado a Razão de Mortalidade Materna (RMM) nas regiões norte, nordeste, centro-oeste, sudeste e sul do Brasil e também as principais causas de mortalidade materna de acordo com o CID das declarações de óbito no período de 2008 a 2012. Resultado: no norte foi observado um aumento da RMM saindo de 58,38 em 2008 para 62,58 em 2012, no nordeste o RMM em 2008 era de 69,57 e teve uma diminuição passando para 65,57 em 2012. No sudeste o RMM em 2008 era de 46,7 e passou para 45,88 em 2012 tendo também uma diminuição, já no centro-oeste o RMM era de 65,12 em 2008 e passou para 57,32 em 2012. O sul saiu de 54,37 em 2008 e passou para 47,94 em 2012 A região norte do Brasil foi a única onde o RMM aumento neste cinco anos. A eclâmpsia

# OBSTETRÍCIA

foi a principal causa de morte nestes cinco anos no norte e nordeste. Em todas as regiões em 2012 a eclâmpsia foi a principal causa de morte materna no Brasil. Em todo o Brasil o RMM foi de 57,27 em 2008 e diminuiu para 54,47 em 2012. Nestes cinco anos o RMM sofre uma diminuição de 2,80, sendo que o norte teve um aumento de 4,20, nordeste a diminuição foi de 4,00, no sudeste a diminuição foi de 0,82 e no centro-oeste onde se encontra a nossa capital a diminuição foi de 7,80. No sul tivemos uma diminuição no RMM de 6,43. A maior diminuição no RMM foi ao centro-oeste seguido do sul, nordeste, sudeste. No centro-oeste tivemos a maior diminuição do RMM. Conclusão: a eclâmpsia continua sendo a principal causa de morte materna no Brasil demonstrando talvez um pré-natal inadequado em qualidade. As notificações das mortalidades materna esta sendo mais bem analisadas talvez seja esta a causa do aumento do RMM.

**Instituição:** Escola Superior de Ciências da Saúde - Brasília - DF

## EPIDEMIOLOGIA, INDICAÇÕES E COMPLICAÇÕES DO PARTO CESÁREA NO BRASIL E CANADÁ

**Autores:** Souza, F.J.R.; Rodrigues, R.M.P.; Nóbrega, L.C.S.; Reitano, I.R.R.; Dias, L.N.; Pereira, M.M.

**Sigla:** O096

Objetivos: Analisar a incidência de partos normais e cesáreos no Brasil e no Canadá, ocorridos entre 2007 a 2013, afim de estabelecer uma relação entre os dados epidemiológicos, as indicações e complicações desse ato cirúrgico. Métodos: Foi realizada uma pesquisa nos bancos de dados MedLine/PubMed, LILACS/SciELO, biblioteca Cochrane e Scopus em busca de artigos nacionais e internacionais, referentes aos anos do trabalho, usando descritores como " parto cesárea", "parto normal", "complicações parto", entre outros. Foram analisados, também, as estatísticas governamentais do Brasil e Canadá, através do DATASUS e CIHI, respectivamente. Resultados A partir do levantamento dos dados, foi possível observar que as taxas Brasileiras de partos cesáreos passou de 46,4% em 2007, para 56,6%, em 2013, representando um aumento de 10,2% em um intervalo de 7 anos. Enquanto o Canada, que apresentava taxas de 27,7% em 2007, passou para 26,9% em 2013, somando uma redução de 0,8%. Mesmo o Brasil com suas elevadas taxas e o Canadá com taxas em declínio, ambos estão com índices acima dos 15% preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Sendo assim estão sujeitos aos riscos e complicações decorrentes desse ato cirúrgico como hemorragias pós-parto, tromboembolismos, infecções, doença placentária nas gestações subsequentes, menor probabilidade de início e manutenção do aleitamento

materno exclusivo, e ainda morte materna e fetal. Conclusão: Observou-se, a partir dos dados coletados, que o Canadá, apesar da diminuição na incidência de partos cesáreos ainda encontra-se 1,7 vezes maior do que o recomendado com pela OMS. O mesmo ocorre com o Brasil, que realiza 3,7 vezes mais partos cirúrgicos do que o preconizado. Nota-se que há uma grande discrepância entre as duas nações, no que se refere a esse ato, sabendo-se que o tipo de medicina empregada no Brasil, juntamente com outros fatores, influenciam o aumento dessas taxas. Portanto, é possível afirmar que existe a necessidade de alterações nas políticas públicas existentes.

**Instituição:** Centro Universitário São Camilo - São Paulo - SP

## VITAMINA D NA GESTAÇÃO: OS SUPLEMENTOS PARA GESTANTES APRESENTAM QUANTIDADES ADEQUADAS?

**Autores:** Zolio, S.C.; Azevedo, G.G.; Villagelin, D.; Tiago, D.B.

**Sigla:** O097

Objetivos: Pesquisar o número de suplementos de vitaminas e minerais indicados para gestantes disponíveis atualmente no Brasil e analisar as quantidades de vitamina D existentes nestes, correlacionando-as com as orientações internacionais sobre sua suplementação na gestação. Métodos: Coleta e análise das informações nutricionais dos suplementos de vitaminas e minerais utilizados por gestantes através de suas bulas ou embalagens; de pesquisas realizadas na internet adotando-se o Bulário Eletrônico da Anvisa; do contato via e-mail com as respectivas indústrias farmacêuticas e da consulta ao Dicionário de Especialidades Farmacêuticas 2012 – 2013. Resultados Atualmente, existem 23 suplementos de vitaminas e minerais utilizados por gestantes no Brasil. Em relação à suplementação diária de vitamina D, tanto a Endocrine Society como a Sociedade Brasileira Endocrinologia e Metabologia sugerem que as mulheres grávidas necessitariam de um mínimo de 600 UI diárias, e em pacientes que apresentam deficiência ou insuficiência as doses recomendadas seriam de 1500 a 2000 UI/dia. Entre os suplementos avaliados as quantidades de vitamina D foram divididas em 3 grupos: 1. Doses de 0 a 200 UI em 60,9% dos suplementos, 2. Doses entre 201 a 599 UI em 39,1% e 3. Nenhum suplemento com doses de 600 UI ou mais. Conclusão: O presente estudo demonstrou que, atualmente, nenhum suplemento de vitaminas e minerais disponível para gestantes no Brasil apresenta as quantidades de vitamina D recomendadas para uso na gestação pelas principais sociedades nacionais e internacionais

**Instituição:** Pontifícia Universidade Católica de Campinas - Campinas - SP

## ESTUDO PILOTO SOBRE PREFERÊNCIA INICIAL POR VIA DE PARTO E TIPO DE PARTO REALIZADO EM GESTANTES DE BAIXO RISCO DOS SETORES PÚBLICO E PRIVADO DE ARACAJU

**Autores:** Pereira, R.O.; Prado, D.S.

**Sigla:** O098

**Objetivo:** Avaliar a concordância entre a preferência inicial do tipo de parto e via de parto final realizada em pacientes de baixo risco dos setores público e privado de Aracaju. **Metodologia:** O estudo coorte do tipo prospectivo foi realizado em gestantes de baixo risco, de Setembro/2014 a Fevereiro/2015, através de um questionário pré-estabelecido, o qual era iniciado durante o pré-natal e finalizado no pós-parto. Resultados Foram entrevistadas um total de 34 pacientes, sendo 17 do setor público e 17 do setor privado, com a idade variando de 15 a 40 anos, com média de 28,2 anos. A amostra teve a seguinte caracterização: 91,18% das gestantes tinham um relacionamento estável; 50% eram nulíparas; analisando a escolaridade, 5,88% tinham ensino fundamental incompleto, 5,88% ensino fundamental completo, 5,88% ensino médio incompleto, 38,24% ensino médio completo, 8,82% ensino superior incompleto, 35,29% ensino superior completo; na renda, 32,35% das gestantes tinham renda menor ou igual a 1 salário mínimo, 32,35% entre 1 e 3 salários mínimos, 17,65% entre 3 e 6, 17,65% maior ou igual a 6. Quando questionado sobre a preferência pela via de parto, 64,71% preferiram normal, 32,35% preferiram cesariana e 2,94% nunca tinham pensado a respeito. Ao finalizar o questionário, foi constatado que 58,82% dos partos realizados foram via cesariana, e 41,18% foram via vaginal. Das cesarianas, 75% foram em rede privada e 25% em rede pública; enquanto dos normais, 14,29% em rede privada e 85,71% em rede pública. **Conclusão:** A preferência inicial e a via de parto final foram não-concordantes.

**Instituição:** UFS - Aracaju - SE

## INFECÇÃO FETAL POR CITOMEGALOVÍRUS – SÉRIE DE CASOS E REVISÃO DE LITERATURA

**Autores:** Bottura, I.; Schindler, A.; Assenheimer, L.; Beck, A.P.A.; Cordioli, E.; Oliveira, R.C.S.

**Sigla:** O099

**Objetivo:** Descrever cinco casos de infecção fetal (IF) por citomegalovírus (CMV) acompanhados no Hospital Israelita Albert Einstein, observando conduta e tratamento no contexto da literatura atual. **Métodos:** Análise retrospectiva de cinco casos de IM por CMV, de junho de 2009 a abril de 2015. Pesquisa no PUBMED utilizando os MESH TERMS "fetal therapy" e "cytomegalovirus", selecionando estudos dos últimos 10 anos. Resultados A IF pelo CMV é mais frequente em casos de primoinfecção, e pode ser confirmada através da pesquisa do vírus por PCR no líquido amniótico (LA), realizada preferencialmente 6 semanas (sem) após a infecção materna (IM). O tratamento intrauterino é controverso. Nigro et al (2005) mostraram benefícios na prevenção e tratamento da IF com imunoglobulina anti-CMV (CMG-IG), porém um ensaio clínico randomizado de 2014 (CHIP Study) não confirma tais resultados. Ensaio clínico em andamento estudam o uso de valaciclovir. **Série de casos:** Diagnóstico da IM: 16 sem (10 a 25) Ultrassonografia: placenta espessa - 2 casos; hepatomegalia - 1 caso; oligodramnio + hiperecogenicidade de alças intestinais - 1 caso. Amniocentese: 7 sem (1 a 11) após o diagnóstico da IM. Tratamento com 200mg/kg de CMG-IG cerca de 3 sem (1 a 5) após o resultado do PCR no LA. Não houve nenhum efeito adverso. Uma paciente não desejou o tratamento. Todos os neonatos apresentaram PCR positivo no sangue e urina, porém o não tratado mostrou-se sintomático (petéquias). Dentre os tratados, os achados ultrassonográficos regrediram ou desapareceram. **Conclusão:** O rastreio sistemático de CMV na gestação ainda não é uma realidade no Brasil. Apesar de ser a principal infecção viral congênita, não há uma vacina eficaz, e o emprego de drogas para prevenção da transmissão vertical ou tratamento fetal ainda não foi bem determinado. A literatura mostra-se divergente, havendo necessidade de novos estudos randomizados. Dentre nossos casos, pudemos observar que não houve padronização para o momento da amniocentese ou início do tratamento, provavelmente por tratar-se de um assunto controverso. Apesar da pequena amostra em estudo, não tivemos nenhum efeito colateral da CMV-IG.

**Instituição:** Hospital Israelita Albert Einstein - Departamento Materno-Infantil, Setor de Medicina Fetal. - São Paulo - SP

## PREVALÊNCIA DE SÍFILIS, HEPATITES B E C E INFECÇÃO PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA EM PUÉRPERAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO

**Autores:** Rocha, L.S.N.; Soares, D.A.B.; Negrão, J.V.R.T.; Campaner, A.B.; Hsu, L.P.R.; Aldrighi, J.M.

**Sigla:** O100

**Objetivo:** Avaliar a prevalência de sífilis, HIV e hepatites B e C nas puérperas admitidas na maternidade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo por motivo de parto, bem como avaliar o perfil sócio-epidemiológico e comportamental deste grupo de pacientes, buscando pontos de vulnerabilidade. **Métodos:** O trabalho consistiu em um estudo de corte transversal, incluindo puérperas do alojamento conjunto da maternidade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. As pacientes foram submetidas a aplicação de questionário próprio, de onde foram retiradas as informações avaliadas, e também foram anotados dados do cartão de pré-natal e as sorologias colhidas no momento da internação. Trata-se de um estudo em andamento, e até o momento da análise dos dados foram incluídas 42 puérperas na pesquisa. **Resultados:** A prevalência das DST nas puérperas foi de 5% para a sífilis (2 em 40), porém não foram encontradas pacientes portadoras de HIV ou hepatites B ou C. Apenas 3 pacientes (7%) referiam ter apresentado alguma doença sexualmente transmissível durante a vida, sendo um caso de sífilis, um de condiloma vulvar por HPV e um de gonorréia. Do total, 40% das pacientes (17) foram submetidas à coleta da citologia cervical nesta gravidez, e 26% delas nunca a tinham feito. **Conclusões:** Como o estudo encontra-se em andamento, o pequeno número de pacientes incluídas quando da análise dos resultados, aliado ao fato de a prevalência das doenças pesquisadas ser baixa na população das gestantes não permitiu que fossem feitas análises muito significativas. Até o momento, dentre as DST estudadas, foi observada uma maior prevalência de sífilis na população. Também pôde-se perceber que a coleta da citologia cervical durante o pré-natal continua aquém do ideal, o que aponta para a necessidade de uma melhor orientação dos profissionais da saúde responsáveis por essas pacientes. Com o progredir do estudo, espera-se encontrar dados mais relevantes e que ajudem a conhecer melhor a prevalência das principais DST nas puérperas, refletindo o perfil sócio-epidemiológico e comportamental das gestantes, e também a qualidade da assistência pré-natal do serviço público em São Paulo.

**Instituição:** Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - SP

## **AVALIAÇÃO DO PERFIL DE GESTANTES COM DIAGNÓSTICO DE LEIOMIOMA UTERINO: PARTOS REALIZADOS NO HOSPITAL SÃO PAULO DE 2013 A 2015**

**Autores:** Moreira, V.M.; Linhares, A.S.; Chinen, P.A.; Sun, S.Y.; Mattar, R.; Signorini Filho, R.C.

**Sigla:** O101

**Introdução:** O leiomioma uterino em gestantes apresenta prevalência entre 0,1 e 3,9% e está associado a maior risco de parto prematuro, rotura prematura de membranas ovulares, descolamento prematuro de placenta, apresentações fetais anômalas, inserção baixa de placenta e tumor prévio. O manejo dos leiomiomas durante a gestação pode ser clínico ou cirúrgico e visa a resolução ou o alívio dos sintomas. **Objetivo:** Comparar o perfil das gestantes com leiomioma uterino, cujos partos foram realizados no Hospital São Paulo (HSP) entre 2013 e 2015, com os dados encontrados na literatura. **Métodos:** Coleta de dados do Livro de Parto do HSP no período descrito e análise estatística dos mesmos. **Resultados:** Foram avaliadas 1611 parturientes, sendo obtidos 43 casos de leiomioma uterino (2,6%). A análise a seguir é referente ao grupo de pacientes com leiomioma. A média de idade foi de 35,97 anos, número de gestações de 2,3, paridade de 0,83 e idade gestacional de 37,7 semanas. Dentre as 43 pacientes avaliadas, 27 (62,7%) foram submetidas ao parto cesáreo, sendo a principal indicação a presença de miomectomia prévia. As complicações observadas foram: 4 casos de rotura prematura de membranas ovulares, 5 casos de rotura prematura pré-termo de membranas ovulares (RPPTMO), 4 casos de trabalho de parto prematuro, sendo 3 precedidos por RPPTMO, 4 casos de apresentação fetal anômala, 1 caso de inserção baixa de placenta e 1 caso de tumor prévio. **Discussão:** Observa-se que a prevalência de leiomiomas nestas pacientes (2,6%) acompanha o padrão mundial (0,1 a 3,9%). A maior incidência após 35 anos, também é encontrada na série, com média de 35,97 anos. A taxa de complicações (37%), no entanto, está acima da encontrada na literatura (30%). A presença de miomectomia prévia foi a principal indicação de cesárea na nossa casuística, mesmo não havendo consenso sobre a via de parto nestas pacientes. **Conclusão:** As pacientes avaliadas neste estudo acompanham o padrão demográfico apresentado na literatura mundial. Há diversos trabalhos que descrevem a realização de parto normal após miomectomia prévia, sendo válido reavaliarmos a indicação de parto cesáreo nesse tipo de paciente, em estudos futuros.

**Instituição:** Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - SP

## **AVALIAÇÃO LONGITUDINAL DO GANHO DE PESO E EVOLUÇÃO DO IMC EM GESTANTES DE BAIXO RISCO DA LIGA DE ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA DA UNIFESP**

**Autores:** Silva, A.L.C.C.; Torquato, A.M.; Toneto, B.R.; Carvalho, F.S.S.; Nomura, R.M.Y.; Mattar, R.

**Sigla:** O102

**Objetivos:** Este trabalho visa conhecer e descrever a evolução do índice de massa corporal (IMC) e o ganho de peso na gestação em pacientes de baixo risco. **Métodos:** Estudo prospectivo longitudinal de gestantes de baixo risco acompanhadas pela Liga de Assistência Obstétrica (LAO) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) no ano de 2014. Foram avaliados dados sociodemográficos, IMC, ganho de peso materno nas consultas de pré-natal e resultados perinatais. O IMC durante a gestação foi estratificado de acordo com a curva de Atalah et al. (1997) e o estado nutricional classificado em baixo peso, adequado, sobrepeso e obesidade. Foram descritas médias e desvios padrões, bem como frequências absolutas e relativas dos parâmetros analisados. Resultados Catorze gestantes participaram do estudo. A média da idade materna foi de 28,4 anos (DP=4,3) e a média do número de consultas no pré-natal foi de 8,6 (DP=2,1). A média da idade gestacional no parto foi 38,8 semanas (DP=1,8), o peso do recém-nascido médio 3260g (DP=270g), e a cesárea foi realizada em 5 pacientes (36%). O IMC pré-gestacional apresentou média de 23,4kg/m<sup>2</sup> (DP=3,2), 35,7% eram eutróficas e 57,1% classificadas como sobrepeso. A média do IMC ao final do 1º, 2º e 3º trimestres foi, respectivamente, de: 23,5kg/m<sup>2</sup>(DP=3,2), 26,6kg/m<sup>2</sup>(DP=3,5) e 28,4kg/m<sup>2</sup>(DP=3,6). A análise da classificação do IMC por semana gestacional, demonstrou que, ao final do 1º, 2º e 3º trimestres, a proporção de gestantes com estado nutricional adequado foi, respectivamente, 36,4%, 42,9% e 35,7%; e a proporção com sobrepeso/obesidade foi, respectivamente, 36,4%, 50% e 50%. A média do ganho de peso materno ao final do 1º, 2º e 3º trimestres foi, respectivamente: 1,1kg (DP=1,3), 7,7kg(DP=4,3) e 12,5kg(DP=4,3). **Conclusões:** a obesidade e ganho de peso excessivo na gestação estão relacionados com maior proporção de complicações na gravidez e desfechos fetais adversos. Apesar das pacientes acompanhadas na LAO apresentarem ganho de peso médio de acordo com o recomendado, muitas apresentaram sobrepeso ou obesidade ao final da gestação, ainda que sem repercussões nos resultados perinatais.

**Instituição:** Liga de Assistência Obstétrica - Escola Paulista de Medicina - UNIFESP - São Paulo - SP

## A IMPORTÂNCIA DA HUMANIZAÇÃO DO TRABALHO DE PARTO AO PUERPÉRIO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

**Autores:** Vieira, D.F.; Cruz, M.L.T.; Almeida, V.M.; Santos, A.L.

**Sigla:** O103

**Objetivos:** Investigar na literatura a produção científica do enfermeiro em relação a humanização do parto e identificar como esta humanização está ocorrendo na

vivência profissional. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão sistemática sobre as produções científicas de enfermeiros, relacionadas a humanização do parto, onde se realizou uma abordagem qualitativa exploratória. Os critérios de inclusão foram: artigos publicados na íntegra, em língua portuguesa nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Bases de dados de Enfermagem (BDENF). Não houve recorte temporal. Resultados Foram encontrados ao final da busca 16 artigos, esses ressaltavam que a Enfermagem deve promover uma assistência humanizada desde o pré natal, assistência essa que permanece durante o parto e estende-se até o pós parto. Além de se poder observar que o enfermeiro deve acolher a gestante, seu companheiro e sua família, respeitando todos os significados desse momento. Atenta-se ainda que para que ocorra esta assistência humanizada de qualidade, o enfermeiro deve respeitar o espaço e as decisões tomada pela mulher, não realizar intervenções desnecessárias, realizar procedimento que aliviem a dor, incentivar e apoiar a presença do acompanhante, reconhecer os aspectos sociais e culturais, dar apoio à mulher e a sua família. **Conclusão:** Por fim pode se observar que durante o trabalho de parto deve haver uma atenção integral e individualizada à mulher, no qual o profissional de saúde deve passar segurança, prezando sempre o bem-estar da gestante. Observa-se ainda a fala do programa de humanização da assistência ao parto normal, defende-se a assistência ao trabalho de parto, parto e nascimento, com o Objetivo: de resgatar o caráter fisiológico no processo do nascimento de forma positiva e sem traumas.

**Instituição:** Universidade Federal Fluminense - Niterói - RJ

## TRIMESTRE DE INICIAÇÃO DE PRÉ-NATAL ENTRE GESTANTES ACOMPANHADAS EM UMA UNIDADE DE MÉDICO DE FAMÍLIA DE NITERÓI (RJ).

**Autores:** Nascimento, M.I.; Ribeiro, B.T.; Tavares, B.L.; Lana, R.C.P.; Rabelo, L.M.; Andrade, T.R.

**Sigla:** O104

O pré-natal para gestação de baixo risco é oferecido na Atenção Básica, sendo recomendado iniciar tão logo se registre a confirmação da gestação, preferencialmente no primeiro trimestre. **Objetivos:** verificar o trimestre de iniciação do pré-natal entre gestantes acompanhadas em uma unidade de saúde de médico de família de Niterói, Rio de Janeiro (RJ). **Métodos:** trata-se de estudo descritivo conduzido com dados coletados por revisão de prontuários de gestantes em acompanhamento pré-natal, iniciado no ano de 2014, em uma unidade de médico

de família de Niterói (RJ). As variáveis de interesse foram idade materna (continua e categorizada), idade gestacional de início do pré-natal (em semanas), número de gestações, número de filhos, trimestre de iniciação (Primeiro, Segundo, Terceiro). Foram calculadas frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas e médias e desvio padrão (DP) das variáveis contínuas. Resultados um total de 34 gestantes em acompanhamento de pré-natal na unidade Bernardino do Programa de Médico de Família de Niterói (RJ) iniciado em 2014 foram analisadas. A média de idade das gestantes foi de 23, 7 anos (DP de 6,5 anos; variação: 15 a 38 anos). Os antecedentes obstétricos mostram 20,6% delas com histórico de 3 e mais gestações (variação: 1 a 6 gestações) e 52,9% delas na condição de nulípara (variação de zero a três filhos). A média de idade gestacional de início do pré-natal foi de 10,6 semanas (DP de 5,0 semanas; variação: 6 a 27 semanas). Verificou-se que 85,3% das gestantes iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre; 14,7% delas iniciaram no segundo trimestre; enquanto não houve registro de início de pré-natal no último trimestre. Conclusão: Ainda que uns poucos casos tenham sido captados no segundo trimestre, a grande maioria das gestantes foram captadas para o pré-natal no primeiro trimestre. Os achados enfatizam a importância da porta de entrada oferecida pela Atenção Básica para o acompanhamento de casos de baixo risco, dando também oportunidade para a detecção de possíveis casos de alto risco e encaminhamento para unidades especializadas o mais precoce possível.

**Instituição:** Programa Médico de Família - PMF Bernardino - Prefeitura de Niterói - UFF - Niterói - RJ

## ACOMPANHAMENTO DO ENFERMEIRO NO PRÉ NATAL DE ALTO RISCO: PERCEPÇÃO DE DIABÉTICAS TIPO 1 À ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UM MUNICÍPIO DA BAIXADA LITORÂNEA/RJ

**Autores:** Vieira, D.F.; Quitete, J.B.

**Sigla:** O105

**Objetivo:** Identificar se há acompanhamento do enfermeiro às gestantes portadoras de Diabetes Tipo 1 na unidade de referência para alto risco gestacional de um município da Baixada Litorânea/RJ. **Metodologia:** Estudo descritivo exploratório com análise quali-quantitativa. Foi feito uma coleta de dados através de entrevistas semi-estruturadas em usuárias atendidas em uma Unidade de Referência para Gestação de Alto Risco, portadoras de Diabetes Mellitus tipo 1, em faixa etária entre 26 e 33 anos, que vivenciaram a gestação, parto e puerpério, podendo ter sofrido aborto ou tido natimorto em gestações passadas, tendo realizado o pré-natal entre os anos 2011 e 2013 nessa mesma unidade de saúde. Resultados

Durante as entrevistas as mulheres relataram ter participado de consultas exclusivamente médicas. Um fator a ser destacado foi que nenhuma entrevistada mencionou a participação da Enfermagem em seu pré-natal. Desconsiderando as instituições em que atuam apenas profissionais da medicina, não se sabe se o enfermeiro não tem participação no pré-natal ou não é reconhecido pelo usuário. A população ainda não reconhece o enfermeiro ou a enfermeira como um profissional que tem competência para se responsabilizar em acompanhar a gestante. Conclusão: Notou-se que o enfermeiro não atua diretamente em contato com a gestante de alto risco, restando uma lacuna no que tange o cuidado de Enfermagem a essas mulheres. A ausência desse profissional que proporciona uma assistência voltada à prevenção e promoção da saúde gera uma atenção centralizada na doença. Sendo assim, atividades que visem o empoderamento da mulher, a participação familiar durante a gestação e a criação de estratégias para o enfrentamento da doença adquirida não são ofertados a população. As consultas de Enfermagem em alternância com as médicas têm essencial papel durante a gestação. A gestante de alto risco é uma mulher que na maioria das vezes está mais em contato com o profissional de saúde devido seu quadro instável e, conforme este estudo comprovou, muitas lacunas não são preenchidas devido a falta do enfermeiro durante o pré-natal.

**Instituição:** Universidade Federal Fluminense - Niterói - RJ

## PRESENÇA DE TROMBOFILIAS COMBINADAS EM GESTANTES COM ANTECEDENTE DE DHEG GRAVE E RISCO DE RECIDIVA DA DHEG E CRESCIMENTO FETAL RESTRITO (CFR)

**Autores:** Barros, VI.P.V.L.; Santos, R.K.; Baptista, F.S.; Francisco, R.P.V.; Zugaib, M.

**Sigla:** O106

Gestantes com antecedente de DHEG grave e precoce são de alto risco para recidiva do quadro e resultados obstétricos adversos. **Objetivos:** pesquisar trombofilias, correlacionar com os resultados perinatais e recidiva da DHEG. **Métodos:** no período de 2009 a janeiro de 2014 foram avaliadas 16 pacientes com antecedente de DHEG grave. **Critérios de gravidade:** quadro com instalação antes da 34 semanas, DHEG grave. O aas 100mg era introduzido no início do pré-natal. Se a investigação de trombofilia era positiva, a anticoagulação com enoxaparina em dose profilática era iniciada. **Trombofilias pesquisadas:** Fator V de Leiden, gene mutante da protombina, homocisteína, antitrombina, proteína C,S da coagulação, anticardiolipinas, anticoagulante lúpico, beta2 GPI e lipoproteína-A. **Resultados:** 14 pacientes apresentaram recidiva da DHEG

(87,5%), porém somente 1(6%) forma grave antes de 34 semanas. A idade média das pacientes foi de 30 anos (variou de 26-38), o IMC médio no início do pré-natal foi de 28kg/m<sup>2</sup> (21-40), 7/16 pac tinham filhos vivos (43%) e todas tinham MPO. No total foram 15 fetos nativivos (94%) e 1 natimorto de 28 semanas, com peso de 500g(<p3). A idade gestacional média ao nascimento foi de 36 semanas(28-38), 4 prematuros(25%), peso médio dos RN de 2550g(500-3400), 6 com CFR(37,5%). Dos 6 fetos com CFR, 4 foram prematuros (66,6%) e todos os fetos prematuros e baixo peso do grupo geral tinham CFR. A recidiva da DHEG foi a principal fator associado com a RCF (100% dos casos). Das 6 pacientes com CFR e DHEG, 4 tinham trombofilias combinadas e 2 tinham apenas a lipoproteína a positiva. No grupo que não cursou com RCF, nenhuma paciente tinha associação de trombofilias(p<0,01). Neste grupo com RCF e recidiva da DHEG, apenas 1 paciente usou enoxaparina no primeiro trimestre, enquanto que no grupo sem RCF, 7 pacientes o fizeram(p<0,05). No grupo total 14/16(87,5%) tinham uma marcador de trombofilia positivo, sendo que 8 tinham apenas a lipoproteína- A positiva. Conclusão: o antecedente de DHEG grave sinaliza a investigação de trombofilias. A presença de trombofilias combinadas e ausência de anticoagulação no primeiro trimestre estiveram associadas significativamente com a recidiva da DHEG e CFR.

**Instituição:** Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Hospital das Clínicas, Universidade de São Paulo - São Paulo - SP

## RESOLUÇÃO DE INSUFICIÊNCIA PLACENTÁRIA COM ANTICOAGULAÇÃO PLENA EM PACIENTE COM MAU PASSADO OBSTÉTRICO E DISLIPIDEMIA NA GESTAÇÃO

**Autores:** Santos, R.K.; Barros, V.I.P.V.L.; Igai, A.M.K.; Baptista, F.S.; Francisco, R.P.V.

**Sigla:** O107

Dislipidemia pode ser uma causa de insuficiência placentária na gestação. Objetivo: Descrever o tratamento de uma paciente com insuficiência placentária e dislipidemia com anticoagulação usando enoxaparina. Métodos: Relato de caso. Resultados: EF, 27 anos, branca, segunda gestação, um parto vaginal em dezembro de 2013 após óbito fetal intra-uterino devido à restrição de crescimento e insuficiência placentária com 28 semanas. (anátomo patológico da placenta apresentava-se com múltiplas áreas de infarto). A pesquisa pós parto revelou um aumento da lipoproteína A (20 referência < que 11mg/ml), testes negativos para trombofilia e colesterol total e níveis de triglicéridos normais (159 e 95 mg / dl, respectivamente). Começou a segunda gestação usando enoxaparina 40 mg / dia, AAS de 100 mg / dia, ácido

fólico 5 mg / dia, vitamina D, cálcio 500mg / dia. Na vigésima nona semana de gravidez, o percentual de peso fetal diminuiu (percentil foi de 32 com 25 semanas para 10 com 29 semanas) e resistência da artéria umbilical aumentou. Decidiu-se aumentar a enoxaparina a 60 mg / dia. Na 31a semana de gestação houve um significativo aumento na resistência da artéria umbilical (A / B 5,1) e os níveis de colesterol e triglicéridos (283 e 448 mg / dl, respectivamente) também aumentaram. A decisão de anticoagulação plena foi feita (enoxaparina para 120 mg / dia). Nas próximas duas semanas, o crescimento fetal foi recuperado e resistência da artéria umbilical diminuiu. O parto ocorreu com 37 semanas, o recém nascido apresentou peso adequado para idade gestacional (2460g), com bom desempenho no berçário. A paciente permaneceu com enoxaparina 60 mg / dia nas primeiro duas semanas pós-parto. Conclusão: A dislipidemia pode ser uma causa de perda fetal recorrente e insuficiência placentária. Se a anticoagulação profilática não impede a insuficiência placentária, a anticoagulação terapêutica pode resolver esse problema, como descrito neste relato de caso.

**Instituição:** Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Hospital das Clínicas, Universidade de São Paulo - São Paulo - SP

## ANEMIA FALCIFORME NA GRAVIDEZ

**Autores:** Buseti, K.P.P.; Korkes, H.A.; Bressan, N.; Rozas, A.

**Sigla:** O108

Introdução: A anemia falciforme é uma anemia hemolítica de caráter hereditário, com predomínio da hemoglobina S que sofre processo de falcização em situações de baixa oxigenação, sendo este responsável pela isquemia e infartos em diversos órgãos, caracterizando os processos dolorosos das crises algicas aguda. Esta anemia predispõe a infecções, crise aplásica e sequestro esplênico. No Brasil são diagnosticado cerca de 3500 recém nascido vivos por ano com a doença falciforme. Durante a gravidez as principais complicações são: infecção urinária, pneumonia, infecção puerperal, pré-eclâmpsia, placenta prévia, restrição de crescimento intrauterino (RCIU), baixo peso ao nascer e abortamento. Relato do caso: DTS, 29 anos, secundigesta com idade gestacional de 38 semanas, internada por quadro de "crise falcêmica", caracterizado por mialgia generalizada, náuseas e dispneia ao repouso. Apresentava-se na admissão em regular estado geral, descorada, ictérica, afebril. Foi realizado medidas de suporte, hidratação vigorosa, oxigênio e terapia medicamentosa. Exames complementares não mostraram sinais de infecção ativa evidente. Foi optado pela resolução do parto após estabilização do quadro materno, com recém nascido único vivo, cefálico, masculino, peso 2375g, apgar 7e 9. Paciente evolui com melhora do qua-

# OBSTETRÍCIA

dro álgico e da dispneia. Mantendo anemia sem necessidade de transfusão. No 7º pós-operatório (PO) paciente apresentou infecção puerperal. No 8º PO apresentou dor abdominal, cefaleia e edema 2+/4+ em membros inferiores com melhora do quadro com analgesia e diurético baixa dose. Recebeu alta em boas condições clínica. Relevância: A anemia falciforme é uma patologia prevalente em nosso país e muitas vezes subvalorizada durante a gravidez. Comentário: A paciente apresentou várias complicações esperadas da anemia falciforme nos períodos da gestação, parto e puerpério, como infecções do trato urinário e puerperal, além RCIU e crises álgicas. A paciente recebeu adequada assistência, com rastreio de possíveis focos infecciosos, hidratação vigorosa, analgesia, oxigenioterapia, antibioticoterapia, avaliação hematológica além de orientações apropriadas sobre o seguimento posterior.

**Instituição:** Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC SP - Faculdade de Medicina de Sorocaba - Sorocaba - SP

## RECIDIVA DE PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA TROMBÓTICA EM PRIMIGESTA NO INÍCIO DO SEGUNDO TRIMESTRE DE GESTAÇÃO

**Autores:** Lucio, D.S.; Korkes, H.A.; Rozas, A.

**Sigla:** O109

**Introdução:** As Síndromes de Microangiopatia Trombótica (SMT) descrevem doenças diversas com clínica e achados comuns: anemia hemolítica microangiopática e trombocitopenia, com ou sem alterações neurológicas e renais, na ausência de outra causa aparente. Podem ser precipitadas por infecções, cirurgias ou gestação. Na gestação, a púrpura trombocitopênica congênita (PTTc) é a manifestação mais frequente entre as SMT. Relato do caso: Primigesta de 18 anos, idade gestacional de 16 semanas pela DUM, foi encaminhada com quadro de fraqueza intensa há 15 dias, acompanhada de diarreia não sanguinolenta há seis. Nega sangramentos, febre, cefaleia, alterações gastrointestinais e urinárias. Relata história de plaquetopenia desde à infância, e já esteve internada neste serviço para transfusão e investigação, sem diagnóstico fechado. Ao exame apresenta-se intensamente descorada, pouco ictérica e febril, com batimentos cardíacos fetais presentes. À investigação laboratorial apresentou: Hb de 4,8g/dL, 10200 leucócitos/mm<sup>3</sup> com desvio, 14000 plaquetas/mm<sup>3</sup>, DHL de 2014U/L, VHS de 135mm/H, esquizócitos, Coombs negativo, d-dímero positivo, complemento e coagulograma normais; sorologias, culturas e provas autoimunes negativas. Apresentou melhora clínica e normalização valores hematimétricos a despeito de tratamento específico, mantém acompanha-

mento e aguarda dosagem de ADAMTS13. Discussão: Em 1966, a pentade clínica formada por anemia, trombocitopenia, febre, e distúrbios neurológicos e renais tornou-se o critério diagnóstico para PTT. Atualmente, com a plasmaferese, apenas trombocitopenia e anemia hemolítica microangiopática são necessárias para a suspeita e início do tratamento. A maior coorte prospectiva de casos de PTT na gestação concluiu que a gestação é um fator precipitante de PTT e há risco de recorrências em gestações futuras. O tratamento da PTTc com agentes antitrombóticos e reposição de ADAMTS13 resultou em melhora no crescimento fetal e ausência de novas perdas fetais nas gestações subsequentes. Conclusão: A história apresentada é indicativa de recidiva de PTTc, recomenda-se acompanhamento semanal e profilaxia com aspirina em baixa dose.

**Instituição:** Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - São Paulo - SP

## CAUSAS DE DESMAME PRECOCE: MITOS E CRENÇAS QUE INTERFEREM NA DURAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO

**Autores:** Silva, V.G.; Ferreira, R.R.

**Sigla:** O110

O leite materno é incontestavelmente o alimento ideal para a criança, em especial nos seis primeiros meses de vida, com benefícios conhecidos superiores à qualquer outro alimento nesta faixa etária. Ainda que seja um processo biológico, o aleitamento materno é socialmente determinado. As influências do meio onde a mulher está inserida podem contribuir para apoiar ou desestimular esta prática. Portanto, as mães precisam ser informadas quanto às vantagens do aleitamento materno exclusivo sobre as desvantagens do desmame precoce. Este estudo aponta mitos e crenças que interferem na prática de amamentação, através da utilização de um método descritivo qualitativo e quantitativo, que teve como ferramenta um questionário semi-estruturado aplicado a 100 gestantes e puérperas de um Hospital de Ensino da Faculdade de Medicina de Petrópolis, no ano de 2013. A paciente média tinha entre 21 e 25 anos, dois filhos, ensino fundamental incompleto e união estável. A maioria (95%) realizou mais de 6 consultas de pré-natal, em rede pública, mas disse não ter recebido orientações sobre o aleitamento. O período de aleitamento exclusivo foi abaixo de 4 meses e as principais causas de desmame foram o leite fraco, retorno ao trabalho e falta de leite. Este estudo revela que, a exemplo de vários outros estudos nacionais, os índices de aleitamento materno exclusivo estão muito aquém daqueles preconizados por entidades como OMS, OPAS e Ministério da Saúde. Mostra ainda que as principais causas da curta duração

do aleitamento materno são passíveis de intervenção, como por exemplo, a queixa de retorno ao trabalho antes do filho completar os 6 meses de vida, que pode ser corrigida com a garantia do emprego e da remuneração sem abatimentos para todas as puérperas com vínculo empregatício. O estudo conclui que há necessidade de um melhor preparo e engajamento das equipes de saúde que assistem as gestantes, afim de orientá-las e apoiá-las de maneira consistente.

**Instituição:** Faculdade de Medicina de Petrópolis - FMP/FASE - Petrópolis - RJ

## APLICAÇÃO DA SONDA DE FOLEY PARA PREPARO CERVICAL EM GESTANTES COM UMA CESÁREA SEGMENTAR TRANSVERSA

**Autores:** Silva, P.L.C.; Barreto, E.Q.S.; Leme, V.D.T.; Sartori, A.P.L.; Sass, N.; Oliveira, L.G.

**Sigla:** O111

**Introdução:** A indução de trabalho de parto é procedimento obstétrico bastante praticado nos dias atuais. Os Métodos: mecânicos constituem alternativa de escolha em pacientes com cesariana prévia tendo em vista que o uso das prostaglandinas sintéticas é bastante controverso nesse caso. O método que vem apresentando melhores resultados é sonda de Foley no canal cervical. Acredita-se que a presença da sonda no canal cervical, bem como na porção inferior do segmento inferior pode desencadear a produção local de prostaglandinas, contribuindo para a maturação cervical desejada. Métodos: No presente estudo avaliamos os casos de preparo de colo com sonda de foley em pacientes com uma cesarea prévia de novembro de 2013 a novembro de 2014. Resultados No período estudado, 59 pacientes foram introduzidas e consideradas elegíveis para o estudo. Em relação às complicações ocorridas no momento da indução ou durante o trabalho de parto uma paciente apresentou ruptura prematura de membranas, uma sofreu ruptura uterina, 11 pacientes não tiveram complicações, 16 pacientes tiveram alterações da vitalidade fetal, como a presença de líquido meconial ou alterações cardiotocográficas, 13 pacientes não evoluíram para o parto sendo considerado como fator a distocia funcional e 18 pacientes apresentaram falha de indução, a avaliação da via de parto nesse grupo foi de cinco partos normais(8,47%), oito partos fórceps(13,55%) e 46 cesarianas(77,96%) Conclusão: A avaliação do Bishop demonstrou que apenas 37% das pacientes submetidas ao uso da sonda de foley obtiveram sucesso no preparo do colo. Esse resultado impacta nas taxas de complicações levando a falha de indução em 30% dos casos. Os resultados foram muito abaixo do esperado comparado aos estudos elencados nas referências bibliográficas.

**Instituição:** Hospital Maternidade Vila Nova Cachoeirinha - São Paulo - SP

## PROLACTINOMA NA GESTAÇÃO: TRATAMENTO E REPERCUSSÃO FETAL

**Autores:** Waldow, C.; Campanharo, F.F.; Mattar, R.; Sun, S.Y.; Moron, A.F.; Amed, F.G.

**Sigla:** O112

Prolactinoma é um tumor hipofisário secretor de prolactina. A maioria ocorre em mulheres e é responsável por 40% dos adenomas hipofisários. A investigação inicia-se através da dosagem de prolactina, devendo-se sempre afastar causas secundárias de hiperprolactinemia. Em caso de suspeita de tumor, realizar exame de imagem. A ressonância (RNM) é considerada o melhor método para avaliar tumores na hipófise. O tratamento geralmente é clínico e a Cabergolina é o padrão ouro. Na gestação, apesar de estudos recentes não mostrarem risco com o seu uso, a Bromocriptina é considerada mais segura. Em casos refratários ao tratamento clínico deve ser optado pela cirurgia. C.S.S.F, 24 anos, procurou o serviço de saúde por queixa de cefaleia de forte intensidade, com piora progressiva, sem melhora com analgesia e associada a náusea e vômito, de início há três dias. Referia também alteração visual há 3 meses e piora há sete dias. Realizou teste de gravidez, positivo, por atraso menstrual. Após tomografia de crânio que identificou um tumor hipofisário de grandes dimensões, a paciente foi transferida para o Hospital São Paulo, onde recebeu acompanhamento multidisciplinar. Foi realizado dosagem de prolactina, valor > 470ng/ml; e RNM evidenciando lesão expansiva selar/suprasselar de grandes dimensões, comprimindo quiasma óptico. Recebeu diagnóstico de macroprolactinoma com anopsia a esquerda e hemianopsia temporal direita. Iniciou com 5 semanas de gestação tratamento com Cabergolina 0,25mg/dia e Prednisona 10mg/dia. Foi submetida com 8 semanas a cirurgia de ressecção transfenoidal do tumor. Após um período de melhora parcial dos sintomas evoluiu com recidiva da lesão e optou-se pelo aumento da medicação e nova ressecção do tumor com 24 semanas. Durante o pré-natal não foi identificado alteração fetal. A paciente foi submetida a cesariana com 37 semanas. Recém nascido não apresentou complicações, nem sinais de malformações no período neonatal precoce. O uso da Cabergolina no período gestacional não apresentou repercussões fetais nesse caso. O tratamento de gestantes com macroprolactinoma e comprometimento neurológico deve ser realizado o mais precoce possível.

**Instituição:** UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - SP

# OBSTETRÍCIA

## TUMOR DE SEIO ENDODÉRMICO E CARCINOMATOSE EM GESTANTE DE 28 SEMANAS

**Autores:** Pinheiro, G.M.P.; Hime, L.F.C.C.; Barbosa Junior, C.P.B.J.; Tachibana, A.Y.T.; Barros, E.A.B.; Zazarini, D.R.Z.

**Sigla:** O113

**Introdução:** O tumor do seio endodérmico (ou carcinoma de saco vitelino) é a neoplasia maligna derivada do saco vitelino primitivo, sendo o segundo tumor de células germinativas mais comum. A maior incidência é observada entre pacientes com idade média entre 16 a 19 anos. A dor abdominal ou pélvica é o sintoma inicial em 75% dos casos, podendo apresentar quadro de abdome agudo por ser friável, necrótico e, muitas vezes, hemorrágicos. É unilateral em quase 100% dos casos e ao exame microscópico o elemento característico é corpo de Shiller-Duval. O tratamento inclui exploração cirúrgica, salpingooforectomia unilateral com biópsia de congelação e quimioterapia adjuvante ou terapêutica. Descrição do caso: JCB, 16 anos, G1 com idade gestacional de 28 3/7, em acompanhamento pré-natal, procurou o serviço com quadro de dor em baixo ventre de piora progressiva há 4 semanas, associada ao aumento da circunferência abdominal. Ao exame: altura uterina não mensurável, BCF presente, MF presente e colo impérvio, ultrassom com ascite, oligoâmnio e massa anexial e hepática, evoluiu em 24h com óbito fetal e instabilidade hemodinâmica. Realizada paracentese diagnóstica com presença de conteúdo hemático, indicada laparotomia exploradora com achado cirúrgico de massa anexial esquerda, carcinomatose peritoneal difusa e sangramento de origem hepática. Optado pela salpingooforectomia e histerectomia com útero cheio. Perfil imuno-histoquímico compatível com neoplasia maligna de células germinativas, tumor de saco vitelino. Evoluiu com choque séptico e óbito no 23º dia de internação. Relevância: O caso merece atenção pela agressividade do tumor, sua raridade e também pelo desfecho desfavorável. Comentários: Durante o pré-natal a massa anexial não foi identificada. A agressividade do tumor levou ao quadro de abdome agudo, morte fetal e materna. O diagnóstico precoce poderia talvez mudar o desfecho.

**Instituição:** FMUNISA E HGG - São Paulo - SP

## SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDE CATASTRÓFICA E GESTAÇÃO: RELATO DE CASO

**Autores:** Sousa, L.S.; Campanharo, F.F.; Fernandes, F.C.; Sass, N.; Mattar, R.; Moron, A.F.

**Sigla:** O114

**Introdução:** Síndrome Antifosfolípide Catastrófica (SAFC), trata-se de uma variante potencialmente fatal, que acomete menos de 1% dos portadores de SAF. Caracteriza-se por múltiplos eventos oclusivos vasculares, acometendo principalmente vasos de pequeno calibre. Afeta de forma concomitante diversos tecidos, levando a falência múltipla de órgãos e elevada mortalidade. Habitualmente, apresenta trombocitopenia, anemia hemolítica, associadas a anticorpos antifosfolípidos em elevadas titulações. Pode ser a primeira manifestação de SAF e dentre os fatores desencadeantes estão infecções, cirurgias, traumas, interrupção de anticoagulação e gestação. A instituição de tratamento intensivo é essencial e inclui, corticoterapia, anticoagulação, imunoglobulina intravenosa e plasmaférese. Descrição do caso: ZMSS, 33 anos, G5P2, com diagnóstico prévio de SAF primária, procurou atendimento em HSP, com idade gestacional de 34 semanas e 3 dias, apresentando quadro de hipertensão e plaquetopenia. Após controle pressórico, terapia anti-convulsivante com de Sulfato de Magnésio, foi submetida a cesárea de urgência. Evoluiu rapidamente com distúrbio de coagulação (CIVD), epigastralgia intensa irradiada para região lombar, associada a dor de início súbito em membro superior esquerdo. Durante investigação, foram identificados múltiplos focos de oclusão vascular (trombose de microcirculação hepática, cortical renal e veia braquial esquerda). Diante de diagnóstico de SAFC foi indicada terapia com metilprednisolona, imunoglobulina e anticoagulação plena, apresentando melhora progressiva de quadro, seguida de alta hospitalar em boas condições. Relevância: Apesar de menos de 1% dos pacientes com SAF desenvolver esta condição e a despeito de todas as terapias recomendadas, o seu desfecho potencialmente fatal (próximo a 50%) realça a sua importância na medicina atual. Comentários: Associação entre anticorpos antifosfolípidos e defechos gestacionais ruins é reconhecida há décadas. Para o diagnóstico de SAFC é necessária elevada suspeição clínica e o tratamento intensivo é essencial para preservar os pacientes desta desordem agressiva.

**Instituição:** UNIFESP - São Paulo - SP

## GESTAÇÕES COM EVENTOS ADVERSOS EM PACIENTE COM SÍNDROME DO ANTICORPO ANTIFOSFOLÍPIDE: RELATO DE CASO

**Autores:** Panaino, L.P.; Junqueira, M.O.; Alves, T.C.; Lopes, N.L.A.; Souto, L.C.B.; Souza, K.D.

**Sigla:** O115

**Introdução:** As trombofilias constituem um grupo heterogêneo de alterações na coagulação sanguínea que aumentam a predisposição a tromboembolismo e ma-

nifestam-se, em geral, na presença de outros fatores de risco. São divididas em adquiridas, representada pela síndrome antifosfolípide (SAF), e hereditárias. Relato do caso: F. S. P, 23 anos, caucasiana, obesa, com relato de abortamentos de repetição. GV PCI AIII (último há dois anos com natimorto). Alega curetagem uterina por três vezes. Exames laboratoriais com resistência insulínica, hipotireoidismo, positividade moderada para anticoagulante lúpico (1,92UI), positividade moderada para anti-cardiolipina (IgM 8,1UI / IgG 31UI), mutação do gene da protrombina heterozigoto e mutação do gene MTHFR homozigoto. Foi orientada a iniciar ácido acetilsalicílico (AAS) 100mg/dia e levotiroxina 38mcg/dia. Após breve período apresentou gestação de 11 semanas e foi iniciada enoxaparina 40mg/dia. E apesar do uso ininterrupto das medicações, ocorreu óbito fetal na 36ª semana. Decorrido um ano, em nova gestação, foram reiniciadas a metildopa e a enoxaparina, mantidos o AAS e a levotiroxina. Na 35ª semana, foi encaminhada a maternidade para avaliação da vitalidade fetal. Apresentava taquicardia fetal (172bpm). Foi indicada cesariana. O recém-nascido chorou ao nascer, APGAR 6/8, Capurro de 32 semanas e 6 dias, apresentando posteriormente apnéia, sendo necessária intubação orotraqueal e encaminhado à unidade de tratamento intensivo (UTI) neonatal. Histopatológico da placenta sem resultado até a data da construção deste artigo. A puérpera foi acompanhada por 48h, sem intercorrências e recebeu alta, mantendo o AAS 100mg/dia. Relevância: Ressalta-se no caso uma sequência de eventos adversos na gestação, apesar da anticoagulação, sem relatos de outras formas de trombose antes ou durante as gestações. Há concomitância de trombofilias adquiridas (SAF) e hereditárias (homozigose para mutação de MTHFR e heterozigose para mutação da protrombina). Porém, não foi encontrada em bibliografia dados que comprovem que essa associação tenha de fato relação com alta trombogênicidade do caso.

**Instituição:** Hospital São João Batista - Volta Redonda - RJ

## INFECÇÃO PELO PLASMODIUM VIVAX NA GESTAÇÃO ASSOCIADO A PNEUMONIA GRAVE EM UMA MATERNIDADE DA AMAZÔNIA OCIDENTAL: RELATO DE CASO

**Autores:** Calixto, C.A.; Melopra, A.P.B.; Brito, N.S.; Simões, M.C.R.; Casseb, L.B.B.

**Sigla:** O116

**Introdução:** A malária é uma doença infecciosa febril, não contagiosa, cujo agentes etiológicos são protozoários do gênero Plasmodium sendo transmitida ao homem pela picada da fêmea infectada de mosquitos do gênero Anopheles. A gestante tem um risco maior de desenvolver as

formas complicadas da malária especialmente a anemia grave, edema agudo de pulmão, encefalopatia e ainda como efeitos nocivos durante a gestação, temos o parto prematuro, o aborto entre outros. Na fase inicial a malária confunde-se com outras doenças infecciosas dos tratos respiratórios, urinário e digestivo. Descrição do caso: k.S.V, 17 anos, primigesta, com idade gestacional de 32 semanas e 4 dias (por ultrassonografia de 8 semanas e 6 dias) referenciada ao Hospital de Base Ary Pinheiro devido hipertermia há 2 dias e plaquetopenia a esclarecer. Diagnosticada com malária vivax e iniciado tratamento com cloroquina. Evoluiu com taquidispnéia, derrame pleural bilateral e edema de membros inferiores, sendo transferida para unidade de terapia intensiva. Devido à evolução grave das gestantes, optou-se pela interrupção terapêutica da gravidez, via cesárea, no segundo dia de internação na UTI. O feto nasceu vivo e alguns dias após o nascimento foi descartado malária congênita. Ambos obtiveram alta hospitalar. Relevância: A malária é um dos grandes problemas de Saúde Pública porque os plasmódios são encontrados em áreas onde habita quase a metade da população mundial, devido a elevada incidência na Região Amazônica e pela potencial gravidade clínica, uma vez que estamos em um serviço localizado nesta região, faz-se necessário o esclarecimento sobre esta patologia e suas implicações tanto à gestante quanto ao feto. Comentários: A importância deste estudo reflete a repercussão da malária grave em gestantes, bem como a necessidade de um acompanhamento pré-natal mais criterioso e atento à identificação precoce do início das complicações da malária em gestantes. A Malária continua sendo relevante fator de morbidade entre as grávidas e tem efeitos ainda pouco investigados sobre a saúde da mulher e do recém-nascido.

**Instituição:** Maternidade Municipal Mãe Esperança De Porto Velho - Porto Velho - RO

## NEUTROPENIA FEBRIL EM PACIENTE COM NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL DURANTE QUIMIOTERAPIA COM METOTREXATE: RELATO DE CASO

**Autores:** Silva, R.C.A.F.; Melocra, A.P.B.; Lima, C.M.

**Sigla:** O117

**Introdução:** A Neoplasia Trofoblástica Gestacional (NTG) é diagnosticada de acordo com os critérios da FIGO 2002. A NTG dispensa exame histopatológico para confirmação diagnóstica, sendo feito diagnóstico quando há persistência do hCG elevado. O tratamento com quimioterapia é realizado conforme o estadiamento da neoplasia, onde as pacientes consideradas de baixo risco (score de 0-6) são submetidas a monoterapia com metotrexato ou actinomicina -D e de alto risco (> 7) recebem múltiplos

agentes como etoposide, metotrexato e actinomicina-D, ciclofosfamida e vincristina ou etoposide, cisplatina, metotrexato e actinomicina-D(EP/EMA). A neutropenia febril é uma grave complicação do uso de agentes quimioterápicos em geral. Pode cursar com altas taxas de mortalidade, até 36% nos pacientes de maior risco de desenvolver complicações graves durante o episódio mesmo com tratamento adequado. Descrição: Paciente 28 anos, acompanhada em Centro de Referência de Doença Trofoblástica Gestacional, durante seguimento pós – esvaziamento, apresentou plateau da curva de normalidade de hCG, com valores semanais de 73.799, 30.330 e 53.526 mUI/ml respectivamente, sendo indicado quimioterapia por NTG de baixo risco – metotrexato. No quinto dia de ciclo paciente evoluiu com Neutropenia febril, com valores de leucócitos de 825 mm<sup>3</sup>, sendo necessário a suspensão da quimioterapia e realizado fator estimulante de colônias granulocíticas (GSF), apesar de uso de um quimioterápico. Paciente evoluiu com melhora do quadro febril e recebeu alta após dezessete dias. Após período de recuperação clínica, paciente retornou ao CDTG para reinício do tratamento e controle semanal do Hcg e novo esquema quimioterápico. Relevância: A neutropenia febril é uma situação potencialmente fatal que requer intervenção médica imediata. O reconhecimento precoce da neutropenia febril é fundamental para iniciar tratamento e terapia antibacteriana de amplo espectro a fim de evitar a progressão para sepsis e possível morte. Comentários: O reconhecimento precoce das complicações do tratamento de NTG determinam um melhor prognóstico para a paciente, quando acompanhada em Centros de Referência em Doença Trofoblástica.

**Instituição:** Centro de Doença Trofoblástica Gestacional - HBAP-RO - Porto Velho - RO

## CORIOCARCINOMA ABDOMINAL GIGANTE EM PACIENTE TRATADA NO CENTRO DE REFERÊNCIA EM DOENÇAS TROFOBLÁSTICAS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTONIO PEDRO DA UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

**Autores:** Dias, H.M.; Braga, A.; Obeica, B.; Menezes, N.S.; Gomes.; J.V.; Marcolino, L.

**Sigla:** O118

**Introdução:** O coriocarcinoma é uma forma rara da doença trofoblástica gestacional, com prognóstico reservado. Evolui de forma invasora e metastática, acelerada, apresentando-se, na maioria dos casos, como doença avançada no momento do diagnóstico. Descrição do caso: P.S.A, 24 anos, II Gesta, II Para, último parto em 2012 (sem intercorrências) em que foi submetida à laqueadura tu-

bária, foi encaminhada ao Hospital Universitário Antônio Pedro para investigação de dor e tumoração abdominal de início em julho de 2013. Tabagista (10 maços/ano). Ao exame: massa palpável há 6 cm acima cicatriz umbilical Exames complementares: ultrassonografia (US) transvaginal (novembro/2013) – formação expansiva sólida, de origem anexial, ocupando toda a pelve, medindo 10 cm. Marcadores tumorais (dezembro/2013) – hCG positivo; CA 125: 6,3, CEA: 2,02 e alfafetoproteína: 2,0. US de abdome total (março/2014) - útero aumentado, difusamente heterogêneo, de contornos lobulados, contendo diversas formações císticas em corpo e colo, com perda dos limites do endométrio/miométrio. Solicitados no mesmo período hCG quantitativo e CEA, cujas dosagens foram, respectivamente, 37.200 e 1,9. Ressonância nuclear de abdome e pelve revela grande massa de 40cm, ocupando desde o hipogastro até o mesogastro, deslocada para a direita, justaposta ao útero. A paciente foi submetida a laparotomia exploradora em que foi realizada pan-histerectomia em junho de 2014 com linfadenectomia pélvica e omentectomia, sem complicações operatórias. Laudo histopatológico evidenciou coriocarcinoma. Iniciou tratamento em agosto de 2014, com regime EMA/CO (Etoposide, Methotrexate, Actinomicina-D, Ciclofosfamida, Oncovin), alcançando remissão após 4 ciclos, sendo submetida a mais 3 ciclos de consolidação. Relevância: O coriocarcinoma é uma doença agressiva, cujo atraso diagnóstico pode comprometer seriamente as possibilidades de cura. O tratamento de escolha recai sobre a quimioterapia, notadamente o regime EMA/CO. Comentários: É fundamental que a paciente com suspeita de neoplasia trofoblástica gestacional seja prontamente encaminhada a um centro de referência para o tratamento adequado dessa doença.

**Instituição:** Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense - Rio de Janeiro - RJ

## EMPREGO DA INDUÇÃO QUIMIOTERÁPICA COM REGIME EP EM BAIXAS DOSES, SEGUIDO PELO REGIME EMA/CO EM PACIENTE COM NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL COM ELEVADA CHANCE DE MORTE PRECOZE

**Autores:** Obeica, B.; Braga, B.; Ferreira, A.; Felippo, D.; Dourado, M.; Barros.; F.

**Sigla:** O119

**Introdução:** Apesar de rara, a NTG pós-parto têm pior prognóstico, sendo geralmente diagnosticada após 6 meses do término da gravidez com grande risco de morte precoce. Para reduzir essa mortalidade, recomenda-se o emprego de baixas doses de EP (Etoposide + Cispla-

tina) seguidas do regime EMA/CO (Etoposide, Methotrexate, Actinomicina-D, Ciclofosfamida e Oncovin). O Objetivo: é apresentar a história de uma paciente que foi tratada com esse tratamento. Identificação: B.S.N.S., 19 anos. Primípara, parda, solteira. Moradora de Nova Iguaçu – RJ. QP: Sangramento TV (transvaginal) após o parto. Parto cesáreo em 30/08/2014. Evoluiu com sangramento TV moderado, com 3 episódios de hemorragia, sendo necessário hemotransfusão. Apresenta com hiperêmese e dor abdominal. US TV “normal”, foi encaminhada para avaliar Colecistite. Em novo episódio de hemorragia TV, internada e submetida a nova US que sugeriu mola hidatiforme, sendo programada AMIU para 05/03/2015. Evoluiu com choque hemorrágico, pré-eclampsia grave, sendo tratada com hemotransfusão, sulfato de magnésio e nitroprussiato de sódio. Foi encaminhada ao CTI. Feito contato com o Centro de DTG do HUAP. Levantada a suspeita de coriocarcinoma pós-parto. hCG de 830.000 mUI/mL, e metástases uterina, cervical e pulmonar. Conduta: Sintomáticos, e iniciado esquema de baixas doses de EP (100/20 mg/m<sup>2</sup>) nos dias 1 e 2, repetidos por 2 ciclos com intervalo de 7 dias; seguido por 4 ciclos do regime EMA/CO, evoluindo para remissão. Necessário o uso de G-CSF para iniciar o regime EMA/CO, sendo repetido antes de cada ciclo. Encontra-se em quimioterapia de consolidação, recebendo o primeiro do total de 4 ciclos previstos. Relevância: . Pacientes com NTG sob alto risco de morte precoce no início da quimioterapia podem se beneficiar de indução com EP em baixas doses, previamente ao tratamento convencional. Comentários: A NTG pós-parto ainda é uma entidade obstétrica pouco conhecida e, diagnosticada tardiamente. Qualquer hemorragia genital ou ocorrência de metástase em mulher no menacme, se associada ou próximo a evento gestacional, deve levantar suspeita de NTG. Essas pacientes devem ser encaminhadas precocemente a um Centro de Referência.

**Instituição:** Hospital Universitário Antonio Pedro - Rio de Janeiro - RJ

## GESTAÇÃO GEMELAR - FETO E MOLA PARCIAL: RELATO DE CASO

**Autores:** Obeica, B.; De La Roque, M.; Braga, B.; Moraes, V.; Marcolino, L.; Swalf; N.

**Sigla:** O120

Introdução: Gestações onde coexistem mola hidatiforme e feto vivo são condições extremamente raras, variando entre 1/20.000 e 1/100.000 gestações. O diagnóstico é usualmente suspeitado pela clínica da paciente associada à ultrassonografia de primeiro trimestre. Uma vez verificada a vitabilidade fetal, é mandatória a realização de uma biópsia de vilos coriônicas para realização do cariótipo do feto – excluindo assim, anormalidades

no mesmo – que indiquem a possibilidade de mola parcial. Descrição do caso: Paciente, EGM, 26 anos, branca, casada, moradora de Vitória - ES, I Gesta 0 Para, com última menstruação em 01/08/2014, sem comorbidades prévias. Recebida no Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), onde foi internada, iniciado sulfato de magnésio e hidralazina, na tentativa de postergar a interrupção da gestação por conta da prematuridade extrema do conceito. Rotina de PE mostrando 2000 mg/ 24 horas. Após hipertensão refratária, indicada interrupção por via alta. Cesariana realizada com incisão à Pfannenstiel e histerotomia transversa sem intercorrências cirúrgicas. Retirada de conceito vivo, envolto em membranas ovulares intactas (foto B). Durante o inventário de cavidade, presença de cistos ovarianos tecalutêinicos bilateralmente (foto C). O estudo macroscópico de placenta molar evidenciou partes fetais em meio às vesículas – sugerindo diagnóstico de mola parcial do 2º gemelar (fotos D e E). Biópsia de vilos, amniocentese confirmaram a triploidia do material. Histopatológico fechou o diagnóstico de gestação gemelar com feto e mola parcial. Relevância: Paciente evoluiu com normalização dos níveis tensionais, recebendo alta hospitalar 3 dias após o ato operatório. Comentários: O diagnóstico pré-natal de gestação gemelar feto/mola deve ser baseado em achados clínicos, ultrassonográficos, laboratoriais (níveis elevados de beta-hCG) e cariótipo fetal normal. Com os centros de referência, pode-se dar continuidade ao pré-natal, de maneira apurada e vigilante, esclarecendo à paciente e seu parceiro sobre os potenciais riscos e complicações e visando a viabilidade do feto.

**Instituição:** Hospital Universitário Antonio Pedro - Rio de Janeiro - RJ

## POLIDRÂMPIO E SINAL DA DUPLA BOLHA EM FETO SEM ALTERAÇÕES NEONATAIS. RELATO DE CASO

**Autores:** Pereira, M.A.; Vazquez, I.C.; Parreira, B.A.; Drummond, C.L.; Bussamra, L.C.S.; Aldrighi, J.M.

**Sigla:** O121

Introdução: O balanço do líquido amniótico é consequência de interações complexas entre os sistemas materno e fetal. Polidrâmpio pode ser consequência de distúrbios maternos ou fetais e, na maioria dos casos, é difícil estabelecer sua causa. A obstrução intestinal deve ser suspeitada quando associada ao sinal ultrassonográfico da “dupla bolha” e deve ser considerada como possível causa da alteração do líquido amniótico. Relato de Caso: CRS, 28 anos, negra, 6G2PN3PC. Gestação sem comorbidades, salvo por tratamento para sífilis, com penicilina benzatina. Ultrassonografia de terceiro trimestre mostrava peso de 3180g (percentil 99), dilatação intestinal sugestiva

de sinal da “dupla bolha” e Índice de Líquido Amniótico (ILA): 38,8 cm (polidrâmnio acentuado). Paciente recebeu Betametasona 12mg, 2 doses. Realizado parto cesárea com 35 semanas e 5 dias, esvaziamento prévio de 3 litros de líquido claro com grumos. Recém nascido do sexo feminino, peso 3095g, Pagar 7/9. Os exames pós natais não confirmaram obstrução intestinal, observando-se resolução espontânea da dilatação das alças. Relevância: Em casos de polidrâmnio, uma investigação completa da mãe e do feto é obrigatória para excluir diversas doenças maternas e anormalidades fetais antes de se considerar causa idiopática. Deve-se investigar exames de glicemia de jejum, tipagem sanguínea e triagem sorológica para as infecções como toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes vírus. Além de seguimento ultrassonográfico com equipe especializada. Comentários: Um polidramnio acentuado associado ao sinal da dupla bolha leva à suspeita de atresia duodenal merecendo investigação de anomalias associadas ao recém nascido sendo incomum sua resolução espontânea, como observado neste caso. Apesar de a grande maioria dos casos de polidrâmnio ser de causa idiopática, seu manejo pré natal visa redução de partos pré-termo e programação do parto em centros de assistência terciária pós-natal.

**Instituição:** Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - SP

## DIAGNÓSTICO E ACOMPANHAMENTO DE PENTALOGIA DE CANTRELL

**Autores:** Billa, M.V.; Gomes, D.D.; De Jesus, G.R.R.; De Carvalho, P.R.N.; Peixoto-Filho, F.M.; Baião, A.E.R.

**Sigla:** O122

**Introdução:** A Pentalogia de Cantrell (PC) envolve 5 malformações maiores, incluindo uma anormalidade na linha média da parede abdominal superior, defeito esternal, defeito diafragmático (DD), defeito pericárdico e anomalias congênitas do coração. A etiologia da síndrome é incerta, mas a teoria mais aceita é uma alteração no desenvolvimento fetal em torno de 18-21 dias pós concepção, onde há alteração na migração das estruturas mesodérmicas primordiais da linha média. CASO: B.R.S., 28 anos, foi admitida no setor de Medicina Fetal com 27 semanas devido a defeito de fechamento torácico. Ultrassonografia (USG) identificou exteriorização completa do coração por defeito torácico anterior, ventrículo e átrio únicos e onfalocele epigástrica, sugerindo o diagnóstico de PC. O cariótipo fetal era normal (46, XY) e o ecocardiograma (ECO) fetal teve laudo de ectopia cordis (EC), ventrículo direito hipoplásico/ausente, átrio único e provável atresia tricúspide. Realizada cesariana eletiva com 38 semanas por cesárea prévia e apresentação pélvica, com recém-nascido (RN) de 3000g, apgar 8/8, sem

manobras de reanimação. Após o nascimento, angiogramografia confirmou os achados do ECO e foi evidenciado defeito do terço distal de esterno, DD anterior, ausência de pericárdio com exteriorização completa do coração e onfalocele contendo lobo hepático esquerdo. Avaliação pela cardiologia considerou a cirurgia para correção do defeito torácico inviável devido à associação com outros defeitos estruturais. RN evoluiu para óbito com 32h de vida. Relevância e Comentários: A PC tem a prevalência estimada em 5:1000000 de nascidos vivos, afetando mais os fetos masculinos (2:1). Na literatura existem pouco menos de 100 casos relatados de EC, com apenas um RN sobrevivente. A PC é considerada uma síndrome com alta taxa de mortalidade e o prognóstico depende das alterações cardíacas. O diagnóstico pré-natal geralmente é feito no início do 2º trimestre e o uso da USG 3D, da dopplervelocimetria e da ressonância magnética pode auxiliar nos casos duvidosos. O tratamento da PC consiste em cirurgia paliativa ou para correção do defeito cardíaco com correção da herniação ventral, do DD e das anomalias associadas.

**Instituição:** Instituto Fernandes Figueira - IFF/Fiocruz - Rio de Janeiro - RJ

## DISPLASIA CAMPOMÉLICA – IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO ULTRASSONOGRÁFICO DURANTE A GRAVIDEZ

**Autores:** Miranda, E.C.M.; Amadeu, R.S.A.; Filho, N.P.B.F.; Korke, H.A.

**Sigla:** O123

**Introdução:** A displasia campomélica é uma osteocondrodysplasia de herança autossômica dominante, rara e letal, caracterizada pelo desenvolvimento anormal dos ossos longos fetais. A insuficiência respiratória predomina como principal causa de óbito fetal e na maioria dos casos, a definição do diagnóstico só ocorre após o nascimento. Entretanto, é fundamental sua confirmação durante o período pré-natal, tendo o ultrassom papel fundamental. Relato do caso: JAC, 34 anos, parda, gestante, IIIIGIIP0A, com idade gestacional de 38 semanas pela data da última menstruação, feto único, vivo, cefálico, sexo feminino. Paciente deu entrada no serviço para realização de cesárea indicada devido à malformação fetal, detectada durante ultrassom morfológico de 232/7 semanas. Ele revelou feto com características sugestivas de displasia campomélica: encurvamento e redução acentuada das dimensões dos ossos longos em membros inferiores e superiores, pés pequenos e tortos, comprimento do fêmur/circunferência abdominal abaixo do normal, polidrâmnio e restrição de crescimento intrauterino. A USG de terceiro trimestre reafirmou tais alterações e revelou um tórax em sino e com circunferência reduzida. Em seus an-

tecedentes obstétricos, sua segunda gestação tratava-se de um feto com a mesma doença, nascido de parto cesárea, pré-termo e que veio a óbito com 12 horas de vida. Entretanto, nega ter recebido aconselhamento genético acerca do planejamento familiar. Discussão: Ao nascer, as características fetais puderam ser melhor analisadas e pode-se afirmar que os diagnósticos ultrassonográficos realizados durante a gestação eram coerentes. Isso nos leva a enaltecer a importância deste exame durante a rotina de pré-natal. A família já havia sido informada a respeito da condição do recém-nascido antes mesmo de seu nascimento e tanto a conduta obstétrica posterior quanto os cuidados pós-natais puderam ser planejados. Conclusão: Os progressos na ultrassonografia têm contribuído na detecção de fetos com anomalias estruturais. Fica evidente sua importância como parte dos exames da rotina do pré-natal.

**Instituição:** Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Sorocaba - PUCSP - Sorocaba - SP

## MOLA HIDATIFORME COM ECLÂMPSIA PÓS-ESVAZIAMENTO UTERINO: UM RELATO DE CASO

**Autores:** Junqueira, I.C.F.; Araujo, J.M.; Gigghi, R.S.S.F.; Junior, J.B.R.C.; Silva, M.L.P.; Saidah, T.K.

**Sigla:** O124

**Introdução:** A mola hidatiforme (MH) faz parte do grupo de doenças trofoblásticas gestacionais (DTG) e sua clínica inclui sangramento vaginal, útero aumentado para a idade gestacional (IG), hiperêmese gravídica, cistos teca-luteínicos de ovário e toxemia. A eclâmpsia nesse contexto é causada pela intensa hiperplasia trofoblástica e é fator de risco para malignização da DTG. Relato de caso: N.S.M.S, 15 anos, atendida na Santa Casa de Misericórdia de Anápolis-GO queixando intenso sangramento vaginal há um dia, dor em baixo ventre e vômitos. Data da última menstruação em 09/12/14, com IG de 17 semanas e 1 dia. Sem histórico de hipertensão arterial ou outras comorbidades. Ao exame, regular estado geral, hipocorada, sonolenta. Pressão Arterial (PA) 120x80mmHg e altura de fundo uterino de 23cm. Ultrassonografia (USG) com ausência de embrião sugerindo MH completa. Exame revelou beta-HCG de 283.000mUI/mL. No 2º dia de internação hospitalar (DIH), paciente com PA de 130x90mmHg e beta-HCG 189.600mUI/mL, foi submetida a curetagem, com retirada de material amorfo em forma de vesículas e anatomopatológico foi compatível com MH completa. Houve sangramento excessivo e necessidade de transfusão sanguínea. No 3º DIH, PA elevou-se para 190x80mmHg e ocorreram 4 crises convulsivas, tratadas com sulfato de magnésio a 50%. A rotina de doença hipertensiva específica da gestação mostrou

alterações em plaquetas ( $72.000/\text{mm}^3$ ) e DHL (911U/L). Após tratamento, paciente evoluiu com controle da PA, sem novas convulsões e com beta-HCG 31.560mUI/mL. Nova USG revelou endométrio ecogênico com 6mm de espessura e ovários com múltiplos cistos. Recebeu alta no 14º DIH, com exames normais e solicitação de novo beta-HCG para acompanhamento ambulatorial. Relevância: A associação destas duas condições é raro. Em uma revisão da literatura dos últimos 10 anos por Maestá, et al, foram relatados apenas 4 casos de DTG com eclâmpsia. Comentários: Esta paciente apresentou diversos fatores de alto risco para malignização, como eclâmpsia, altos níveis de beta-HCG, útero aumentado para a IG e a presença de cistos ovarianos, o que tornou fundamental o esvaziamento uterino precoce seguido de rigoroso acompanhamento ambulatorial.

**Instituição:** UniEvangélica - Anápolis - GO

## CORIOCARCINOMA: RELATO DE CASO

**Autores:** JGuaitolini, P.C.B.; Lima, M.S.; Forte, K.P.P.; Araújo, R.H.; Pereira, R.C.; Santos, C.C.M.

**Sigla:** O125

**Introdução:** Doença trofoblástica gestacional (DTG) é uma desordem ocorrida na gestação, causada por proliferação anormal do trofoblasto. Manifesta-se com formas benignas (mola hidatiforme - MH) e malignas (neoplasia trofoblástica gestacional - mola invasiva, tumor trofoblástico de sítio placentário, tumor trofoblástico epitelióide e coriocarcinoma). O coriocarcinoma é agressivo e altamente metastático; sua incidência é baixa e 50% dos casos ocorrem após MH, 25% após gravidez normal e 25% após aborto espontâneo ou gravidez ectópica. A maior incidência de DTG está entre 21-30 anos; e o risco relativo de malignização eleva-se a partir dos 35 anos. A apresentação clínica é variável, em geral útero aumentado para a idade gestacional, sangramento vaginal, sintomas respiratórios devido metástases pulmonares e sintomas gastrointestinais. Descrição do caso: JFLV, 23 anos, branca, GIVPIIIAI, parto a termo 1 ano antes seguido de ciclos irregulares. Apresentou em novembro de 2014 quadro de sangramento vaginal, tosse com expectoração hemoptoica e perda ponderal. Iniciado tratamento para pneumonia, sem sucesso. Ultrassonografia transvaginal evidenciando endométrio espessado e heterogêneo. Gonadotrofina coriônica humana fração beta (b-hCG) 50.242,5 mUI/ml. Outros exames realizados: TC de tórax: múltiplas lesões nodulares que sugerem implantes secundários. Histeroscopia cirúrgica: endométrio heterogêneo de aspecto tumoral. Laudo histopatológico: coriocarcinoma. Paciente com coriocarcinoma metastático estágio 3, tratada com quimioterapia e b-hCG negatizado em 10 sema-

nas. Relevância: Até 1969, o coriocarcinoma metastático apresentava uma mortalidade elevada, enquanto nos dias atuais a taxa de cura é de 90% dos casos, geralmente mantendo a função reprodutiva. Essa mudança só passou a ocorrer devido diagnóstico precoce feito com a utilização da b-hCG e exames de imagem para avaliação da presença de metástases e estadiamento, além de quimioterapia eficaz. Comentários: A dosagem da b-hCG associada a exames de imagem e biópsia histoscópica foram fundamentais no diagnóstico e estadiamento neste caso de coriocarcinoma, uma complicação obstétrica grave e incomum após gestação a termo.

**Instituição:** Hospital Maternidade São José - Colatina - ES

## DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL DE TERATOMA DE OROFARINGE FETAL (EPIGNATHUS) E CIRURGIA PÓS-PARTO

**Autores:** Gomes, D.D.; Billa, M.V.; De Jesus, G.R.; De Carvalho, P.R.N.; Peixoto-Filho, F.M.; Baião, A.E.R.

**Sigla:** O126

O epignathus consiste numa forma de teratoma. Acredita-se que são lesões que surgiram de células pluripotentes na região da bolsa de Rathke do embrião. O diagnóstico pode ser feito durante o pré-natal por meio da ultrassonografia (USG), porém a ressonância magnética e a tomografia computadorizada (TC) permitem melhor avaliação do tumor. A.F.M, 24 anos, realizou USG com 34 semanas que evidenciou polidramnia e tumoração de conteúdo líquido que exteriorizava-se pela boca do feto medindo 38x31x51 cm e 33 cm<sup>3</sup>, sugerindo epignathus. Interrupção da gestação por cesariana eletiva com 38 semanas. Recém-nascido (RN) apresentava tumoração de 10 cm se exteriorizando pela boca e foi intubado devido à grande dimensão tumoral. TC: imagem sugestiva de teratoma orofaríngeo com 12x 10,3x 7,1 cm, e presença de regiões ossificadas, cistos e regiões gordurosas. Não identificada parótida à esquerda, havia assimetria dos condutos auditivos externos e sinais de subluxação lateral do côndilo mandibular esquerdo. No 3º dia de vida, RN realizou cirurgia de exérese total do teratoma. Extubação no 6º dia após cirurgia e alta no 15º dia de vida em boas condições. Laudo histopatológico: tumor polipóide pediculado, pesando 290g, com 12,5x 8,5x 6,0 cm e pedículo de 2,5x 2,0cm, compatível com teratoma maduro, predominantemente sólido, da orofaringe. Teratoma orofaríngeo ou epignathus é o tipo mais raro de teratoma, compreendendo 2% dos teratomas fetais. Incidência varia de 1:35.000 a 1:200.000 nascidos vivos, sendo mais comum no sexo feminino (3:1). É necessário o planejamento do parto com equipe multidisciplinar, a fim de obter um imediato suporte respiratório neonatal

com subsequente excisão do tumor. Via de parto preferencial é a cesariana. Trabalhos recentes sugerem que o cordão umbilical não seja ligado de imediato, mantendo-se a circulação feto-placentária para que seja realizada a intubação orotraqueal e, se não houver sucesso, realizar traqueostomia para garantir as vias aéreas do bebê. O prognóstico dependerá do tamanho e localização da lesão, da velocidade de crescimento desta, envolvimento de estruturas intracranianas e da ressecção adequada do tumor com equipe multidisciplinar.

**Instituição:** Instituto Fernandes Figueira - Rio de Janeiro - RJ

## CIRURGIA FETAL "A CÉU ABERTO" EM MALFORMAÇÕES DO SISTEMA RESPIRATÓRIO

**Autores:** Moron, A.F.; Milani, H.J.F.; Barbosa, M.M.; Lazar, M.C.S.; Amaro, E.; Fernandez, P.M.

**Sigla:** O127

Introdução: a ultrassonografia pré-natal permite o diagnóstico de malformações do sistema respiratório fetal. Apesar do avanço diagnóstico, muitos fetos com malformações torácicas evoluem para óbito, que ocorre devido a grandes massas que comprimem estruturas mediastinais e à hidropsia. A possibilidade de tratamento intra-uterino em situações de prematuridade extrema e ameaçadoras à vida fetal é opção terapêutica a ser considerada em casos selecionados. Descrevemos um caso de malformação adenomatóide cística (MAC) tipo III com hidropsia, e um caso de atresia de traquéia (CHAOS síndrome), em que a cirurgia fetal "a céu aberto" foi fundamental para mudança da história natural da doença. Caso 1: primigesta, 28 anos, sem comorbidades. Ultrassom morfológico 2º trimestre com massa ecogênica em hemitórax esquerdo (MAC III) com dextroposição cardíaca. Apesar da terapia medicamentosa, evoluiu com 25 semanas com aumento da massa pulmonar e hidropsia. Devido prematuridade extrema e risco de óbito fetal, após avaliação multidisciplinar e consentimento do casal, com 26 semanas realizado cirurgia "a céu aberto" com toracotomia fetal e retirada da lesão. Controles ultrassonográficos pós-cirúrgicos: ausência da massa pulmonar, coração em posição anatômica habitual e regressão da hidropsia. Parto com 33 semanas, 2300 g, Apgar 9/10. Seguimento pós-natal com 1 ano de vida normal. Caso 2: tercigesta, primípara, 26 anos, sem comorbidades. US morfológico do 2º trimestre com pulmões ecogênicos, compressão de estruturas mediastinais e dilatação proximal da traquéia (atresia de traquéia) com hidropsia. Devido prematuridade extrema e risco de óbito fetal, após avaliação multidisciplinar e consentimento do casal, com 26 semanas realizado cirurgia "a céu aberto" com tra-

questomia fetal. Controles ultrassonográficos pós-cirúrgicos: ecogenicidade pulmonar normal e regressão da hidropsia. Parto com 32 semanas, 1740 g, Apgar 8/9. Seguimento pós-natal com 5 meses de vida normal. Conclusão: a cirurgia fetal "a céu aberto" consiste em alternativa terapêutica em casos selecionados de malformações do sistema respiratório, em situações de prematuridade extrema e ameaçadoras à vida fetal.

**Instituição:** Centro Paulista de Medicina Fetal / Hospital e Maternidade Santa Joana - São Paulo - SP

## GESTÃO ECTÓPICA ABDOMINAL: RELATO DE CASO

**Autores:** Gandolpho, A.C.; Maia, N.L.; Fernandes, K.G.; Saragiotto, L.; Carvalho, A.A.

**Sigla:** O128

Gestação abdominal com feto vivo é rara e cursa com elevada morbimortalidade materna e perinatal. Primigesta, 30 anos, com 24 semanas de gestação, procurou o HUFMJ por dor em hipogástrio, exame clínico normal, realizado USG: útero em anteverso flexão, sem gestação, presença de feto vivo em cavidade abdominal e massa placentária em porção cranial em relação ao feto. Paciente internada comunicado à mesma e seus familiares da gravidade e prognóstico da gestação. Realizada RNM: Presença de feto em cavidade abdominal. Placenta abdominal com comprometimento do mesentério e alças do delgado, dilatação dos vasos mesentéricos ao longo do segmento mesentérico comprometido, feto: com redução volumétrica pulmonar simétrica e bilateral. Paciente submetida à laparotomia, sob anestesia geral, realizada incisão mediana infraumbilical, inventário da cavidade: observamos pé fetal em quadrante superior esquerdo do campo operatório, presença de moderada quantidade de sangue na cavidade, ausência de bolsa amniótica ou de líquido livre. Realizada extração fetal pelo polo pélvico, sem dificuldades. RN vivo, feminino, peso 2775g, Apgar 1/6/7, Capurro 35 semanas e 6 dias, sem malformações aparentes, observada massa placentária de grande volume, visualizada somente face fetal, aderida sobre mesentério, ao ceco e ao apêndice cecal, observada ainda inserção completa no ligamento largo direito, exérese da massa placentária, juntamente com anexos direitos. Realizada lise de aderências com facilidade entre massa placentária e apêndice, realizada apendicectomia. Paciente evoluiu com hipotensão na UTI sendo necessário uso de droga vasoativa, após evoluiu sem intercorrências recebendo alta no 5º pós-operatório. O RN evoluiu a óbito no 7º dia de vida por insuficiência respiratória secundária a pneumotórax bilateral, hipoplasia pulmonar e choque séptico. Desta forma, ressalta-se a importância de se diagnosticar a gestação ectópica ab-

dominal precocemente, além da importância do manejo clínico do binômio materno fetal até a resolução da gestação. No caso relatado obtivemos desfecho favorável, uma vez que a paciente encontra-se saudável sem sequelas um ano após o término da gestação.

**Instituição:** Hospital Universitário da Faculdade de Medicina de Jundiá - HUFMJ - Jundiá - SP

## ESTEATOSE HEPÁTICA DA GESTÃO - UMA CONDIÇÃO RARA E GRAVE

**Autores:** Waldow, C.; Sousa, L.S.; Favorette Campanharo, F.; Sun, S.Y.; Mattar, R.; Moron, A.F.

**Sigla:** O129

A Esteatose Hepática da Gestação (EHG) é uma condição rara, com elevada morbimortalidade e mais frequente no 3º trimestre. A patogênese ainda é desconhecida. O diagnóstico deve ser precoce, pois o tratamento é a resolução da gestação. Porém realizá-lo não é tão simples, já que os achados clínicos e laboratoriais se sobrepõem com outras doenças. O quadro clínico clássico é a presença de icterícia grave, coagulopatia, encefalopatia, ascite, hipoglicemia e eritrócitos em níveis e morfologia. A paciente costuma evoluir com algum grau de insuficiência hepática e renal, com recuperação gradativa após o parto. O atendimento em um serviço terciário com suporte de diversas especialidades e UTI é fundamental. F.M.S, 26 anos, gestante de 33 semanas e 1 dia, procurou o Hospital São Paulo por febre, mialgia e pirose há uma semana, além de vômito no dia anterior. Ao exame apresentava-se levemente hipocorada e desidratada, normotensa, afebril e com edema até altura dos joelhos. Após realizar diversos exames, foi identificado leucocitose leve, elevação de: proteína C reativa, bilirrubina direta, transaminases, fosfatase alcalina, creatinina e uréia e RNI alargado. Foi internada e iniciado investigação para hepatites virais, HIV, colestase, dengue, leptospirose, toxoplasmose e EHG. No ultrassom de abdome identificou-se pequena dilatação de vias biliares intra-hepáticas. Optado por cesareana após três dias de internação por insuficiência renal aguda e hepática. Recebeu a infusão de plasma, crioprecipitado e hemoconcentrados para estabilização da coagulopatia e encaminhada para o centro de terapia intensiva (UTI). Na UTI evoluiu nos primeiros dias com piora dos parâmetros laboratoriais e iniciou logo após com melhora gradativa. Foram descartadas doenças infecciosas e diante de todo quadro definiu-se como diagnóstico EHG. O atendimento compartilhado com diversas especialidades e sua grande atenção foram essenciais para a boa recuperação da paciente. Apesar da presença de sinais infecciosos, deve-se sempre estar atento quando há suspeita de EHG para o tratamento não ser tardio e assim reduzir ao máximo os riscos maternos e fetais.

**Instituição:** São Paulo - SP

## **TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MACIÇO BILATERAL EM PACIENTE NO PUERPERIO: RELATO DE CASO**

**Autores:** Barros, C.G.; Fabricio, T.N.B.D.; Araújo, C.F.D.; Fonseca, F.M.C.; Lima, P.S.O.S.R.; Torres, L.Q.

**Sigla:** O130

Introdução: A ocorrência da embolia pulmonar (EP) se dar por consequência de um trombo originado no sistema venoso profundo, que se desprende e, atravessando as cavidades direitas do coração, obstrui a artéria pulmonar ou um de seus ramos. A incidência da EP na gestação e no puerpério é relativamente incomum, e sua prevalência é praticamente a mesma antes e após o parto, acometendo 1 a cada 7000 gestações. Porém, quando ocorre após o parto o índice de mortalidade torna-se mais alto. Descrição: JAS, 28 anos, parda, agricultora, solteira, procedente de Nova Cruz-RN. GII PII A0. Admitida no 11º DPO de cesárea, realizada em outro serviço, com história de taquipneia, taquicardia e hipotensão, FR: 28irpm, FC: 120bpm, PA: 90x60mmHg, ACV: sem alterações. MMII: sem alterações Realizou angiotomografia que evidenciou tromboembolismo pulmonar (TEP) maciço bilateral. Ecocardiograma transtorácico (ECO TT) mostrando trombo móvel de grande extensão no interior do átrio e ventrículo direitos. Trombo ao nível da bifurcação do tronco pulmonar e seus ramos, esquerdo e direito. Insuficiência tricúspide moderada. Insuficiência aórtica discreta. Ventrículo direito com assincronia septal, hipocinesia e disfunção de grau discreto. Hipertensão arterial pulmonar de grau importante. Foi realizado administração de Alteplase, Enoxaparina sódica por 5 dias e Varfarina até o ajuste do INR. Realizou novo ECO TT dois dias após mostrando Insuficiência tricúspide e aórtica discretas. Não foram identificados trombos intracavitários. Recebeu alta com dose de Varfarina 2,5 mg em dias alternados, mantendo INR entre 2 e 3 e sem queixas. Relevância: E Comentários: O risco de desenvolver fenômenos tromboembólicos aumenta na gestação e puerpério pelo estado de hipercoagulabilidade específica desse período. Estima-se que a ocorrência de embolia pulmonar seja mais frequente nas 6 semanas após o parto. A paciente apresentou quadro típico de TEP e teve o puerpério e a cesariana como principais fatores de risco. Atualmente a ocorrência da doença tromboembólica vem diminuindo com o estímulo a deambulação precoce.

**Instituição:** Maternidade Escola Januário Cicco - UFRN - Natal - RN

## **ASSISTÊNCIA MULTIDISCIPLINAR DE QUEIMADURA GRAVE NA GESTAÇÃO EM HOSPITAL ESCOLA DA FACULDADE DE MEDICINA SÃO CAMILO – HOSPITAL GERAL DE CARAPICUÍBA**

**Autores:** Bretz, P.R.; Souza, D.T.; Valente, V.; Fanton, N.U.A.C.; Gregolini, M.B.; Torossian, A.

**Sigla:** O131

A queimadura na gestação é um evento raro e, em casos graves, apresenta prognóstico fetal sombrio. O trabalho de parto prematuro nas proximidades do evento, culminando frequentemente em óbito fetal, é decorrente da hipovolemia, lesão pulmonar, sepse e o estado intensamente catabólico. O tratamento e as consequências maternas em virtude de lesão térmica não se alteram em relação as não grávidas. A sobrevida materna e fetal varia de acordo com o percentual de área superficial queimada; tornando-se significativa quando alcança ou ultrapassa 50%. L.M.X. 31 anos, quartigesta, tercípara, gestante de 35 semanas e 3 dias, sem pré-natal, vítima de queimadura de 2º grau em face e região anterior de tórax, acometendo aproximadamente 20 % de superfície corpórea. Ao exame físico na admissão: regular estado geral, edema peri orbitário importante e queimadura de 2º grau em toda face. Tórax: queimadura de 2º grau em região anterior. Batimento cardíaco fetal de 146 bpm, dinâmica uterina ausente. Realizado procedimento de ATLS visando integridade física materna e após estabilização identificando se gestação a termo, optado por cesariana no 2º dia de internação hospitalar. Apgar no 1º minuto de 2 e 5º minuto de 4 e o peso ao nascimento 4120g. A queimadura na gestação é um evento raro e dúbio em relação a assistência multidisciplinar. Após queimaduras abdominais sérias pode se tornar necessário a descompressão cirúrgica ou o auto enxerto de pele. Em trabalhos descritos a sobrevida materna e fetal mantem um paralelismo com a superfície acometida. Sendo que em 20% de acometimento materno, como no caso descrito, a taxa de óbito fetal é de aproximadamente 25%. Obteve-se um resultado perinatal satisfatório no caso acima descrito. A extensão do tecido abdominal devido a gravidez pode constituir excelente fonte para enxertos cutâneos.

**Instituição:** Hospital Geral de Carapicuíba - Carapicuíba - SP

## **GESTAÇÃO ECTÓPICA INTEGRA EM FETO DE 11 SEMANAS E 3 DIAS EM PACIENTE ASSINTOMÁTICA**

**Autores:** Requeijo, M.J.R.; Penoni, K.Z.; Bunduki, V.; Francisco, R.P.V.

**Sigla:** O132

**Introdução:** e **Descrição:** Paciente de 26 anos, G3PN2A0, com idade gestacional de 11 semanas e 4 dias pela data da última gestação, assintomática, vem para realização da primeira ultrassonografia da gestação. Ao exame realizado por via endovaginal observa-se útero aumentado com volume de 163,3 cm<sup>3</sup>, com endométrio espessado (9,0 mm) apresentando em seu interior líquido livre de ecotextura heterogênea e não sendo visibilizado saco gestacional. Em avaliação anexial, observou-se junto ao ovário direito a presença de saco gestacional íntegro medindo 5,6 x 2,7 x 3,0 cm em cujo interior visibilizou-se feto com CCN de 46,0 mm, com movimentação ativa e batimento cardíaco de 171 BPM. A conclusão foi de gestação ectópica íntegra de 11 semanas e 3 dias. **Relevância:** O diagnóstico de gestação ectópica íntegra no final do primeiro trimestre não é o achado habitual dos casos de gestação ectópica, principalmente em casos de paciente assintomática. **Comentários:** O diagnóstico não invasivo da gravidez ectópica deve ser realizado precocemente, antes que ocorra a sua ruptura. Com relação a seu diagnóstico ultrassonográfico, geralmente as imagens observadas ao exame são a presença de halo ou anel tubário em região anexial, a presença de massa complexa anexial com fluxo periférico ao Doppler, a presença de líquido livre em fundo de saco uterino sugerindo hemoperitônio nos casos em que se encontra rota, a presença de pseudo-saco gestacional intra-uterino ou a presença de saco gestacional ectópico com visibilização de embrião. A presença do saco gestacional já com presença de feto em topografia ectópica não é o achado habitual observado nestes casos. A paciente assintomática com gestação ectópica íntegra no final do primeiro trimestre é um evento incomum, pois geralmente pelos quadros de dor e/ou sangramento, a paciente tende a ter o diagnóstico realizado mais precocemente. Com relação a seu diagnóstico diferencial em casos de gestação avançada, deve-se atentar para a possibilidade da gestação tópica em útero bicornado ou Didelfo simulando uma gestação ectópica.

**Instituição:** Faculdade de Medicina de Itajubá - Itajubá - MG

## PLACENTA PERCRETA FUNDICA, CULMINANDO COM ROTURA UTERINA EM PRIMIGESTA ATENDIDA NO HOSPITAL GERAL DE CARAPICUIBA

**Autores:** Junior, M.A.C.; Bretz, P.R.; Ferreira, M.M.; Mota, T.T.; Valente, T.; Antunes, D.R.V.

**Sigla:** O133

O acretismo placentário é uma patologia não muito frequente, afetando cerca de 1 a cada 2.500 partos e ocorre quando a placenta se fixa de forma anormal ao útero.

Classificada como acreta (quando está inserida profundamente na decídua - camada interna do útero), increta (quando chega a musculatura uterina) ou percreta (quando ultrapassa a musculatura uterina podendo invadir até órgãos adjacentes, como a bexiga). O principal fator de risco é a placenta prévia, sendo que 10% delas possuem algum grau de acretismo. Outros fatores de risco incluem a presença de cicatriz uterina prévia (cesárea) e curetagem uterina prévia. A hemorragia intensa é a principal complicação do acretismo placentário, tendo como outras causas rotura uterina, morte perinatal e morte materna. A.C.T.A, 28 anos, nuligesta, 28 semanas de gestação internada com diagnóstico de rotura prematura de membranas ovulares pré termo. Iniciado antibioticoterapia profilática e corticoterapia. No 8º dia de internação apresentou dor abdominal aguda intensa, taquicardia, hipotensão e rebaixamento do nível de consciência; ao exame obstétrico, apresentava tônus uterino aumentado e ausência de batimento cardíaco fetal. Diagnosticada com descolamento prematuro de placenta. Encaminhada imediatamente ao centro cirúrgico para realização de parto cesárea. No intra operatório notou-se grande quantidade de sangue intra abdominal e rotura uterina completa em fundo uterino, local de inserção placentária. Inventário da cavidade: A placenta em sua inserção invadia todas as camadas uterinas se exteriorizava para a cavidade, sugestivo de placenta percreta. Submetida a parto cesáreo segmentar com retirada de natimorto. Submetida a histerectomia subtotal abdominal para contenção de sangramento. Anatomopatológico: útero de involução gravídica com placenta acreta em posição fundica. A raridade do caso baseia-se no fato do acretismo placentário apresentar inserção fúndica em primigesta sem cirurgia prévia e evoluir para rotura uterina. A preservação da vitalidade materna só foi possível devido abordagem emergencial considerando a instabilidade hemodinâmica, por provável foco abdominal.

**Instituição:** Hospital Geral de Carapicuíba - Carapicuíba - SP

## GRAVIDEZ ESPONTÂNEA APÓS MÚLTIPLAS GRAVIDEZ ECTÓPICAS

**Autores:** Abrão, F.; Martins, G.R.F.; Toda, C.B.; Arruda, L.M.; Martins, A.P.D.; Dias, D.S.

**Sigla:** O134

**Introdução:** A gravidez ectópica é uma das causas de morbimortalidade no 1º trimestre e uma das causas mais frequentes de dor abdominal aguda, com incidência 2% a 4% e após 35 anos a taxa de mortalidade é de 9% a 20%. Acomete tubas uterinas em 95%, ovários e cavidade abdominal em 5%. Fatores de risco são: gravidez ectópica prévia, história de cirurgia tubária, idade avançada,

salpingite, doenças sexualmente transmissíveis, dispositivo intrauterino e outros. Com gravidez ectópica prévia, a recorrência é de 10% e após duas ou mais, 25%. O quadro clínico mais comum é dor abdominal. Os tratamentos podem ser cirúrgico, expectante ou medicamentoso. O diagnóstico mais precoce possibilitou o tratamento medicamentoso com Metotrexate. Relato do caso: Paciente, 35 anos, nulipara, sem história prévia de doença inflamatória pélvica, ausência de cirurgia prévia e sem uso contraceptivo, com exames normais de hormônios, ultrassom vaginal, vídeo histeroscopia e histerossalpingografia. Realizou cross-match confirmando a ausência de anticorpos maternos contra antígenos paternos. Iniciou tratamento de imunização com linfócitos paternos e após três meses de tratamento apresentou atraso menstrual, beta hcg positivo, dor abdominal e sangramento vaginal na ultrassonografia transvaginal com imagem nodular sólida em ovário esquerdo. Interrompeu-se a gestação com Metotrexate. Após três meses fez uso de citrato de clomifeno e apresentou uma nova gravidez ectópica no ultrassom vaginal, evidenciando imagem ovalar em região anexial direita, interrompida com Metotrexate. Após três meses, apresentou nova gravidez ectópica com imagem no ultrassom vaginal em ovário esquerdo. Realizou-se duas doses de Metotrexate para a normalização do beta-hcg. Após três meses apresentou uma gravidez tópica com boa evolução. Conclusão: Gravidez ectópica não tratada prontamente, pode evoluir para choque hemorrágico; os exames de ultrassonografia transvaginal, beta-hcg permitiram um diagnóstico precoce com menor morbimortalidade, baixo custo e melhor futuro reprodutivo. No relato de caso, notamos que múltiplas gravidez ectópicas são fatores de risco importantes porém, não impedem a gravidez tópica.

**Instituição:** Hospital Beneficente UNIMAR - Marília - SP

## LUTEOMA GRAVIDARUM: DIAGNÓSTICO E CONDUTA NA GRAVIDEZ

**Autores:** Ranciaro, B.H.; Carvalho, K.B.S.; Tayfour, N.M.; Lippi, U.G.; Silva, H.F.; Rodrigues, C.T.J.

**Sigla:** O135

**Introdução:** O "luteoma gravidarum" é uma lesão benigna do ovário, rara, hormônio-dependente, semelhante a um tumor ovariano. Sua origem não é certa, mas parece estar relacionada à proliferação acentuada das células do estroma ovariano em resposta ao estímulo pela gonadotrofina coriônica humana. Com frequência é descoberto acidentalmente no momento da cesárea ou da ligadura tubárea e geralmente se resolve completamente até 3 meses após o parto. Relato de Caso. Paciente 38 anos, secundigesta, 32 semanas de idade gestacional, assin-

tomática, sem sinais de virilização. Em ultrassonografia obstétrica de rotina foi visualizado tumor anexial à esquerda de 153 x 113 x 108,2 mm, cístico, de contorno regular, com área sólida de 49,6 x 53,2 mm, vascularizado. Realizados dosagem de marcadores tumorais, negativos, e ressonância magnética de abdome total, que visualizou massa sólido-cística ovariana esquerda de 16cm, com mínima quantidade de líquido a redor da mesma. Evoluiu com trabalho de parto prematuro e nascimento de RN do sexo feminino, Apgar 8/9, peso 2500g, sem sinais de virilização. Realizada laparotomia exploradora 5 dias após o parto normal. No intraoperatório identificou-se tumor sólido em ovário esquerdo de 20 cm, sendo realizada salpingooforectomia E + omentectomia. Apresentou boa evolução no pós-operatório e resultado anatomo-patológico definitivo de luteoma gravídico. Relevância: O "luteoma gravidarum" é um desafio no diagnóstico e no manejo, visto que mimetiza tumores ovarianos malignos e se manifesta radiologicamente como tumor sólido com áreas de degeneração hemorrágica. Em alguns casos, o diagnóstico preciso não é possível, sendo necessária intervenção cirúrgica para afastar malignidade. Dessa forma, maior conhecimento acerca da patologia se faz necessário para evitar procedimentos e riscos desnecessários. Comentários: O luteoma gravidarum representa uma resposta fisiológica durante a gravidez, geralmente com resolução espontânea no pós-parto. Com o incremento da utilização de exames de imagens durante a gestação é esperado um aumento no seu diagnóstico. Portanto, este deve ser considerado parte do diagnóstico diferencial de massas ovarianas na gravidez.

**Instituição:** Hospital do Servidor Público Estadual - Francisco Morato de Oliveira - São Paulo - SP

## MOLÉSTIA DE VON WILLEBRAND E GESTAÇÃO

**Autores:** Sanchez, N.R.; Giampietro, M.M.; Pretti, P.I.A.; Tarozzo, K.A.; Cesar, C.M.P.C.S.; Watanabe, E.K.

**Sigla:** O136

A doença de von Willebrand é causada pela deficiência qualitativa ou quantitativa do fator de von Willebrand (fvW), importante para a hemostasia. É uma patologia autossômica dominante, com penetrância variável e diferentes apresentações clínicas, sendo o sangramento mucocutâneo o mais comum, principalmente epistaxe e menorragia. Sua prevalência varia de 0,6% a 1,3% na população geral, a incidência na gestação é de 1:4000 partos nos Estados Unidos. O fvW é uma glicoproteína que atua como ponte entre as plaquetas e o endotélio, além de preservar o fator VIII na circulação. A doença é classificada em três tipos: o tipo I, mais comum, caracteriza-se pela deficiência parcial ou quantitativa do fator; o tipo II por defeito qualitativo do fator, o tipo III, de maior

gravidade, cursa com ausência do fator e tem comportamento clínico compatível com a hemofilia A. Nas gestantes com a doença observa-se risco aumentado de sangramento, principalmente no pós parto. Relatamos caso de E.C.R.F., 33 anos, com dvW tipo I desde os 27 anos, em acompanhamento com hematologista. Primigesta, foi internada com ameaça de abortamento com 2 meses, recebeu 2 unidades (U) do fvW. Pré-natal com uso de sulfato ferroso e ácido fólico, desenvolveu diabetes gestacional, controlado com dieta. Internada com 40 semanas para indução de parto, com coagulograma normal. Foi submetida à cesárea por falha de indução, com raqui-anestesia. Recém nascido pesou 4000g, Apgar 5/7 no 1º/5º minutos. Sob orientação da equipe de hematologia foram transfundidos profilaticamente 4U do fvW via intravenosa no intraoperatório, 1U de 12/12h até o 4º dia de puerpério e 2 U no 7º dia. Durante a gestação a partir do 1º trimestre ocorre aumento da maioria dos fatores de coagulação, dentre eles o fvW, com níveis acima de 50U/dl, favorecendo o controle da doença neste período. Após 7-14 dias pós-parto há o retorno dos níveis séricos dos fatores de coagulação aos pré-gestacionais, aumentando o risco de sangramento tardio (ocorre em 20-30%). Compartilhamos este caso com resolução satisfatória, decorrente dos cuidados intraparto e pós-parto, prevenindo complicações hemorrágicas.

**Instituição:** Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUCSP - Sorocaba

## DESCOLAMENTO PREMATURA DE PLACENTA EM MENINA DE 12 ANOS : RELATO DE CASO

**Autores:** Pinheiro, G.M.P.; Hime, L.F.C.C.; Martins, A.L.M.M.; Tachibana, A.Y.T.; Barros, E.A.B.; Zanzarine, D.R.Z.

**Sigla:** O137

**Introdução:** : O descolamento prematuro da placenta (DPP) caracteriza-se pela separação da placenta implantada no corpo do útero em gestação de 20 ou mais semanas completas. Sua incidência é de 1:100 nascimentos. O diagnóstico é clínico e caracteriza-se por dor abdominal repentina e intensa, sangramento e hipertonia uterina. Os fatores de risco para o DPP incluem hipertensão arterial sistêmica crônica, idade materna avançada, multiparidade e uso de cocaína. É complicação obstétrica com elevado potencial de morbimortalidade materna e fetal. Os riscos maternos com potencial letalidade são perda sanguínea excessiva, coagulação intravascular disseminada (CIVD) e insuficiência renal. Relevância: O relato de caso refere-se a um quadro de descolamento prematuro de placenta em jovem de 12 anos, sem fatores de risco conhecidos para a doença, cuja evolução apresentou complicações graves e divergentes daquelas descritas pela literatura como sendo as mais frequentes. Relato

de Caso : B.G.S., 12 anos, branca, natural e procedente da cidade de São Paulo, G1 com 27 3/7, deu entrada no Hospital do Grajaú com dor em hipogastro de moderada intensidade em cólica, iniciada há 1 hora, sem fatores desencadeantes, com discreto sangramento. Hipocorada 2+/4+, hipotensa, BCF 150, DU presente; tônus normal, MF presente; ao toque colo médio, medianizado, pérvio para 3 cm, feto em apresentação cefálica, bolsa íntegra; ao especular apresentava sangramento de pequena monta pelo colo; amnioscopia com líquido claro; sendo internada para tocólise e corticoterapia. Após internação houve aumento do sangramento e do tônus uterino, sendo indicada cesárea, por suspeita de DPP. Anatomopatológico evidenciou anomalia vascular do cordão umbilical com artéria umbilical única e placenta com área de descolamento superior a 50%. No dia seguinte ao parto, paciente evoluiu com quadro grave de tromboembolismo pulmonar, e com CIVD, sendo encaminhada a UTI. Depois de 15 dias recebeu alta hospitalar em bom estado geral. Comentário: Casos de DPP podem acometer jovens parturientes mesmo sem fatores desencadeantes. A clínica deve ser valorizada e seu desfecho é favorável dependendo do momento de intervenção.

**Instituição:** FMUNISA E HGG - São Paulo - SP

## ÚTERO DE COUVELAIRE: RELATO DE CASO

**Autores:** Pissetti, V.C.; Maçaneiro, A.P.; Rojas, P.F.B.; Nunes, R.D.

**Sigla:** O138

Apoplexia uteroplacentária ou útero de Couvelaire é uma complicação de formas graves de descolamento prematuro de placenta, caracterizada pelo extravasamento de grandes quantidades de sangue de origem placentária na decídua basal, miométrio, porções laterais do útero e ocasionalmente chegando à cavidade peritoneal. Seu diagnóstico reflete não só a gravidade da situação emergencial que o causou, como também, sua morbidade. Neste relato ressalta-se não apenas a raridade do útero de Couvelaire, mas sim a gravidade com que se apresenta associado à escassa sintomatologia. Paciente de 28 anos, idade gestacional de 36 semanas e 2 dias, G3Pn1C1 e pré-natal sem intercorrências, foi admitida na emergência obstétrica com sintomas incaracterísticos e de leve intensidade. Enquanto aguardava na sala de medicação apresenta episódio de dor em baixo ventre de moderada intensidade e quadro de sangramento vaginal discreto a moderado, associados à bradicardia fetal. É encaminhada à cesárea de emergência, com retirada de feto vivo (APGAR 6/9) e observada placenta com coágulo retroplacentário ocupando cerca de 75% do seu diâmetro. O útero apresentava aspecto tigróide intenso, com sufusões hemorrágicas - característicos do útero de Cou-

# OBSTETRÍCIA

velaire -, e respondeu à massagem uterina e à ocitocina venosa e cornual. O descolamento prematuro de placenta é uma condição em que não há espaço para tratamento conservador; sendo o parto, o tratamento definitivo. O útero de Couvelaire foi descrito pela primeira vez em 1911. É uma complicação não fatal e rara, estimada em cerca de 5% de todos os casos de descolamento prematuro de placenta. Tem diagnóstico estabelecido com base na visualização direta ou biópsia e raramente interfere na contração uterina após o parto. O correto manejo durante todo o período perioperatório é fundamental a fim de evitar desde histerectomia a lesões decorrentes de choque hipovolêmico e de distúrbios de coagulação.

**Instituição:** Hospital Regional de São José - HMG - São José

## CIRCLAGEM DE URGÊNCIA NA INSUFICIÊNCIA ISTMO CERVICAL COM PROTRUSÃO DE MEMBRANAS

**Autores:** Santos Filho, o.o.; Santos, G.B.; Almeida, S.S.B.; Oshikata, C.T.; Cunha, T.S.R.; Kitamura, T.T.

**Sigla:** O139

**Introdução:** A insuficiência istmo-cervical (IIC) é responsável por 10 a 20% dos abortamentos de repetição, e seu tratamento é a circlagem uterina. A circlagem de resgate é a medida emergencial indicada para gestantes no 2º trimestre de gestação com dilatação cervical avançada e/ou membranas amnióticas prolapsadas. Relato de Caso: VSF, 36 anos, G2P1C0A0, IG (A/E20): 21+5, com queixa de sangramento vaginal em pequena quantidade, indolor, há 1 dia. Gestação anterior sem intercorrências, com parto vaginal à termo, há 6 anos. Apresentava ao exame especular bolsa amniótica protrusa e colo aparentemente pérvio. Ao toque vaginal, colo pérvio para 3cm, 50% esvaecido, intermediário, com bolsa amniótica protrusa. Foi diagnosticada com IIC e submetida à circlagem uterina à Mac Donald com fita cardíaca, após amniocentese guiada por ultrassom. Procedimento realizado sem intercorrências. A gestação evoluiu com amniorrexe prematuro com 31 semanas, sendo retirada a fita cardíaca, optando-se então pela realização de corticoterapia antenatal e conduta expectante. Retornou em trabalho de parto espontâneo com 36 semanas, evoluindo para parto vaginal sem intercorrências, com paciente e recém nascido evoluindo favoravelmente. Relevância: e Comentários: Este relato de caso revela que, apesar do diagnóstico tardio da IIC, e da realização da circlagem de emergência com amniocentese em idade gestacional avançada, paciente e RN tiveram boa evolução. Sabe-se que a taxa de sucesso nestas condições são baixas, devendo sua indicação ser criteriosa e individualizada, como neste caso.

**Instituição:** PUC- Campinas - SP

## LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA E GRAVIDEZ

**Autores:** Da Silva Neto, J.F.; Campanharo, F.F.; Waldow, C.; Sun, S.Y.; Mattar, R.; Moron, A.F

**Sigla:** O140

**Introdução:** Leucemia Mielóide Crônica (LMC) é uma neoplasia mieloproliferativa causada pela fusão dos genes BCR e ABL1. Esta fusão leva a uma hiperatividade enzimática da tirosina kinase deste gene. Isso provoca uma proliferação de granulócitos maduros e outros em maturação, principalmente neutrófilos. A LMC é responsável por 15 a 20% das leucemias em adultos. A idade média de apresentação é 50 a 60 anos de idade e o único fator de risco conhecido é exposição a radiação ionizante. A **Introdução:** de inibidores da tirosina kinase (iTK) aumentou muito a sobrevida global desses pacientes. Descrição do caso: . JFA, 31 anos, gestante, gemelar dicoriônica e diamniótica, G2P1, iniciou pré natal em nosso serviço com IG 7 semanas e 4 dias. Portadora de Leucemia Mielóide Crônica - cromossomo Philadelphia positivo - desde 2004 estava em uso de dasatinibe. Suspendeu o uso com 6 semanas de gestação devido ao risco de mal formação fetal. Evoluiu com aumento de leucócitos sendo introduzido hidroxiuréia para controle da doença com 30 semanas de gestação. US morfológico de primeiro e segundo trimestres sem alteração. Evoluiu sem intercorrências obstétricas sendo realizado parto cesariana com 37 semanas de gestação devido apresentação córmica no primeiro gemelar. Ambos recém nascidos (RN) adequados para idade gestacional e sem mal formações. Relevância: do caso. A maior sobrevida global e qualidade de vida de pacientes com LMC devido a terapia com o uso de iTK fez com que aumentasse o número de gestações nessa população. Inibidores da tirosina kinase são teratogênicos e devem ser descontinuados na gestação. O risco de progressão da doença nesse período é significativo e programar a gestação é essencial. Pacientes em major molecular response há mais de 2 anos teriam menos chances de recidiva na gestação. Comentário. A paciente JFA não estava em major molecular response ou cytogenetic response no momento da gestação. Apresentou recidiva com aumento de leucócitos no início do terceiro trimestre sendo necessária **Introdução:** de hidroxiuréia. O planejamento pré concepcional é de grande importância no manejo dessas pacientes em vista dos riscos de mal formação fetal e recidiva da doença.

**Instituição:** UNIFESP - São Paulo - SP

## DOENÇA DE STILL NA GRAVIDEZ: UM RELATO DE CASO

**Autores:** Casseb, L.B.B.; Simões, M.C.R.; Conceição, L.S.; Lopes, C.M.

**Sigla:** O141

**Introdução:** A doença de Still do é uma doença rara, de etiologia desconhecida, e está entre as causas mais frequentes de febre de origem indeterminada, associado a exantema evanescente, poliartrite e leucocitose. A gravidez não é referida como fator de risco para a doença, assim como a doença de Still não tem influência na gravidez nem no crescimento fetal. **Descrição do caso:** J.P.O, 28 anos, G3 P1C A1, IG: 32s (USG 8s 4d), encaminhada do município de Rolim de Moura-RO para Porto Velho, capital de Rondônia, apresentando febre, odinofagia, exantemas, prurido, mialgia, artralgia, leucocitose, anemia, elevação da ferritina e funções hepáticas, sendo desencadeada por stress emocional. A paciente foi assistida por uma equipe multiprofissional, como obstetras, especialistas em medicina interna, reumatologista, hematologista, que diagnosticaram doença de Still conforme critérios propostos. Evoluiu alternando entre período febril e afebril. Às 38 semanas de gestação evoluiu com parto vaginal, o recém-nascido (RN) teve Apgar 7 e 9, peso: 2.088 g, Estatura 47 cm, Capurro 40s, sendo encaminhado hemodinamicamente estável para alojamento conjunto junto com a mãe e após receberam alta hospitalar. **Relevância:** Em 1980, publicaram o primeiro caso de doença de Still do adulto relacionado com a gravidez. Sendo a doença de Still rara e com pouquíssimos registros na literatura, o propósito deste trabalho é auxiliar o diagnóstico precoce, por meio de critérios diagnósticos adequados, podendo assim ter um desfecho materno-fetal favorável. **Comentários:** O presente trabalho enfatizou – se em descrever as principais manifestações clínicas e laboratoriais da Doença de Still, de importância para o conhecimento clínico, tanto para o médico clínico geral, ginecologista e obstetra. Relata-se ainda de importância clínica que o RN não teve associação com a patologia da Doença de Still onde recebeu alta após 7 dias de observação. As informações de relato de casos para comparação do nosso relato de caso, ficaram prejudicados pelas circunstâncias de falta de estudos referente a patologia, sendo esta tida como rara.

**Instituição:** Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro - Porto Velho - RO

## MANEJO DE GESTANTE PORTADORA DE PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IDIOPÁTICA DESCOMPENSADA ASSOCIADA À DIABETES

## MELLITUS E CRISE CONVULSIVA: UM RELATO DE CASO

**Autores:** Ventura, P.M.; Moraes, V.P.; Marcolino, L.A.; Lopez, L.J.D.; Macedo, R.A.

**Sigla:** O142

A plaquetopenia é um achado comum na gravidez, ocorrendo em 10% das gestantes. Pode ter como causas patologias frequentes nas gestantes, como a púrpura trombocitopênica idiopática (PTI), ou distúrbios característicos da gravidez, como pré-eclampsia grave. Logo, todas as causas potenciais de trombocitopenia devem ser consideradas e descartadas. Na PTI o Objetivo: é manter as plaquetas em um patamar seguro para mãe e feto. Diante da prevalência dessa patologia torna-se relevante esse relato de caso. WLF, 38 anos, 60kg, G2 P1(vaginal) A0, idade gestacional de 30 semanas e 1 dia. Chegou à maternidade com queixa de crise convulsiva tônico-clônica generalizada no dia anterior e plaquetopenia. Portadora de PTI desde os 3 anos, diabetes mellitus (DM) há 3 anos e relato de 4 crises convulsivas prévias. Durante primeira gestação não houve intercorrência e no início da gestação atual apresentava-se com 40.000 plaquetas/mm<sup>3</sup>. Na admissão hospitalar a função hepática e renal, proteinúria, coagulograma, sorologias, hemograma e tomografia computadorizada de crânio, sem contraste, foram normais. Porém, apresentou glicemia de 337 mg/dl, hemoglobina glicada de 10,1% e 3000 plaquetas/mm<sup>3</sup>. Manteve-se em bom estado geral, estável hemodinamicamente, na ausência de sangramento ativo. O exame clínico e obstétrico foi normal. A neurologia indicou lamotrigina 25 mg por 7 dias com reajuste de 25 mg/semana até a dose diária de 100mg e investigação ambulatorial para epilepsia. A endocrinologia realizou ajustes diários no esquema de insulina NPH até a indicação de 32-0-0-30U. Já a hematologia indicou imunoglobulina venosa humana 50g, associada à hidrocortisona 100 mg e polaramine 2g, por dois dias e prednisona 60 mg/dia. Em 6 dias ocorreu aumento gradual das plaquetas até atingir 122.000/mm<sup>3</sup>. A paciente recebeu alta assintomática, com encaminhamento para hematologia, neurologia, endocrinologia e pré-natal. A PTI é uma doença comum em mulheres. O seu descontrole influencia a via de parto e o prognóstico do recém-nascido. Diante disso, torna-se necessário o manejo adequado e acompanhamento multiprofissional.

**Instituição:** Universidade Federal Fluminense - Niterói - RJ

## ROTURA UTERINA CRÔNICA: UM RELATO DE CASO

**Autores:** Costa, M.C.C.; Dourado, M.M.K.; Meletti, N.F.T; Sousa, F.B.; Moraes, V.P.; Sá, R.A.M.

**Sigla:** O143

O acretismo placentário é uma condição caracterizada pela implantação anormal da placenta na parede uterina. É representada por três formas, de acordo com o grau de invasão: placenta acreta, increta e percreta; estando a terceira forma ligada a invasão da serosa uterina e, portanto, possível perfuração/rotura do órgão. Esta condição está intimamente ligada ao número de cesarianas prévias, sendo o risco mais elevado quanto maior o número de tais cirurgias. Sua incidência tem aumentado nas últimas décadas em decorrência do elevado índice de cesarianas, entretanto, representa uma condição incomum; mais rara ainda a placenta percreta que curse com rotura uterina crônica, motivo pelo qual relatamos o presente caso. Gestante de 28 anos, 5 Gesta 3 Para 1 Aborto, 3 cesáreas, encaminhada ao pré-natal do HUAP com 28 semanas e 4 dias de gestação, após realizar ultrassonografia (US) evidenciando oligodramnia e presença de cisto de contorno delimitado, medindo 13,2 x 10,3 cm, de aspecto comunicante com cavidade amniótica. No Serviço de Medicina Fetal do HUAP realizou nova US que mostrou orifício que permitia a passagem de cordão umbilical e membros inferiores do feto; além de compressão funicular transitória ao Doppler. No presente exame e nos de seguimento não foram observados sinais de acretismo placentário, sendo aventados os diagnósticos de brida amniótica e rotura uterina crônica. Realizada corticoterapia antenatal e a gestação interrompida com 33/34 semanas devido à queixa algica pela gestante, condizente com irritação peritoneal. Cesariana realizada com incisão a Pfannenstiel e histerotomia transversa; RN vivo, masculino, APGAR 9/9. Tentativa de secundamento, sem sucesso, sendo, a seguir, identificada perfuração uterina com cerca de 3 cm em região cornual esquerda, por onde se herniava a bolsa amniótica. Seguiu-se à histerectomia subtotal no mesmo tempo cirúrgico; e o diagnóstico de placenta percreta confirmado em estudo histopatológico da peça. Diante deste caso, reconhecemos a importância da identificação dos fatores de risco e investigação pré-natal do acretismo placentário, visando uma boa preparação para abordagem cirúrgica a fim de otimizar os resultados para a mãe e o neonato.

**Instituição:** Hospital Universitário Antônio Pedro, Serviço De Obstetrícia, Universidade Federal Fluminense - Niterói - RJ

## GESTAÇÃO APÓS SARCOMA VULVAR GIGANTE: RELATO DE CASO

**Autores:** Park, H.P.; Hase, E.A.; Ruocco, R.M.R.; Waissman, A.L.W.; Francisco, R.P.V.; Zugaib, M.

**Sigla:** O144

Sarcomas vulvares são muito raros. Uma revisão sistemática encontrou somente 9 relatos de sarcomas vulvares em gestantes. São muito agressivos (sobrevida em 2 anos menor que 50%), com alta recorrência e metástase. Paciente secundigesta, primípara, veio encaminhada para pré-natal de alto risco na Clínica Obstétrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), com antecedente de vulvectomia total esquerda e parcial direita, com aplicação de retalho do músculo reto abdominal, e tumor medindo 12 cm. O anátomo patológico da peça evidenciou sarcoma pleomórfico de alto grau, margens e linfonodos livres. A operação ocorreu 12 dias após o parto da gestação anterior, cujo seguimento também ocorreu no HCFMUSP. No 20º pós-operatório a paciente recebeu alta e foi encaminhada ao Instituto do câncer do estado de São Paulo (ICESP) para radioterapia. Após o tratamento, a paciente se manteve assintomática, sem sinais de recidiva local e com funções intestinal, urinária e sexual preservadas. Foi então diagnosticada nova gestação 2 meses após o fim do tratamento. O acompanhamento pré-natal ocorreu neste serviço, em conjunto com a oncologia, sem intercorrências. Com 37 semanas e 6 dias, a paciente foi submetida a cesariana e laqueadura tubárea bilateral, após consentimento da paciente, sem intercorrências. Recém-nascido com Apgar 8/9/10, sexo masculino, pesou 3550g. Recebeu alta, sem intercorrências. No puerpério, em tomografia de tórax para controle clínico, foi diagnosticada metástase pulmonar, aproximadamente 2 anos após o início do seguimento. Relatamos o caso de gestação ocorrida após diagnóstico e tratamento de volumoso sarcoma vulvar em gravidez prévia, evento até hoje não relatado. Sabe-se que a gestação acarreta no aumento de diversos fatores de crescimento. Por outro lado, sabe-se que a evolução apresentada é compatível com o habitual dos sarcomas genitais. Assim, não é possível atribuir apenas às gestações a evolução deste caso, o qual, do ponto de vista obstétrico e oncológico, representou desafio inédito, no qual foi fundamental atuação multidisciplinar e preparada para se alcançar o melhor resultado para mãe e feto.

**Instituição:** Clínica Obstétrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo - SP

## RELATO DE CASO: CÂNCER DE COLO DE ÚTERO TRATADO COM QUIMIOTERAPIA DURANTE A GESTAÇÃO

**Autores:** Santos, A.G.S.; Hase, E.A.; Ferrarini, O.M.F.; Saldalla, J.C.; Francisco, R.P.V.; Zugaib, M.

**Sigla:** O145

**Introdução:** O câncer de colo de útero (CCU) é o segundo mais frequente entre as mulheres. Aproximadamente 2% dos casos ocorrem em mulheres grávidas. Na literatura não foram encontrados estudos randomizados sobre manejo de pacientes grávidas com doença localmente avançada, gerando desafios para equipes médicas e dificuldades quanto à predição do prognóstico. Descrição do caso: PGBC, 39 anos, secundigesta, encaminhada com 25 semanas e 2 dias para pré-natal na Clínica Obstétrica do HCFMUSP por câncer de colo de útero. Ao exame no HCFMUSP lesão vegetante e sangrante, endurecida, 5 cm em lábio anterior do colo, sem invasão de paramétrios. Trouxe anátomo patológico: carcinoma epidermóide pouco diferenciado; Ressonância: formação expansiva, infiltrativa e vegetante de até 4,6 em porção anterior do colo, linfonodo 1,3 x 0,7 cm na cadeia obturatória interna direita. Optado em conjunto com a oncologia clínica, introduzir quimioterapia (QT) com carboplatina e paclitaxel para redução do tumor e do sangramento até resolução da gestação. O tratamento foi bem tolerado. Após o primeiro ciclo, houve parada do sangramento vaginal. A Vitalidade fetal se manteve normal. Com 35 semanas evoluiu com restrição de crescimento fetal (RCF). Realizada cesárea eletiva com 35 semanas e 5 dias, sem intercorrências. Recém-nascido masculino, Apgar 8, 9, 9, 2220 gramas, pequeno para idade gestacional. Recebeu alta no 3º dia pós-parto. Realizou seguimento nos serviços de obstetria e oncologia clínica, e realizada radioterapia em conjunto com QT a partir da 2ª semana após parto. Houve regressão progressiva do tumor com normalização dos exames de CCO. Após seguimento de 2 anos e 6 meses, encontra-se sem evidência da doença e criança apresenta desenvolvimento normal. Relevância: seguimento pré natal de gestante com câncer de colo do útero submetida a QT, desfecho materno e fetal, evolução e tratamento da paciente após o parto. Comentários: A QT com carboplatina e paclitaxel durante o segundo ou terceiro trimestre da gravidez parece ser uma opção segura para pacientes grávidas portadoras de CCU que desejam manter a gravidez enquanto se aguarda a maturidade fetal.

**Instituição:** Clínica Obstétrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo - SP

## SÍNDROME EM ESPELHO EM GESTAÇÃO DE 28 SEMANAS

**Autores:** Lagrutta, B.B.; Campos, F.A.; Moreno, M.T.; Luz, A.G.

**Sigla:** O146

**Introdução:** A Síndrome em Espelho, conhecida com Síndrome de Ballantyne, descrita em 1892 pelo mesmo,

caracterizava-se por edema materno durante a gestação, hidropisia fetal e placentomegalia. Posteriormente acrescentados outros achados como elevação pressórica e albuminúria. Esteve associada à isoimunização Rh, entretanto, recentemente, há relatos da síndrome em decorrência de causas estruturais. Pode acontecer em qualquer momento da gestação, geralmente com elevadas taxas de morbimortalidade. A fisiopatologia ainda é desconhecida. Há poucos relatos na literatura. Relato: G2 P1 A0, 33 anos, com gestação de 28 semanas e 3 dias, compareceu ao pronto atendimento do CAISM, com queixa de epigastria, dor retroesternal, emese e edema em membros inferiores há 4 dias. Previamente sem comorbidades e controles pressóricos tendendo a hipotensão. Apresentava durante a avaliação: taquicardia, taquipneia, elevação pressórica, escotomas, cefaleia e proteinúria 3+/4+ na fita urinária. Por quadro clínico sugestivo de iminência de eclampsia, optado por sulfatação e solicitação ecográfica, a qual evidenciou feto com peso no percentil 99,6, índice de líquido amniótico 440 ml, hidropisia caracterizada por: hidrotórax bilateral, derrame de subcutâneo e ascite; doppler alterado na artéria umbilical e ducto venoso. Após estabilização clínica da paciente, indicado parto cesárea terapêutico. Nasce RN do sexo feminino, sem batimentos cardíacos fetais; observada placentomegalia de aspecto jelly like, com peso 1905 gramas. Evoluiu no pós-parto com um pico pressórico 200x110 mmHg, sintomática, sendo necessária nova sulfatação. Alta após melhora do quadro. Necropsia evidenciou diversas malformações. Relevância: Evidenciar gestação de alto risco com necessidade de atenção a Pré-eclâmpsia Grave e alta morbimortalidade materno/fetal. Comentários: Com esse relato de caso ficam claras as semelhanças entre sinais e sintomas de Pré-Eclâmpsia e a descrição de Síndrome Espelho. Fazem-se necessários outros estudos para elucidar a fisiopatologia e o fator desencadeante deste quadro, distinção entre os casos e possibilidade de prevenção de complicações perinatais e risco de morte materno e/ou fetal.

**Instituição:** Faculdade de Ciências Médicas - Universidade Estadual de Campinas - Campinas - SP

## MIOMA DE GRANDE VOLUME COM COMPRESSÃO EXTENSA DE VEIA CAVA INFERIOR – RELATO DE CASO DE MIOMECTOMIA DURANTE A GESTAÇÃO

**Autores:** Linhares, A.S.; No, L.j.; Chinen, P.A.; Sun, S.Y.; Mattar, R.; Signorini Filho, R.C.

**Sigla:** O147

**Introdução:** O leiomioma uterino é o tumor sólido mais frequente do trato reprodutor feminino. Em gestantes, sua prevalência sofre significativa redução, mas, em até

30% das portadoras dessa condição apresentam complicações. Relato de Caso: DDV, 29 anos, primigesta, com diagnóstico pré-gestacional de leiomioma uterino, cuja ultrassonografia do período constatava a presença de massas uterinas, a maior de 99 mm em região fúndica. No 1º trimestre, apresentou aumento do volume abdominal incompatível com idade gestacional. Na 10ª semana de gestação, foi internada no Hospital São Paulo com edema e empastamento do membro inferior esquerdo. Achados ultrassonográficos destacaram aumento do calibre de veia femoral comum, ausência de fluxo ao Doppler e avaliação impossível de veias cava inferior e ílicas devido ao extenso leiomioma. Frente ao diagnóstico de trombose venosa profunda, foi anticoagulada com enoxaparina sódica 60mg 12/12h. À ressonância nuclear magnética, observou-se útero de dimensões muito aumentadas, contornos bocelados por numerosos nódulos miomatosos (o maior de 24x21 cm em parede corporal anterior fúndica, áreas compatíveis com degeneração) e compressão de veia ílica esquerda pelo útero miomatoso. Considerando o grande volume dos nódulos, a distorção anatômica uterina e a compressão venosa, a equipe médica optou pela miomectomia na gestação logo após colocação de filtro de veia cava como profilaxia de tromboembolismo pulmonar. Na 14ª semana gestacional, a paciente foi submetida à cirurgia por incisão mediana supra-umbilical, com miomectomia do maior nódulo, sem intercorrências. Após 5 dias da cirurgia, recebeu alta com clexane 80 mg subcutâneo 1x/dia. Durante o pré-natal, não apresentou intercorrências. Com 38 semanas, foi internada para cesárea eletiva, realizada através de histerotomia segmentar transversa e ligadura tubária. Após 6 meses do parto, foi realizada histerectomia subtotal abdominal em virtude de leiomiomatose de grande volume residual. Discussão: Atualmente, evidencia-se uma crescente utilização de condutas cirúrgicas na leiomiomatose associada à gestação. Em casos selecionados, os benefícios superam o risco associado ao procedimento.

**Instituição:** Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - SP

## MIOMECTOMIA DURANTE PARTO CESÁREO: RELATO DE DOIS CASOS REALIZADOS

**Autores:** No, L.J.; Linhares, A.S.; Chinen, P.A.; Sun, S.Y.; Mattar, R.; Signorini Filho, R.C.

**Sigla:** O148

**Introdução:** O leiomioma uterino é o principal tumor benigno do trato genital feminino, e, na gravidez, se relaciona às complicações obstétricas como apresentações anômalas fetais, rotura prematura de membranas e trabalho de parto prematuro. Pela apresentação anômala,

incoordenação uterina e distócia funcional, decorrentes do leiomioma, pode haver impossibilidade de parto por via vaginal e necessidade de parto operatório. Caso 1: GVS, 30 anos, primigesta, encaminhada ao pré-natal de alto risco da EPM-UNIFESP com 14 5/7 semanas por história prévia de tromboembolismo pulmonar há 4 anos e leiomiomatose uterina, com múltiplas formações nodulares miometriais hipoecogênicas ao ultrassom. Evoluiu com aumento pressórico na 36ª semana, e parto cesáreo com 38 semanas por leiomioma justacervical obstruindo o canal de parto e impedindo a insinuação fetal. No intra-operatório, realizou-se histerotomia segmentar oblíqua devido aos nódulos ístmicos e corporais anteriores, com miomectomia tática por dificuldade de histerorrafia, sem intercorrências e com preservação do útero. Caso 2: MS, 39 anos, primigesta, iniciou acompanhamento no ambulatório de "Neoplasias e Gestação" da EPM-UNIFESP na 22ª semana por leiomiomatose uterina. Com 38 1/7 semanas, ao toque vaginal, não foi possível identificar o OEC ou apresentação pela presença de volumosa massa endurecida de origem uterina. Feto estava em apresentação cômica ao ultrassom. Foi realizado parto cesáreo com 39 1/7 semanas, identificando massa pediculada em parede corporal posterior aderida em fundo de saco com rechaço anterior do colo uterino e obstrução do canal de parto. Optou-se pela miomectomia no mesmo tempo cirúrgico, que transcorreu sem intercorrências. Discussão: O risco de complicações obstétricas e a necessidade de intervenção cirúrgica no parto aumentam com a leiomiomatose uterina. Nos casos relatados, a apresentação anômala e a obstrução do canal de parto inviabilizaram a insinuação fetal e o parto vaginal, sendo indicado o parto cesáreo. A miomectomia no mesmo ato cirúrgico foi indicada pelas condições anatômicas favoráveis. Sem necessidade de hemotransfusão ou reintervenção cirúrgica, evoluíram bem no puerpério.

**Instituição:** Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - SP

## MIOMECTOMIA DURANTE A 1ª METADE DA GESTAÇÃO – RELATO DE DOIS CASOS REALIZADOS POR DEGENERAÇÃO DE MIOMA DE GRANDE VOLUME

**Autores:** Linhares, A.S.; Moreira, V.M.; Chinen, P.A.; Sun, S.Y.; Mattar, R.; Signorini Filho, R.C.

**Sigla:** O149

**Introdução:** Os leiomiomas uterinos têm importante responsividade aos hormônios femininos. Durante o primeiro trimestre da gestação, o incremento fisiológico do nível de estrógenos e progesterona favorece o processo de hipertrofia e hiperplasia das células tumorais, podendo levar ao crescimento abrupto dos nódulos miomatosos.

Já no decorrer da gravidez, há uma estabilização do seu crescimento por um mecanismo de down-regulation. O grande crescimento uterino causado pela expansão tumoral por propiciar a ocorrência de diversas complicações materno-fetais. A realização de miomectomia durante a gestação quando indicada é capaz de reduzir essas complicações de maneira segura. Nesse trabalho, serão apresentados dois casos de miomectomias durante a gestação. Relatos de Caso: 1) V, 34 anos, primigesta, com importante crescimento de leiomioma uterino, localização fúndica, durante o primeiro trimestre da gestação, associado a dor abdominal de difícil controle. Submeteu-se a miomectomia na 21ª semana. Foi realizada resolução da gestação na 38ª semana em virtude da cirurgia uterina recente, sem intercorrências perinatais. 2) FE, 25 anos, primigesta, com queixa de grande aumento do volume abdominal, dispnéia, emagrecimento e dor abdominal, também durante o primeiro trimestre de gravidez. À ultrassonografia, notou-se a presença de nódulo miometrial em porção corporal anterior de 18x17x16cm e sinais sugestivos de degeneração. Devido dor abdominal refratária, a paciente se submeteu a miomectomia durante a 19ª semana. Com 38 semanas de gestação, foi internada para realização de cesárea eletiva. Discussão: A causa mais comum de indicação para miomectomia na gestação é a presença dor abdominal refratária à analgesia. Apesar de ser evitado esse procedimento durante a gestação (devido ao risco de abortamento e hemorragia), análise de publicações sugere sua segurança e efetividade, inclusive com melhores resultados em pacientes submetidas à cirurgia no segundo trimestre do que aquelas acompanhadas de modo conservador. Em ambos os casos, realizou-se RNM antecedendo as cirurgias de modo a topografar os nódulos miomatosos e sua relação com miométrio adjacente.

**Instituição:** Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - SP

## LEIOMIOMATOSE UTERINA ASSOCIADA A ÓBITO FETAL NA 26ª SEMANA E HISTERECTOMIA PUERPERAL: RELATO DE CASO

**Autores:** No, L.J.; Moreira, V.M.; Chinen, P.A.; Sun, S.Y.; Mattar, R.; Signorini Filho, R.C.

**Sigla:** O150

**Introdução:** O leiomioma uterino é o principal tumor benigno relacionado ao trato genital feminino, com prevalência de 2,3 a 10,7% na população feminina reprodutiva. Os sintomas dependem do número, tamanho e local dos miomas, como aumento do volume abdominal, dor pélvica, sintomas obstrutivos urinários e obstipação. Na gestação, se relacionam a complicações obstétricas como apresentações anômalas, rotura de membranas,

prematuridade e abortamento espontâneo. A miomectomia, apesar do maior risco hemorrágico, é indicada para miomas de grandes dimensões, torção de mioma pedunculado, degeneração tumoral e dor refratária ao tratamento clínico. Relato de caso: SLV, 33 anos, primigesta, encaminhada ao ambulatório de "Neoplasias e Gestação" da EPM-UNIFESP com 19 4/7 semanas para pré-natal de alto risco por leiomiomatose uterina há 10 anos. US prévio: três maiores massas: corporal esquerda de 10 cm, corporal anterior de 5 cm e fúndica de 9,5 cm. Ao exame físico, AU=36 cm, BCF=144 bpm, abdome indolor, DB negativa. Solicitada RNM: leiomiomatose complexa, inúmeros nódulos subserosos e intramurais, alguns com componente submucoso em sítio de implantação placentária. Com 26 4/7 semanas, por ausência de batimentos cardíacos fetais e óbito fetal à ultrassonografia, optou-se a indução do parto com misoprostol. No período de Greenberg, houve importante sangramento e instabilidade hemodinâmica. Após curetagem e administração de uterotônicos, sem sucesso, realizou-se laparotomia para ligadura de artérias hipogástricas. Sem resolução da instabilidade hemodinâmica, foi realizada histerectomia subtotal, com pós-operatório em UTI por 2 dias, e puerpério sem intercorrências. Recebeu alta no 7º PO. Discussão: Pelo maior risco de complicações obstétricas, maior atenção deve ser dada a pacientes com leiomiomatose uterina, como monitorização frequente da vitalidade fetal. No caso acima, apesar dos miomas serem volumosos, em íntimo contato com endométrio e sítio de implantação placentária, a miomectomia foi contraindicada pela idade gestacional avançada e risco de sangramento placentário no procedimento. Infelizmente, a gestação evoluiu para óbito fetal e histerectomia puerperal em primigesta.

**Instituição:** Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - SP

## GESTAÇÃO TRIGEMELAR HETEROTÓPICA ESPONTÂNEA: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

**Autores:** Silva, C.A.S.; Rocha, L.S.N.R.; Santos, S.R.S.; Miyake, D.M.M.; Chiaramelli, P.C.; Hsu, L.P.R.

**Sigla:** O151

**Introdução:** gestação heterotópica é definida como a coexistência de uma gestação intraútero com uma gestação ectópica. É uma condição rara, cuja incidência espontânea é de 1 a cada 30.000 gestações. No entanto, nos últimos anos, a incidência de gestação heterotópica aumentou para 1%, principalmente devido ao amplo uso de técnicas de reprodução assistida. Descrição do caso: M.S.G.S., 34 anos, atendida no pronto-socorro de Ginecologia e Obstetrícia com quadro de dor abdominal há

03 dias, associada a uma gestação gemelar de 12 semanas. Ao exame físico, apresentava quadro de choque hipovolêmico, dor abdominal intensa, sem sinais de peritonite. Foi diagnosticada com anemia grave (Hemoglobina 4,8), e exames de ultrassonografia (USG) demonstraram líquido livre na cavidade peritoneal, imagem nodular de 6 cm em anexo direito, além de gestação gemelar tópica com biometria compatível para 12 semanas. A paciente foi submetida a videolaparoscopia, sendo identificado mioma pediculado degenerado em fundo uterino de 6 cm e rotura da tuba direita com exteriorização de feto para a cavidade abdominal, selando o diagnóstico de gestação ectópica tubária rota simultânea à gestação tópica gemelar. Foi realizada salpingectomia direita e lavagem da cavidade abdominal. A paciente evoluiu com estabilidade do quadro, recebendo alta no 4º dia pós-operatório, com a gestação gemelar viável. Relevância: Além de ameaça à gestação tópica, esta patologia é muitas vezes uma emergência grave, com risco de morte materna, devendo ser suspeitada para que possa ser diagnosticada. Na série de casos de Yu Y et al (2014), apenas 56% das pacientes foram diagnosticadas com gestação heterotópica na primeira USG, feita no primeiro trimestre. As outras 44% foram diagnosticadas apenas após repetir o exame, quando já apresentavam sintomas. Comentários: a via laparoscópica é aceita como padrão para o tratamento de gestações ectópicas em muitos estudos, e parece ser a melhor opção cirúrgica também em gestações heterotópicas, uma vez que os Métodos: minimamente invasivos possibilitam a confirmação diagnóstica e o tratamento adequado com menor dano materno e à gestação tópica.

**Instituição:** Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - SP

## PRENHEZ ECTÓPICA ABDOMINAL.

**Autores:** Venezian, C.P.; Moreira, D.A.; Traiman, P.; Neto, J.N.; Magalhães, C.G.; Oliveira, L.G.

**Sigla:** O152

Neste trabalho relatamos o caso da Sra. JMP, 31 anos, G2P1, 16 semanas e 2 dias, referenciada ao PA da Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Botucatu. A paciente apresentava queixa de dor do tipo pontada em hipogastro há cerca de 1 mês, com piora há 24h. Ao exame físico encontrava-se em REG, normotensa e hipocorada. Abdome semi-globoso, flácido, com RHA presentes e pouco doloroso à palpação profunda. Ao exame obstétrico, útero mensurável, com AU=15cm, porém de limites imprecisos. Batimentos cardíacos fetais=160bpm. Exames: Hb:9,0mg/dL; HT:26,5; US pélvico/transvaginal: evidenciada gestação ectópica, de feto único, peso estimado 177g. Placenta anterior com limites imprecisos.

Útero visualizado, com limites bem definidos. Notava-se implantação placentária na parede lateral esquerda do útero, com intensa vascularização. Presença de moderada quantidade de líquido livre. Devido à imprecisão dos limites da área de implantação e considerando a estabilidade hemodinâmica da paciente foi solicitada ressonância nuclear magnética, que permitiu melhor avaliação da massa placentária, bem como sua relação com grandes vasos na região. Após essa avaliação firmou-se o diagnóstico de prenhez ectópica abdominal, provavelmente primária. Como conduta para o caso foi indicada laparotomia exploradora. Relato cirúrgico: após acesso à cavidade abdominal, foi identificada massa placentária sangrante, de limites imprecisos e membranas íntegras, ocupando toda região infraumbilical esquerda do abdome. A placenta apresentava múltiplas aderências em alças intestinais, em parede lateral esquerda do útero e ligamento largo esquerdo. Realizada avaliação uterina por via extra-peritoneal. Tendo em vista a grande dificuldade cirúrgica e risco de morte, optou-se por retirar o tecido placentário passível de ressecção cirúrgica e manutenção do restante de tecido placentário in loco. Sendo assim, após abertura do saco amniótico e retirada do feto, foi retirado aproximadamente 60% do tecido placentário. A paciente apresentou perda sanguínea importante, recebendo 5 concentrados de hemácias e 2 unidades de plasma. Apresentou evolução favorável, com negatificação dos níveis séricos de betaHCG após 30 dias.

**Instituição:** Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP - Botucatu - SP

## GESTAÇÃO ECTÓPICA EM CICATRIZ DE CESAREA: RELATO DE CASO

**Autores:** Hime, I.F.C.C.; Pinheiro, G.M.; Chigane, S.A.; Salotto, D.B.; Melo, N.L.; Pedrosa, M.A.

**Sigla:** O153

Introdução: A prenhez ectópica em cicatriz de cesárea prévia é considerada a apresentação mais rara dentre os tipos de gestação ectópica e de elevada morbimortalidade. A história natural desta condição é pouco conhecida, mas permitir a evolução da gestação pode acarretar risco de ruptura da cicatriz uterina, possivelmente com necessidade de histerectomia. O sintoma mais comum é o sangramento vaginal. Acredita-se que a incidência mundial estimada é de 1/1.800 - 2.216 gestações, com uma taxa de 6,1% de todas as gestações ectópicas em mulheres com antecedente de uma cesárea anterior. Tem difícil diagnóstico, mas possível utilizando ultrassom (US) transvaginal com doppler, Ressonância Magnética (RM) da pelve, que tem sido eleita como método de primeira escolha. Descrição do caso: Gestante, 34 anos, GV PIII (3PC) AI, idade gestacional (IG): 17 semanas, procurou

serviço de saúde com queixa de dor em baixo ventre, dor lombar e tumoração em região istmo cervical. Ao exame: paciente hemodinamicamente estável, dinâmica uterina ausente, tônus uterino normal, altura uterina incompatível com a IG, batimento cardíaco fetal inaudível ao sonar; Toque Vaginal: colo grosso, posterior, impérvio sem perdas, útero discretamente aumentado. Foi feito diagnóstico de Prenhez Ectópica em cicatriz de cesárea prévia, através de exames de imagem (US transvaginal e RM de pelve), que demonstrou imagem complexa, heterogênea, sugestiva de saco gestacional em local de cicatriz de cesárea prévia. Paciente foi mantida internada em observação clínica, com controle seriado de Beta-hCG quantitativo e realizada curetagem uterina, com resolução do quadro. Relevância: A verdadeira incidência dessa condição não está muito bem esclarecida devido aos poucos casos publicados na literatura. Esse relato mostra diagnóstico, evolução e resolução do quadro clínico. Comentários: Trata-se de uma condição clínica rara e de alta mortalidade. O US é de extrema importância no seu diagnóstico, porém, atualmente a RM tem sido utilizada como primeira escolha. Há diversas modalidades de tratamento conservador porém não há consenso sobre o melhor método.

**Instituição:** FMUNISA e HGG - São Paulo - SP

## RELATO DE CASO - GESTAÇÃO TÓPICA E ANEXIAL SIMULTÂNEAS

**Autores:** Damião, M.R.; Pastorelli, G.A.B.; Tedesco, J.L.O.; Bretz, P.R.

**Sigla:** O154

**Introdução:** Gestação heterotópica é definida pela presença de gestação intrauterina e extrauterina, mais frequentemente tubária, simultaneamente. Estima-se que a incidência desse tipo de gestação esteja em torno de 1:8000 a 1:30000 em gestações espontâneas, porém esse número pode ser maior em mulheres que se submeteram a FIV, ou fizeram uso de indutores de ovulação. **CASO CLÍNICO:** Paciente GAL, 25 anos, parda, sem comorbidades e sem vícios, foi atendida dia 17/09/15 no Pronto Atendimento Obstétrico do Hospital Geral de Carapicuíba. Se queixava de dor em baixo ventre há 5 dias e sangramento vaginal. Ao exame físico, foi visualizado sangramento ativo no exame especular, ao toque o colo estava grosso, posterior e impérvio, doloroso a mobilização, apresentava também abdome doloroso a palpação. Foi levantada a hipótese de ameaça de aborto e a paciente encaminhada ao serviço de ultrassonografia. No dia seguinte retorna ao PSGO portando laudo ultrassonográfico do dia 17/09/15 que descrevia; um saco gestacional no interior da cavidade uterina, bem posicionado, íntegro, com contornos regulares, bem definidos,

compatível com 5 semanas e 3 dias, onde não se visualiza embrião e, na região anexial direita, outro saco gestacional de contornos irregulares com embrião em seu interior compatível com 8 semanas e 2 dias com BCF não caracterizado, além de líquido livre na cavidade. A paciente foi internada então com hipótese diagnóstica de gravidez ectópica rota e a conduta foi laparotomia exploradora. Durante o procedimento, foi observado grande quantidade de sangue em cavidade, trompa direita rota com ovário direito normal e anexo esquerdo normal. Foi realizada salpingectomia direita e material enviado para o anatomopatológico, o qual confirmou a hipótese de gravidez ectópica rota, sugerida pelo exame de imagem. Paciente evoluiu sem intercorrências em pós operatório, recebendo alta em boas condições clínico-cirúrgicas dois dias após a cirurgia. Relevância: O caso descrito é uma ocorrência rara e prática clínica, e por isso se dá a sua Relevância. Comentários: Apesar de rara, a gestação heterotópica é um diagnóstico diferencial de abdome agudo.

**Instituição:** Centro Universitário São Camilo - São Paulo - SP

## BIÓPSIA PERCUTÂNEA DE LEIOMIOMA UTERINO GIGANTE NA GESTAÇÃO E MIOMECTOMIA DURANTE PARTO CESÁREO – RELATO DE CASO

**Autores:** Moreira, V.M.; No, L.J.; Chinen, P.A.; Sun, S.Y.; Mattar, R.; Signorini Filho, R.C.

**Sigla:** O155

**Introdução:** O mioma uterino é o tumor sólido mais frequente do sistema reprodutor feminino, com prevalência em gestantes de até 10,7%. O aumento nos níveis estrogênio-gestagênicos tem sido associado ao aumento do nódulo miomatoso no primeiro trimestre da gestação. Estudos mostram complicações em até 30% das gestantes portadoras de miomas. O tratamento deve ser individualizado. **Relato de Caso:** MAFB, 33 anos, encaminhada à EPM-UNIFESP em 2012 por nódulo uterino de crescimento rápido no início da gestação. Apresentava idade gestacional de 6 semanas, dor intensa em baixo ventre e lombalgia. Ao exame: massa endurecida em andar inferior do abdome e hipogástrio à direita. Ultrassonografia com feto vivo, biometria de 6 semanas e 4 dias. Útero com imagem nodular heterogênea (1352 cm<sup>3</sup>) e altamente vascularizada. Ressonância Nuclear Magnética (RNM): nódulo miomatoso intramural, de 19 cm, deformando a cavidade endometrial e o colo uterino e com moderada quantidade de vasos sanguíneos de permeio. Lesão compatível com miomatose uterina não podendo-se excluir leiomiossarcoma. Realizada biópsia percutânea na 8ª semana gestacional, confirmando-se o leiomioma. Indicou-se cesárea eletiva por “tumor prévio”,

# OBSTETRÍCIA

com 38 semanas e 5 dias, sendo realizada histerotomia segmento-corporal. Procedimento transcorreu sem intercorrências, com miomectomia táctica no intraoperatório (tempo cirúrgico: 250 minutos). Paciente não recebeu hemotransfusão, evoluiu bem no pós-operatório e recebeu alta após 5 dias. RNM de controle: anatomia uterina normal e sem descontinuidade miometrial. Discussão: Há complicações em até 30% das gestantes com mioma. No caso relatado, a principal complicação foi o quadro algico, devido ao volume do nódulo. O bloqueio do canal de parto pelo tumor foi a indicação da cesárea. Pelo risco de complicações graves, a realização de miomectomia no mesmo ato cirúrgico da cesárea, sob técnica cirúrgica específica, deve ser bem programada. Sempre que possível, abordar o mioma através da histerotomia, o que não ocorreu nesse caso específico. Conclusão: As evidências indicam que a miomectomia intraparto, em pacientes selecionadas, obtém resultados satisfatórios e com mínimas complicações.

**Instituição:** Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - SP

## TÉCNICA DE GARROTEAMENTO UTERINO EM HISTERECTOMIA POR ACRETISMO PLACENTÁRIO

**Autores:** Shikanai, S.; Aquino, L.O.; Rezende, C.A.L.; Borem, L.V.B.; Paula, C.R.

**Sigla:** O156

**Introdução:** O acretismo placentário é definido como a penetração anormal das vilosidades coriônicas em relação à parede uterina e é causa importante de morbimortalidade materna. Na hora do parto, as opções cirúrgicas dependerão das pretensões reprodutivas da paciente, da extensão e do grau de invasão do tecido placentário. **Descrição do caso:** LFS, 35 anos, G7PN2C2A2, acompanhada no pré-natal de alto risco por acretismo placentário, placenta prévia total e história de miocardiopatia periparto sendo o diagnóstico de acretismo realizado através de ultrassonografias seriadas sem possibilidade de afastar invasão vesical. A paciente foi encaminhada ao Hospital das Clínicas da UFMG com 36s+6d para cesariana eletiva. Observada invasão de toda a parede uterina com acometimento vesical. Realizado o garroteamento do útero na altura das artérias uterinas e ovarianas com uso de uma sonda nasogástrica que foi sendo rebaixado gradualmente durante o processo de histerectomia, com a placenta in situ. Observado sangramento pouco aumentado durante o procedimento com transfusão de 300 ml de concentrado de hemácias no peroperatório. A paciente manteve-se estável durante todo o procedimento. Apresentou nível de hemoglobina pós operatório de 9.1 mg/dl. A paciente evoluiu bem e recebeu alta

cinco dias após o procedimento. **Relevância:** A alta morbimortalidade resultante dessa complicação obstétrica gerou uma busca por técnicas profiláticas, visando a redução do sangramento intraoperatório, principalmente durante a histerectomia. Deve-se levar em consideração no momento da escolha da técnica, a disponibilidade de instalações cirúrgicas, profissionais e a experiência de cada um deles. **Comentários:** Entre os tratamentos disponíveis para o acretismo placentário, uma das técnicas utilizadas no Hospital das Clínicas da UFMG inclui a oclusão temporária das artérias ilíacas internas com uso de balão. Porém tem se buscado técnicas alternativas devido ao aumento do tempo cirúrgico e da indução anestésica antes da retirada do feto. O uso do garroteamento uterino mostrou-se como uma alternativa simples e eficaz na diminuição da hemorragia.

**Instituição:** UFMG - Belo Horizonte - MG

## DOENÇA DE FABRY E GESTAÇÃO

**Autores:** Nader, M.A.L.; Hime, L.F.C.C.; Fonseca, J.H.; Pessanha, Gaia, SSM; Azevedo, D.C.T.T., N.S.; Gaia, S.S.M.; Azevedo, D.C.T.T.

**Sigla:** O158

A doença de Anderson-Fabry, chamada de doença de Fabry (DF) ou angiokeratoma corporis diffusum universale, é enfermidade de armazenamento lisossômico rara, ligada ao cromossomo-X, causada pela deficiência parcial ou completa de enzima alfa-galactosidase. O defeito resulta no acúmulo de globotriaosilceramida no endotélio vascular e tecidos viscerais, sendo pele, coração, rins e sistema nervoso central os mais afetados. É mais frequente na raça branca com incidência 1caso/ 40.000 homens ou 1/117.000 nascidos vivos, sendo segunda alteração mais frequente por acúmulo lisossômico nos humanos. O reconhecimento precoce dos angioqueratomas e da hipohidrose constitui sinal-chave no diagnóstico. O gene do Fabry tem alta penetrância em doentes do sexo masculino, homocigotos, e a maioria apresenta o chamado fenótipo clássico da doença. Em doentes do sexo feminino, heterocigotas, ocorre expressividade variável devido inativação aleatória de um dos cromossomos X (hipótese de Lyon). É importante pesquisa da história familiar. Os sinais clínicos e sintomas da DF são heterogêneos e sutis inicialmente, dificultando o diagnóstico. **Relato de caso:** G.S.C. S; 25 anos, casada, branca, natural de Pernambuco, residente em São Paulo, prendas domésticas. III gesta IIP (ces.) com 17semanas e 6/7 em 8/12/2014. Antecedente de asma, hipotireoidismo, insuficiência renal com 8 anos de idade e DF há 4 anos. Antecedente familiar: pai com DF que faz diálise há 6 anos, duas primas paternas com DF e um tio, que faz diálise. Avô falecido com doença cardíaca e DF. O segundo filho com a DF

atingindo rim e olho. A gestação está bem até o momento, refere apenas suspeita de DF no coração e diabetes gestacional. Conclusão: A doença de Fabry é grave e é hereditária, como demonstra a literatura e o caso acima. Os pacientes do sexo masculino têm manifestação mais grave. A nefropatia é uma das manifestações. Palavras chave: Doença de Fabry, Gestação, Nefropatias.

**Instituição:** 1-Faculdade de Medicina da UNISA 2-Hospital Municipal do Campo Limpo de São Paulo. - São Paulo - SP

## FEOCROMOCITOMA E GRAVIDEZ

**Autores:** Da Silva Neto, J.F.; Campanharo, F.F.; Sun, S.Y.; Mattar, R.; Moron, A.F.

**Sigla:** O159

Introdução: Feocromocitoma é um tumor endócrino produtor de catecolaminas originário das glândulas adrenais (85%) ou gânglios simpáticos (15%). Em pacientes hipertensos representa 0,1 a 0,6% dos casos. A sintomatologia clássica é cefaléia, sudorese e palpitação e labilidade pressórica. Na gravidez é evento ainda mais raro, cerca de 1 para 54.000 gestações. A mortalidade materna e fetal chega a 50% em casos não diagnosticados e tratados adequadamente. Descrição do caso: . AKSB, 16 anos, gestante, primigesta, encaminhada para nosso pré natal. Antecedente de feocromocitoma ressecado em 2009. Traz TC de abdome de Janeiro/2014 em que evidenciou-se tumor de 3,0 x 2,5 cm na região inter-aortocaval abaixo do hilo renal, sugestivo de recidiva. Assintomática e normotensa, seguiu sem intercorrências ou sintomas característicos durante pré natal. Metanefrinas urinárias negativas. Avaliada pela equipe de endocrinologia e anestesiologia que, em conjunto com a obstetrícia, optaram por parto cesárea para melhor controle clínico no perioperatório. Internada com 39 semanas de gestação para cesárea eletiva. não utilizou-se medicação anti adrenergica pré operatória. Cesárea sem intercorrências. Pós operatório imediato em UTI com uma medida pressórica na admissão de 220 x 120 mmHg. Alta hospitalar no 2º PO com retorno ambulatorial. Relevância: do caso. A alta mortalidade materna e fetal em casos de feocromocitoma na gestação e a existência de tratamento farmacológico e cirúrgico passíveis de serem realizados nesse período tornam a suspeição e investigação diagnóstica imprescindíveis. Além disso, a raridade desta doença a torna relevante para discussão no meio médico. Comentário. A associação de níveis pressóricos lábeis, associados a sintomatologia típica de caráter paroxístico em qualquer trimestre da gestação deve levantar a suspeita de feocromocitoma. O diagnóstico deve ser feito primeiramente pela dosagem sanguínea de plasma-free metanefrinas ou de metanefrinas urinárias. Na gestação

prefere-se ressonância magnética como exame de imagem e tanto tratamento cirúrgico ou farmacológico podem ser realizados. Parto cesárea parece ser melhor que vaginal com mortalidade materna 31% vs 19%.

**Instituição:** UNIFESP - São Paulo - SP

## DERMATOPOLIMIOSITE NA GESTAÇÃO: RELATO DE CASO

**Autores:** Frare, N.; Fenili, P.; Rozas, S.A.; Bressan, N.N.; Novaes, G.S.

**Sigla:** O160

Introdução: A dermatopoliosite (DM) e a polimiosite (PM) são miopatias inflamatórias sistêmicas autoimunes caracterizadas por fraqueza simétrica da musculatura proximal de início subagudo. A incidência varia de 5-84 por 100 mil afetando mais mulheres 2:1. Descrição do caso: Secundigesta de 16 semanas e 4 dias pela data da última menstruação, previamente hígida, relata fraqueza muscular progressiva há 4 semanas com dificuldade para subir e descer escadas, pentear os cabelos e posterior dificuldade na marcha. Refere prurido e edema articular em mãos, cotovelos, pés e lesão cutânea em membro inferior esquerdo após exposição solar há 8 semanas. Ao exame: Heliotropo, força grau 3 em cintura escapular proximal e pélvica proximal, grau 4 distal. Sinal de Gotttron e máculas de Gotttron, ulcerações em pontas de quirodáticos; edema articular em mãos. Exame obstétrico normal para idade gestacional. Avaliação laboratorial: Hemoglobina 11,4 g/dL, Hematócrito 36,6%, leucócitos 8.400/uL e plaquetas 406000, PCR 19, VHS 55, transaminase glutâmica oxalacética 224 U/L (valor de referência VR até 32), transaminase glutâmica pirúvica 220 U/L (VR até 31), desidrogenase láctica 1180U/L (VR até 264), creatinoquinase 6441 U/L (VR 26-140), creatinoquinase cardíaca 856, aldolase 38,5 U/L (VR 1,2-8,8), anticorpos antinucleares e anticardiolipina negativos, complemento e urina I normais. Com a suspeita de DM/PM optou-se pela internação para realização de prednisona 80mg/dia por 3 dias, seguido de pulsoterapia com metilprednisolona 1 g por 3 dias consecutivos e mebendazol 100 mg (profilaxia para Strongyloides stercoralis). Mantivemos prednisona 60 mg/dia e seguimento com a reumatologia. A paciente evoluiu com melhora clínico-laboratorial na primeira semana após início de tratamento. Relevância: DM/PM são doenças raras e sua manifestação inicial durante a gestação é extremamente incomum. Comentários: Esperamos demonstrar esta associação e aumentar as descrições de casos na literatura.

**Instituição:** Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - Sorocaba - SP

## CÂNCER DE MAMA TRATADO COM RADIOTERAPIA DURANTE GESTAÇÃO: RELATO DE CASO

**Autores:** Donato, A.R.; Hase, E.A.; Prado, L.C.; Francisco, R.P.V.; Zugaib, M.

**Sigla:** O162

**Introdução:** Existem poucos estudos na literatura sobre casos de pacientes submetidas a radioterapia e efeitos adversos na gestação. **Descrição do caso:** MAIES, 41 anos, branca, encaminhada ao pré-natal de alto risco da Clínica Obstétrica do HCFMUSP com 28 semanas e 1 dia por diagnóstico de carcinoma ductal in situ de mama operado em outro serviço e que descobriu estar grávida em vigência de tratamento oncológico com radioterapia no primeiro trimestre da gestação. Durante o pré-natal, já no terceiro trimestre, evoluiu com aumento dos níveis pressóricos, sendo realizada cesárea com 38 semanas por iteratividade e patologia materna grave (câncer de mama e DHEG superajuntada). O procedimento cirúrgico ocorreu sem intercorrências, recém-nascido(RN) nativivo, 2885g, APGAR 9/10/10, sem malformações. Recebeu alta no 3º pós-operatório, estável e assintomática. **Relevância:** Muitas referências apontam que a exposição à radiação na gestação pode resultar em perda da gestação ou malformações fetais, e não há consenso sobre o tratamento com radioterapia em vigência de gravidez. Por este motivo, resolvemos descrever caso de gestante exposta à radioterapia por câncer de mama no primeiro trimestre. **Comentários:** Embora os riscos da radiação para o feto dependam dos seus níveis e da idade gestacional, estudos apontam que a radioterapia pode ser aplicada durante a gestação após ajuste de dose e se o alvo não for a pelve ou abdome. Durante as 4 primeiras semanas de gravidez (2 semanas após a concepção), a exposição a agente citotóxicos leva a uma resposta “tudo ou nada”, ou seja, há perda fetal ou há desenvolvimento embrionário normal. A partir de 4 semanas de gestação até o final do primeiro trimestre ocorre a organogênese, período em que exposições a somente 0,1 a 0,2 Gy podem levar a malformações congênitas. No entanto, em termos de radioterapia mamária adjuvante, é descrito na literatura que a exposição fetal pode ser tão baixa quanto 0,036 a 0,038 Gy quando esta é concluída até a sexta semana de gestação. No caso descrito a paciente foi submetida à radioterapia no primeiro trimestre de gestação, evoluindo com desenvolvimento normal do feto, sem evidências de malformações no RN.

**Instituição:** Clínica Obstétrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP) - São Paulo - SP

## MIOMA GIGANTE DURANTE A GESTAÇÃO - RELATO DE CASO

**Autores:** Sartorelli, M.F.G.O.P.; Hase, E.A.; Kondo, M.M.; Bozzini, N.; Francisco, R.P.V.; Zugaib, M.

**Sigla:** O163

**Introdução:** A miomatose uterina, apesar de doença benigna comum, pode ocasionar complicações na gestação, especialmente quando atinge grandes dimensões, e seu manejo não está ainda protocolado. **CASO:** O presente relato descreve o desenrolar da gestação em paciente de 33 anos, primigesta, caucasiana, com diagnóstico de miomatose, em seguimento no pré-natal de alto risco da Clínica Obstétrica HCFMUSP. No decorrer da gestação, os miomas apresentaram crescimento expressivo, tornando-se gigantes e suscitando investigação complementar tanto para exclusão de sarcoma uterino quanto para planejamento da via de parto. A ressonância magnética realizada com 25 semanas de gestação identificou múltiplos miomas, sendo o maior de 27cm no maior diâmetro, com áreas centrais de necrose/liquefação. Foi internada desde 25 semanas e 1 dia por desconforto e dor abdominal, controlados com repouso e analgésicos. Foi realizada cesárea segmentar transversa com 36 semanas por desconforto materno pelo volume abdominal, sem intercorrências. Recém nascido feminino, peso 2870g, adequado para a idade gestacional, apgar 9/10, sem necessidade de reanimação neonatal. A paciente permaneceu em observação pós-parto por 3 dias, sem intercorrências, recebendo alta para seguimento ambulatorial em boas condições clínicas. **Relevância:** O caso ilustra as possíveis intercorrências decorrentes da evolução do mioma durante a gestação, que pode assumir proporções extremas, levando à distensão abdominal importante, desconforto respiratório e abdominal. **Comentários:** Em nossa prática, observamos uma maior necessidade de hospitalização dessas pacientes, seja para controle algico, tocólise ou manejo clínico, podendo se prolongar e demandar altos custos aos serviços de saúde. O manejo das pacientes com miomatose gigante ainda é controverso e a literatura mundial não demonstra evidências significativas para a elaboração de um protocolo de ação que possa ser seguido universalmente. Até que isso seja atingido, acreditamos que cada caso deve ser avaliado e discutido de acordo com suas particularidades, a fim de se obter uma abordagem individualizada e adequada, visando obtermos melhores resultados materno-fetais.

**Instituição:** Clínica Obstétrica do HCFMUSP - São Paulo - SP

## SÍNDROME TROMBÓTICA FETAL - UM RELATO DE CASO

**Autores:** Amaral, P.T.; Martinelli, S.; Ribeiro, R.L.; Francisco, R.P.V.

**Sigla:** O164

Uma complicação impactante na vida da gestante é o óbito neonatal, que por vezes apresenta causas desconhecidas. Este relato de caso aborda uma etiologia rara de mortalidade perinatal. Trata-se da vasculopatia trombótica fetal (VTF), um mistério de fisiopatologia incerta e consequências neonatais graves. CASO Gestante, 40 anos G5P2A2 com 2 natimortos (22 e 28 semanas). Encaminhada a Clínica Obstétrica do HCFMUSP com 33 semanas e 4 dias por Restrição de Crescimento Fetal (RCF, percentil 9 de Hadlock) e Mau Passado Obstétrico. Os exames pré-natais estavam normais sem investigação de trombofilias. Programado acompanhamento semanal da Vitalidade Fetal com Perfil Biofísico Fetal, cardiocardiografia e estudo dopplervelocimétrico fetal. Agendada resolução com 37 semanas. No retorno de 36 semanas e 1 dia refere redução da movimentação fetal há 1 dia e foi diagnosticado óbito fetal. A paciente foi internada e o parto induzido. Anatomopatológico da placenta: VTF com trombose mural de artéria coriônica e intraplacentária, âmnio nodoso. Na pesquisa materna para trombofilias, realizada no dia do parto apenas a Metileno tetrahydrofolato redutase (MTHFR) apresentou mutação na forma homocigota. Cariótipo fetal 46XX. Autópsia: Anóxia, ausência de anomalias congênitas, feminino, 1.9kg, 5 cm. DISCUSSÃO VTF é uma causa rara de óbito fetal (0,3 a 6,4% das gestações), caracterizada por vilosidades avasculares e é acompanhada por trombose nos vasos da face fetal da placenta. A fisiopatologia é desconhecida. A literatura não associa trombofilias com VTF, e a enoxaparina não é recomendada. No caso descrito, há RCF e uma das hipóteses é que a obstrução vascular crônica reduz o valor funcional da placenta e prejudica as trocas gasosas e de nutrientes materno-fetal. As lesões placentárias trombóticas são um fator predisponente para resultados neonatais adversos. Porém os exames de Vitalidade não predizem o óbito fetal, assim como ocorreu no presente caso. Apenas o anatomopatológico placentário faz o diagnóstico de VTF. Definido o diagnóstico, resta o desafio de quais medidas terapêuticas e preventivas possíveis para termos um recém-nascido sem sequelas em qual época interromper a gestação de pacientes com perdas por VTF.

**Instituição:** Faculdade de Medicina da Universidade São Paulo - Hospital das Clínicas HCFMUSP - São Paulo - SP

## GRAVIDEZ ECTÓPICA ABDOMINAL COM FETO VIVO MALFORMADO: RELATO DE CASO

**Autores:** Oliveira, E.A.A.; Barros, C.G.; Souza, M.A.C.; Mesquita, J.C.; Araújo, C.F.D.; Lopes, T.S.S.

**Sigla:** O165

Introdução: A gestação abdominal é definida como a implantação na cavidade peritoneal. Constitui um evento raro e sua incidência é estimada a cada 1 a 10.000 nascimentos. O desenvolvimento fetal é prejudicado e o índice de má-formações fetais aumenta. A sintomatologia é geralmente inespecífica, como dor abdominal, náuseas e vômitos. Descrição: MMM, 33 anos, parda, solteira, doméstica, residente em São Pedro e procedente de São Paulo do Potengi-RN. GIX PVIII A0, desconhece DUM, deu entrada no serviço com queixa de dor abdominal há aproximadamente 8 dias. Ao exame: PA: 110x70 mmHg, Tax: 36.6°C, estado geral regular, ACV E AR: sem alterações, dor a palpação abdominal. Toque vaginal: colo grosso, posterior, impérvio. Trouxe USG mostrando gestação ectópica abdominal, com idade gestacional (IG) estimada em 22 semanas, feto apresentando múltiplas má-formações. Realizou na urgência outra avaliação ecográfica mostrando feto único, vivo, BCF: 142 bpm, na cavidade abdominal, útero vazio, presença de líquido livre na cavidade. Paciente foi abordada cirurgicamente para retirada fetal, com peso de 660g, assexuado, vivo, observado presença de má-formações fetais, assistido por pediatra. Identificado sítio de inserção placentária em útero e anexo esquerdo, com sangramento nessas áreas, optando por histerectomia total com anexectomia esquerda. Paciente evoluiu estável, sem intercorrências. Relevância e Comentários: Após o diagnóstico de uma gestação abdominal, dependendo da IG, a melhor indicação é a interrupção da mesma, uma vez que a probabilidade de se nascer um feto saudável é pequena e as chances de complicações maternas são altas. A morbimortalidade materna é elevada, sendo a principal complicação a hemorragia do leito placentário, uma vez que não há os mecanismos de contrações miométriais responsáveis pela constrição dos vasos. A paciente apresentou sangramento importante no local de inserção placentária, sendo necessária a remoção dos órgãos acometidos. Em alguns casos, onde a inserção placentária acomete órgãos importantes não é incomum a decisão do profissional de deixar a placenta in situ, essa conduta reduz principalmente a probabilidade de hemorragia profusa.

**Instituição:** Maternidade Escola Januário Cicco - UFRN - Natal - RN

# OBSTETRÍCIA

## MALFORMAÇÃO UTERINA: ROTURA UTERINA ESPONTÂNEA EM GRAVIDEZ DE ÚTERO UNICORNO COM CORNO UTERINO RUDIMENTAR

**Autores:** Tiago, D.B.; Oshikata, C.T.; Bueno, M.P.; Gimenez, D.F.; Gimenez, D.F

**Sigla:** O166

O útero feminino é derivado dos Ductos de Müller e seu desenvolvimento ocorre na ausência do fator inibidor das estruturas müllerianas produzido pelo testículo do embrião masculino. As anomalias uterinas müllerianas tem uma incidência 0,1 a 3,5% . De etiologia multifatorial ocorrem por parada no desenvolvimento ou por falta de fusão dos ductos de Müller causando esterilidade, infertilidade e partos pré termos. São varios os tipos de mal formações mullerianas, no caso em questão apresentamos um caso de útero unicorno com um corno rudimentar que apresenta uma incidência de 1:100.000 gestações, que evoluiu com ruptura uterina espontânea. Caso: TSC, 20 anos, primigesta de 10 semanas, com queixa de dor abdominal súbita, em hipogástrio, de forte intensidade com piora progressiva. Refere tontura e escapulalgia de fraca intensidade. Negou febre, alteração urinaria e intestinal. Ao exame: descorada +2/+4, P = 127 b.p.m., PA = 100/60 mmHg, sudoreica e com hipotensão ortostática. Abdome tenso sem descompressão brusca, RHA+. Exames Hb = 10,2 e Ht = 32. Exame ginecológico impossibilitado pela dor da paciente. Realizado ultrassom com útero pouco aumentado com conteúdo heterogêneo em cavidade de 29mm de espessura e saco gestacional, sem plano de clivagem com a parede uterina lateral esquerda com feto vivo com 10 semanas e com diagnóstico de útero didelfo com gestação em uma das cavidades endometriais ou gestação ectópica. Novo Hb = 8,5 e Ht = 24,1 em 2hs. Realizado laparotomia com hemoperitônio volumoso e presença de gestação cornual à esquerda, com rotura uterina e extrusão do saco gestacional. Evidenciado ainda malformação uterina, com presença de septo, tornando as cavidades assimétricas e presença de gestação na cavidade menor. Realizada abertura da cavidade com retirada de todo saco gestacional, feto e placenta e realizado metroplastia do corno rudimentar. O útero unicorno com corno rudimentar é uma patologia extremamente rara e sua evolução como no caso para ruptura uterina é uma exceção. O diagnóstico diferencial maior é com prenhez ectópica rota. O tratameno do corno rudimentar com metroplastia é fundamental para evitar a recorrência e sucesso para gestações futuras.

**Instituição:** Pontifícia Universidade Católica de Campinas - Hospital Universitária PUC - Campinas - SP

## CHAOS - CONGENITAL HIGH AIRWAY OBSTRUCTION SYNDROME

**Autores:** Moraes, V.P.; Sá, R.A.M.; La Roque, M.; Werner, H.; Jesus, L.E.; Tavares, R.

**Sigla:** O167

Congenital high airway obstruction syndrome (CHAOS) é uma rara condição clínica com elevado risco de vida, causada por uma obstrução completa ou quase completa das vias aéreas do feto. A obstrução das vias aéreas superiores bloqueia o fluxo de fluido produzido no pulmão através da laringe, provocando mudanças estruturais que podem ser visíveis a ultrassonografia no início da gestação. O relato desse caso tem como Objetivo: o conhecimento de alguns sinais ecográficos precoces, permitindo a suspeita diagnóstica da patologia, importante para melhoria do prognóstico. Gestante de 21 anos, 3 Gesta 2 Para , 2 cesáreas encaminhada à emergência do HUAP após realizar ultrassonografia (US) morfológica que demonstrou hidropsia fetal. No Serviço de Medicina Fetal do referido hospital realizou nova US que mostrou pulmões hiperecóticos alargados com imagem de dilatação da árvore traqueo-brônquica, podendo corresponder a CHAOS. A seguir confirmou a hipótese diagnóstica com ressonância nuclear magnética. Realizou amniocentese para cariótipo. Realizada fetoscopia, com laringoscopia e após 30 dias observamos significativa redução do volume pulmonar. Realizada cesariana de urgência com 37 semanas por iteratividade mais trabalho de parto; RN vivo, sexo masculino que não chorou ao nascer, apresentando múltiplas malformações. Realizada cirurgia EXIT pela equipe de cirurgia pediátrica, para fornecer assistência ventilatória ao feto. A cirurgia não obteve sucesso sendo constatado óbito neonatal após 10 minutos. A família não autorizou necropsia .Diante deste caso, reconhecemos a importância da identificação dos sinais ecográficos precoces para suspeita diagnóstica preparando uma abordagem cirúrgica na tentativa de melhorar o prognóstico neonatal.

**Instituição:** Hospital Universitário Antônio Pedro, Universidade Federal Fluminense - Niterói - RJ

## CEFALEIA NA GESTAÇÃO

**Autores:** Carvalho, C.M.P.; Fornari, P.F.; Giovanetti, N.M.; Murazawa, M.M.; Nahime, M.; Borges, P.M.

**Sigla:** O168

A cefaleia é uma das principais queixas na prática clínica. Ocorre frequentemente na gestação devido vasodilatação por ação do estrógeno e progesterona. A caracterização da dor, bem como os sintomas que acompanham são fundamentais no diagnóstico diferencial, uma vez que

sendo sintoma frequente, passam despercebidas outras causas de cefaleia na gestação, dificultando diagnóstico e tratamento precoce. Trata-se de gestante de 39 anos, multipara e com 37 3/7 semanas de gestação. Refere que há 2 meses procurou atendimento médico devido dor de cabeça intensa, unilateral esquerda, sendo medicada com paracetamol e dispensada. A dor evoluiu para localização bilateral, em peso, contínua, de forte intensidade, acompanhada de fotofobia, fonofobia e vômitos, com discreta melhora com dipirona. Procurou novamente atendimento médico que orientou ser sintoma normal da gestação. Após 3 semanas percebeu ptose palpebral e estrabismo unilateral à direita com desvio da rima, diplopia, visão turva e dislalia. Após procurar atendimento, foi encaminhada ao serviço terciário, onde realizou avaliação neurológica, fundo de olho e tomografia computadorizada do crânio que constatou lesão expansiva em topografia de clivo com extensão para o seio cavernoso e rechaço da carótida, resultando em paralisia do nervo oculomotor e comprometimento do nervo trigêmeo à direita. A hipótese diagnóstica foi de craniofaringioma ou cordoma. Decidiu-se resolução do parto via cesárea, com feto vivo, masculino, 3430g, apgar 6/8. Após o parto, paciente foi encaminhada para o serviço de neurologia, porém abandonou o tratamento assinando termo de responsabilidade pelo seu ato. Os autores enfatizam a importância do diagnóstico diferencial da cefaleia na gestação, com análise de suas características, bem como os sintomas que acompanham, permitindo diagnóstico e tratamento precoce, com melhor evolução para as pacientes. Alertam ainda a importância de, em presença de dor não responsiva a medicação associada a êmese e sintomas neurológicos pensar em outras causas de cefaleia, como meningite, hemorragia subaracnoidea, encefalopatia hipertensiva e tumores cranianos.

**Instituição:** Faculdade de Ciências Médicas e Saúde PUC Sorocaba - Sorocaba - SP

## GESTÇÃO APÓS CARCINOMA DE NASOFARINGE METASTÁTICO: RELATO DE CASO

**Autores:** Dijirow, F.B.; Hase, E.A.; Francisco, R.P.V.; Zugaib, M.

**Sigla:** O169

**Introdução:** Carcinoma de nasofaringe é um tipo raro de câncer, com incidência de 0,5 a 2 por 100.000 nos Estados Unidos. Devido à raridade e escassez de relatos na literatura, decidiu-se por descrever este caso. Descrição do caso: FSS, 20 anos, parda, 27 semanas de gestação, secundigesta, diagnóstico de carcinoma indiferenciado não queratinizante de nasofaringe do tipo linfopitelioma, estágio IVb desde 2011, com metástase cervical e hepática, foi encaminhada para o pré natal na Clíni-

ca Obstétrica do HCFMUSP. Em agosto 2011 realizou quimioterapia (QT) e radioterapia desenvolvendo hipotireoidismo secundário à lesão actínica tireoideana. Em novembro de 2011, a tomografia computadorizada identificou lesão incipiente hepática, sugestiva de metástase. Houve persistência de linfonodomegalia cervical. Em janeiro de 2012 realizou esvaziamento cervical bilateral, com 36 linfonodos sem metástase. Em maio de 2012 apresentou aumento da lesão hepática (7,1cm) e biópsia revelou metástase. Submetida a QT com redução das dimensões da lesão (2,3cm). Desde setembro de 2012 está em seguimento clínico, sem progressão significativa da doença. Durante o pré-natal apresentou como intercorrência diagnóstico de sepse de foco desconhecido, sendo internada e medicada com antibioticoterapia, reposição volêmica, com reversão rápida do quadro, recebendo alta com 3 dias para seguimento ambulatorial, que evoluiu sem intercorrências. Com 40 semanas foi realizado preparo de colo uterino para indução do parto. Realizado parto vaginal cefálico, recém nascido feminino, 3140g, APGAR 9/10/10 e laqueadura tubária no mesmo dia, com alta no terceiro dia pós-parto em boas condições clínicas. Relevância: Este caso ilustra caso raro de gestante com carcinoma de nasofaringe metastático, sua evolução e resultados maternos e fetais. Comentários: A incidência de câncer vem aumentando anualmente e sua concomitância com a gestação tem sido mais frequente, porém a literatura ainda é escassa a respeito do melhor manejo e conduta nestes casos. O acompanhamento clínico e assistência pré-natal devem sempre ser realizados com equipe multiprofissional para obtermos melhores resultados maternos e fetais.

**Instituição:** Clínica Obstétrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP) - São Paulo - SP

## FIBROMA E CISTOADENOFIBROMA DE OVÁRIO NA GESTÇÃO- RELATO DE CASO

**Autores:** Kitamura, M.; Hase, E.A.; Sadalla, J.C.; Francisco, R.P.V.; Zugaib, M.

**Sigla:** O170

**Introdução:** A presença de tumores ovarianos em gestantes torna-se cada vez mais comum, pois mais mulheres estão postergando a gestação para o final da vida reprodutiva, período em que a incidência desses tumores aumenta. Não há relatos na literatura sobre diagnóstico de fibroma ou cistoadenofibroma seroso gigante em gestantes. Descrição do caso: Primigesta, 23 anos, encaminhada ao Pré-Natal da Clínica Obstétrica do HCFMUSP com 20 semanas e 1 dia por massa pélvica complexa, gestação e emagrecimento de 13kg em 3 meses. Realizada ressonância magnética revelando lesão sólido-cística

medindo 21x11,5x20cm em ovário direito, lesão cística de 6 cm em ovário esquerdo, ascite moderada e carcinomatose peritoneal. Após discussão com equipe oncológica, foi optado por laparotomia exploradora, realizada com 22 semanas e 3 dias e procedeu-se anexectomia direita, cistectomia esquerda e omentectomia caudal, sem evidência de carcinomatose peritoneal e apêndice cecal normal. Tumor direito pesou 2554,8g, 25,5x14,3x10,9cm e anatomopatológico(AP) diagnosticou fibroma ovariano. Tumor esquerdo pesou 88g, 5,2x5x3,5 cm e AP cistoadenofibroma seroso. Após procedimento cirúrgico, evoluiu sem intercorrências clínicas e obstétricas. Com 40 semanas e 1 dia submetida a cesárea por sofrimento fetal durante indução do parto. Recém-nascido AP-GAR8/10, 3210g. Relevância: É a primeira descrição na literatura sobre diagnóstico de fibroma ovariano gigante concomitante a cistoadenofibroma seroso em gestante, condução e sua evolução durante seguimento da gestação. Comentários: Ilustra a dificuldade em se obter diagnóstico e etiologia precisos de massa gigante abdominal durante a gestação, bem como necessidade de atendimento multidisciplinar e multiprofissional adequados para se optar pelo melhor tratamento mesmo durante a gestação. A paciente evoluiu bem após o procedimento cirúrgico, sem intercorrências clínicas e pré-natais. Provavelmente, outros desfechos poderiam ter ocorrido caso o diagnóstico e procedimento cirúrgico do tumor não fossem realizados. Devido ao efeito compressivo dos tumores poderiam ocorrer ainda desnutrição materna, restrição de crescimento fetal, prematuridade e até óbito fetal.

**Instituição:** Clínica Obstétrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP) - São Paulo - SP

## ROTURA UTERINA ESPONTÂNEA EM GESTAÇÃO INICIAL EM PACIENTE ATENDIDA NO HOSPITAL ESCOLA DA FACULDADE DE MEDICINA SÃO CAMILO – HOSPITAL GERAL DE CARAPICUIBA (HEFMSC – HGC)

**Autores:** Junior, M.C.A.; Bretz, P.M.; Antunes, D.R.V.; Ferreira, M.M.; Mota, T.T.; Valente, V.

**Sigla:** O171

A rotura uterina é uma urgência obstétrica devido à alta morbimortalidade materno-fetal, consistindo na separação completa de todas as camadas uterinas com saída de parte ou de todo o feto da cavidade uterina. Sua prevalência é 0,03 a 0,08% de todos os partos. O principal fator de risco para rotura é a presença de cicatriz uterina e o antecedente de cesariana. Outras causas são: acretismo placentário, miomectomia, anomalias congênitas uterinas, antecedentes de curetagem uterina com perfuração, uso de misoprostol e ocitocina, uso inadequado

do fórcepe, hiperdistensão uterina e apresentação fetal anômala (côrmico e pélvico). O quadro clássico compreende a interrupção das contrações com sangramento vaginal, ausência de batimentos cardíacos fetais, mudança de posição fetal, com partes fetais palpáveis no abdome materno, dor súbita e lancinante no hipogástrico, choque materno. I.F.S, 18 anos, nuligesta, 22 semanas e 3 dias de gestação, internada no HEFMSC – HGC por anidrâmnio. Durante internação foi submetida a antibioticoterapia, corticoterapia, controle infeccioso e de vitalidade fetal. No 22º dia de internação hospitalar, apresentou dor abdominal aguda intensa; encaminhada imediatamente ao centro cirúrgico para laparotomia exploradora. No intra – operatório observou-se sangue livre em cavidade abdominal e rotura uterina completa sendo realizada retirada de feto único e vivo, sexo feminino com 600 gramas, submetida a histerectomia. Anatomopatológico: corpo uterino de involução gravídica, com edema e extensos focos de hemorragia endometrial. Paciente com evolução satisfatória, tendo alta sem queixas e intercorrências no segundo dia de pós operatório. O recém-nascido foi a óbito com 1 hora, devido prematuridade extrema. A Relevância: do caso é decorrente da extrema raridade de rotura uterina espontânea em paciente jovem, nuligesta, em gestação inicial e sem cirurgia prévia. A preservação da vitalidade materna só foi possível devido a abordagem emergencial do abdome agudo e diagnóstico firmado somente em intra-operatório. A raridade e a importância do caso deu-se no sentido de permitir a retirada de feto vivo extra-uterino e a permanência de sua sobrevivida por 1 hora.

**Instituição:** Hospital Geral de Carapicuíba - Carapicuíba - SP

## ADOLESCENTE COM ACRETISMO PLACENTÁRIO EM PLACENTA FÚNDICA ATENDIDA NO HOSPITAL ESCOLA DA FACULDADE DE MEDICINA SÃO CAMILO – HOSPITAL GERAL DE CARAPICUIBA (HEFMSC-HGC)

**Autores:** Britto, E.R.R.; Bretz, P.R.; Souza, D.T.; Valente, V.; Fanton, N.U.A.C.; Torossian, A.

**Sigla:** O172

A placenta desprende-se normalmente de forma espontânea minutos depois do nascimento do bebê na maioria das vezes. Placenta acreta é uma condição que ocorre quando a placenta fica anormalmente aderida no local de implantação e a decídua pode não existir. A incidência do acretismo placentário vem aumentando significativamente, o que se deve ao aumento do número de partos cesáreas. É uma patologia não muito habitual, afetando

cerca de 1 a cada 2.500 partos. Classificada como acreta, quando está inserida profundamente na camada interna do útero, increta, quando chega a musculatura uterina ou percreta, quando ultrapassa a musculatura uterina podendo invadir até órgãos adjacentes como a bexiga. Alguns fatores de risco consistem em placenta prévia, história de cesariana anterior (cicatriz uterina prévia) e curetagem uterina prévia. A hemorragia intensa e persistente é a principal complicação do acretismo placentário. B.S.A, 16 anos, nuligesta, 38 semanas e 2 dias de gestação internada no HEFMSC – HGC no dia 26/04/15 com queixa de dor em baixo ventre, dinâmica uterina presente, 34 cm de altura uterina, BCF de 144 bpm e colo uterino com 8 cm de dilatação. Paciente evoluiu para parto normal, seguido de retenção placentária. Tentativa de curagem uterina sem sucesso. Paciente foi submetida a sedação para realização de curetagem, identificando-se massa placentária fixa em fundo uterino e região cornual esquerda. A massa placentária manteve-se aderida ao útero e paciente manteve sangramento vaginal intenso. Devido quadro de hipotensão e insucesso na curetagem, optou-se por histerectomia. Relevância: do caso: Raridade de acretismo placentário em paciente adolescente e nuligesta, com placenta fundica. No caso em questão, o diagnóstico foi firmado em puerpério imediato, com necessidade de abordagem emergencial, em detrimento a preservação de vitalidade materna.

**Instituição:** Hospital Geral de Carapicuíba - Carapicuíba - SP

## RELATO DE CASO DE CESARIANA PERIMORTEM COM BOM RESULTADO FETAL

**Autores:** Fisco, S.C.; Moura, D.C.; Inoue, I.T.

**Sigla:** O173

**Introdução:** Apresenta-se o caso de uma gestante de 26 semanas e 5 dias com cardiopatia materna grave que evoluiu com choque cardiogênico e parada cardiorrespiratória(PCR), sendo necessária a realização de cesariana perimortem. Relato de caso: Paciente M.C.S.S, 33 anos, G4P3, tabagista, acompanhada em ambulatório pré natal de alto risco pois apresentava o diagnóstico de cardiomiopatia dilatada e lesão mitral por doença reumática, submetida a duas valvoplastias percutâneas, porém sem acompanhamento regular com cardiologista. Iniciou-se a descompensação cardiológica com 15 semanas de gestação em quadro de endocardite infecciosa; sendo internada em unidade de terapia intensiva (UTI) com necessidade de associação da antibioticoterapia com droga vasoativa para compensação da insuficiência cardíaca. Houve indicação de aborto terapêutico, não consentido. Paciente comparece ao pronto socorro com 26 semanas e 5 dias referindo sangramento via vaginal e

dor abdominal, descartado trabalho de parto prematuro. Evoluiu com PCR, sendo realizada cesariana de emergência após 4 minutos de ausência de batimentos cardíacos maternos, com incisão cirúrgica mediana e histerotomia longitudinal e retirada de feto vivo. Reanimada com sucesso após 20 minutos, evoluindo com nova PCR após 5 horas, edema agudo de pulmão com insuficiência renal anúrica e necessidade de diálise, falecendo 15 horas após o primeiro evento. RN necessitou de internação em UTI, evoluiu bem recebendo alta sem sequelas. Relevância: Apresentar um resultado fetal favorável, apesar da prematuridade extrema e a recuperação hemodinâmica materna, que em pacientes cardiologicamente menos comprometidas poderia levar a um resultado materno mais satisfatório. Comentários: O conhecimento da prática de cesariana perimortem é de fundamental importância para o obstetra uma vez que diversas patologias podem cursar com colapso materno, como hemorragias, sepsis, eclampsia e intoxicações exógenas. O procedimento deve ser realizado após 4 minutos sem retomada de circulação materna em vigência de manobras de reanimação, não apenas para resultados perinatais mais favoráveis, como também para melhora na repercussão hemodinâmica materna.

**Instituição:** Universidade Estadual de Londrina - Londrina - PR

## INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO NA GESTAÇÃO POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE

**Autores:** Kimura, A.M.; Almeida, S.S.B.; Filho, O.O.S.; Tiago, D.B

**Sigla:** O174

**Introdução:** A infecção do trato urinário é de grande importância durante o ciclo gravídico-puerperal, já que a gravidez é um fator predisponente devido a alterações anatômicas e funcionais do trato urinário. Tal patologia deve ser investigada durante a rotina pré natal e tratada em casos sintomáticos, pois pode levar a complicações maternas e fetais. Descrição Paciente S.M.P., 30 anos, G4P1C0A2 vem assintomática para consulta de Pré Natal com 33 semanas trazendo resultados dos exames da 2ª rotina, em que foi evidenciado urina I com nitrito positivo, leucócitos 90000 e presença de grumos leucocitários, porém com urocultura negativa. Solicitada nova coleta de exame de urina e bacterioscopia com presença de numerosos Cocos Bacilos Gram Negativos, sendo optado por urocultura com Agar chocolate por 24 horas sendo realizado identificação em equipamento automatizado e evidenciado crescimento de Haemophilus parainfluenzae. Realizado tratamento de bacteriúria assintomática com Amoxicilina clavulanato. Relevância: A infecção do trato urinário

# OBSTETRÍCIA

deve ser rigorosamente pesquisada durante o pré natal para prevenção de complicações durante a gestação e puerpério. Seu tratamento deve ser considerado diante de uroculturas negativas em caso de pacientes sintomáticas ou exames de Urina I altamente sugestivas de infecção, uma vez que o uropatógeno pode ser atípico e não comumente pesquisado nos meios de cultura rotineiros, conforme retratado neste caso. Comentários: O agente etiológico mais comum nas infecções do trato urinário é a *Escherichia coli* seguido de outras bactérias aeróbias Gram-negativas tais como *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus mirabilis* e bactérias do gênero *Enterobacter*. Além de Bactérias Gram-positivas como o *Staphylococcus saprophyticus*, *Streptococcus agalactiae*. No entanto, o *Haemophilus parainfluenzae* é raramente descrito como agente causador de infecção do trato urinário e sua real incidência é pouco conhecida, uma vez que os meios que permitem seu crescimento não são utilizados rotineiramente para cultura de urina, por tratar-se de uma bactéria encontrada na microbiota do trato respiratório humano.

**Instituição:** Hospital e Maternidade Celso Pierro - Campinas - SP

## PERFIL ANTROPOMÉTRICO E DIETÉTICO DE GESTANTES ADOLESCENTES NO INÍCIO DO PRÉ-NATAL - DADOS PRELIMINARES

**Autores:** Pompeu, M.P.; Paulino, D.S.M.; Pinto e Silva, J.L.; Surita, F.G.C.

**Sigla:** O175

Objetivo: Avaliar o perfil antropométrico e dietético de gestantes adolescentes na primeira consulta de pré-natal (PN). Metodologia: Realizou-se avaliação antropométrica por bioimpedância e dobras cutâneas e avaliação dietética através de Recordatório de 24 horas. Dados socio-demográficos foram coletados através de questionário e prontuário. Resultados Foram avaliadas 27 gestantes, com idade média de 15 anos e média do início do PN de 14 semanas. De acordo com o IMC pré-gestacional, 73% eram eutróficas, 19,23% baixo peso e 7,69% estavam acima do peso. O IMC mostrou 53,84% eutróficas, 30,76% baixo peso e 15,37% acima do peso, sendo 3,84% obesas. O ganho médio de peso entre o peso pré-gestacional e o peso aferido na primeira consulta foi 2,3 Kg. A porcentagem de gordura corporal aferida pelas pregas cutâneas revelou que 42,3% apresentavam percentual alto, 30,76% moderadamente alto e 23,07% excessivamente alto. Já a porcentagem de gordura corporal aferida através da bioimpedância, mostrou 26,92% com percentual alto, 19,23% moderadamente alto e 3,84% excessivamente alto. Em relação a ingestão dietética, a maioria apresentou ingestão energética inadequada, 23,07% acima e 34,61% abaixo da

necessidade diária. A maioria das gestantes (80,77%) apresentou adequação do consumo de carboidrato, porém metade delas teve consumo inadequado de lipídios, 23% acima e 27% abaixo; 23% tiveram consumo insuficiente de proteína. Todos os micronutrientes avaliados foram consumidos de forma insuficiente. Apenas 1 gestante atingiu a recomendação e para o Cálcio, 2 alcançaram o recomendado. O uso de Sulfato Ferroso suplementar foi observado em apenas 7 gestantes e 2 tomavam multivitamínico que continha cálcio. Conclusão: Os resultados mostram que na primeira consulta de PN as gestantes apresentam distribuição corporal inadequada, com elevado percentual de gordura. Tal resultado pode estar associado com a ingestão energética acima do recomendado e troca de alimentos proteicos por alimentos ricos em lipídios. A ingestão deficiente e não suplementação de micronutrientes é um dado alarmante, pois deficiência de ferro está relacionada a anemia e a deficiência de cálcio à pré-eclâmpsia.

**Instituição:** Universidade Estadual de Campinas - Campinas - SP

## MANEJO OBSTÉTRICO DA PACIENTE PORTADORA DE LÚPUS ERITEMATOSO DISCOIDE

**Autores:** Silva, R.C.A.F.; Lima, M.C.; Florão, M.; Nogueira, C.J.Q.

**Sigla:** O176

Introdução: O Lúpus Eritematoso Cutâneo atua como patologia exclusivamente dermatológica, sendo assim, ausente o acometimento sistêmico, porém, há possibilidade de evoluir para a forma sistêmica em 5 a 10% dos casos. Possui etiologia desconhecida e há maior incidência em mulheres jovens. Descrição do caso: C. F. A., 39 anos, casada, procedente de Porto Velho, Rondônia, procura o Centro de Atenção a Mulher para realizar pré-natal, Gesta 2 Para 1, Aborto 1. Diagnosticada com Lúpus Eritematoso Discoide há um ano, em uso de Prednisona 5mg/dia. Ultrassonografia data 9 semanas e 3 dias de gestação. Durante a quarta consulta pré-natal, 19 semanas de gestação, a paciente queixou-se de um pico hipertensivo de 140 x 80 mmHg, único episódio. Solicitado ultrassonografia morfológica e rotina laboratorial, a apresentação dos referidos exames não observou-se alterações. Conforme indicação do reumatologista, iniciou-se Hidroxicloroquina 400 mg/dia, regulação da dose de Prednisona para 10 mg/dia na 22ª semana de gestação, pois a lesão em região malar evoluíra em extensão lesional, com telangiectasias e aumento da ceratose folicular. A paciente seguiu o pré-natal. O parto vaginal ocorreu a termo, sem intercorrências, RN pesou 3.120 g, amamentou 2 horas após o parto, recebeu alta hospitalar 36 horas pós-parto. A consulta puerperal ocorreu 34 dias pós-parto, sem intercorrências. O médico reu-

matologista suspendeu a Hidroxicloroquina e diminuiu a dose de Prednisona. Relevância: Importante se torna o acompanhamento do lúpus eritematoso discoide, uma vez que hormônios sexuais são imuno-estimulantes, pois aumentam a atividade dos linfócitos B auto-reativos e a gestação é um estado de alterações hormonais, podendo atuar no desenvolvimento de doença sistêmica. O tratamento para controle da patologia durante a gestação inclui o uso de corticoides e antimaláricos. Comentários: Além das possíveis complicações sistêmicas com a evolução da patologia para LES, com a gestação podem ocorrer episódios obstétricos como pré-eclâmpsia, piora significativa do quadro clínico, o lúpus materno com anticorpos anti Ro/SS-A e anti La/SS-B podem atravessar a placenta e acarretar em lúpus neonatal.

**Instituição:** Faculdade São Lucas - Porto Velho - RO

## ARRITMIAS NA GESTAÇÃO: UMA REVISÃO DA LITERATURA

**Autores:** Rezende, G.P.; Pinto, C.C.D.; Miguel, M.A.V.; Antoniassi, D.Q.

**Sigla:** O177

A gestação é um período em que importantes alterações hormonais e hemodinâmicas ocorrem, sendo comumente chamadas como "adaptações gravídicas". No entanto, o rearranjo circulatório e vascular sofrido durante a gravidez favorece o aparecimento de sintomas arritmicos e de arritmias supraventriculares e ventriculares propriamente ditas, sendo fundamental que o médico generalista e o obstetra consigam identificar essas situações clínicas, de modo a diferenciá-las e adequar a abordagem de cada caso. Objetivos: Esse artigo tem a função de revisar a literatura existente sobre arritmias na gravidez, dando ênfase à frequência e classificação dos distúrbios de ritmo presentes nessa situação e suas possibilidades terapêuticas. Métodos: Revisão da literatura (PubMed, BIREME, LILACS, Scielo). Resultados e Conclusões: Os distúrbios do ritmo mais graves são raros durante o período gestacional, sendo importante reforçar que as repercussões das arritmias dependem do estado cardiovascular prévio da paciente e também da influência das mudanças hormonais e metabólicas. Sendo assim, deve-se verificar se o quadro corresponde ao primeiro episódio arritmico da gestante, ou se houve exacerbação de um distúrbio do ritmo prévio. Essa situação clínica pode se complicar em cerca de 6% das gestantes que já possuem cardiopatia, sendo que o índice aumenta para 17% quando trata-se de cardiopatia reumática. No que se refere às taquiarritmias prévias, 44% podem ter recorrência da arritmia e cerca de 20% podem ter como consequência complicações fetais, como hemorragia intraventricular, baixo peso ao nascer, prematuridade, entre outras. No que se refere

ao diagnóstico, adotam-se procedimentos não invasivos, como eletrocardiograma e ecocardiograma transtorácico. Em relação ao tratamento, no entanto, algumas drogas antiarrítmicas, como a difenilhidantoína sódica, são contraindicadas pelo risco de complicações ao feto, porém as restrições são poucas, podendo ser adotada uma terapêutica antiarrítmica eficaz na gestação sem prejuízos ao binômio materno-fetal. Em alguns casos também estão indicados procedimentos invasivos, tais como cardioversão elétrica e ablação por radiofrequência.

**Instituição:** Faculdade de Medicina de Jundiá - Jundiá - SP

## DOENÇA ADENOMATOSA CÍSTICA PULMONAR FETAL E RESOLUÇÃO ESPONTÂNEA DURANTE GESTAÇÃO

**Autores:** Santos, I.M.A.; Sousa, F.B.; Paris, L.; Tedesco, G.D.; Bussamra, L.C.S.; Aldrighi, J.M.

**Sigla:** O178

Introdução: A malformação adenomatóide pulmonar é caracterizada por uma massa policística de tecido pulmonar com proliferação de estruturas brônquicas, sendo uma lesão rara e mais frequente no sexo masculino, acometendo único lobo. Há duas teorias para sua fisiopatologia, uma delas é o defeito na maturação das estruturas brônquicas, ocorrendo na quinta ou sexta semana de gravidez, e a outra é uma displasia pulmonar focal, sendo identificado tecido ósseo dentro da parede do cisto. Em 1985, Adzick et al.1, propuseram classificação simplificada, dividindo as MACPs em três grupos: forma macrocística (cistos >5 mm de diâmetro), forma microcística (cistos <5 mm) e forma mista. O prognóstico está relacionado à característica ultrassonográfica dos cistos durante o pré-natal sendo a presença de lesões bilaterais, anasarca fetal e desvio do mediastino, responsáveis pelo pior desfecho perinatal. Liu YP 2 e Zeidan S 3, observaram que achados ultrassonográficos de cisto pulmonares involuíram e desapareceram no decorrer da gestação, entretanto não foi possível a identificação do mecanismo responsável por esta resolução. Tal fato, foi observado em 6% dos casos e acredita-se que o parênquima pulmonar normal continua seu crescimento ocupando a área do parênquima comprometido. Caso Clínico: NLL, 24 anos, branca, casada e procedente de São Paulo. GII PIC, IG 35 semanas, encaminhada por alteração ultrassonográfica de segundo trimestre que evidenciava: Imagem levemente hiperecótica em pulmão esquerdo deve estar relacionada a doença pulmonar adenomatóide microcística em regressão medindo 25x14 mm. Realizado exames ultrassonográficos seriados onde não foram evidenciadas estas alterações. Comentários: Em virtude do número reduzido de descrições na literatura e baixa taxa

# OBSTETRÍCIA

de resolução citada, consideramos importante o relato e conhecimento desta patologia, proporcionando melhor assistência materno-fetal.

**Instituição:** Medicina Fetal do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia Santa Casa de São Paulo - São Paulo - SP

## MÉTODOS: ULTRASSONOGRÁFICOS DE AVALIAÇÃO DO PROGNÓSTICO DE FETO COM HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA

**Autores:** Pereira, M.A.; Vazquez, I.C.; Ancona, C.A.; Drummond, C.L.; Bussamra, L.C.S.; Aldrighi, J.M.

**Sigla:** O179

**Introdução:** As hérnias diafragmáticas resultam de um defeito no fechamento do canal pleuropéritoneal entre a 9ª e 10ª semanas de gestação. O prognóstico fetal pode ser determinado pelas malformações associadas e auxiliado pela avaliação da relação do perímetro pulmonar pela circunferência cefálica fetal conhecido em inglês como lung to head ratio (LHR). Relato de caso: A.L.R.M., 27 anos, G1P0A0, sem comorbidades, feto único. A ultrassonografia morfológica de primeiro trimestre evidenciou uma translucência nucal aumentada (4,3 mm) e ducto venoso com onda A negativa. Com 16 semanas foi diagnosticada hérnia diafragmática esquerda, desvio importante do mediastino para a direita, sem outras anomalias associadas. As medidas do LHR nos exames entre 18 e 34 semanas ficaram entre 1,4 e 1,5, não sendo indicada cirurgia fetal. A paciente recusou a análise do cariótipo fetal no período intra uterino e teve parto cesariano com 37 semanas. Recém nascido pesou 2390g e necessitou de suporte respiratório, evoluiu para óbito 12 horas após o nascimento. Relevância: As hérnias diafragmáticas têm prevalência de 1/4000 nascimentos e em cerca de 50% dos fetos afetados existem anormalidades cromossômicas associadas, como trissomia 18 e 13 ou síndromes genéticas, como Síndromes de Fryns, Lange, Marfan e Pallister-Killian. Comentários: A predição de hipoplasia pulmonar é um desafio diagnóstico pré natal pois guia o aconselhamento dos pais e também a seleção dos casos que se beneficiariam com cirurgia intrauterina. O índice LHR colabora com essa avaliação: valor 1,0 ou menos, prognóstico ruim, ainda pior quando há fígado no tórax, pacientes candidatos à intervenção cirúrgica pré natal; entre 1,0 e 1,4, normalmente necessitarão ventilação extra corpórea; valor maior que 1,4 tem melhor prognóstico. Outros sinais de mau prognóstico: aumento da translucência nucal, presença de herniação intratorácica de vísceras abdominais antes de 20 semanas e compressão do mediastino, sugerida por proporção anormal no tamanho dos ventrículos cardíacos e desenvolvimento de polidrâmnio.

**Instituição:** Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - SP

## SÍNDROME DE ARNOLD-CHIARI: RELATO DE CASO

**Autores:** Pretti, P.I.A.; Honorato, D.J.P.; Sardinha, C.G.; Maciel, M.M.; Marques, E.M.; Watanabe, E.K.

**Sigla:** O180

A malformação de Arnold-Chiari (MFACH) tem incidência de 0,4/1000 nascidos vivos, é uma das anormalidades do sistema nervoso central relacionada em cerca de 3 % de todos os abortos, com risco de recorrência de 1-2 %. É classificada em quatro tipos, a do tipo I consiste no deslocamento caudal das amígdalas cerebelares através do forâmen magno. A do tipo II é a mais comum, caracterizada por herniação das amígdalas cerebelares, verme cerebelar, IV ventrículo e porção inferior do bulbo através do forâmen magno para o canal medular. No tipo III há herniação do cerebelo e tronco encefálico dentro de uma meningocele cervical alta, no tipo IV há hipoplasia cerebelar sem herniação. As alterações na morfologia fetal à ultrassonografia (US) relacionadas à MFACH do tipo II são: microcefalia, sinal do limão (estreitamento bitemporal), ventriculomegalia, espinha bífida com meningomielocoele, deslocamento para dentro da medula do IV ventrículo e cerebelo (sinal da banana), obliteração da cisterna magna (CM). Relato de caso: gestante de 21 anos, secundigesta, primípara (cesárea), sem comorbidades. US com 11 e 17 semanas normais. As alterações fetais compatíveis com MFACH tipo II foram descobertas em US morfológica com 26 semanas indicando hidrocefalia, deslocamento do cerebelo, obliteração CM, meningomielocoele lombar. O pré-natal seguiu sem intercorrência, parto cesáreo programado no termo, recém-nascido com peso de 2905 g, Apgar 4/8 no 1º/5º minutos. Com 48 horas de vida realizada correção da meningomielocoele e 14 dias após foi realizada a derivação ventrículo-peritoneal (DVP) para correção da hidrocefalia; alta com 45 dias de vida aceitando dieta oral. Aos 3 meses de vida reinternou devido ao grande aumento do perímetro cefálico. Nessa ocasião a tomografia computadorizada de crânio mostrou agenesia de corpo caloso e hidrocefalia sendo necessária nova abordagem com retirada da DVP, realização de derivação ventricular externa e tratamento de meningite. Aos 4 meses e meio teve alta, seguindo em acompanhamento ambulatorial. O diagnóstico antenatal da malformação fetal permitiu o preparo psicológico da gestante, assim como adequada assistência, melhorando sua sobrevivência.

**Instituição:** Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC-SP - Sorocaba

- 7** RECURSO ELETROTERRAPÊUTICO AUTOAPLICÁVEL NO TRATAMENTO DA DOR EM ENDOMETRIOSE  
**Autores:** *Mira, T.A.A.; Yela, D.A.; Giraldo, P.C.; Benetti-Pinto, C.L.*  
**Sigla:** G001
- 7** INFLUÊNCIA DO USO TÓPICO DE ESTROGÊNIO OU TESTOSTERONA OU ÁCIDO POLIACRÍLICO SOBRE A FUNÇÃO SEXUAL EM MULHERES NA PÓS MENOPAUSA: ENSAIO CLÍNICO CONTROLADO E ALEATORIZADO  
**Autores:** *Fernandes, T.; Costa-Paiva, L.; Pinto Neto, A.*  
**Sigla:** G002
- 7** EFEITO DA INSERÇÃO DO IMPLANTE LIBERADOR DE ETONOGESTREL NO PUERPÉRIO IMEDIATO SOBRE A AMAMENTAÇÃO: ESTUDO CLÍNICO RANDOMIZADO  
**Autores:** *Braga, G.C.; Ferriolli, E.; Quintana, S.M.; Ferriani, R.A.; Pfrimer, K.; Vieira, C.S.*  
**Sigla:** G003
- 8** AVALIAÇÃO DA DENSIDADE MINERAL ÓSSEA EM MULHERES NA PÓS MENOPAUSA TRATADAS DE CÂNCER DE MAMA  
**Autores:** *Poloni, P.F.; Neto, J.N.; Nahás, E.A.P.; Vespoli, H.L.; Filho, B.A.; Omodei, M.S.*  
**Sigla:** G004
- 8** INFLUÊNCIA DOS FATORES REPRODUTIVOS NA OBESIDADE MÓRBIDA EM MULHERES NO MENACME: DADOS PRELIMINARES  
**Autores:** *Neves, A.G.N.; Oshika, F.H.O.; Kawasara, K.T.K.; Godoy, A.C.G.; Chaim, E.A.C.; Surita, F.G.C.*  
**Sigla:** G005
- 9** PERFIL METABOLÔMICO DAS ALTERAÇÕES HEPÁTICAS DE MODELOS ANIMAIS DA SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS  
**Autores:** *Anzai, A.; Marcondes, R.R.; Gonçalves, T.H.; Baracat, E.C.; Silva, I.D.C.G.; Maciel, G.A.R.*  
**Sigla:** G006
- 9** SÍNDROME METABÓLICA: FATOR DE RISCO PARA PÓLIPO ENDOMETRIAL NA PÓS-MENOPAUSA  
**Autores:** *Bueloni-Dias, F.N.; Spadoto-Dias, D.; Nahás-Neto, J.; Delmanto, L.R.M.G.; Schmitt, E.M.B.; Nahás, E.A.P.*  
**Sigla:** G007
- 10** CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E NIC3 DE 2001 A 2010 EM SERVIÇO DE REFERÊNCIA PARA A REGIÃO DE CAMPINAS: EVOLUÇÃO DA TAXA ANUAL, IDADE, TIPO HISTOLÓGICO E ESTADIAMENTO  
**Autores:** *Soares, M.S.; Teixeira, C.S.C.; Machado, H.C.; Andrade, L.A.L.A.; Zeferino, L.C.; Teixeira, J.C.*  
**Sigla:** G008
- 10** DIAGNÓSTICO DE VAGINITE POR TESTE AFFIRM EM MULHERES COM QUEIXA GENITAL  
**Autores:** *Valente, A.B.G.V.; Junior, J.E.; Eleutério, R.M.N.; Soares, F.Q.*  
**Sigla:** G009
- 11** A METOCLOPRAMIDA PODERIA MODIFICAR A AÇÃO DOS ESTEROIDES SEXUAIS, SOBRE O ÁCIDO HIALURÔNICO DO COLO UTERINO DE MURINO?  
**Autores:** *Gomes, R.C.T.; Simões, M.J.; Simões, R.S.; Nader, H.B.; Baracat, E.C.; Soares Júnior, J.M.*  
**Sigla:** G010
- 11** FATORES ASSOCIADOS AO USO DE CONTRACEPTIVOS APÓS O PARTO NA COORTE BRISA  
**Autores:** *Santos, A.O.; Costa, M.C.; Costa, A.C.M.; Alves, M.T.S.S.B.*  
**Sigla:** G011

# ÍNDICE

- 12** PREVALÊNCIA DE NEOPLASIA INTRAEPITELIAL DE ALTO GRAU HISTOLÓGICO EM PACIENTES MENOPAUSADAS COM CITOLOGIA APRESENTANDO CÉLULAS ESCAMOSAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO  
**Autores:** *Lopes, A.; Campaner, A.B.; Salomão, F.; Quirino, L.; Araujo, F.*  
**Sigla:** G012
- 12** CORRELAÇÃO CITOLÓGICA E HISTOLÓGICA DE PACIENTES SUBMETIDAS À CONIZAÇÃO DO COLO UTERINO  
**Autores:** *Campaner, A.B.; D'Avila, F.S.; Henrique, L.Q.; Lopes, A.C.M.; Aldrighi, J.M.*  
**Sigla:** G013
- 12** AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE PROLIFERATIVA SEMANAL DO EPITÉLIO MAMÁRIO APÓS O USO DE TRÊS CICLOS DE ANTICONCEPCIONAL COMBINADO HORMONAL ORAL  
**Autores:** *Fenile, R.; Nazário, A.C.P.; Logullo, A.; Taniguchi, C.K.T.*  
**Sigla:** G014
- 13** MIRNAS EM SARCOMAS E CARCINOSSARCOMAS UTERINOS: UMA PERSPECTIVA DE NOVOS ALVOS TERAPÊUTICOS  
**Autores:** *Dos Anjos, L.G.; Maciel, G.A.R.; Garcia, N.; Almeida, T.G.; Baracat, E.C.; Carvalho, K.C.*  
**Sigla:** G015
- 13** DESENVOLVIMENTO DE UM TESTE PCR MULTIPLEX BASEADO NA REGIÃO E7 COM GENOTIPAGEM AUTOMATIZADA PARA DETECÇÃO DE SEIS HPV DE ALTO RISCO  
**Autores:** *Teixeira, J.C.; Paes, E.F.; Teixeira, C.S.C.; Assis, A.M.*  
**Sigla:** G016
- 14** SOBREVIDA E RECORRÊNCIA DE DOENÇA RELACIONADA À LINFADENECTOMIA NAS PACIENTES COM CÂNCER DE ENDOMÉTRIO  
**Autores:** *Anton, C.; Favero, G.M.; Mancusi, J.P.; Nobrega, F.; Carvalho, J.P.; Baracat, E.C.*  
**Sigla:** G018
- 14** INFLUÊNCIA DO EXERCÍCIO FÍSICO AERÓBICO SOBRE ENDOMETRIOSE EXPERIMENTALMENTE INDUZIDA EM RATA  
**Autores:** *Rosa e Silva, J.C.; Montenegro, M.L.; Bonoche, C.M.; Meola, J.; Silva, A.R.; Ferriani, R.A.*  
**Sigla:** G019
- 15** MASSAGEM DE THIELE MELHORA A DISPAREUNIA EM MULHERES COM DOR PÉLVICA CRÔNICA  
**Autores:** *Rosa e Silva, J.C.; Silva, A.P.M.; Gurian, M.B.F.; Mitidieri, A.M.S.; Lara, L.A.S.; Poli Neto, O.B.*  
**Sigla:** G020
- 15** AVALIAÇÃO DE CASOS E RECIDIVAS DE ENDOMETRIOSE DE PAREDE ABDOMINAL NOS ÚLTIMOS DEZ ANOS (2004-2014) NA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
**Autores:** *Trigo, L.A.M.C.; Yela, D.A.*  
**Sigla:** G021
- 15** AVALIAÇÃO DA DOR EM PACIENTES SUBMETIDAS À HISTEROSCOPIA AMBULATORIAL COM USO DE CETOROLACO DE TROMETAMINA  
**Autores:** *Gonçalves, F.M.; Diniz, D.B.F.Q.; Andre, G.M.; Sampaio Neto, L.F.*  
**Sigla:** G022

- 16** AÇÃO DOS ESTEROIDES SEXUAIS SOBRE O ÁCIDO HIALURÔNICO E OS GLICOSAMINOGLICANOS SULFATADOS NA MAMA DE RATAS, APÓS OVARIETOMIA.  
**Autores:** Torres, S.M.P.S.; Nader, H.B.; Simões, M.J.; Gomes, R.C.T.; Simões, R.S.; Soares Júnior, J.M.  
**Sigla:** G023
- 16** AVALIAÇÃO DE MARCADORES DE DIFERENCIAÇÃO CELULAR E INVASÃO TECIDUAL EM ENDOMÉTRIO TÓPICO E ECTÓPICO EM MODELO EXPERIMENTAL DE ENDOMETRIOSE EM COELHAS  
**Autores:** Rosa e Silva, J.C.; Brandão, V.C.M.; Meola, J.; Garcia, S.B.; Poli Neto, O.B.; Nogueira, A.A.  
**Sigla:** G025
- 17** ASSOCIAÇÃO DE PERFIL IMUNOISTOQUÍMICO E ASPECTOS CLINICOPATOLÓGICOS DE CARCINOMAS MAMÁRIOS.  
**Autores:** Madlum, C.M.; Novacek, M.M.R.; Toloni, L.H.D.; Franzi, C.; Kobashigawa, R.Y.G.; Wolgien, M.D.C.G.M.  
**Sigla:** G026
- 17** COMPLICAÇÕES RELACIONADAS A REALIZAÇÃO DE LINFADENECTOMIA EM PACIENTES COM CÂNCER DE ENDOMÉTRIO  
**Autores:** Anton, C.; Favero, G.M.; Silva, A.S.; Rosa, M.B.S.F.; Carvalho, J.P.; Baracat, E.C.  
**Sigla:** G027
- 18** ANÁLISE DE MIRNAS DIFERENCIALMENTE EXPRESSOS ENTRE LEIOMIOMAS E LEIOMIOSSARCOMAS UTERINOS  
**Autores:** Nunes, B.N.; Garcia, N.G.; Almeida, T.G.; Maciel, G.A.R.; Baracat, E.C.; Carvalho, K.C.  
**Sigla:** G028
- 18** ASSOCIAÇÃO DE HIPERPLASIAS COMPLEXAS COM ATIPIA E ADENOCARCINOMA ENDOMETRIÓIDE DO ENDOMÉTRIO  
**Autores:** Anton, C.; Genta, M.L.N.D.; Piato, D.S.A.M.; Suárez, G.M.; Carvalho, J.P.; Baracat, E.C.  
**Sigla:** G029
- 18** ESTUDO DA PREVALÊNCIA DA INFECÇÃO POR CHLAMYDIA TRACHOMATIS EM MULHERES COM CERVICITE ATENDIDAS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE MACAPÁ (AP)  
**Autores:** Dias Neta, D.P.S.; Coutinho, T.S.; Isla, G.B.S.; Azevedo, F.R.V.; Campos, K.J.; Santos, R.K.  
**Sigla:** G030
- 19** CÂNCER DE OVÁRIO: AVALIAÇÃO DE ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E PATOLÓGICOS EM HOSPITAL ONCOLÓGICO  
**Autores:** Nóbrega, L.C.S.; Mendes, C.F.; Calil, M.A.  
**Sigla:** G031
- 19** MOTIVOS DA ESCOLHA DA VACINA HPV EM ESTUDANTES UNIVERSITARIAS EM CAMPANHA DE VACINAÇÃO  
**Autores:** Cardial, M.F.T.; Gerbasí, G.J.; Suguiyama, C.S.H.; Cardial, D.T.; Magalhães, M.B.; Fernandes, C.E.  
**Sigla:** G032
- 20** AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA VIDA SEXUAL EM MULHERES CLIMATÉRICAS APÓS INTERVENÇÃO DA FISIOTERAPIA COM EXERCÍCIOS NA BOLA TERAPÊUTICA  
**Autores:** Pinheiro, A.A.P.; Ribeiro, P.R.M.  
**Sigla:** G033

# ÍNDICE

- 20** MATRIZ CELULAR PARA LIBERAÇÃO DE CÉLULAS TRONCO DERIVADAS DE TECIDO ADIPOSEO DE RATO NO ENXERTO OVARIANO CRIOPRESERVADO: ESTUDO PRELIMINAR EM MODELO COM RATOS  
**Autores:** *Damous, L.L.; Nakamuta, J.S.; Carvalho, A.E.T.S.; Soares Júnior, J.M.; Krieger, J.E.; Baracat, E.C.*  
**Sigla:** G034
- 21** TERAPIA HORMONAL DE BAIXA DOSE NÃO É SUFICIENTE PARA MANTER A MASSA ÓSSEA DE MULHERES COM INSUFICIÊNCIA OVARIANA PREMATURA  
**Autores:** *Giraldo, H.P.; Ferreira, V.B.; Yela, D.A.; Garmes, H.M.; Benetti-Pinto, C.L.*  
**Sigla:** G035
- 21** EFEITOS DA SUPLEMENTAÇÃO COM FOSFOLÍPIDE NA CRIOPRESERVAÇÃO DE ESPERMATOZÓIDES  
**Autores:** *Silva, O.F.L.L.O.; Reis, R.M.; Vireque, A.*  
**Sigla:** G036
- 21** ORIGAMI - RACIONALIZANDO A ENFERMARIA DE GINECOLOGIA  
**Autores:** *Kuster, M.G.B.; Takaki, M.R.; Monteiro, E.S.; Amaral, J.L.G.; Girão, M.J.B.C.; Sartori, M.G.F.*  
**Sigla:** G037
- 22** AVALIAÇÃO DA HISTEROSCOPIA COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO DE ALTERAÇÕES ENDOMETRIAIS EM PACIENTES COM SUSPEITA DE CÂNCER DE ENDOMÉTRIO OU HIPERPLASIA ENDOMETRIAL COMPLEXA COM ATÍPIA  
**Autores:** *Saracho, J.F.M.; Berlinck, L.B.; Henrique, M.P.H.; Guazzelli, T.F.; Carrapatoso, K.B.; Nadai, G.M.J.N.*  
**Sigla:** G038
- 22** INFLUÊNCIA DA TERAPIA HORMONAL NA DENSIDADE MAMÁRIA DE MULHERES COM INSUFICIÊNCIA OVARIANA PREMATURA  
**Autores:** *Torelli, F.R.; Brancalion, M.F.; Cabello, C.; Benetti-Pinto, C.L.*  
**Sigla:** G039
- 23** RADIOFREQUÊNCIA VAGINAL NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO: UM ESTUDO PILOTO  
**Autores:** *TVilas Boas, A.Q.V.B.; Brasil, C.B.; Lodolo, P.V.L.G.*  
**Sigla:** G040
- 23** ESTUDO COMPARATIVO SOBRE O USO DE MÉTODOS: ANTICONCEPCIONAIS EM ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR  
**Autores:** *Requeijo, M.J.R.; Nunes, B.L.; Menezes, I.L.; Goulart, A.P.C.; Laranjo, J.C.; Oliveira, F.R.*  
**Sigla:** G041
- 24** CÂNCER DE COLO UTERINO: ANÁLISE DOS RESULTADOS DE PAPANICOLAU NA UNIDADE ESCOLA SAÚDE DA FAMÍLIA VILA MUTIRÃO, GOIÂNIA, GOIÁS  
**Autores:** *Moreira, I.S.; Resende, P.C.; Pereira, A.S.N.; Moreira, I.J.M.L.; Ribeiro, E.S.; Araújo, C.D.*  
**Sigla:** G042
- 24** RESULTADO DE COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA EM PACIENTES DE AMBULATÓRIO DE ROTINA DE GINECOLOGIA GERAL  
**Autores:** *Loreto, T.M.; Gualtieri, F.G.; Alho, R.T.T.; Pinhal, N.S.; Silva, P.H.; Takano, C.C.*  
**Sigla:** G043
- 25** CORRELAÇÃO ENTRE O LÉXICO MAMOGRÁFICO NOS BI-RADS® 4 E 5 E OS RESULTADOS ANATOMOPATOLÓGICOS E IMUNOISTOQUÍMICOS  
**Autores:** *Novacek, M.M.R.; Carvalho, J.; Afonso, R.R.; Franzi, C.; Kobashigawa, R.Y.G.; Wolgjen, M.D.C.G.M.*  
**Sigla:** G044

- 25** ESTUDO DA VIA DE SINALIZAÇÃO DO RECEPTOR DO FATOR DE CRESCIMENTO EPIDERMAL (EGFR) NA QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE DO CÂNCER DE MAMA TRATADO COM PACLITAXEL SEMANAL COMO AGENTE ÚNICO  
**Autores:** *Facina, G.; Calux, N.M.C.T.; Silva, M.F.R.; Bonetti, T.C.S.; Silva, I.D.C.G.; Nazário, A.C.P.*  
**Sigla:** G045
- 26** EXPERIÊNCIA DA LINHA DE CUIDADO DO CÂNCER DE MAMA EM UM AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES  
**Autores:** *Sanvido, V.M.; Freitas, M.B.; Prado, J.R.; Elias, S.; Facina, G.; Nazário, A.C.P.*  
**Sigla:** G046
- 26** PREVALÊNCIA DE DSTS E SUA RELAÇÃO COM A RECIDIVA DE DOENÇA EM PACIENTES SUBMETIDAS À CIRURGIA DE ALTA FREQUÊNCIA POR LESÕES INTRAEPITELIAIS CERVICAIS DE ALTO GRAU  
**Autores:** *Funari, M.P.; Marangoni, M.; Yoneda, J.Y.; Sapper, T.; Zeferino, L.C.; Bragança, J.F.*  
**Sigla:** G047
- 27** ANUSCOPIA EM PACIENTES COM LESÕES ATIVAS INDUZIDAS PELO PAPILOMAVÍRUS HUMANO: CARACTERIZAÇÃO AMOSTRAL. PROJETO PILOTO  
**Autores:** *Dias, J.M.G.; Monteiro, B.K.S.M.; Maia, M.M.; Silva, R.S.S.*  
**Sigla:** G048
- 27** FATORES RELACIONADOS À RECIDIVA DE DOENÇA EM PACIENTES SUBMETIDAS À CIRURGIA DE ALTA FREQUÊNCIA POR LESÕES INTRAEPITELIAIS CERVICAIS DE ALTO GRAU  
**Autores:** *Marangoni, M.; Funari, M.P.; Yoneda, J.Y.; Sapper, T.; Zeferino, L.C.; Bragança, J.F.*  
**Sigla:** G049
- 28** CORRELAÇÃO ENTRE ACHADOS NA HISTEROSCOPIA E BIÓPSIA DE ENDOMÉTRIO EM MULHERES ASSINTOMÁTICAS COM ESPESSEAMENTO ENDOMETRIAL NO PÓS MENOPAUSA  
**Autores:** *Pinto, J.P.; Paiva, A.M.P.; Simioni, E.B.S.; Gibran, L.; Yela, D.A.*  
**Sigla:** G050
- 28** CONHECIMENTO DE PACIENTES COM EPILEPSIA SOBRE INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS ENTRE DROGAS ANTICONVULSIVANTES E ANTICONCEPCIONAIS  
**Autores:** *Suto, H.S.; Scarpellini, G.R.; Takeuchi, L.I.; Vieira, C.S.*  
**Sigla:** G051
- 29** COMPARAÇÃO CLÍNICA E HISTOPATOLÓGICA DE 2 SÉRIES HISTÓRICAS DE 142 CASOS DE WERTHEIM-MEIGS REALIZADOS NO HOSPITAL PÉROLA BYINGTON  
**Autores:** *Signorini Filho, R.C.; Barbosa, G.B.; Colturato, L.F.; Rosa, T.S.F.; Giacon, P.P.; Gebrim, L.H.*  
**Sigla:** G052
- 29** ESTUDO DO IMPACTO QUE A PREVENÇÃO DE GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA ATRAVÉS DA ANTICONCEPÇÃO HORMONAL POR IMPLANTE SUBDÉRMICO DE ETONOGESTREL (IMPLANON®) PROMOVE EM MULHERES VULNERÁVEIS USUÁRIAS DE DROGAS  
**Autores:** *Sakamoto, L.C.; Tobará, J.M.; Sakamoto, J.M.; Sakamoto, M.M.; Malavasi, A.L.; Gebrim, L.H.*  
**Sigla:** G053
- 30** LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES NA TRANSIÇÃO MENOPAUSAL E PÓS-MENOPAUSA DO AMBULATÓRIO DE CLIMATÉRIO DO DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA DA ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP  
**Autores:** *Spadella, A.P.C.; Dardes, R.T.M.; Ferreira, F.P.; Bonduki, C.E.; Silva, I.; Haidar, M.A.*  
**Sigla:** G054

# ÍNDICE

- 30** RESULTADOS: DE CONIZAÇÃO E PERFIL EPIDEMIOLÓGICO EM HOSPITAL ONCOLÓGICO  
**Autores:** Mendes, C.F.; Mendonça, A.G.; Pereira, L.N.; Pereira, R.F.; Calil, M.A.  
**Sigla:** G056
- 30** TRATAMENTO CIRÚRGICO NA CORREÇÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO – TÉCNICA DE SLING  
**Autores:** Santos, A.O.; Bezerra, E.Q.; Costa, M.A.; Duailibe, N.T.B.S.; Leal, V.P.  
**Sigla:** G057
- 31** ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE DIAGNÓSTICOS DE HISTEROSCOPIA E HISTOPATOLÓGICO DE PATOLOGIAS INTRAUTERINAS  
**Autores:** Dias, J.M.G.; Edessa, T.K.; Raimundo, A.G.; Pereira, R.O.; Salviano, M.F.M.; Silva, R.A.  
**Sigla:** G058
- 31** UTILIZAÇÃO DO SIU EM PACIENTES COM ENDOMETRIOSE DO HOSPITAL PÉROLA BYINGTON  
**Autores:** Galvão, B.; B.; Sakamoto, L.C.; Gibran, L.; Malavasi, A.L.  
**Sigla:** G059
- 32** ENDOMETRIOSE É CAUSA IMPORTANTE DE DOR PÉLVICA NA ADOLESCÊNCIA  
**Autores:** Andres, M.P.; Podgaec, S.; Carreiro, K.B.; Baracat, E.C.  
**Sigla:** G060
- 32** RECORRÊNCIA DE ENDOMETRIOMA OVARIANO E FATORES CORRELACIONADOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
**Autores:** Gomes, L.M.; Yela, D.A.  
**Sigla:** G061
- 32** INFLUÊNCIA DA CABERGOLINE EM ENDOMETRIOSE EXPERIMENTALMENTE INDUZIDA EM RATAS  
**Autores:** Rosa e Silva, J.C.; Fortunato, G.G.; Zanardi, J.V.C.; Meola, J.; Silva, A.R.; Nogueira, A.A.  
**Sigla:** G062
- 33** INCIDÊNCIA DE ENDOMETRIOMA DE PAREDE NO SETOR DE VIDEO-ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA DA FACULDADE DE MEDICINA DO ABC  
**Autores:** Feltran, T.T.; Hosoume, N.; Araujo, T.A.; Moscovitz, T.; Tcherniakovsky, M.; Fernandes, C.E.  
**Sigla:** G063
- 33** DISTRIBUIÇÃO DE GORDURA ANDROIDE AFETA ALGUNS PARÂMETROS HEMOSTÁTICOS EM MULHERES COM SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS PAREADAS POR IDADE E ÍNDICE DE MASSA CORPORAL A CONTROLES SAUDÁVEIS  
**Autores:** Mendonça-Louzeiro, M.R.M.F.; Annichino-Bizzacchi, J.M.; Benetti-Pinto, C.L.  
**Sigla:** G064
- 34** CARACTERIZAÇÃO DE PACIENTES PORTADORES DE DISFORIA DE GÊNERO  
**Autores:** Lara, L.A.S.; Lerrí, M.R.; Romão, A.P.M.S.; Sá, M.F.S.; Rui, F.; Santos, M.A.  
**Sigla:** G065
- 34** AVALIAÇÃO DE UM PROJETO DE CONTRACEPÇÃO DEFINITIVA DE SAÚDE PÚBLICA. LAQUEADURA TUBÁRIA AMBULATORIAL VIA HISTEROSCÓPICA  
**Autores:** Franco, F.M.F.; Franco, M.M.F.; Osthoff, L.; Crelier, A.H.; Daza, I.  
**Sigla:** G066

- 35** PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS EM GINECOLOGIA REFERENCIADOS DA ATENÇÃO BÁSICA  
**Autores:** *Lohmann Menezes, C.L.M.; Esposito Sorpreso, I.C.E.S.*  
**Sigla:** G067
- 35** QUALIDADE DE VIDA NO CLIMATÉRIO EM MULHERES COM SOBREPESO E OBESIDADE  
**Autores:** *Munhoz, L.O.; Louzada, A.C.S.; Coimbra, B.G.M.M.; Sorpreso, I.C.E.; Soares Júnior, J.M.; Baracat, E.C.*  
**Sigla:** G068
- 36** ANÁLISE RETROSPECTIVA DE 27 CASOS DE CÂNCER DE VULVA DO HOSPITAL SANTA MARCELINA  
**Autores:** *Videira, M.; Barbosa, F.A.; Rocha, M.R.; Almeida, T.G.; Brandão, M.D.C.; Komatsu, M.Y.*  
**Sigla:** G069
- 36** AVALIAÇÃO DA CAMPANHA DE PREVENÇÃO DE DSTS E INCENTIVO A VACINAÇÃO HPV PARA PRÉ-ADOLESCENTES E FAMILIARES REALIZADAS POR ALUNAS DA FMABC INTEGRANTES DO PROJETO SORRIR É VIVER  
**Autores:** *Cardial, M.F.T.; Roseto, J.A.; D'Elia, G.M.; Dias, R.R.; Moura, L.W.; Sakamoto, J.M.*  
**Sigla:** G070
- 36** PREVALÊNCIA DE ALTERAÇÕES DE CITOLOGIAS CERVICO-VAGINAIS EM ADOLESCENTES, COMPARANDO-AS COM MULHERES ADULTAS NA SANTA CASA DE SÃO PAULO  
**Autores:** *Campaner, A.B.; Henrique, L.Q.; Lopes, A.C.M.; D'Avila, F.S.; Aldrighi, J.M.; Nishimura, C.M.*  
**Sigla:** G071
- 37** EFICÁCIA DA HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA EM MULHERES COM SANGRAMENTO PÓS MENOPAUSA  
**Autores:** *Nogueira Júnior, R.C.; Piedade Damasio, C.; Fingerhut Peres, D.V.; Zeraik, M.; Ehrenfreund, R.; Borguez, D.*  
**Sigla:** G072
- 37** A DEAMBULAÇÃO PRECOCE RELACIONA-SE COM O TIPO DE CIRURGIA GINECOLÓGICA?  
**Autores:** *Monteiro, E.S.; Takaki, M.R.; Kuster, M.G.B.; Girão, M.J.B.C.; Amaral, J.L.G.; Sartori, M.G.F.*  
**Sigla:** G073
- 38** LAQUEADURA TUBÁRIA AMBULATORIAL VIA HISTEROSCÓPICA EM UM HOSPITAL MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO. ESCORE DE DOR E RÁPIDO RETORNO AS ATIVIDADES LABORATIVAS  
**Autores:** *Franco, F.M.F.; Franco, M.M.F.; Osthoff, L.; Montenegro, C.A.B.; Crelier, A.H.; Tabares, A.F.*  
**Sigla:** G074
- 38** ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE HISTEROSCOPIA E ULTRASSONOGRAFIA COMO MÉTODOS: DIAGNÓSTICOS DE PATOLOGIAS INTRAUTERINAS  
**Autores:** *Dias, J.M.G.; Edessa, T.K.; Silva, R.A.; Silva, R.S.S.; Salviano, M.F.M.; Raimundo, A.G.*  
**Sigla:** G075
- 39** EFEITO DO TABACO SOBRE A DENSIDADE MINERAL ÓSSEA EM MULHERES NA PÓS-MENOPAUSA  
**Autores:** *Fujimoto, C.Y.; Yoo, R.I.J.; Aldrighi, J.M.*  
**Sigla:** G076
- 39** ESTUDO DOS NÍVEIS DE 25(OH)D EM PACIENTES COM OU SEM TRATAMENTO COM ALENDRONATO SÓDICO ASSOCIADO COM CARBONATO DE CÁLCIO E COLECALCIFEROL EM PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE OSTEOPOROSE  
**Autores:** *Tobara, J.C.; Sakamoto, L.C.; Ricci, T.M.; Sakamoto, J.M.; Malavasi, A.L.*  
**Sigla:** G077

# ÍNDICE

- 39** AVALIAÇÃO DA CONCENTRAÇÃO DO ÁCIDO HIALURÔNICO EM VAGINAS RATAS DIABÉTICAS TRATADAS COM ISOFLAVONAS OU 17B-ESTRADIOL  
**Autores:** Carbonel, A.A.F.; Bertoncini, C.R.A.; Sasso, G.R.S.; Simões, R.S.; Baracat, E.C.; Soares Júnior, J.M.  
**Sigla:** G079
- 40** CARCINOMA MICROINVASOR IA1 DO COLO DO ÚTERO: DIAGNÓSTICO E RESULTADOS TERAPÊUTICOS A LONGO PRAZO  
**Autores:** Figueiredo, S.M.; Teixeira, J.C.  
**Sigla:** G080
- 40** ACHADOS HISTEROSCÓPICOS AMBULATORIAIS EM PACIENTES COM INFERTILIDADE  
**Autores:** Silva, L.R.; Souto, L.C.R.; Ferreira, R.G.; Carneiro, M.S.  
**Sigla:** G081
- 41** AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO SEXUAL EM ADOLESCENTES USUÁRIAS DE CONTRACEPTIVOS  
**Autores:** Guazzelli, C.A.F.; Negri, M.; Ribeiro, M.C.; Nohara, I.A.F.; Moraes, P.A.; Souza, E.  
**Sigla:** G082
- 41** ESTUDO COMPARATIVO SOBRE O USO DE MÉTODOS: ANTICONCEPCIONAIS EM ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR  
**Autores:** Requeijo, M.J.R.; Nunes, B.L.; Menezes, I.L.; Goulart, A.P.C.; Laranjo, J.C.; Oliveira, F.R.  
**Sigla:** G083
- 41** ANUSCOPIAS EM PACIENTES COM LESÕES INDUZIDAS PELO PAPILOMAVÍRUS HUMANO NO TRATO GENITAL-PROJETO PILOTO  
**Autores:** Dias, J.M.G.; Monteiro, B.K.S.M.; Maia, M.M.; Silva, R.S.S.; Silva, R.A.; Pereira, R.O.  
**Sigla:** G085
- 42** INTERVALOS DE TEMPO PARA OBTER A PRIMEIRA COLPOSCOPIA ENTRE MULHERES COM TESTE DE PAPANICOLAOU ALTERADO  
**Autores:** Nascimento, M.I.; Rabelo, I.M.A.; Cardoso, F.S.P.; Musse, R.N.V.; Nunes, G.G.  
**Sigla:** G086
- 42** AVALIAÇÃO DA FREQUÊNCIA DE CHLAMYDIA TRACHOMATIS NAS PACIENTES COM NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL  
**Autores:** Cardial, M.F.T.; Zanette, V.C.; Almeida, C.M.; Bastidas, P.L.; Almeida, M.A.V.P.; Fernandes, C.E.  
**Sigla:** G087
- 43** AVALIAÇÃO DA SEXUALIDADE EM MULHERES APÓS A REALIZAÇÃO DA CIRURGIA HISTERECTOMIA  
**Autores:** Lopes, I.M.R.S.; Rodrigues, H.A.  
**Sigla:** G088
- 43** AVALIAÇÃO DA ULTRASSONOGRÁFIA TRANSVAGINAL COM PREPARO INTESTINAL NO DIAGNÓSTICO DE ENDOMETRIOSE INFILTRATIVA PROFUNDA EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA (HOSPITAL MUNICIPAL MATERNIDADE ESCOLA DE VILA NOVA CACHOEIRINHA-HMMVNEC)  
**Autores:** Angimantz, T.S.; Marques, A.C.V.M.; Silva, A.C.; Guazzelli, T.F.; Paula, C.F.S.; Nadai, G.M.J.  
**Sigla:** G089
- 44** ACEITABILIDADE E CONHECIMENTO DA VACINA CONTRA O HPV ENTRE ALUNOS DE GRADUAÇÃO.  
**Autores:** Monteiro, B.H.; Sorpreso, I.C.E.  
**Sigla:** G090

- 44** O CUIDADO DO ENFERMEIRO AO EXAME PAPANICOLAU NAS MULHERES NO CLIMATÉRIO  
**Sigla:** G091
- 45** PERFIL HISTOPATOLÓGICO DE 323 CIRURGIAS REALIZADAS POR NEOPLASIA MALIGNA DO CORPO UTERINO - LINFADENECTOMIA É NECESSÁRIA?  
**Autores:** Signorini filho, R.C.; Derze, L.A.; Barbosa, G.B.; Silva, R.B.; Giacon, P.P.; Gebrim, L.H.  
**Sigla:** G092
- 45** PERFIL DE ACOMETIMENTO LINFONODAL DAS PACIENTES COM CÂNCER DE ENDOMÉTRIO ATENDIDAS NO ICESP  
**Autores:** Anton, C.; Favero, G.M.; Araujo, M.P.; Dias Jr, A.R.; Carvalho, J.P.; Baracat, E.C.  
**Sigla:** G093
- 45** ANÁLISE DA RECORRÊNCIA EM PACIENTES COM CARCINOMA MAMÁRIO SUBMETIDAS AO TRATAMENTO CONSERVADOR  
**Autores:** Marques, C.M.; Neves, J.S.; Franzi, C.; Novacek, M.M.R.; Kobashigawa, R.Y.G.; Wolgien, M.D.C.G.M.  
**Sigla:** G094
- 46** MATUREÇÃO OOCITÁRIA FINAL EM REPRODUÇÃO HUMANA COM GONADOTROFINA CORIÔNICA HUMANA E AGONISTA DE GNRH  
**Autores:** Oliveira, S.A.; Carvalho, F.S.S.D.; Scomarini, F.B.; Izique, R.R.A.; Cortés, G.C.  
**Sigla:** G095
- 46** PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM LEIOMIOMATOSE UTERINA NO HOSPITAL GERAL DE CARAPICUÍBA (HGC)  
**Autores:** Damião, M.R.; Azevedo, F.R.M.; Pastorelli, G.A.B.; Jahic, G.S.; Stanichi, G.P.; Bretz, P.R.  
**Sigla:** G096
- 47** PREVALÊNCIA DE ABORTAMENTO E POTENCIAIS FATORES DE ASSOCIAÇÃO EM PACIENTES SUBMETIDAS À FIV/ICSI  
**Autores:** Souto, L.C.R.; Talamonte, V.H.; Costa, Z.B.; Carneiro, M.S.  
**Sigla:** G097
- 47** AVALIAÇÃO DA ANTICONCEPÇÃO EM ADOLESCENTES COM CÂNCER - RESULTADOS PRELIMINARES  
**Autores:** França, T.M.; Guazzelli, C.A.F.  
**Sigla:** G098
- 47** INFLUÊNCIA DO ANTICONCEPCIONAL NO RENDIMENTO DA ATLETA  
**Autores:** Wajman, D.S.; Coelho, J.K.; Aldrighi, J.M.  
**Sigla:** G099
- 48** TRATAMENTO HOMEOPÁTICO DA DOR PÉLVICA CRÔNICA DA ENDOMETRIOSE  
**Autores:** Teixeira, M.Z.; Andres, M.P.; Podgaec, S.; Baracat, E.C.  
**Sigla:** G100
- 48** ESTUDO DOS NÍVEIS DE 25(OH)D EM PACIENTES SOB TRATAMENTO CLÍNICO HORMONAL COM DIAGNÓSTICO DE ENDOMETRIOSE PÉLVICA.  
**Autores:** Ricci, T.M.; Tobara, J.C.; Sakamoto, L.C.; Sakamoto, M.M.; Malavasi, A.L.  
**Sigla:** G101
- 49** PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS MULHERES COM LÍQUEN ESCLEROSO VULVAR NA FACULDADE DE MEDICINA DO ABC

# ÍNDICE

- Autores:** *Varela, M.A.P.; Venâncio, G.R.; Cardial, M.F.T.; Barros, J.A.; Silva, Z.M.R.; Fernandes, C.E.*  
**Sigla:** G102
- 49** PROJETO PILOTO: PREVALÊNCIA DE SINÉQUIA UTERINA IDENTIFICADAS EM HISTEROSCOPIA EM PACIENTES COM ANORMALIDADES CLÍNICAS APÓS CURETAGEM POR ABORTAMENTO  
**Sigla:** G103
- 50** ATUAÇÃO PRECOCE DA FISIOTERAPIA NO PÓS OPERATÓRIO IMEDIATO DE CIRURGIAS GINECOLÓGICAS  
**Autores:** *Takaki, M.R.; Monteiro, E.S.; Kuster, M.G.B.; Girão, M.J.B.C.; Amaral, J.L.G.; Sartori, M.G.F.*  
**Sigla:** G104
- 50** A MEDICALIZAÇÃO NO DESEJO DE SER MÃE  
**Autores:** *Bueno, E.B.; Oliveira, T.H.; Lopes, S.G.*  
**Sigla:** G106
- 51** PADRONIZAÇÃO DA TÉCNICA DE COLPOSSACROFIXAÇÃO VIDEOLAPAROSCÓPICA NO SERVIÇO DE ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA DA SANTA CASA DE SÃO PAULO  
**Autores:** *Costa, A.S.; Matuoka, M.L.; Maekawa, M.M.; Feruzzi, C.m.; Ribeiro, H.S.A.A.; Ribeiro, P.A.A.G.*  
**Sigla:** G107
- 51** USO DE PÍLULA ANTICONCEPCIONAL DE EMERGÊNCIA PELAS ESTUDANTES DA FIPA  
**Autores:** *Haddad, M.F.; Suardi, T.J.; Queiroz, P.T.; Carvalho, G.B.; Berseline, R.; Accorsi Neto, A.C.*  
**Sigla:** G108
- 52** IMPACTO DA ENDOMETRITE CRÔNICA NA FALHA DE IMPLANTAÇÃO RECORRENTE  
**Autores:** *Regina, C.G.; Tavares, L.S.; Arisawa, H.; Lopes, C.D.; Ferreira, F.P.*  
**Sigla:** G109
- 52** SÍNDROME DE HERLYN-WERNER-WUNDERLICH: RELATO DE 2 CASOS  
**Autores:** *Delmanto, L.R.M.G.; Pontes, A.G.; Delmanto, A.; Tonon, A.F.S.; Traiman, P.; Pontes, A.*
- 52** SÍNDROME FOURNIER EM PACIENTE COM LESÃO VULVAR EM DECORRÊNCIA DA DOENÇA DE BEHÇET ATENDIDA NO HOSPITAL ESCOLA DA FACULDADE DE MEDICINA SÃO CAMILO - HGC (HEFMSC – HGC)  
**Autores:** *Bretz, P.R.; Junior, M.A.C.; Valente, V.; Ferreira, M.M.; Mota, T.T.; Antunes, D.R.V.*  
**Sigla:** G111
- 53** CONDILOMA GIGANTE (TUMOR DE BUSCHKE-LOEWENSTEIN) EM PACIENTE DE 16 ANOS  
**Autores:** *Petrini, C.G.; Melli, P.P.S.; Magnani, P.S.; Rocha, L.P.; Faria, F.M.; Quintana, S.M.*  
**Sigla:** G112
- 53** HIPERESTÍMULO OVARIANO EM PACIENTE PÓS MOLA HIDATIFORME  
**Autores:** *Requeijo, M.J.R.; Penoni, K.Z.; Bunduki, V.; Francisco, R.P.V.*  
**Sigla:** G113
- 54** MIOMATOSE UTERINA E LEUCEMIA DE CELULAS CABELUDAS: RELATO DE CASO  
**Autores:** *Moterani Junior, N.J.W.; Moterani, V.C.; Gonçalves, L.B.B.*  
**Sigla:** G114
- 54** MIOMA EM COLO UTERINO APÓS HISTERECTOMIA SUBTOTAL ABDOMINAL:RELATO DE CASO  
**Autores:** *Campos, A.P.; Ohana, G.J.; Progiante, S.H.; Traiman, P.; Delmanto, A.; Tonon, A.F.S.*  
**Sigla:** G115

- 54** MIOMA EXTRA-UTERINO(PARIDO): RELATO DE CASO SOBRE A ABORDAGEM CLÍNICA E CONDUTA INTERVENCIONISTA  
**Autores:** *Andrade, C.M.C.; Araújo, E.F.G.; Guedes, E.P.G.; Amorim, M.E.S.; Melo, O.E.N.; Amorim, T.C.*  
**Sigla:** G116
- 55** HISTERECTOMIA TOTAL ROBÔ-ASSISTIDA POR INCISÃO ÚNICA (SINGLE SITE): SÉRIE INICIAL DE 4 CASOS  
**Autores:** *Malburg, F.L.; Menezes, D.S.; Parise, J.P.; Porto, B.C.; Szylyt, N.; Tamura, M.*  
**Sigla:** G117
- 55** MANEJO DE INVERSÃO UTERINA PÓS MIOMECTOMIA : RELATO DE CASO  
**Autores:** *Pinheiro, G.M.P.; Sala, L.A.S.; Hime, L.F.C.C.; Fonseca, J.H.F.; Carvalho, S.M.C.; Litrenta, M.B.*  
**Sigla:** G118
- 56** MIOMATOSE UTERINA EM PAREDE POSTERIOR ASSOCIADA À OBSTRUÇÃO URINÁRIA AGUDA.  
**Autores:** *Lima, C.P.; Lemes, T.C.S.; Rocha, R.C.; Fonseca, V.C.; Santos, R.L.C.; Fontes, T.M.P.*  
**Sigla:** G119
- 56** TROMBOSE DE VEIA OVARIANA NO PUERPÉRIO EM PACIENTE ATENDIDA NO HOSPITAL ESCOLA DA FACULDADE DE MEDICINA SÃO CAMILO – HOSPITAL GERAL DE CARAPICUIBA (HEFMSC – HGC)  
**Autores:** *Pereira, W.G.M.; Bretz, P.R.; Mota, T.T.; Antunes, D.R.V.; Ferreira, M.M.; Valente, V.*  
**Sigla:** G120
- 57** SÍNDROME DO OVÁRIO REMANESCENTE: É POSSÍVEL O TRATAMENTO CLÍNICO? - RELATO DE CASO  
**Autores:** *Soares, L.C.S.B.; Pereira, F.R.P.P.; Guyt, P.G.R.; Monteiro, S.M.P.*  
**Sigla:** G121
- 57** NÓDULO DE VILLAR  
**Autores:** *Almeida, N.G.S.; Cruz, P.T.; Lourenço, A.C.R.; Wajman, M.; Tcherniakovsky, M.; Fernandes, C.E.*  
**Sigla:** G122
- 58** KISSING TUBES: UMA CAUSA RARA DE INFERTILIDADE ASSOCIADA À ENDOMETRIOSE  
**Autores:** *Silva, A.F.G.; Myung, L.H.J.; Abrão, M.S.; Carvalho, L.F.P.*  
**Sigla:** G123
- 58** ENDOMETRIOSE PÉLVICA PROFUNDA E VESICAL COM MELHORA APÓS USO DE DIENOGESTE – UM RELATO DE CASO  
**Autores:** *Meletti, N.F.T.; Soares, M.C.C.; Ventura, P.M.; Lasmar, B.P.; Pillar, C.B.; Lasmar, R.B.*  
**Sigla:** G124
- 59** LEIOMIOMA CERVICAL APÓS HISTERECTOMIA SUBTOTAL  
**Autores:** *Delmanto, L.R.M.G.; Delmanto, A.; Tonon, A.F.S.; Traiman, P.; Pontes, A.G.; Pontes, A.*  
**Sigla:** G125
- 59** MASTITE GRANULOMATOSA. RELATO DE DOIS CASOS E REVISÃO DA LITERATURA  
**Autores:** *Coscia, E.B.; Morgan, M.C.; Oliver, L.A.; Coan, V.R.A.; Oliveira, L.G.C.B.; Novaes, G.S.*  
**Sigla:** G126
- 59** TUMOR RARO DE MAMA - RELATO DE CASO  
**Autores:** *Cabral, K.M.A.A.; Figueredo, A.C.D.S.; Bellei, R.P.A.; Coelho, A.F.; Oliveira, S.A.L.; Pinho, M.S.*  
**Sigla:** G127

# ÍNDICE

- 60** RELATO DE CASO: MASTITE GRANULOMATOSA COM TRATAMENTO SATISFATÓRIO  
**Autores:** Coelho, A.F.; Cabral, K.M.A.A.; Bellei, R.P.A.; Figueredo, A.C.D.S.; Oliveira, S.A.L.; Pinho, M.S.  
**Sigla:** G128
- 60** GINECOMASTIA UNILATERAL EM IDADE PRÉ-ESCOLAR: RELATO DE CASO  
**Autores:** Toledano, I.P.; Moura, R.S.Z.; Fontes, T.M.P.; Santos, R.L.C.; Mendonça, K.A.; Soares, P.R.G.  
**Sigla:** G129
- 61** RELATO DE CASO: NEOPLASIA DE MAMA EM HOMEM – RELATO DE 1 CASO  
**Autores:** Aveiro, A.C.; Bordin Júnior, N.A.; Mansur, A.B.; Massari, P.G.; Moreno, M.Y.R.; Braga, L.B.M.  
**Sigla:** G130
- 61** NEOPLASIA MAMÁRIA EM MULHER JOVEM COM IMPLANTE ESTÉTICO RECENTE  
**Autores:** Bordin, L.P.; Poli, L.C.; Schiavini, I.P.; Bordin, M.C.P.; Bordin Júnior, N.A.  
**Sigla:** G131
- 62** CONDUÇÃO DA PACIENTE COM TUMOR DE BRENNER NO HOSPITAL ESCOLA DA FACULDADE DE MEDICINA SÃO CAMILO – HOSPITAL GERAL DE CARAPICUIBA  
**Autores:** Bretz, P.R.; Junior, M.C.C.; Mota, T.T.; Valente, V.; Antunes, D.R.V.; Ferreira, M.M.  
**Sigla:** G132
- 62** TUMOR DO SEIO ENDODÉRMICO AVANÇADO E PRESERVAÇÃO DA FERTILIDADE EM PACIENTE DE 19 ANOS – RELATO DE CASO  
**Autores:** Herbas, A.B.A.; Otofujii, C.M.; Pinto, G.L.S.; Dias, M.P.; Gebrim, L.H.; Signorini Filho, R.C.  
**Sigla:** G133
- 63** SOBREVIDA DE NEOPLASIA MALIGNA DE VULVA FRENTE AO ACOMETIMENTO LINFONODAL  
**Autores:** Kameo, D.A.; Almeida, T.G.; Brandão, M.D.C.; Komatsu, M.; Barbosa, F.A.  
**Sigla:** G134
- 63** PAGET VULVAR EM ADOLESCENTES - RELATO DE CASO  
**Autores:** Rosa, T.S.F.; Giacon, P.P.; Jedrim, L.H.; Signorini Filho, R.C.  
**Sigla:** G135
- 63** DISGERMINOMA OVARIANO: RELATO DE CASO  
**Autores:** Tarozzo, K.A.; Andrade, A.V.A.; Giampietro, M.M.; Alba, A.P.R.A.; Garcia, C.A.G.; Navarro, T.B.N.  
**Sigla:** G136
- 64** MELANOMA MALIGNO RETROPERITONEAL: RELATO DE CASO  
**Autores:** Carvalho, K.B.S.; Ranciaro, B.H.; Tayfour, N.M.; Miyabe, M.M.; Guedes, R.L.; Martins, J.A.  
**Sigla:** G137
- 64** SARCOMA DE OVÁRIO APÓS DIAGNÓSTICO DE TUMOR DAS CÉLULAS DA GRANULOSA JUVENIL  
**Autores:** Kameo, d.A.; Almeida, T.G.; Brandão, M.D.C.; Komatsu, M.; Andrade, J.L.P.  
**Sigla:** G138
- 65** FIBROSSARCOMA DE OVÁRIO  
**Autores:** Brandão, M.D.C.; Almeida, T.G.; Komatsu, M.; Figueiredo, M.C.V.; Videira, M.; Andrade, J.L.P.  
**Sigla:** G139

- 65** ASSOCIAÇÃO DE CARCINOMAS DE MAMA E OVÁRIO SINCRÔNICOS: RELATO DE CASO  
**Autores:** *Novacek, M.M.R.; Toloni, L.H.D.; Madlum, C.M.; Vieira, N.C.M.; Kobashigawa, R.Y.G.; Wolgien, M.D.C.G.M.*  
**Sigla:** G140
- 66** CARCINOMA PAPILÍFERO ASSOCIADO A CISTO COMPLEXO DE MAMA: RELATO DE CASO  
**Sigla:** G141
- 66** ESTENOSE VAGINAL APÓS HERPES GENITAL AGUDO  
**Sigla:** G142
- 67** LINFANGIOMA CIRCUNSCRITO DA VULVA  
**Autores:** *Menezes, R.S.; Cytryn, A.; Leite Filho, A.F.L.; Mauro, F.M.; Bittar, J.P.; Rodrigues, C.M.S.*  
**Sigla:** G143
- 67** CONDILOMATOSE VULVAR INFANTIL  
**Autores:** *Dias, H.M.; Obeica, B.; Aide, S.; Duval, I.; De La Roque, M.; Bravo, R.S.*  
**Sigla:** G144
- 68** PÓLIPO ENDOCERVICAL GIGANTE SUSPEITO  
**Autores:** *Meletti, N.F.T.; Soares, M.C.C.; Dourado, M.M.K.; Lima, S.P.L.; Pantaleão, J.A.S.; do Val, I.C.C*  
**Sigla:** G145
- 68** CONDILOMATOSE GENITAL ACENTUADA EM PACIENTE SOROPOSITIVA. RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA  
**Autores:** *Coscia, E.B.; Camargo, M.C.A.; Almeida, M.M.; Crespi, A.C.; Ezaki, L.T.D.; Dias, L.C.*  
**Sigla:** G146
- 68** DERMATOSE VULVAR MIMETIZANDO VERRUGAS GENITAIS INDUZIDAS PELO PAPILOMAVIRUS HUMANO (HPV)  
**Autores:** *Campaner, A.B.; Henrique, L.Q.; Lopes, A.C.M.; D'Avila, F.S.; Veasey, J.V.; Nishimura, C.M.*  
**Sigla:** G147
- 69** RELATO DE CASO: CARCINOSSARCOMA DE COLO DE ÚTERO EM PACIENTE COM HISTÓRIA DE NEOPLASIA MAMÁRIA E USO DE TAMOXIFENO  
**Autores:** *Lessa, M.; Lessa, M.G.P.M.*  
**Sigla:** G148
- 69** CÂNCER DE OVÁRIO E GESTAÇÃO: RELATO DE CASO  
**Autores:** *Teles, J.S.; Lima, R.V.; Tayfour, N.M.; Simonsen, M.; Ferraz, H.; Lippi, U.G.*  
**Sigla:** G149
- 70** LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B DO COLO UTERINO  
**Autores:** *Mauro, F.M.; Cytryn, A.; Leite Filho, A.F.L.; Fortuna, F.F.L.; Guerreiro, P.M.T.; Coutinho, C.I.S.*  
**Sigla:** G150
- 70** ADENOCARCINOMA SEROSO DE ENDOMÉTRIO E CARCINOMA ESCAMOSO DE COLO DE ÚTERO SINCRÔNICOS: RELATO DE CASO  
**Autores:** *Dalvi, G.C.; Pinho, S.C.; Ribeiro, M.V.; Tobará, J.C.; Cruz, M.C.; Guimarães, M.D.M.*  
**Sigla:** G151

# ÍNDICE

- 71** EXENTERAÇÃO PÉLVICA POSTERIOR COMO TRATAMENTO INICIAL NO CÂNCER DE OVÁRIO: RELATO DE CASO  
**Autores:** Dalvi, G.C.; Pinho, S.C.; Ribeiro, M.V.; Tobará, J.C.; Cruz, M.C.; Guimarães, M.D.M.  
**Sigla:** G152
- 71** CARCINOMA VERRUGOSO: RELATO DE CASO  
**Autores:** Cardial, C.S.; Mello, M.M.G.; Alves, F.L.N.; Ferreira, F.O.; Cardial, D.T.; Fernandes, C.E.  
**Sigla:** G153
- 71** CARCINOMA DE COLO UTERINO TIPO GLASSY CELL - RELATO DE CASO  
**Autores:** Soares, L.C.S.B.; Pereira, F.R.P.P.; Guyt, P.G.R.; Monteiro, S.M.P.  
**Sigla:** G154
- 72** ADENOSSARCOMA UTERINO EM JOVEM - RELATO DE CASO  
**Autores:** Dias, A.S.; Amado, N.F.; Calzada, M.E.B.; Rosa, T.S.F.; Lojelo, R.; Silva, F.Z.  
**Sigla:** G155
- 72** A IMPORTÂNCIA DO EXAME FÍSICO NO DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO  
**Autores:** Abrão, F.; Arruda, L.M.; Martins, A.P.D.; Cardoso, E.A.F.; Costa, C.A.; Dias, D.S.  
**Sigla:** G156
- 73** LINFOMA NÃO-HODKIN MIMETIZANDO NEOPLASIA GINECOLÓGICA DISSEMINADA – RELATO DE CASO  
**Autores:** Silva, R.B.; Yamaguchi, F.Y.; Graziani, S.M.; Derze, L.A.; Gebrim, L.H.; Signorini Filho, R.C.  
**Sigla:** G157
- 73** RELATO DE CASO DE PACIENTE COM NEOPLASIA DE GLÂNDULA DE BARTHOLIN ATENTIDA NO HOSPITAL GERAL DE CARAPICUIBA E REFERENCIADA PARA CENTRO ONCOLÓGICO ESPECIALIZADO  
**Autores:** Mata, M.V.M.; Acher, C.A.A.; Nogueira, A.C.C.; Biagi, K.G.; Pereira, W.G.M.; Bretz, P.R.  
**Sigla:** G158
- 74** CONDUTA FRENTE AO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO NA GESTAÇÃO  
**Autores:** Videira, M.; Rocha, M.R.; Reis, N.C.; Figueiredo, M.C.V.; Almeida, T.G.; Brandão, M.D.C.  
**Sigla:** G159
- 74** NEOPLASIA MALIGNA DE VULVA  
**Autores:** Barbosa, F.A.; Rocha, M.R.; Almeida, T.G.; Figueiredo, M.C.V.; Reis, N.C.; Brandão, M.D.C.  
**Sigla:** G160
- 75** RELATO DE CASO: TUMOR ADENOMATÓIDE TRATO GENITAL FEMININO – TUBA UTERINA  
**Autores:** Aveiro, A.C.; Bordin Júnior, N.A.; Massari, P.G.; Braga, L.B.M.; Rosinha, M.Y.M.; Biscaro, A.M.  
**Sigla:** G161
- 75** TUMOR DO SEIO ENDODÉRMICO DE OVÁRIO: RELATO DE CASO DE UM TUMOR GIGANTE  
**Autores:** Sousa, F.O.; Guimarães, D.B.; Pereira, A.D.; Rodrigues, J.G.; Brito, N.S.; Maiorquim, C.R.  
**Sigla:** G162
- 76** CÂNCER DE VULVA INDUZIDO POR LÍQUEN ESCLEROSO SIMPLES  
**Autores:** Obeica, B.; Aidé, S.; Dias, H.M.; Monteiro, D.A.; DUval, I.; Pantelao, J.A.  
**Sigla:** G163

- 76** DOENÇA DE PAGET EM VULVA : RELATO DE UM CASO  
**Autores:** Venâncio, G.R.; Sertori Neto, A.; Labadessa, A.P.; Varela, M.A.P.; Cardial, M.F.T.; Fernandes, C.E.  
**Sigla:** G164
- 76** RESOLUÇÃO DE PERFURAÇÃO UTERINA PÓS INSERÇÃO DE DISPOSITIVO INTRA UTERINO DE COBRE VIA MINIMAMENTE INVASIVA EM PACIENTE ATENDIDA NO HOSPITAL ESCOLA DA FACULDADE DE MEDICINA SÃO CAMILO – HOSPITAL GERAL DE CARAPICUÍBA (HEFMSC – HGC)  
**Autores:** Bretz, P.R.; Torossian, A.; Mota, T.T.; Souza, D.T.; Fanton, N.U.A.C.; Gregolini, M.B.  
**Sigla:** G165
- 77** INFECÇÃO POR SCHISTOSSOMOSE DIAGNOSTICADA EM ANUSCOPIA DE PACIENTE COM LESÕES INDUZIDAS PELO PAPILOMAVÍRUS HUMANO- RELATO DE CASO  
**Autores:** Dias, J.M.G.; Monteiro, B.K.S.M.; Maia, M.M.; Fraga, T.P.; Silva, R.S.S.; Pereira, R.O.  
**Sigla:** G166
- 77** EXENTERAÇÃO PÉLVICA POSTERIOR  
**Autores:** Giaccon, P.P.; Rosa, T.S.F.; Gebrim, L.H.; Signorini Filho, R.C.  
**Sigla:** G167
- 78** RELATO DE CASO: DISGERMINOMA GIGANTE DE OVÁRIO EM PACIENTE DE 13 ANOS  
**Autores:** Giampietro, M.M.; Andrade, A.V.; Sanchez, N.R.; Tarozzo, K.A.  
**Sigla:** G168
- 78** CARCINOMA PAPILÍFERO EM STRUMA OVARIÍ  
**Autores:** Kameo, D.A.; Almeida, T.G.; Komatsu, M.; Brandão, M.D.C.; Videira, M.  
**Sigla:** G169
- 79** PROPEDEÚTICA CERVICAL NEGATIVA E DIAGNÓSTICO DE ADENOCARCINOMA DE COLO AVANÇADO EM PACIENTE NA PÓS-MENOPAUSA – RELATO DE CASO  
**Autores:** Herbas, A.B.A.; Berardinelli, I.C.; La Paz, Z.I.M.; Almeida Junior, O.; Reis, M.P.; Signorini Filho, R.C.  
**Sigla:** G170
- 79** MIOMA ATÍPICO ATENDIDO EM HOSPITAL ESCOLA DA FACULDADE DE MEDICINA SÃO CAMILO, HOSPITAL GERAL DE CARAPICUÍBA.  
**Autores:** Pereira, W.G.M.; Bretz, P.R.; Fanton, N.U.A.C.; Antunes, D.R.V.; Souza, D.T.; Gregolini, M.B.  
**Sigla:** G171
- 80** LEIOMIOSSARCOMA: RELATO DE CASO  
**Autores:** Moterani Junior, N.J.W.; Moterani, V.C.; Gonçalves, L.B.B.  
**Sigla:** G172
- 80** TUMOR FILOIDES MALIGNO: RELATO DE CASO  
**Autores:** Garcia, A.L.B.; Visintin, C.D.N.; Gomes, J.C.N.  
**Sigla:** G173
- 80** CÂNCER DE MAMA ASSOCIADO A GRAVIDEZ: RELATO DE CASO  
**Autores:** Garcia, A.L.B.; Visintin, C.D.N.; Gomes, J.C.N.  
**Sigla:** G174
- 81** PROLAPSO UTERINO TOTAL COM MÚLTIPLOS CISTOS OVARIANOS BILATERAIS EM PACIENTE MENOPAUSADA: RELATO DE CASO  
**Autores:** Sanches, L.C.; Lopes, T.S.S.; Medeiros, B.K.B.; Barros, C.G.; Souza, M.A.C.  
**Sigla:** G175

# ÍNDICE

- 81** SÍNDROME DE TURNER: UM RELATO DE CASO  
**Autores:** Constantino, L.A.S.; Parente, C.C.; Zaganelli, R.H.T.; Patriarca, M.; Maia, V.; Bonduki, C.E.  
**Sigla:** G176
- 82** OBSTRUÇÃO DE CANAL VAGINAL E URETRA POR SINÉQUIA VULVAR: RELATO DE CASO  
**Autores:** Panaino, L.P.; Junqueira, M.O.; Alves, T.C.; Souto, L.C.B.; Coelho, J.M.R.; Ribeiro, J.H.S.  
**Sigla:** G177
- 82** DISMENORREIA MEMBRANACEA: RELATO DE CASO  
**Autores:** Moura, K.F.Q.; Tamura, M.; Chazan, L.F.; Pereira, F.G.N.; Barison, G.A.S.; Bonduki, C.E.  
**Sigla:** G178
- 82** TERATOMA OVARIANO MADURO EM PRÉ- ADOLESCENTE  
**Autores:** Lima, E.P.; Pimentel, C.E.M.; Lima, T.B.D.F.; Santiago, M.D.; Barroso, P.C.; Rezende, L.G.  
**Sigla:** G179
- 83** HÍMEN IMPERFURADO  
**Autores:** Freitas, B.C.F.C.; Souza, I.S.; Penha, N.A.; Frigério, M.V.; Souto, P.C.  
**Sigla:** G180
- 83** ENDOMETRIOSE, INTERLEUCINA 1 E TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR  
**Autores:** Jorge, C.E.B.; Silva, A.S.M.  
**Sigla:** G181
- 85** PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE CESARIANAS NO BRASIL ENTRE OS ANOS 2003 E 2013  
**Autores:** Rodrigues, R.M.P.; Nascimento, A.R.; Mendes, C.F.; Reitano, I.R.R.; Nóbrega, L.C.S.; Pereira, M.M.  
**Sigla:** O001
- 85** QUAL O SIGNIFICADO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO ALOJAMENTO CONJUNTO PARA AS PUÉRPERAS?  
**Autores:** Sacramento, M.L.; Trindade, F.O.; Santana, E.S.; Vieira, P.N.; Almeida, M.S.  
**Sigla:** O002
- 85** ESTUDO PILOTO SOBRE SATISFAÇÃO COM A VIA DE PARTO EM GESTANTES DE BAIXO RISCO DOS SETORES PÚBLICO E PRIVADO DE ARACAJU  
**Autores:** Pereira, R.O.; Prado, D.S.  
**Sigla:** O003
- 86** VITAMINA D NA GESTAÇÃO: OS SUPLEMENTOS PARA GESTANTES APRESENTAM QUANTIDADES ADEQUADAS?  
**Autores:** Zolio, S.C.; Azevedo, G.G.; Villagelin, D.; Tiago, D.B.  
**Sigla:** O004
- 86** AVALIAÇÃO DO NÚMERO DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL ENTRE GESTANTES EM ACOMPANHAMENTO EM UMA UNIDADE DE MÉDICO DE FAMÍLIA DE NITERÓI (RJ), 2014  
**Autores:** Nascimento, M.I.; Gregorio, A.P.A.; Ribeiro, B.T.; Tavares, B.L.; Palmeira, D.R.; Klein, I.A.  
**Sigla:** O005
- 87** INFLUÊNCIA DA POSIÇÃO PRONA, EM MACA PARA GESTANTES, NOS PARÂMETROS HEMODINÂMICOS MATERNO-FETAIS E NO CONFORTO DA GESTANTE  
**Autores:** Oliveira, C.; Francisco, R.P.V.; Lopes, M.A.B.; Zugaib, M.  
**Sigla:** O006

- 87** EVOLUÇÃO DA GRAVIDEZ DE PACIENTES COM ANTECEDENTE DE CIRURGIA BARIÁTRICA  
**Autores:** Reis, M.A.; Rocha, M.L.T.L.F.; Lippi, U.G.; Lopes, R.G.C.; Arruda, R.M.; Lima, J.E.G  
**Sigla:** O007
- 88** ANSIEDADE MATERNA E CONTAGEM DOS MOVIMENTOS FETAIS NO FINAL DA GRAVIDEZ  
**Autores:** Pimenta, B.S.O.; Nomura, R.M.Y.  
**Sigla:** O008
- 88** GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA NO MUNICÍPIO DE SÃO CARLOS/SP: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO  
**Autores:** Matsunaga, M.E.C.; Ferreira, R.A.  
**Sigla:** O009
- 88** AVALIAÇÃO NUTRICIONAL NA PRIMEIRA CONSULTA DE PRÉ-NATAL DE GESTANTES ACOMPANHADAS EM UMA UNIDADE DE MÉDICO DE FAMÍLIA DE NITERÓI (RJ)  
**Autores:** Nascimento, M.I.; Lana, R.C.P.; Rabelo, L.M.; Andrade, T.R.; Klein, I.A.; Palmeira, D.R.  
**Sigla:** O010
- 89** FATORES ASSOCIADOS COM A ANSIEDADE MATERNA NA GESTAÇÃO DE BAIXO RISCO  
**Autores:** Pimenta, B.S.O.; Nomura, R.M.Y.  
**Sigla:** O011
- 90** CONCENTRAÇÕES SÉRICAS DE VEGF E A PROFUNDIDADE DA INVASÃO TROFOBLÁSTICA EM GESTAÇÕES AMPULARES  
**Autores:** Teshima, D.R.K.; Cabar, F.R.; Pereira, P.P.; Schultz, R.; Francisco, R.P.V.; Zugaib, M.  
**Sigla:** O012
- 90** DOSAGEM SERIADA DOS FATORES REGULADORES DE ANGIOGÊNESE SFLT-1 E PLGF PARA PREDIÇÃO DE PRÉ-ECLÂMPSIA E PRÉ-ECLÂMPSIA SUPERAJUNTADA  
**Autores:** Costa, R.A.; Hoshida, M.S.; Alves, E.A.; Zugaib, M.; Francisco, R.P.V.  
**Sigla:** O013
- 90** INFLUÊNCIA DE ALGUNS FATORES CLÍNICOS E LABORATORIAS NOS DESVIOS DE PESO FETAL NO DIABETES MELLITUS GESTACIONAL  
**Autores:** Tiago, D.B.; Francisco, R.P.V.; Zugaib, M.; Gimenez, D.F.; Gimenez, D.F.  
**Sigla:** O014
- 91** PESSÁRIO CERVICAL E PROGESTERONA VAGINAL NO TRATAMENTO DA PREMATURIDADE EM PACIENTES COM COLO CURTO: UM ESTUDO PROSPECTIVO CASO-CONTROLE  
**Sigla:** O015
- 91** FREQUÊNCIA DAS CONTRAÇÕES UTERINAS EM GESTAÇÕES GEMELARES ASSINTOMÁTICAS EM USO DE PROGESTERONA NATURAL: ESTUDO RANDOMIZADO, DUPLO CEGO, PLACEBO CONTROLADO  
**Autores:** Oliveira,, L.A.M.L.; Brizot,, M.L.; Liao,, A.W.; Bittar,, R.E.; Francisco,, R.P.V.; Zugaib, M.  
**Sigla:** O016
- 92** ALTURA UTERINA EM GESTANTES DE BAIXO RISCO ACOMPANHADAS NA LIGA DE ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA DA UNIFESP: AVALIAÇÃO LONGITUDINAL NOS TRIMESTRES GESTACIONAIS  
**Autores:** Silva, A.L.C.C.; Torquato, A.M.; Toneto, B.R.; Silva, F.O.; Nomura, R.M.Y.; Mattar, R.  
**Sigla:** O017
- 92** CONCENTRAÇÕES SÉRICAS DE B-HCG E A PROFUNDIDADE DA INVASÃO TROFOBLÁSTICA EM GESTAÇÕES AMPULARES  
**Autores:** Teshima, D.R.K.; Cabar, F.R.; Pereira, P.P.; Schultz, R.; Francisco, R.P.V.; Zugaib, M.  
**Sigla:** O018

# ÍNDICE

- 93** OS EFEITOS DO DECÚBITO DORSAL MATERNO NA CIRCULAÇÃO FETAL  
**Autores:** *Silva, K.P.; Nomura, R.M.Y.*  
**Sigla:** O019
- 93** DETERMINANTES PARA NEAR MISS MATERNA: AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS DA ÁREA MÉDICA  
**Autores:** *Souza, M.A.C.; Souza, T.H.S.C.; Gonçalves, A.K.*  
**Sigla:** O020
- 94** MORTALIDADE MATERNA EM UTI OBSTETRÍCA POR INFECÇÃO PUERPERAL: ESTUDO DE 10 ANOS  
**Autores:** *Araújo, C.B.; Santos Júnior, J.A.*  
**Sigla:** O021
- 94** "SLUDGE" DO LÍQUIDO AMNIÓTICO COMO FATOR DE RISCO PARA RESTRIÇÃO DE CRESCIMENTO FETAL  
**Autores:** *Hatanaka, A.R.; Franca, M.S.; Hamamoto, T.E.N.K.; Nardoza, L.M.M.; Mattar, R.; Moron, A.F.*  
**Sigla:** O022
- 94** O IMPACTO DA DOENÇA CARDÍACA NOS QUADROS DE MORBIDADE MATERNA GRAVE  
**Autores:** *Campanharo, F.F.; Cecatti, J.G.; Haddad, S.M.H.; Parpinelli, M.A.P.; Costa, M.L.C.; Mattar, R.*  
**Sigla:** O023
- 95** PRINCIPAIS MALFORMAÇÕES CEREBRAIS DIAGNOSTICADAS EM FETOS COM MIELOMENINGOCELE  
**Autores:** *Milani, H.J.F.; Barreto, E.Q.S.; Mazzola, J.B.; Carvalho, N.; Hisaba, W.J.; Moron, A.F.*  
**Sigla:** O024
- 95** EFEITOS DA EXPOSIÇÃO MATERNA À POLUIÇÃO NO CRESCIMENTO E HEMODINÂMICA FETAIS  
**Autores:** *Carvalho, M.A.; Bernardes, L.S.; Vieira, S.E.; Saldiva, R.D.M.; Saldiva, P.H.N.; Francisco, R.P.V.*  
**Sigla:** O025
- 96** AVALIAÇÃO ULTRASSONOGRÁFICA DO COLO UTERINO EM GESTANTES COM TRABALHO DE PARTO PREMATURO E RESULTADOS PERINATAIS  
**Autores:** *Maia, M.C.A.; Nomura, R.M.Y.; Mendonça, F.T.S.; Santos, R.E.; Rios, L.T.M.; Moron, A.F.*  
**Sigla:** O026
- 96** TRATAMENTO DA LOMBALGIA EM GESTANTES COM A FISIOTERAPIA ATRAVÉS DO MÉTODO PILATES  
**Autores:** *Agustini, S.O.; Ribeiro, P.R.M.; Camargo, A.G.*  
**Sigla:** O027
- 97** RESULTADOS PERINATAIS DE FETOS INCLUÍDOS EM ESTUDO PARA AVALIAÇÃO DAS GLÂNDULAS SUPRARRENAIS FETAIS  
**Autores:** *Maldonado, A.A.C.; Helfer, T.M.; Hamamoto, T.E.N.K.; Zamarian, A.C.P.; Caetano, A.C.R.; Nardoza, L.M.M.*  
**Sigla:** O028
- 97** AVALIAÇÃO ULTRASSONOGRÁFICA DO TIMO FETAL E PREDITORES DE PARTO PREMATURO  
**Autores:** *Hamamoto, T.E.N.K.; Hatanaka, A.R.; Franca, M.S.; Helfer, T.M.; Nomura, R.M.Y.; Moron, A.F.*  
**Sigla:** O029
- 98** AVALIAÇÃO DA VASCULARIZAÇÃO PULMONAR EM FETOS COM HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÊNITA SUBMETIDOS À TRATAMENTO CONSERVADOR OU A TRATAMENTO CIRÚRGICO INTRA-ÚTERO COM COLOCAÇÃO DE BALÃO INTRA-TRAQUEAL GUIADO POR FETOSCOPIA  
**Autores:** *Britto, I.S.W.; Olutoye, O.O.; Cass, D.; Belfort, M.A.; Lee, W.; Ruano, R.*  
**Sigla:** O030

- 98** RESULTADOS PERINATAIS DA CORREÇÃO INTRAUTERINA “A CÉU ABERTO” DA MIELOMENINGOCELE FETAL UTILIZANDO TÉCNICA CIRÚRGICA ALTERNATIVA  
**Autores:** Moron, A.F.; Milani, H.J.F.; Barbosa, M.M.; Carvalho, N.; Sarmento, S.G.P.; Cavalheiro, S.  
**Sigla:** O031
- 99** CERCLAGEM DE EMERGÊNCIA – VALE A PENA FAZER?  
**Autores:** Porto, C.A.M.; Silva, F.L.; Loretti, A.P.; Patz, B.C.; Mattar, R.  
**Sigla:** O032
- 99** QUANTIFICAÇÃO DA HERNIAÇÃO HEPÁTICA NA ULTRASSONOGRAFIA BIDIMENSIONAL PARA AVALIAÇÃO DO PROGNÓSTICO NEONATAL EM CASOS DE HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÊNITA ISOLADA  
**Autores:** Britto, I.S.W.; Olutoye, O.O.; Cass, D.; Belfort, M.; Lee, W.; Ruano, R.  
**Sigla:** O033
- 100** CONCENTRAÇÃO SÉRICA DE SULFATO DE MAGNÉSIO EM GESTANTES COM PRÉ-ECLÂMPSIA, SUBMETIDAS AOS ESQUEMAS DE ZUSPAN E DE SIBAI  
**Autores:** Gaiotto, F.R.; Borges, V.T.M.; Poiati, J.R.; Abbade, J.F.; Peraçoli, J.C.; Peraçoli, M.T.S.  
**Sigla:** O034
- 100** AVALIAÇÃO DE VIA DE PARTO EM MULHERES COM CARDIOPATIA MATERNA SEGUNDO SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON EM DEZ GRUPOS COMO FORMA DE MONITORAMENTO PRÁTICA OBSTÉTRICA  
**Autores:** França, T.M.; Marins, P.M.; Morais, A.V.M.; Born, D.B.; Campanharo, F.F.; Mattar, R.  
**Sigla:** O035
- 101** ADEQUAÇÃO E RECOMENDAÇÕES DO GANHO DE PESO GESTACIONAL ENTRE MULHERES BRASILEIRAS: REVISÃO SISTEMÁTICA E METANÁLISE  
**Autores:** Surita, F.G.C.; Godoy, A.C.G.; Nascimento, S.L.N.  
**Sigla:** O036
- 101** INFLUÊNCIA DA BANDAGEM ELÁSTICA KINESIO TAPE E DA HIDROTERAPIA NA DOR PÉLVICA POSTERIOR E NA FUNCIONALIDADE DE GESTANTES  
**Autores:** Cipriano, P.P.C.; Oliveira, C.O.  
**Sigla:** O037
- 101** FATORES ASSOCIADOS COM A SATISFAÇÃO DAS MULHERES NO PARTO REALIZADO EM HOSPITAL PÚBLICO SECUNDÁRIO DE SÃO PAULO  
**Autores:** Pimenta, B.S.O.; Nomura, R.M.Y.; Silva, P.H.; Pinhal, N.S.; Nakamura, M.U.; Moron, A.F.  
**Sigla:** O038
- 102** INFLUÊNCIA DA PRESENÇA DO ACOMPANHANTE NA SATISFAÇÃO DAS MULHERES NO PARTO EM HOSPITAL PÚBLICO SECUNDÁRIO DE SÃO PAULO  
**Autores:** Pimenta, B.S.O.; Nomura, R.M.Y.; Silva, P.H.; Pinhal, N.S.; Nakamura, M.U.; Moron, A.F.  
**Sigla:** O039
- 102** IMPLEMENTAÇÃO E CONTRIBUIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON NA ANÁLISE DAS TAXAS DE CESARIANAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO TERCIÁRIO, A PARTIR DO ESTUDO DE MULHERES COM CESARIANA PRÉVIA  
**Autores:** Ferraz, L.M.; Aguiar, R.A.L.P.; Reis, Z.S.N.; Gaspar, J.S.; Júnior, M.S.R.; Protzner, A.B.  
**Sigla:** O040

# ÍNDICE

- 103** PROJETO PILOTO: ANÁLISE MORFOLÓGICA DO MÚSCULO RETO ABDOMINAL EM GESTANTES COM HIPERGLICEMIA  
**Autores:** *Marini, G.; Piculo, F.; Vesentini, G.; Barbosa, A.M.P.; Damasceno, D.C.; Rudge, M.V.C.*  
**Sigla:** O042
- 103** O RASTREIO DA INFECÇÃO PELO HIV E A FREQUÊNCIA DA INFECÇÃO EM GESTANTES  
**Autores:** *Mendes, J.O.; Marangoni, M.C.; Cruz, R.S.; Silveira, L.H.A.; Soares, J.P.; Zimmermann, J.B.*  
**Sigla:** O043
- 104** TOXICIDADE E EFEITOS COLATERAIS MATERNS E NEONATAIS DA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EM GESTANTES INFECTADAS PELO HIV ATENDIDAS PELO CAISM ENTRE 2009 E 2012  
**Autores:** *Polydoro, M.S.; Milanez, H.M.B.P.M.*  
**Sigla:** O044
- 104** GASTROSCUISE FETAL ISOLADA: COMPARAÇÃO DOS PARÂMETROS DA CARDIOTOCOGRAFIA COMPUTADORIZADA NOS CASOS COM ALTERAÇÃO DA VITALIDADE FETAL  
**Autores:** *Andrade, W.; Brizot, M.L.; Miyadahira, S.; Francisco, R.P.V.; Zugaib, M.*  
**Sigla:** O046
- 105** DILATAÇÃO CÍSTICA DA CISTERNA QUADRIGÊMEA ASSOCIADA À MALFORMAÇÃO DE ARNOLD-CHIARI - CORRELAÇÃO ANATÔMICA E ULTRASSONOGRÁFICA  
**Autores:** *Drummond, C.L.; Barreto, E.Q.S.; Milani, H.J.F.; Baldo, C.A.R.; Bussamra, L.C.S.; Moron, A.F.*  
**Sigla:** O047
- 105** OCORRÊNCIA DE NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL APÓS NORMALIZAÇÃO DE BHCG  
**Autores:** *Obeica, B.; Mattos, M.; Braga, B.; Dias, H.; Rezende, J.; Greigor, G.*  
**Sigla:** O048
- 106** PRINCIPAIS CAUSAS DE VENTRICULOMEGALIA CEREBRAL: CASUÍSTICA DO SETOR DE NEUROLOGIA FETAL DA UNIFESP  
**Autores:** *Barreto, E.Q.S.; Milani, H.J.F.; Silva, P.L.C.; Amed, F.G.; Pares, D.; Moron, A.F.*  
**Sigla:** O049
- 106** NOMOGRAMA DOS VOLUMES DA GLÂNDULA SUPRARRENAL FETAL E DA ZONA FETAL DA GLÂNDULA SUPRARRENAL POR ULTRASSONOGRAFIA BI (2D) E TRIDIMENSIONAL (3D): ESTUDO PRELIMINAR  
**Autores:** *Helfer, T.M.; Melo, N.B.; Zamarian, A.C.P.; Maldonado, A.A.C.; Rolo, L.C.; Nardoza, L.M.M.*  
**Sigla:** O050
- 107** PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES DIAGNOSTICA-DAS COM TRABALHO DE PARTO PREMATURO (TPP) EM MATERNIDADE DE BAIXO RISCO DO MUNICÍPIO DE SOROCABA-SP  
**Autores:** *Gonçalves, F.M.; Buzachero, T.O.; Padovani, T.R.*  
**Sigla:** O051
- 107** TRANSMISSÃO VERTICAL DO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA E EXPOSIÇÃO AO EFAVIRENZ: PERFIL MATERNO E RESULTADOS NEONATAIS  
**Autores:** *Cavichioli, F.S.; Polydoro, M.S.; Delicio, A.M.; Miyoshi, I.C.; Milanez, H.M.B.P.M.*  
**Sigla:** O052
- 108** SOROPOSITIVIDADE PARA SÍFILIS ENTRE PACIENTES INTERNADAS EM UMA MATERNIDADE-ESCOLA PÚBLICA DE SALVADOR-BA  
**Autores:** *Santos, G.B.R.D.O.; Smith, C.M.*  
**Sigla:** O053

- 108** AVALIAÇÃO DO RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE SÍNDROME HIPERTENSIVA GESTACIONAL EM MULHERES PORTADORAS DO FATOR RH POSITIVO  
**Autores:** Chechter, M.; Kehde, B.H.; Fernandes, C.Q.; Kishi, K.S.; Hsu, L.P.R.; Aldrighi, J.M.  
**Sigla:** O054
- 108** AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS NEONATAIS APÓS PARTO PREMATURO, TENDO OU NÃO FEITO USO DO SULFATO DE MAGNÉSIO PARA NEUROPROTEÇÃO, NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ  
**Autores:** Nishitsuka, S.S.; Rezende, G.P.; Fernandes, K.G.; Camargo, R.P.S.  
**Sigla:** O055
- 109** IMPORTÂNCIA DA CURVA DE APRENDIZADO NA COLOCAÇÃO DE PESSÁRIO PARA PREVENÇÃO DE PREMATURIDADE  
**Autores:** Franca, M.S.; Hamamoto, T.E.N.K.; Hatanaka, A.R.; Mattar, R.; Moron, A.F.  
**Sigla:** O056
- 109** CONHECIMENTO DOS RESIDENTES DE TOCGINECOLOGIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ACERCA DO USO DE MISOPROSTOL E MIFEPRISTONE NO ABORTO MEDICAMENTOSO  
**Autores:** Fernandes, K.G.; Pacagnella, R.C.; Duarte, G.; Osís, M.J.D.; Bento, S.F.; Faundes, A.  
**Sigla:** O057
- 110** REGULAÇÃO VIA REDE CEGONHA EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA EM SALVADOR-BA  
**Autores:** Lima, B.G.; Smith, C.M.; Silva, R.S.; Casqueiro, J.S.; Silva, J.E.A.  
**Sigla:** O059
- 110** AVALIAÇÃO DO TIPO DE PARTO E FATORES RELACIONADOS À CESARIANA EM CAMPINAS-SP  
**Autores:** Surita, F.G.C.; Nascimento, S.L.N.; Godoy, A.C.G.  
**Sigla:** O061
- 111** RESULTADOS MATERNS E PERINATAIS NO PARTO VAGINAL INSTRUMENTALIZADO COM USO DE VÁCUO-EXTRATOR - EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ  
**Autores:** Camargo, R.P.S.; Gil Fernandes, K.G.F.; Rossi, B.M.R.; Ravazzi, L.M.Q.R.  
**Sigla:** O062
- 111** ANSIEDADE MATERNA EM GESTAÇÕES DE BAIXO RISCO: COMPARAÇÃO ENTRE O SEGUNDO E TERCEIRO TRIMESTRES GESTACIONAIS  
**Autores:** Novoa, V.A.N.; Moraes, L.R.; Pimenta, B.S.O.; Cecchino, G.N.; Nomura, R.M.Y.; Mattar, R.  
**Sigla:** O063
- 112** SUTURA HEMOSTÁTICA DE B-LYNCH: SALVANDO VIDAS E PRESERVANDO A FERTILIDADE  
**Autores:** Korke, H.A.; Carvalho, L.F.P.; Zicardi, L.; Nagahama, G.; Watanabe, E.K.; Sass, N.  
**Sigla:** O064
- 112** EVOLUÇÃO MATERNA E FETAL DE GESTAÇÕES ACOMPANHADAS DE SÍNDROMES HIPERTENSIVAS EM UM HOSPITAL PÚBLICO TERCIÁRIO  
**Autores:** Novo, J.L.V.G.N.; Merencio, W.B.M.S.; Barbosa, I.R.C.B.; Cerqueira, G.S.G.C.; Almeida, F.A.A.; Novo, N.F.N.  
**Sigla:** O065

# ÍNDICE

- 113** AVALIAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO DO MICRORNA-135-A NO PROCESSO DE INVASÃO TROFOBLÁSTICA, IN VITRO E EM MODELO ANIMAL  
**Autores:** *Korkes, H.A.; De Oliveira, L.G.; Sass, N.; Karumanchi, S.A.; Rajakumar, A.*  
**Sigla:** O066
- 113** PERFIL DO MANEJO PARA TRABALHO DE PARTO PREMATURO EM UMA AMOSTRA DE MULHERES QUE TIVERAM PARTO PREMATURO ESPONTÂNEO  
**Autores:** *Fava, M.L.; Nascimento, M.L.C.; Cecatti, J.G.; Lajos, G.J.; Passini, R.J.*  
**Sigla:** O067
- 114** MUDANÇAS NOS PARÂMETROS CLÍNICOS DA DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL  
**Autores:** *Moraes, V.; Braga, B.; Obeica, b.; Monteiro, A.D.; Ventura, P.M.; Rezende Filho, J.*  
**Sigla:** O068
- 114** PESSÁRIO EM GESTAÇÕES GEMELARES COM COLO CURTO: ALTERNATIVA OU TRATAMENTO EFICAZ?  
**Autores:** *Franca, M.S.; Elito Jr, J.; Hatanaka, A.R.; Hamamoto, T.E.N.K.; Mattar, R.; Moron, A.P.*  
**Sigla:** O069
- 115** ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DO CÂNCER DE COLO UTERINO NA GESTAÇÃO  
**Autores:** *Dantas, a.c.t.; Hase, e.a.; Nobrega, f.s.; Sadalla, j.c.; Francisco, r.p.v.; Zugaib, M.*  
**Sigla:** O070
- 115** AVALIAÇÃO DA CURVA DE ATALAH EM UMA NOVA POPULAÇÃO. HÁ NECESSIDADE DE UMA NOVA CURVA?  
**Autores:** *Surita, F.G.C.; Morais, S.S.M.; Ide, M.I.; Morgan, A.M.M.*  
**Sigla:** O071
- 116** ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DE GESTANTES COM DIAGNÓSTICO DE PIELONEFRITE ATENDIDAS NO HOSPITAL GERAL DE CARAPICUÍBA (HGC)  
**Autores:** *Tedesco, J.L.O.; Negrão, C.A.G.; Pastorelli, G.A.B.; Bretz, P.R*  
**Sigla:** O072
- 116** A IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO: UMA REVISÃO DE LITERATURA  
**Autores:** *Vieira, D.F.; Cruz, M.L.T.; Almeida, V.M.; Santos, A.L.; Ribeiro, M.T.S.*  
**Sigla:** O074
- 116** SATISFAÇÃO DAS MULHERES NO PARTO EM GESTAÇÕES DE ALTO RISCO EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SÃO PAULO  
**Autores:** *Novoa, V.A.N.; Nomura, R.M.Y.*  
**Sigla:** O075
- 117** AVALIAÇÃO DAS COMPLICAÇÕES DE RECÉM-NASCIDOS NO TERMO PRECOCE E TERMO PROPRIAMENTE DITO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
**Autores:** *Ferruzzi, C.M.F.; Hsu, L.H.P.; Aldrighi, J.M.*  
**Sigla:** O076
- 117** ESTUDO RETROSPECTIVO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE O NÚMERO DE PARTOS CESÁREOS COM A IDADE DAS GESTANTES ATENDIDAS NO HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA (HMIB-DF).  
**Autores:** *Costa, E.L.; Valente, F.A.; Godoy, L.G.S.; Furtado, E.N.O.; Barbasa, E..G.*  
**Sigla:** O077

- 118** AUTONOMIA MATERNA X DIREITOS DO NASCITURO: COMPARAÇÃO ENTRE AS OPINIÕES DE PRIMIEIRANISTAS E SEXTANISTAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP  
**Autores:** *Motoki, M.S.Y.; Cabar, F.R.*  
**Sigla:** O078
- 118** AVALIAÇÃO DA ESPIROMETRIA DE GESTANTES EXPOSTAS À POLUIÇÃO ATMOSFÉRICA DA REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO  
**Autores:** *Pastro, L.D.M.; Fernandes, F.L.A.; Vieira, S.E.; Saldiva, S.R.D.M.; Saldiva, P.H.N.; Francisco, R.P.V.*  
**Sigla:** O079
- 119** DISTRIBUIÇÃO TRANSPLACENTÁRIA DA FLUOXETINA E DO SEU METABOLITO EM GESTANTES PORTADORAS DIABETES MELLITUS GESTACIONAL  
**Autores:** *Carvalho, D.M.; Oliveira, G.C.; Cavalli, R.C.; Duarte, G.; Lanchote, V.L.; Moisés, E.C.D.*  
**Sigla:** O080
- 119** PREVENÇÃO DO TROMBOEMBOLISMO VENOSO (TEV) EM GESTANTES E PUÉRPERAS HOSPITALIZADAS: RESULTADOS PRELIMINARES DE UM ESCORE DE RISCO.  
**Autores:** *Barros, V.I.P.V.L.; Santos, R.K.; Baptista, F.S.; Bortolotto, M.R.F.; Francisco, R.P.V.*  
**Sigla:** O081
- 120** PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS PACIENTES COM NEAR MISS NO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL DE JANEIRO DE 2013 A AGOSTO DE 2014 NO HOSPITAL GERAL DE CARAPICUÍBA (HGC)  
**Autores:** *Mariano, B.F.; Bretz, P.R.; Britto, E.R.; Haga, E.; Pereira, W.G.M.; Cinquetti Júnior, M.A.*  
**Sigla:** O082
- 120** TRATAMENTO DA INSUFICIÊNCIA PLACENTÁRIA GRAVE E PRECOCE COM ENOXAPARINA E DEXAMETASONA: RESULTADOS PARCIAIS DE UM PROTOCOLO DE PESQUISA  
**Autores:** *Zaros, D.; Barros, V.I.P.V.L.; Santos, R.K.; Francisco, R.P.V.; Zugaib, M.*  
**Sigla:** O083
- 121** COMPARAÇÃO ENTRE MÉTODOS: BI (2D) E TRIDIMENSIONAL (3D) PARA A MEDIDA ULTRASSONOGRÁFICA DO VOLUME DA SUPRARRENAL FETAL: DADOS PRELIMINARES  
**Autores:** *Helper, T.M.; Melo, N.B.; Caetano, A.C.R.; Maldonado, A.A.C.; Rolo, L.C.; Nardozza, L.M.M.*  
**Sigla:** O084
- 121** AVALIAÇÃO DOS CASOS DE ESPINHA BÍFIDA NO SETOR DE MEDICINA FETAL DA CLÍNICA OBSTÉTRICA DO HCFMUSP  
**Autores:** *Requeijo, M.J.R.; Penoni, K.Z.; Bunduki, V.; Francisco, R.P.V.*  
**Sigla:** O085
- 121** DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA (DPP) E TROMBOFILIAS  
**Autores:** *Barros, V.I.P.V.L.; Santos, R.K.; Baptista, F.S.; Igai, A.M.K.; Francisco, R.P.V.*  
**Sigla:** O086
- 122** RELAÇÃO ENTRE A APLICAÇÃO DA ACUPUNTURA E A MELHORA DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES PORTADORAS DE ÊMESE E HIPERÊMESE GRAVÍDICA NO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ – SP  
**Autores:** *Fernandes, K.G.; Noronha, C.L.; Andrade, C.A.; Camargo, R.P.S.*  
**Sigla:** O087
- 122** ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO RELACIONADO A SÍNDROME HIPERTENSIVA GESTACIONAL (SHG) NO HOSPITAL GERAL DE CARAPICUIBA (HGC) DE JULHO DE 2014 A DEZEMBRO DE 2014  
**Autores:** *Stanichi, G.P.; Emydio, I.L.; Pastorelli, G.A.B.; Damião, M.R.; Bretz, P.R.; Galvão, W.*  
**Sigla:** O088

# ÍNDICE

- 123** AVALIAÇÃO DAS PACIENTES COM DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA (DPP) NO HOSPITAL GERAL DE CARAPICUÍBA (HGC)  
**Autores:** Pastorelli, G.A.B.; Jahic, G.S.; Damião, M.R.; Azevedo, F.R.; Stanichi, G.P.; Bretz, P.R.  
**Sigla:** O089
- 123** MÉDICOS RESIDENTES TÊM OPINIÃO MAIS LIBERAL SOBRE ABORTO.  
**Autores:** Araujo, D.C.M.; Dos Anjos, G.N.A.; Fahl, I.D.; Fernandes, K.; Duarte, G.A.; Pacagnella, R.C.  
**Sigla:** O090
- 123** AVALIAR OS RESULTADOS DOS VALORES DO TESTE DE TOLERÂNCIA DA GLICOSE ORAL DE 100 GRAMAS E SUA ASSOCIAÇÃO COM RECÉM-NASCIDO GRANDE PARA IDADE GESTACIONAL  
**Autores:** Tiago, D.B.; Francisco, R.P.V.; Zugaib, M.; Gimenez, D.F.; Gimenez, D.F.  
**Sigla:** O091
- 124** DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL NÃO INVASIVO DE ANEUPLOIDIAS: TÉCNICAS, VANTAGENS E DESVANTAGENS  
**Autores:** Bussamra, L.C.S.; Bertoni, N.C.; Bussamra, L.C.S.; Hsu, L.P.R.; Aldrighi, J.M.; Aoki, T.  
**Sigla:** O092
- 124** O FUTURO HOJE: DIAGNÓSTICO GENÉTICO FETAL ATRAVÉS DO SANGUE MATERNO  
**Autores:** Bussamra, L.C.S.; Bertoni, N.C.; Bussamra, L.C.S.; Hsu, L.P.R.; Aldrighi, J.M.; Aoki, T.  
**Sigla:** O093
- 125** PERFIL DAS ANOMALIAS CONGÊNITAS NO SETOR DE MEDICINA FETAL DO HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE ESCOLA DR. MARIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA  
**Autores:** Imperador, D.V.; Giolo, P.C.S.; Cruz, L.; Barreto, E.Q.S.; Kenj, G.; Sass, N.  
**Sigla:** O094
- 125** RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL 2008 A 2012  
**Autores:** Costa, E.L.; Beleza, M.C.L.; Seganfredo, I.B.; Beraldi, L.C.; Machado, S.L.L.; Rocha, A.C.N.  
**Sigla:** O095
- 126** EPIDEMIOLOGIA, INDICAÇÕES E COMPLICAÇÕES DO PARTO CESÁREA NO BRASIL E CANADÁ  
**Autores:** Souza, F.J.R.; Rodrigues, R.M.P.; Nóbrega, L.C.S.; Reitano, I.R.R.; Dias, L.N.; Pereira, M.M.  
**Sigla:** O096
- 126** VITAMINA D NA GESTAÇÃO: OS SUPLEMENTOS PARA GESTANTES APRESENTAM QUANTIDADES ADEQUADAS?  
**Autores:** Zolio, S.C.; Azevedo, G.G.; Villagelin, D.; Tiago, D.B.  
**Sigla:** O097
- 127** ESTUDO PILOTO SOBRE PREFERÊNCIA INICIAL POR VIA DE PARTO E TIPO DE PARTO REALIZADO EM GESTANTES DE BAIXO RISCO DOS SETORES PÚBLICO E PRIVADO DE ARACAJU  
**Autores:** Pereira, R.O.; Prado, D.S.  
**Sigla:** O098
- 127** INFECÇÃO FETAL POR CITOMEGALOVÍRUS – SÉRIE DE CASOS E REVISÃO DE LITERATURA  
**Autores:** Bottura, I.; Schindler, A.; Assenheimer, L.; Beck, A.P.A.; Cordioli, E.; Oliveira, R.C.S.  
**Sigla:** O099

- 127** PREVALÊNCIA DE SÍFILIS, HEPATITES B E C E INFECÇÃO PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA EM PUÉRPERAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO  
**Autores:** Rocha, L.S.N.; Soares, D.A.B.; Negrão, J.V.R.T.; Campaner, A.B.; Hsu, L.P.R.; Aldrighi, J.M.  
**Sigla:** O100
- 128** AVALIAÇÃO DO PERFIL DE GESTANTES COM DIAGNÓSTICO DE LEIOMIOMA UTERINO: PARTOS REALIZADOS NO HOSPITAL SÃO PAULO DE 2013 A 2015  
**Autores:** Moreira, V.M.; Linhares, A.S.; Chinen, P.A.; Sun, S.Y.; Mattar, R.; Signorini Filho, R.C.  
**Sigla:** O101
- 128** AVALIAÇÃO LONGITUDINAL DO GANHO DE PESO E EVOLUÇÃO DO IMC EM GESTANTES DE BAIXO RISCO DA LIGA DE ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA DA UNIFESP  
**Autores:** Silva, A.L.C.C.; Torquato, A.M.; Toneto, B.R.; Carvalho, F.S.S.; Nomura, R.M.Y.; Mattar, R.  
**Sigla:** O102
- 129** A IMPORTÂNCIA DA HUMANIZAÇÃO DO TRABALHO DE PARTO AO PUERPÉRIO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA  
**Autores:** Vieira, D.F.; Cruz, M.L.T.; Almeida, V.M.; Santos, A.L.  
**Sigla:** O103
- 129** TRIMESTRE DE INICIAÇÃO DE PRÉ-NATAL ENTRE GESTANTES ACOMPANHADAS EM UMA UNIDADE DE MÉDICO DE FAMÍLIA DE NITERÓI (RJ).  
**Autores:** Nascimento, M.I.; Ribeiro, B.T.; Tavares, B.L.; Lana, R.C.P.; Rabelo, L.M.; Andrade, T.R.  
**Sigla:** O104
- 130** ACOMPANHAMENTO DO ENFERMEIRO NO PRÉ NATAL DE ALTO RISCO: PERCEPÇÃO DE DIABÉTICAS TIPO 1 À ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UM MUNICÍPIO DA BAIXADA LITORÂNEA/RJ  
**Autores:** Vieira, D.F.; Quitete, J.B.  
**Sigla:** O105  
**Instituição:** Universidade Federal Fluminense - Niterói - RJ
- 130** PRESENÇA DE TROMBOFILIAS COMBINADAS EM GESTANTES COM ANTECEDENTE DE DHEG GRAVE E RISCO DE RECIDIVA DA DHEG E CRESCIMENTO FETAL RESTRITO (CFR)  
**Autores:** Barros, V.I.P.V.L.; Santos, R.K.; Baptista, F.S.; Francisco, R.P.V.; Zugaib, M.  
**Sigla:** O106
- 131** RESOLUÇÃO DE INSUFICIÊNCIA PLACENTÁRIA COM ANTICOAGULAÇÃO PLENA EM PACIENTE COM MAU PASSADO OBSTÉTRICO E DISLIPIDEMIA NA GESTAÇÃO  
**Autores:** Santos, R.K.; Barros, V.I.P.V.L.; Igai, A.M.K.; Baptista, F.S.; Francisco, R.P.V.  
**Sigla:** O107
- 131** ANEMIA FALCIFORME NA GRAVIDEZ  
**Autores:** Buseti, K.P.P.; Korke, H.A.; Bressan, N.; Rozas, A.  
**Sigla:** O108
- 132** RECIDIVA DE PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA TROMBÓTICA EM PRIMÍGESTA NO INÍCIO DO SEGUNDO TRIMESTRE DE GESTAÇÃO  
**Autores:** Lucio, D.S.; Korke, H.A.; Rozas, A.  
**Sigla:** O109

# ÍNDICE

- 132** CAUSAS DE DESMAME PRECOCE: MITOS E CRENÇAS QUE INTERFEREM NA DURAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO  
**Autores:** *Silva, V.G.; Ferreira, R.R.*  
**Sigla:** O110
- 133** APLICAÇÃO DA SONDA DE FOLEY PARA PREPARO CERVICAL EM GESTANTES COM UMA CESÁREA SEGMENTAR TRANSVERSA  
**Autores:** *Silva, P.L.C.; Barreto, E.Q.S.; Leme, V.D.T.; Sartori, A.P.L.; Sass, N.; Oliveira, L.G.*  
**Sigla:** O111
- 133** PROLACTINOMA NA GESTAÇÃO: TRATAMENTO E REPERCUSSÃO FETAL  
**Autores:** *Waldow, C.; Campanharo, F.F.; Mattar, R.; Sun, S.Y.; Moron, A.F.; Amed, F.G.*  
**Sigla:** O112
- 134** TUMOR DE SEIO ENDODÉRMICO E CARCINOMATOSE EM GESTANTE DE 28 SEMANAS  
**Autores:** *Pinheiro, G.M.P.; Hime, L.F.C.C.; Barbosa Junior, C.P.B.J.; Tachibana, A.Y.T.; Barros, E.A.B.; Zazarini, D.R.Z.*  
**Sigla:** O113
- 134** SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDE CATASTRÓFICA E GESTAÇÃO: RELATO DE CASO  
**Autores:** *Sousa, L.S.; Campanharo, F.F.; Fernandes, F.C.; Sass, N.; Mattar, R.; Moron, A.F.*  
**Sigla:** O114
- 134** GESTAÇÕES COM EVENTOS ADVERSOS EM PACIENTE COM SÍNDROME DO ANTICORPO ANTIFOSFOLÍPIDE: RELATO DE CASO  
**Autores:** *Panaino, L.P.; Junqueira, M.O.; Alves, T.C.; Lopes, N.L.A.; Souto, L.C.B.; Souza, K.D.*  
**Sigla:** O115
- 135** INFECÇÃO PELO PLASMODIUM VIVAX NA GESTAÇÃO ASSOCIADO A PNEUMONIA GRAVE EM UMA MATERNIDADE DA AMAZÔNIA OCIDENTAL: RELATO DE CASO  
**Autores:** *Calixto, C.A.; Melopra, A.P.B.; Brito, N.S.; Simões, M.C.R.; Casseb, L.B.B.*  
**Sigla:** O116
- 135** NEUTROPENIA FEBRIL EM PACIENTE COM NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL DURANTE QUIMIOTERAPIA COM METOTREXATE: RELATO DE CASO  
**Autores:** *Silva, R.C.A.F.; Melocra, A.P.B.; Lima, C.M.*  
**Sigla:** O117
- 136** CORIOCARCINOMA ABDOMINAL GIGANTE EM PACIENTE TRATADA NO CENTRO DE REFERÊNCIA EM DOENÇAS TROFOBLÁSTICAS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTONIO PEDRO DA UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE  
**Autores:** *Dias, H.M.; Braga, A.; Obeica, B.; Menezes, N.S.; Gomes, J.V.; Marcolino, L.*  
**Sigla:** O118
- 136** EMPREGO DA INDUÇÃO QUIMIOTERÁPICA COM REGIME EP EM BAIXAS DOSES, SEGUIDO PELO REGIME EMA/CO EM PACIENTE COM NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL COM ELEVADA CHANCE DE MORTE PRECOCE  
**Autores:** *Obeica, B.; Braga, B.; Ferreira, A.; Felippo, D.; Dourado, M.; Barros, F.*  
**Sigla:** O119
- 137** GESTAÇÃO GEMELAR - FETO E MOLA PARCIAL: RELATO DE CASO  
**Autores:** *Obeica, B.; De La Roque, M.; Braga, B.; Moraes, V.; Marcolino, L.; Swalf, N.*  
**Sigla:** O120

- 137** POLIDRÂMNIÓ E SINAL DA DUPLA BOLHA EM FETO SEM ALTERAÇÕES NEONATAIS. RELATO DE CASO  
**Autores:** *Pereira, M.A.; Vazquez, I.C.; Parreira, B.A.; Drummond, C.L.; Bussamra, L.C.S.; Aldrighi, J.M.*  
**Sigla:** O121
- 138** DIAGNÓSTICO E ACOMPANHAMENTO DE PENTALOGIA DE CANTRELL  
**Autores:** *Billa, M.V.; Gomes, D.D.; De Jesus, G.R.R.; De Carvalho, P.R.N.; Peixoto-Filho, F.M.; Baião, A.E.R.*  
**Sigla:** O122
- 138** DISPLASIA CAMPOMÉLICA – IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO ULTRASSONOGRÁFICO DURANTE A GRAVIDEZ  
**Autores:** *Miranda, E.C.M.; Amadeu, R.S.A.; Filho, N.P.B.F.; Korkes, H.A.*  
**Sigla:** O123
- 139** MOLA HIDATIFORME COM ECLÂMPSIA PÓS-ESVAZIAMENTO UTERINO: UM RELATO DE CASO  
**Autores:** *Junqueira, I.C.F.; Araujo, J.M.; Gigghi, R.S.S.F.; Junior, J.B.R.C.; Silva, M.L.P.; Saidah, T.K.*  
**Sigla:** O124
- 139** CORIOCARCINOMA: RELATO DE CASO  
**Autores:** *JGuaitolini, P.C.B.; Lima, M.S.; Forte, K.P.P.; Araújo, R.H.; Pereira, R.C.; Santos, C.C.M.*  
**Sigla:** O125
- 140** DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL DE TERATOMA DE OROFARINGE FETAL (EPIGNATHUS) E CIRURGIA PÓS-PARTO  
**Autores:** *Gomes, D.D.; Billa, M.V.; De Jesus, G.R.; De Carvalho, P.R.N.; Peixoto-Filho, F.M.; Baião, A.E.R.*  
**Sigla:** O126
- 140** CIRURGIA FETAL “A CÉU ABERTO” EM MALFORMAÇÕES DO SISTEMA RESPIRATÓRIO  
**Autores:** *Moron, A.F.; Milani, H.J.F.; Barbosa, M.M.; Lazar, M.C.S.; Amaro, E.; Fernandez, P.M.*  
**Sigla:** O127
- 141** GESTAÇÃO ECTÓPICA ABDOMINAL: RELATO DE CASO  
**Autores:** *Gandolpho, A.C.; Maia, N.L.; Fernandes, K.G.; Saragiotto, L.; Carvalho, A.A.*  
**Sigla:** O128
- 141** ESTEATOSE HEPÁTICA DA GESTAÇÃO - UMA CONDIÇÃO RARA E GRAVE  
**Autores:** *Waldow, C.; Sousa, L.S.; Favorette Campanharo, F.; Sun, S.Y.; Mattar, R.; Moron, A.F.*  
**Sigla:** O129
- 142** TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MACIÇO BILATERAL EM PACIENTE NO PUERPERIO: RELATO DE CASO  
**Autores:** *Barros, C.G.; Fabricio, T.N.B.D.; Araújo, C.F.D.; Fonseca, F.M.C.; Lima, P.S.O.S.R.; Torres, L.Q.*  
**Sigla:** O130
- 142** ASSISTÊNCIA MULTIDISCIPLINAR DE QUEIMADURA GRAVE NA GESTAÇÃO EM HOSPITAL ESCOLA DA FACULDADE DE MEDICINA SÃO CAMILO – HOSPITAL GERAL DE CARAPICUÍBA  
**Autores:** *Bretz, P.R.; Souza, D.T.; Valente, V.; Fanton, N.U.A.C.; Gregolini, M.B.; Torossian, A.*  
**Sigla:** O131
- 142** GESTAÇÃO ECTÓPICA INTEGRAL EM FETO DE 11 SEMANAS E 3 DIAS EM PACIENTE ASSINTOMÁTICA  
**Autores:** *Requeijo, M.J.R.; Penoni, K.Z.; Bunduki, V.; Francisco, R.P.V.*  
**Sigla:** O132

# ÍNDICE

- 143** PLACENTA PERCRETA FUNDICA, CULMINANDO COM ROTURA UTERINA EM PRIMIGESTA ATENDIDA NO HOSPITAL GERAL DE CARAPICUIBA  
**Autores:** Junior, M.A.C.; Bretz, P.R.; Ferreira, M.M.; Mota, T.T.; Valente, T.; Antunes, D.R.V.  
**Sigla:** O133
- 143** GRAVIDEZ ESPONTÂNEA APÓS MÚLTIPLAS GRAVIDEZ ECTÓPICAS  
**Autores:** Abrão, F.; Martins, G.R.F.; Toda, C.B.; Arruda, L.M.; Martins, A.P.D.; Dias, D.S.  
**Sigla:** O134
- 144** LUTEOMA GRAVIDARUM: DIAGNÓSTICO E CONDUTA NA GRAVIDEZ  
**Autores:** Ranciaro, B.H.; Carvalho, K.B.S.; Tayfour, N.M.; Lippi, U.G.; Silva, H.F.; Rodrigues, C.T.J.  
**Sigla:** O135
- 144** MOLÉSTIA DE VON WILLEBRAND E GESTAÇÃO  
**Autores:** Sanchez, N.R.; Giampietro, M.M.; Pretti, P.I.A.; Tarozzo, K.A.; Cesar, C.M.P.C.S.; Watanabe, E.K.  
**Sigla:** O136
- 145** DESCOLAMENTO PREMATURA DE PLACENTA EM MENINA DE 12 ANOS : RELATO DE CASO  
**Autores:** Pinheiro, G.M.P.; Hime, L.F.C.C.; Martins, A.L.M.M.; Tachibana, A.Y.T.; Barros, E.A.B.; Zanzarine, D.R.Z.  
**Sigla:** O137
- 145** ÚTERO DE COUVELAIRE: RELATO DE CASO  
**Autores:** Pissetti, V.C.; Maçaneiro, A.P.; Rojas, P.F.B.; Nunes, R.D.  
**Sigla:** O138
- 146** CIRCLAGEM DE URGÊNCIA NA INSUFICIÊNCIA ISTMO CERVICAL COM PROTRUSÃO DE MEMBRANAS  
**Autores:** Santos Filho, o.o.; Santos, G.B.; Almeida, S.S.B.; Oshikata, C.T.; Cunha, T.S.R.; Kitamura, T.T.  
**Sigla:** O139
- 146** LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA E GRAVIDEZ  
**Autores:** Da Silva Neto, J.F.; Campanharo, F.F.; Waldow, C.; Sun, S.Y.; Mattar, R.; Moron, A.F.  
**Sigla:** O140
- 147** DOENÇA DE STILL NA GRAVIDEZ: UM RELATO DE CASO  
**Autores:** Casseb, L.B.B.; Simões, M.C.R.; Conceição, L.S.; Lopes, C.M.  
**Sigla:** O141
- 147** MANEJO DE GESTANTE PORTADORA DE PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IDIOPÁTICA DESCOMPENSADA ASSOCIADA À DIABETES MELLITUS E CRISE CONVULSIVA: UM RELATO DE CASO  
**Autores:** Ventura, P.M.; Moraes, V.P.; Marcolino, L.A.; Lopez, L.J.D.; Macedo, R.A.  
**Sigla:** O142
- 147** ROTURA UTERINA CRÔNICA: UM RELATO DE CASO  
**Autores:** Costa, M.C.C.; Dourado, M.M.K.; Meletti, N.F.T.; Sousa, F.B.; Moraes, V.P.; Sá, r.a.m.  
**Sigla:** O143
- 148** GESTAÇÃO APÓS SARCOMA VULVAR GIGANTE: RELATO DE CASO  
**Autores:** Park, H.P.; Hase, E.A.; Ruocco, R.M.R.; Waissman, A.L.W.; Francisco, R.P.V.; Zugaib, M.  
**Sigla:** O144

- 148** RELATO DE CASO: CÂNCER DE COLO DE ÚTERO TRATADO COM QUIMIOTERAPIA DURANTE A GESTAÇÃO  
**Autores:** Santos, A.G.S.; Hase, E.A.; Ferrarini, O.M.F.; Sadalla, J.C.; Francisco, R.P.V.; Zugaib, M.  
**Sigla:** O145
- 149** SÍNDROME EM ESPELHO EM GESTAÇÃO DE 28 SEMANAS  
**Autores:** Lagrutta, B.B.; Campos, F.A.; Moreno, M.T.; Luz, A.G.  
**Sigla:** O146
- 149** MIOMA DE GRANDE VOLUME COM COMPRESSÃO EXTENSA DE VEIA CAVA INFERIOR – RELATO DE CASO DE MIOMECTOMIA DURANTE A GESTAÇÃO  
**Autores:** Linhares, A.S.; No, L.J.; Chinen, P.A.; Sun, S.Y.; Mattar, R.; Signorini Filho, R.C.  
**Sigla:** O147
- 150** MIOMECTOMIA DURANTE PARTO CESÁREO: RELATO DE DOIS CASOS REALIZADOS  
**Autores:** No, L.J.; Linhares, A.S.; Chinen, P.A.; Sun, S.Y.; Mattar, R.; Signorini Filho, R.C.  
**Sigla:** O148
- 150** MIOMECTOMIA DURANTE A 1ª METADE DA GESTAÇÃO – RELATO DE DOIS CASOS REALIZADOS POR DEGENERAÇÃO DE MIOMA DE GRANDE VOLUME  
**Autores:** Linhares, A.S.; Moreira, V.M.; Chinen, P.A.; Sun, S.Y.; Mattar, R.; Signorini Filho, R.C.  
**Sigla:** O149
- 151** LEIOMIOMATOSE UTERINA ASSOCIADA A ÓBITO FETAL NA 26ª SEMANA E HISTERECTOMIA PUERPERAL: RELATO DE CASO  
**Autores:** No, L.J.; Moreira, V.M.; Chinen, P.A.; Sun, S.Y.; Mattar, R.; Signorini Filho, R.C.  
**Sigla:** O150
- 151** GESTAÇÃO TRIGEMELAR HETEROTÓPICA ESPONTÂNEA: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA  
**Autores:** Silva, C.A.S.; Rocha, L.S.N.R.; Santos, S.R.S.; Miyake, D.M.M.; Chiaramelli, P.C.; Hsu, L.P.R.  
**Sigla:** O151
- 152** PREENHEZ ECTÓPICA ABDOMINAL.  
**Autores:** Venezian, C.P.; Moreira, D.A.; Traiman, P.; Neto, J.N.; Magalhães, C.G.; Oliveira, L.G.  
**Sigla:** O152
- 152** GESTAÇÃO ECTÓPICA EM CICATRIZ DE CESAREA: RELATO DE CASO  
**Autores:** Hime, I.F.C.C.; Pinheiro, G.M.; Chigane, S.A.; Salotto, D.B.; Melo, N.L.; Pedrosa, M.A.  
**Sigla:** O153
- 153** RELATO DE CASO - GESTAÇÃO TÓPICA E ANEXIAL SIMULTÂNEAS  
**Autores:** Damião, M.R.; Pastorelli, G.A.B.; Tedesco, J.L.O.; Bretz, P.R.  
**Sigla:** O154
- 153** BIÓPSIA PERCUTÂNEA DE LEIOMIOMA UTERINO GIGANTE NA GESTAÇÃO E MIOMECTOMIA DURANTE PARTO CESÁREO – RELATO DE CASO  
**Autores:** Moreira, V.M.; No, L.J.; Chinen, P.A.; Sun, S.Y.; Mattar, R.; Signorini Filho, R.C.  
**Sigla:** O155
- 154** TÉCNICA DE GARROTEAMENTO UTERINO EM HISTERECTOMIA POR ACRETISMO PLACENTÁRIO  
**Autores:** Shikanai, S.; Aquino, L.O.; Rezende, C.A.L.; Borem, L.V.B.; Paula, C.R.  
**Sigla:** O156

# ÍNDICE

- 154** DOENÇA DE FABRY E GESTAÇÃO  
**Autores:** *Nader, M.A.L.; Hime, L.F.C.C.; Fonseca, J.H.; Pessanha, Gaia, SSM; Azevedo, D.C.T.T., N.S.; Gaia, S.S.M.; Azevedo, D.C.T.T.*  
**Sigla:** O158
- 155** FEOCROMOCITOMA E GRAVIDEZ  
**Autores:** *Da Silva Neto, J.F.; Campanharo, F.F.; Sun, S.Y.; Mattar, R.; Moron, A.F.*  
**Sigla:** O159
- 155** DERMATOPOLIMIOSITE NA GESTAÇÃO: RELATO DE CASO  
**Autores:** *Frare, N.; Fenili, P.; Rozas, S.A.; Bressan, N.N.; Novaes, G.S.*  
**Sigla:** O160
- 156** CÂNCER DE MAMA TRATADO COM RADIOTERAPIA DURANTE GESTAÇÃO: RELATO DE CASO  
**Autores:** *Donato, A.R.; Hase, E.A.; Prado, L.C.; Francisco, R.P.V.; Zugaib, M.*  
**Sigla:** O162
- 156** MIOMA GIGANTE DURANTE A GESTAÇÃO - RELATO DE CASO  
**Autores:** *Sartorelli, M.F.G.O.P.; Hase, E.A.; Kondo, M.M.; Bozzini, N.; Francisco, R.P.V.; Zugaib, M.*  
**Sigla:** O163
- 157** SÍNDROME TROMBÓTICA FETAL - UM RELATO DE CASO  
**Autores:** *Amaral, P.T.; Martinelli, S.; Ribeiro, R.L.; Francisco, R.P.V.*  
**Sigla:** O164
- 157** GRAVIDEZ ECTÓPICA ABDOMINAL COM FETO VIVO MALFORMADO: RELATO DE CASO  
**Autores:** *Oliveira, E.A.A.; Barros, C.G.; Souza, M.A.C.; Mesquita, J.C.; Araújo, C.F.D.; Lopes, T.S.S.*  
**Sigla:** O165
- 158** MALFORMAÇÃO UTERINA: ROTURA UTERINA ESPONTÂNEA EM GRAVIDEZ DE ÚTERO UNICORNO COM CORNO UTERINO RUDIMENTAR  
**Autores:** *Tiago, D.B.; Oshikata, C.T.; Bueno, M.P.; Gimenez, D.F.; Gimenez, D.F.*  
**Sigla:** O166
- 158** CHAOS - CONGENITAL HIGH AIRWAY OBSTRUCTION SYNDROME  
**Autores:** *Moraes, V.P.; Sá, r.a.m.; La Roque, M.; Werner, H.; Jesus, L.E.; Tavares, R.*  
**Sigla:** O167
- 158** CEFALÉIA NA GESTAÇÃO  
**Autores:** *Carvalho, C.M.P.; Fornari, P.F.; Giovanetti, N.M.; Murazawa, M.M.; Nahime, M.; Borges, P.M.*  
**Sigla:** O168
- 159** GESTAÇÃO APÓS CARCINOMA DE NASOFARINGE METASTÁTICO: RELATO DE CASO  
**Autores:** *Dijigow, F.B.; Hase, E.A.; Francisco, R.P.V.; Zugaib, M.*  
**Sigla:** O169
- 159** FIBROMA E CISTOADENOFIBROMA DE OVÁRIO NA GESTAÇÃO- RELATO DE CASO  
**Autores:** *Kitamura, M.; Hase, E.A.; Sadalla, J.C.; Francisco, R.P.V.; Zugaib, M.*  
**Sigla:** O170

- 160** ROTURA UTERINA ESPONTÂNEA EM GESTAÇÃO INICIAL EM PACIENTE ATENDIDA NO HOSPITAL ESCOLA DA FACULDADE DE MEDICINA SÃO CAMILO – HOSPITAL GERAL DE CARAPICUÍBA (HEFMSC – HGC)  
**Autores:** Junior, M.C.A.; Bretz, P.M.; Antunes, D.R.V.; Ferreira, M.M.; Mota, T.T.; Valente, V.  
**Sigla:** O171
- 160** ADOLESCENTE COM ACRETISMO PLACENTÁRIO EM PLACENTA FÚNDICA ATENDIDA NO HOSPITAL ESCOLA DA FACULDADE DE MEDICINA SÃO CAMILO – HOSPITAL GERAL DE CARAPICUÍBA (HEFMSC – HGC)  
**Autores:** Britto, E.R.R.; Bretz, P.R.; Souza, D.T.; Valente, V.; Fanton, N.U.A.C.; Torossian, A.  
**Sigla:** O172
- 161** RELATO DE CASO DE CESARIANA PERIMORTEM COM BOM RESULTADO FETAL  
**Autores:** Fisco, S.C.; Moura, D.C.; Inoue, I.T.  
**Sigla:** O173
- 161** INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO NA GESTAÇÃO POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE  
**Autores:** Kimura, A.M.; Almeida, S.S.B.; Filho, O.O.S.; Tiago, D.B.  
**Sigla:** O174
- 162** PERFIL ANTROPOMÉTRICO E DIETÉTICO DE GESTANTES ADOLESCENTES NO INÍCIO DO PRÉ-NATAL - DADOS PRELIMINARES  
**Autores:** Pompeu, M.P.; Paulino, D.S.M.; Pinto e Silva, J.L.; Surita, F.G.C.  
**Sigla:** O175
- 162** MANEJO OBSTÉTRICO DA PACIENTE PORTADORA DE LÚPUS ERITEMATOSO DISCOIDE  
**Autores:** Silva, R.C.A.F.; Lima, M.C.; Florão, M.; Nogueira, C.J.Q.  
**Sigla:** O176
- 163** ARRITMIAS NA GESTAÇÃO: UMA REVISÃO DA LITERATURA  
**Autores:** Rezende, G.P.; Pinto, C.C.D.; Miguel, M.A.V.; Antoniassi, D.Q.  
**Sigla:** O177
- 163** DOENÇA ADENOMATOSA CÍSTICA PULMONAR FETAL E RESOLUÇÃO ESPONTÂNEA DURANTE GESTAÇÃO  
**Autores:** Santos, I.M.A.; Sousa, F.B.; Paris, L.; Tedesco, G.D.; Bussamra, L.C.S.; Aldrighi, J.M.  
**Sigla:** O178
- 164** MÉTODOS: ULTRASSONOGRÁFICOS DE AVALIAÇÃO DO PROGNÓSTICO DE FETO COM HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA  
**Autores:** Pereira, M.A.; Vazquez, I.C.; Ancona, C.A.; Drummond, C.L.; Bussamra, L.C.S.; Aldrighi, J.M.  
**Sigla:** O179
- 164** SÍNDROME DE ARNOLD-CHIARI: RELATO DE CASO  
**Autores:** Pretti, P.I.A.; Honorato, D.J.P.; Sardinha, C.G.; Maciel, M.M.; Marques, E.M.; Watanabe, E.K.  
**Sigla:** O180

# ÍNDICE DOS AUTORES

## A

Abbade, J.F.	
O034.....	100
Abrão, F.	
G156.....	72
O134.....	143
Abrão, M.S.	
G123.....	58
Accorsi Neto, A.C.	
G108.....	51
Acher, C.A.A.	
G158.....	73
Afonso, R.R.	
G044.....	25
Aguiar, R.A.L.P.	
O040.....	102
Agustini, S.O.	
O027.....	96
Aide, S.	
G144.....	67
Aidé, S.	
G163.....	76
Alba, A.P.R.A.	
G136.....	63
Aldrighi, J.M.	
G013.....	12
G071.....	36
G076.....	39
G099.....	47
O054.....	108
O076.....	117
O092.....	124
O093.....	124
O100.....	127
O121.....	137
O178.....	163
O179.....	164
Alho, R.T.T.	
G043.....	24
Almeida, C.M.	
G087.....	42
Almeida, F.A.A.	
O065.....	112
Almeida Junior, O.	
G170.....	79
Almeida, M.A.V.P.	
G087.....	42
Almeida, M.M.	
G146.....	68
Almeida, M.S.	
O002.....	85
Almeida, N.G.S.	
G122.....	57
Almeida, S.S.B.	
O139.....	146
O174.....	161

Almeida, T.G.	
G015.....	13
G028.....	18
G069.....	36
G134.....	63
G138.....	64
G139.....	65
G159.....	74
G160.....	74
G169.....	78
Almeida, V.M.	
O074.....	116
O103.....	129
Alves, E.A.	
O013.....	90
Alves, F.L.N.	
G153.....	71
Alves, M.T.S.S.B.	
G011.....	11
Alves, T.C.	
G177.....	82
O115.....	134
Amadeu, R.S.A.	
O123.....	138
Amado, N.F.	
G155.....	72
Amaral, J.L.G.	
G037.....	22
G073.....	37
G104.....	50
Amaral, P.T.	
O164.....	157
Amaro, E.	
O127.....	140
Amed, F.G.	
O049.....	106
O112.....	133
Amorim, M.E.S.	
G116.....	55
Amorim, T.C.	
G116.....	55
Ancona, C.A.	
O179.....	164
Andrade, A.V.A.	
G136.....	63
G168.....	78
Andrade, C.A.	
O087.....	122
Andrade, C.M.C.	
G116.....	55
Andrade, J.L.P.	
G138.....	64
G139.....	65
Andrade, L.A.	
G008.....	10
Andrade, T.R.	
O010.....	89
O104.....	129

Andrade, W.	
O046.....	104
Andre, G.M.	
G022.....	15
Andres, M.P.	
G060.....	32
G100.....	48
Angimantz, T.S.	
G089.....	43
Annichino-Bizzacchi, J.M.	
G064.....	33
Anton, C.	
G018.....	14
G027.....	17
G029.....	18
G093.....	45
Antoniassi, D.Q.	
O177.....	163
Antunes, D.R.V.	
G111.....	52
G120.....	56
G132.....	62
G171.....	79
O133.....	143
O171.....	160
Anzai, A.	
G006.....	9
Aoki, T.	
O092.....	124
O093.....	124
Apfel, V.	
G142.....	66
Aquino, L.O.	
O156.....	154
Araújo, C.B.	
O021.....	94
Araújo, C.D.	
G042.....	24
Araújo, C.F.D.	
O130.....	142
O165.....	157
Araujo, D.C.M.	
O090.....	123
Araújo, E.F.G.	
G116.....	55
Araujo, F.	
G012.....	12
Araujo, J.M.	
O124.....	139
Araujo, M.P.	
G093.....	45
Araújo, R.H.	
O125.....	139
Araujo, T.A.	
G063.....	33
Arisawa, H.	
G109.....	52

# ÍNDICE DOS AUTORES

Arruda, L.M.	
G156.....	72
O134.....	143
Assenheimer, L.	
O099.....	127
Assis, A.M.	
G016.....	13
Aveiro, A.C.	
G130.....	61
G161.....	75
Azevedo Carvalho, M.A.C.	
O025.....	95
Azevedo, D.C.T.T.	
O158.....	154
Azevedo, F.R.	
O089.....	123
Azevedo, F.R.M.	
G096.....	46
Azevedo, F.R.V.	
G030.....	18
Azevedo, G.G.	
O004.....	86
O097.....	126

## B

Baião, A.E.R.	
O122.....	138
O126.....	140
Baldo, C.A.R.	
O047.....	105
Baptista, F.S.	
O081.....	119
O086.....	121
O106.....	130
O107.....	131
Baracat, E.C.	
G006.....	9
G010.....	11
G015.....	13
G018.....	14
G027.....	17
G028.....	18
G029.....	18
G034.....	20
G060.....	32
G068.....	35
G093.....	45
G100.....	48
Barbosa, A.M.P.	
O042.....	103
Barbosa, F.A.	
G069.....	36
G134.....	63
G160.....	74
Barbosa, G.B.	
G052.....	29
G092.....	45

Barbosa, I.R.C.B.	
O065.....	112
Barbosa Junior, C.P.B.J.	
O113.....	134
Barbosa, M.M.	
O031.....	98
O127.....	140
Barison, G.A.S.	
G178.....	82
Barreto, E.Q.S.	
O024.....	95
O047.....	105
O049.....	106
O094.....	125
O111.....	133
Barros, C.G.	
G175.....	81
O130.....	142
O165.....	157
Barros, E.A.B.	
O113.....	134
O137.....	145
Barros, F.	
O119.....	136
Barros, J.A.	
G102.....	49
Barroso, P.C.	
G179.....	82
Barros, V.I.P.V.L.	
O081.....	119
O083.....	120
O086.....	121
O106.....	130
O107.....	131
Bastidas, P.L.	
G087.....	42
Beck, A.P.A.	
O099.....	127
Beleza, M.C.L.	
O095.....	125
Belfort, M.	
O033.....	99
Belfort, M.A.	
O030.....	98
Bellei, R.P.A.	
G127.....	59
G128.....	60
Benetti-Pinto, C.L.	
G001.....	7
G035.....	21
G039.....	23
G064.....	33
Bento, S.F.	
O057.....	109
Beraldi, L.C.	
O095.....	125
Berardinelli, I.C.	
G170.....	79

Berlinck, L.B.	
G038.....	22
Bernardes, L.S.	
O025.....	95
Berseline, R.	
G108.....	51
Bertoni, N.C.	
O092.....	124
O093.....	124
Bezerra, E.Q.	
G057.....	30
Biagi, K.G.	
G158.....	73
Billa, M.V.	
O122.....	138
O126.....	140
Biscaro, A.M.	
G161.....	75
Bittar, J.P.	
G143.....	67
Bittar, R.E.	
O016.....	91
Bonduki, C.E.	
G054.....	30
G176.....	81
G178.....	82
Bonetti, T.C.S.	
G045.....	25
Bonocher, C.M.	
G019.....	14
Bordin Júnior, N.A.	
G130.....	61
G131.....	61
G161.....	75
Bordin, L.P.	
G131.....	61
Bordin, M.C.P.	
G131.....	61
Borem, L.V.B.	
O156.....	154
Borges, P.M.	
O168.....	158
Borges, V.T.M.	
O034.....	100
Borguez, D.	
G072.....	37
Born, D.B.	
O035.....	100
Bortolotto, M.R.F.	
O081.....	119
Bottura, I.	
O099.....	127
Bozzini, N.	
O163.....	156
Braga, A.	
O118.....	136

# ÍNDICE DOS AUTORES

Braga, B.	
O048.....	105
O068.....	114
O119.....	136
O120.....	137
Braga, G.C.	
G003.....	7
Braga, L.B.M.	
G130.....	61
G161.....	75
Bragança, J.F.	
G047.....	26
G049.....	27
Brancalion, M.F.	
G039.....	23
Brandão, M.D.C.	
G069.....	36
G134.....	63
G138.....	64
G139.....	65
G159.....	74
G160.....	74
G169.....	78
Brandão, V.C.M.	
G025.....	16
Brasil, C.B.	
G040.....	23
Bravo, R.S.	
G144.....	67
Bressan, N.	
O108.....	131
Bretz, P.M.	
O171.....	160
Bretz, P.R.	
G096.....	46
G111.....	52
G120.....	56
G132.....	62
G158.....	73
G165.....	77
G171.....	79
O072.....	116
O088.....	122
O089.....	123
O131.....	142
O133.....	143
O154.....	153
O172.....	160
Brito, N.S.	
G162.....	75
O116.....	135
Britto, E.R.	
O172.....	160
Britto, I.S.W.	
O030.....	98
O033.....	99
Brizot, M.L.	
O016.....	91
O046.....	104

Bueloni-Dias, F.N.	
G007.....	9
Bueno, E.B.	
G106.....	50
Bunduki, V.	
G113.....	53
O132.....	142
Busetti, K.P.P.	
O108.....	131
Bussamra, L.C.S.	
O047.....	105
O092.....	124
O093.....	124
O121.....	137
O178.....	163
O179.....	164
Buzachero, T.O.	
O051.....	107

## C

Cabar, F.R.	
O012.....	90
O018.....	92
O078.....	118
Cabello, C.	
G039.....	23
Cabral, K.M.A.A.	
G127.....	59
G128.....	60
Caetano, A.C.R.	
O028.....	97
O084.....	121
Calil, M.A.	
G031.....	19
G056.....	30
Calixto, C.A.	
O116.....	135
Calux, N.M.C.T.	
G045.....	25
Calzada, M.E.B.	
G155.....	72
Camargo, A.G.	
O027.....	96
Camargo, M.C.A.	
G146.....	68
Camargo, R.P.S.	
O055.....	108
O062.....	111
O087.....	122
Campaner, A.B.	
G012.....	12
G013.....	12
G071.....	36
G147.....	68
O100.....	127

Campanharo, F.F.	
O023.....	94
O035.....	100
O140.....	146
O159.....	155
Campos, A.P.	
G115.....	54
Campos, F.A.	
O146.....	149
Campos, K.J.	
G030.....	18
Cançado, J.M.S.	
G141.....	66
Cardial, C.S.	
G153.....	71
Cardial, D.T.	
G032.....	19
G153.....	71
Cardial, M.F.T.	
G032.....	19
G070.....	36
G087.....	42
G102.....	49
G164.....	76
Cardoso, E.A.F.	
G156.....	72
Cardoso, F.S.P.	
G086.....	42
Carneiro, M.S.	
G081.....	40
G097.....	47
Carrapatoso, K.B.	
G038.....	22
Carreiro, K.B.	
G060.....	32
Carvalho, A.A.	
O128.....	141
Carvalho, A.E.T.S.	
G034.....	20
Carvalho, C.M.P.	
O168.....	158
Carvalho, F.S.S.	
O102.....	128
Carvalho, G.B.	
G108.....	51
Carvalho, J.	
G044.....	25
Carvalho, J.P.	
G018.....	14
G027.....	17
G029.....	18
G093.....	45
Carvalho, K.B.S.	
G137.....	64
O135.....	144

# ÍNDICE DOS AUTORES

Carvalho, K.C.	
G015.....	13
G028.....	18
Carvalho, L.F.P.	
G123.....	58
O064.....	112
Carvalho, M.A.	
O025.....	95
Carvalho, N.	
O024.....	95
O031.....	98
Carvalho, S.M.C.	
G118.....	55
Casqueiro, J.S.	
O059.....	110
Cass, D.	
O030.....	98
O033.....	99
Casseb, L.B.B.	
O116.....	135
O141.....	147
Cavalheiro, S.	
O031.....	98
Cavichioli, F.S.	
O052.....	107
Cecatti, J.G.	
O023.....	94
O067.....	113
Cecchino, G.N.	
O063.....	111
Cerqueira, G.S.G.C.	
O065.....	112
Cesar, C.M.P.C.S.	
O136.....	144
Chaim, E.A.C.	
G005.....	8
Chazan, L.F.	
G178.....	82
Chechter, M.	
O054.....	108
Chiamelli, P.C.	
O151.....	151
Chigane, S.A.	
O153.....	152
Chinen, P.A.	
O101.....	128
O147.....	149
O148.....	150
O149.....	150
O150.....	151
O155.....	153
Cipriano, P.P.C.	
O037.....	101
Coan, V.R.A.	
G126.....	59

Coelho, A.F.	
G127.....	59
G128.....	60
Coelho, J.K.	
G099.....	47
Coelho, J.M.R.	
G177.....	82
Coimbra, B.G.M.M.	
G068.....	35
Colturato, L.F.	
G052.....	29
Conceição, L.S.	
O141.....	147
Constantino, L.A.S.	
G176.....	81
Cordioli, E.	
O099.....	127
Coscia, E.B.	
G126.....	59
G146.....	68
Costa, A.C.M.	
G011.....	11
Costa, A.S.	
G107.....	51
Costa, C.A.	
G156.....	72
Costa, E.L.	
O095.....	125
Costa, M.A.	
G057.....	30
Costa, M.C.	
G011.....	11
Costa, M.L.C.	
O023.....	94
Costa-Paiva, L.	
G002.....	7
Costa, R.A.	
O013.....	90
Costa, Z.B.	
G097.....	47
Coutinho, C.I.S.	
G150.....	70
Coutinho, T.S.	
G030.....	18
Crelier, A.H.	
G066.....	34
G074.....	38
Crespi, A.C.	
G146.....	68
Cruz, I.	
O094.....	125
Cruz, M.C.	
G151.....	70
G152.....	71

Cruz, M.L.T.	
O074.....	116
O103.....	129
Cruz, P.T.	
G122.....	57
Cruz, R.S.	
O043.....	103
Cunha, T.S.R.	
O139.....	146
Cytryn, A.	
G143.....	67
G150.....	70

## D

Da Cunha, J.F.	
G091.....	44
Dalvi, G.C.	
G151.....	70
G152.....	71
Damasceno, D.C.	
O042.....	103
Damião, M.R.	
G096.....	46
O088.....	122
O089.....	123
O154.....	153
Damous, L.L.D.	
G034.....	20
Dardes, R.T.M.	
G054.....	30
Da Silva Neto, J.F.	
O140.....	146
O159.....	155
D'Avila, F.S.	
G013.....	12
G071.....	36
G147.....	68
Daza, I.	
G066.....	34
De Carvalho, P.R.N.	
O122.....	138
O126.....	140
De Jesus, G.R.	
O126.....	140
De Jesus, G.R.R.	
O122.....	138
De La Roque, M.	
O120.....	137
G144.....	67
D'Elia, G.M.	
G70.....	36
Delicio, A.M.	
O052.....	107
Delmanto, A.	
G110.....	52
G115.....	54
G125.....	59

# ÍNDICE DOS AUTORES

Delmanto, L.R.M.G.	
G007.....	9
G110.....	52
G125.....	59
De Oliveira, L.G.	
O066.....	113
Derze, L.A.	
G092.....	45
G157.....	73
Dias, A.S.	
G155.....	72
Dias, D.S.	
G156.....	72
O134.....	143
Dias, H.	
O048.....	105
Dias, H.M.	
G144.....	67
G163.....	76
O118.....	136
Dias, J.M.G.	
G048.....	27
G058.....	31
G075.....	38
G085.....	41
G166.....	77
Dias Jr, A.R.	
G093.....	45
Dias, L.C.	
G146.....	68
Dias, L.N.	
O096.....	126
Dias, M.P.	
G133.....	62
Dias Neta, D.P.S.	
G030.....	18
Dias, R.R.	
G070.....	36
Dijigow, F.B.	
O169.....	159
Diniz, D.B.F.Q.	
G022.....	15
Donato, A.R.	
O162.....	156
Dos Anjos, G.N.A.	
O090.....	123
Dos Anjos, L.G.	
G015.....	13
Dourado, M.	
O119.....	136
Drummond, C.L.	
O047.....	105
O121.....	137
O179.....	164
Duailibe, N.T.B.S.	
G057.....	30

Duarte, G.	
O057.....	109
Duarte, G.A.	
O090.....	123
Duval, I.	
G144.....	67
G163.....	76

## E

Edessa, T.K.	
G058.....	31
G075.....	38
Ehrenfreund, R.	
G072.....	37
Eleutério, R.M.N.	
G009.....	10
Elias, S.	
G046.....	26
Elisabete Vieira, S.E.V.	
O025.....	95
Elito Jr, J.	
O069.....	114
Emydio, I.L.	
O088.....	122
Esposito Sorpreso, I.C.E.S.	
G067.....	35
Ezaki, L.T.D.	
G146.....	68

## F

Fabricio, T.N.B.D.	
O130.....	142
Facina, G.	
G045.....	25
G046.....	26
Fahl, I.D.	
O090.....	123
Fanton, N.U.A.C.	
G165.....	77
G171.....	79
O131.....	142
O172.....	160
Faria, F.M.	
G112.....	53
Faundes, A.	
O057.....	109
Fava, M.L.	
O067.....	113
Favero, G.M.	
G018.....	14
G027.....	17
G093.....	45

Favorette Campanharo, F.	
O112.....	133
O129.....	141
Felippo, D.	
O119.....	136
Feltran, T.T.	
G063.....	33
Fenile, R.	
G014.....	12
Fernandes, C.E.	
G032.....	19
G063.....	33
G087.....	42
G102.....	49
G122.....	57
G153.....	71
G164.....	76
Fernandes, C.Q.	
O054.....	108
Fernandes, F.L.A.	
O079.....	118
Fernandes, K.	
O090.....	123
Fernandes, K.G.	
O055.....	108
O057.....	109
O087.....	122
O128.....	141
Fernandes, T.	
G002.....	7
Fernandez, P.M.	
O127.....	140
Ferrarini, O.M.F.	
O145.....	148
Ferraz, H.	
G149.....	69
Ferraz, L.M.	
O040.....	102
Ferreira, A.	
O119.....	136
Ferreira, F.O.	
G153.....	71
Ferreira, F.P.	
G054.....	30
G109.....	52
Ferreira, M.M.	
G111.....	52
G120.....	56
G132.....	62
O133.....	143
O171.....	160
Ferreira, R.A.	
O009.....	88
Ferreira, R.G.	
G081.....	40
Ferreira, R.R.	
O110.....	132

# ÍNDICE DOS AUTORES

Ferreira, V.B.	
G035.....	21
Ferriani, R.A.	
G003.....	7
G019.....	14
Ferrioli, E.	
G003.....	7
Ferruzzi, C.M.F.	
O076.....	117
Feruzzi, C.M.	
G107.....	51
Figueiredo, M.C.V.	
G139.....	65
G159.....	74
G160.....	74
Figueiredo, S.M.	
G080.....	40
Figueredo, A.C.D.S.	
G127.....	59
G128.....	60
Filho, B.A.	
G004.....	8
Filho, N.P.B.F.	
O123.....	138
Filho, O.O.S.	
O174.....	161
Fingerhut Peres, D.V.	
G072.....	37
Fisco, S.C.	
O173.....	161
Fonseca, F.M.C.	
O130.....	142
Fonseca, G.F.F.	
G103.....	49
Fonseca, J.H.	
O158.....	154
Fonseca, J.H.F.	
G118.....	55
Fonseca, V.C.	
G119.....	56
Fontes, T.M.P.	
G119.....	56
G129.....	60
Fornari, P.F.	
O168.....	158
Forte, K.P.P.	
O125.....	139
Fortuna, F.F.L.	
G150.....	70
Fortunato, G.G.	
G062.....	32
Fraga, T.P.	
G166.....	77

Franca, M.S.	
O015.....	91
O022.....	94
O029.....	97
O056.....	109
O069.....	114
França, T.M.	
G098.....	47
O035.....	100
Francisco, R.P.V.	
G113.....	53
O012.....	90
O013.....	90
O014.....	90
O016.....	91
O018.....	92
O025.....	95
O046.....	104
O079.....	118
O081.....	119
O083.....	120
O086.....	121
O106.....	130
O107.....	131
O132.....	142
O144.....	148
O145.....	148
O162.....	156
O163.....	156
O164.....	157
O169.....	159
O170.....	159
Franco, F.M.F.	
G066.....	34
G074.....	38
Franco, M.M.F.	
G066.....	34
G074.....	38
Franzi, C.	
G026.....	17
G044.....	25
G094.....	45
Freitas, B.C.F.C.	
G180.....	83
Freitas, M.B.	
G046.....	26
Frigério, M.V.	
G180.....	83
Fujimoto, C.Y.	
G076.....	39
Funari, M.P.	
G047.....	26
G049.....	27
<b>G</b>	
Gaia, S.S.M.	
O158.....	154

Gaiotto, F.R.	
O034.....	100
Galvão, B.	
G059.....	31
Galvão, W.	
O088.....	122
Gandolpho, A.C.	
O128.....	141
Garcia, A.L.B.	
G173.....	80
G174.....	80
Garcia, C.A.G.	
G136.....	63
Garcia, N.	
G015.....	13
Garcia, N.G.	
G028.....	18
Garcia, S.B.	
G025.....	16
Garmes, H.M.	
G035.....	21
Gaspar, J.S.	
O040.....	102
Gebrim, L.H.	
G052.....	29
G053.....	29
G092.....	45
G133.....	62
G157.....	73
G167.....	77
Genta, M.L.N.D.	
G029.....	18
Gerbasi, G.J.	
G032.....	19
Giacon, P.P.	
G052.....	29
G092.....	45
G135.....	63
G167.....	77
Giampietro, M.M.	
G136.....	63
G168.....	78
O136.....	144
Gibran, L.	
G050.....	28
G059.....	31
Gigghi, R.S.S.F.	
O124.....	139
Gil Fernandes, K.G.F.	
O062.....	111
Gimenez, D.F.	
O014.....	90
Giolo, P.C.S.	
O094.....	125
Giovanetti, N.M.	
O168.....	158

# ÍNDICE DOS AUTORES

Girald, H.P. G035.....	21
Girald, P.C. G001.....	7
Girão, M.J.B.C. G037..... G073..... G104.....	22 37 50
Godoy, A.C.G. G005..... O036..... O061.....	8 101 110
Gomes, D.D. O122..... O126.....	138 140
Gomes, J.C.N. G173..... G174.....	80 80
Gomes, J.V. O118.....	136
Gomes, L.M. G061.....	32
Gomes, R.C.T. G010..... G023.....	11 16
Gonçalves, A.K. O020.....	93
Gonçalves, F.M. G022..... O051.....	15 107
Gonçalves, L.B.B. G114..... G172.....	54 80
Gonçalves, T.H. G006.....	9
Goulart, A.P.C. G041.....	23
Graziani, S.M. G157.....	73
Gregolini, M.B. G165..... G171..... O131.....	77 79 142
Gregorio, A.P.A. O005.....	86
Greigor, G. O048.....	105
Gualtieri, F.G. G043..... G142.....	24 66
Guazzelli, C.A.F. G082..... G098.....	41 47
Guazzelli, T.F. G038..... G089..... G103.....	22 43 49

Guedes, E.P.G. G116.....	55
Guedes, R.L. G137.....	64
Guerreiro, P.M.T. G150.....	70
Guimarães, D.B. G162.....	75
Guimarães, M.D.M. G151..... G152.....	70 71
Gurian, M.B.F. G020.....	15
Guyt, P.G.R. G121..... G154.....	57 71

## H

Haddad, M.F. G108.....	51
Haddad, S.M.H. O023.....	94
Haidar, M.A. G054.....	30
Hamamoto, T.E.N.K. O015..... O022..... O028..... O029..... O056..... O069.....	91 94 97 97 109 114
Hase, E.A. O144..... O145..... O162..... O163..... O169..... O170.....	148 148 156 156 159 159
Hatanaka, A.R. O015..... O022..... O029..... O056..... O069.....	91 94 97 109 114
Helper, T.M. O028..... O029..... O050..... O084.....	97 97 106 121
Henrique, L.Q. G013..... G071..... G147.....	12 36 68
Henrique, M.P.H. G038.....	22
Herbas, A.B.A. G133..... G170.....	62 79

Hime, L.F.C.C. G118..... O113..... O137..... O153..... O158.....	55 134 145 152 154
Hisaba, W.J. O024.....	95
Honorato, D.J.P. O180.....	164
Hoshida, M.S. O013.....	90
Hosoume, N. G063.....	33
Hsu, L.H.P. O076.....	117
Hsu, L.P.R. O054..... O092..... O093..... O100..... O151.....	108 124 124 127 151

## I

Ide, M.I. O071.....	115
Igai, A.M.K. O086..... O107.....	121 131
Imperador, D.V. O094.....	125
Inoue, I.T. O173.....	161
Isla, G.B.S. G030.....	18

## J

Jahic, G.S. G096..... O089.....	46 123
Jedrim, L.H. G135.....	63
JGuitolini, P.C.B. O125.....	139
Jorge, C.E.B. G181.....	83
Junior, J.B.R.C. O124.....	139
Junior, J.E. G009.....	10
Junior, M.A.C. G111..... O133.....	52 143

# ÍNDICE DOS AUTORES

Junior, M.C.A.	
O171.....	160
Junior, M.C.C.	
G132.....	62
Júnior, M.S.R.	
O040.....	102
Junqueira, I.C.F.	
O124.....	139
Junqueira, M.O.	
G177.....	82
O115.....	134

## K

Kameo, D.A.	
G134.....	63
G138.....	64
G169.....	78
Karumanchi, S.A.	
O066.....	113
Kawasara, K.T.K.	
G005.....	8
Kehde, B.H.	
O054.....	108
Kemp, M.M.	
G142.....	66
Kenj, G.	
G103.....	49
O094.....	125
Kimura, A.M.	
O174.....	161
Kishi, K.S.	
O054.....	108
Kitamura, M.	
O170.....	159
Kitamura, T.T.	
O139.....	146
Klein, I.A.	
O005.....	86
O010.....	89
Kobashigawa, R.Y.G.	
G026.....	17
G044.....	25
G094.....	45
G140.....	65
G141.....	66
Komatsu, M.	
G134.....	63
G138.....	64
G139.....	65
G169.....	78
Komatsu, M.Y.	
G069.....	36
Kondo, M.M.	
O163.....	156

Korkes, H.A.	
O064.....	112
O066.....	113
O108.....	131
O109.....	132
O123.....	138
Krieger, J.E.K.	
G034.....	20
Kuster, M.G.B.	
G037.....	22
G073.....	37
G104.....	50

## L

Labadessa, A.P.	
G164.....	76
Lagrutta, B.B.	
O146.....	149
Lajos, G.J.	
O067.....	113
Lana, R.C.P.	
O010.....	89
O104.....	129
La Paz, Z.I.M.	
G170.....	79
Lara, L.A.S.	
G020.....	15
G065.....	34
Laranjo, J.C.	
G041.....	23
Lasmar, B.P.	
G124.....	58
Lasmar, R.B.	
G124.....	58
Lazar, M.C.S.	
O127.....	140
Leal, V.P.	
G057.....	30
Lee, W.	
O030.....	98
O033.....	99
Leite Filho, A.F.L.	
G143.....	67
G150.....	70
Lemes, T.C.S.	
G119.....	56
Leme, V.D.T.	
O111.....	133
Lerri, M.R.	
G065.....	34
Lessa, M.	
G148.....	69
Lessa, M.G.P.M.	
G148.....	69

Liao, A.W.	
O016.....	91
Lima, B.G.	
O059.....	110
Lima, C.P.	
G119.....	56
Lima, E.P.	
G179.....	82
Lima, M.S.	
O125.....	139
Lima, P.S.O.S.R.	
O130.....	142
Lima, R.V.	
G149.....	69
Lima, T.B.D.F.	
G179.....	82
Linhares, A.S.	
O101.....	128
O147.....	149
O148.....	150
O149.....	150
Lippi, U.G.	
G149.....	69
O135.....	144
Litrenta, M.B.	
G118.....	55
Lodelo, P.V.L.G.	
G040.....	23
Logullo, A.	
G014.....	12
Lohmann Menezes, C.L.M.	
G067.....	35
Lojelo, R.	
G155.....	72
Lopes, A.	
G012.....	12
Lopes, A.C.M.	
G013.....	12
G071.....	36
G147.....	68
Lopes, C.D.	
G109.....	52
Lopes, C.M.	
O141.....	147
Lopes, I.M.R.S.	
G088.....	43
Lopes, M.A.B.	
O006.....	87
Lopes, N.L.A.	
O115.....	134
Lopes, S.G.	
G106.....	50
Lopes, T.S.S.	
G175.....	81
O165.....	157

# ÍNDICE DOS AUTORES

Lopez, L.J.D.	
O142.....	147
Loreto, T.M.	
G043.....	24
G142.....	66
Loretti, A.P.	
O032.....	99
Lourenço, A.C.R.	
G122.....	57
Louzada, A.C.S.	
G068.....	35
Lucio, D.S.	
O109.....	132
Luz, A.G.	
O146.....	149

## M

Maçaneiro, A.P.	
O138.....	145
Macedo, R.A.	
O142.....	147
Machado, H.C.	
G008.....	10
Machado, S.L.L.	
O095.....	125
Maciel, G.A.R.	
G006.....	9
G015.....	13
G028.....	18
Maciel, M.M.	
O180.....	164
Madlum, C.M.	
G026.....	17
G140.....	65
G141.....	66
Maekawa, M.M.	
G107.....	51
Magalhães, C.G.	
O152.....	152
Magalhaes, M.B.	
G032.....	19
Magnani, P.S.	
G112.....	53
Maia, M.C.A.	
O026.....	96
Maia, M.M.	
G048.....	27
G085.....	41
G166.....	77
Maia, N.L.	
O128.....	141
Maia, V.	
G176.....	81
Maiorquim, C.R.	
G162.....	75

Malavasi, A.L.	
G053.....	29
G059.....	31
G077.....	39
G101.....	48
Malburg, F.L.	
G117.....	55
Maldonado, A.A.C.	
O028.....	97
O050.....	106
O084.....	121
Mancusi, J.P.	
G018.....	14
Mansur, A.B.	
G130.....	61
Marangoni, M.	
G047.....	26
G049.....	27
Marangoni, M.C.	
O043.....	103
Marcolino, L.	
O118.....	136
O120.....	137
Marcolino, L.A.	
O142.....	147
Marcondes, R.R.	
G006.....	9
Marini, G.	
O042.....	103
Marins, P.M.	
O035.....	100
Marques, A.C.V.M.	
G089.....	43
Marques, C.M.	
G094.....	45
Marques, E.M.	
O180.....	164
Martinelli, S.	
O164.....	157
Martins, A.L.M.M.	
O137.....	145
Martins, A.P.D.	
G156.....	72
O134.....	143
Martins, G.R.F.	
O134.....	143
Martins, J.A.	
G137.....	64
Massari, P.G.	
G130.....	61
G161.....	75
Mata, M.V.M.	
G158.....	73
Matsunaga, M.E.C.	
O009.....	88

Mattar, R.	
O015.....	91
O017.....	92
O022.....	94
O023.....	94
O032.....	99
O035.....	100
O056.....	109
O063.....	111
O069.....	114
O101.....	128
O102.....	128
O112.....	133
O129.....	141
O140.....	146
O147.....	149
O148.....	150
O149.....	150
O150.....	151
O155.....	153
O159.....	155
Mattos, M.	
O048.....	105
Matuoka, M.L.	
G107.....	51
Mauro, F.M.	
G143.....	67
G150.....	70
Mazzola, J.B.	
O024.....	95
Medeiros, B.K.B.	
G175.....	81
Meletti, N.F.T.	
G124.....	58
Melli, P.P.S.	
G112.....	53
Mello, M.M.G.	
G153.....	71
Melo, N.B.	
O050.....	106
O084.....	121
Melo, N.L.	
O153.....	152
Melo, O.E.N.	
G116.....	55
Melopra, A.P.B.	
O116.....	135
Mendes, C.F.	
G031.....	19
G056.....	30
O001.....	85
Mendes, J.O.	
O043.....	103
Mendonça, A.G.	
G056.....	30
Mendonça, F.T.S.	
O026.....	96
Mendonça, K.A.	
G129.....	60

# ÍNDICE DOS AUTORES

Mendonça-Louzeiro, M.R.M.F.	
G064.....	33
Menezes, D.S.	
G117.....	55
Menezes, I.L.	
G041.....	23
Menezes, N.S.	
O118.....	136
Menezes, R.S.	
G143.....	67
Meola, J.	
G019.....	14
G025.....	16
G062.....	32
Merencio, W.B.M.S.	
O065.....	112
Mesquita, J.C.	
O165.....	157
Miguel, M.A.V.	
O177.....	163
Milanez, H.M.B.P.M.	
O044.....	104
O052.....	107
Milani, H.J.F.	
O024.....	95
O031.....	98
O047.....	105
O049.....	106
O127.....	140
Miranda, E.C.M.	
O123.....	138
Mira, T.A.A.	
G001.....	7
Mitidieri, A.M.S.	
G020.....	15
Miyabe, M.M.	
G137.....	64
Miyadahira, S.	
O046.....	104
Miyake, D.M.M.	
O151.....	151
Miyoshi, I.C.	
O052.....	107
Monteiro, A.D.	
O068.....	114
Monteiro, B.H.	
G090.....	44
Monteiro, B.K.S.M.	
G048.....	27
G085.....	41
G166.....	77
Monteiro, D.A.	
G163.....	76
Monteiro, E.S.	
G037.....	22
G073.....	37
G104.....	50

Monteiro, S.M.P.	
G121.....	57
G154.....	71
Montenegro, C.A.B.	
G074.....	38
Montenegro, M.L.	
G019.....	14
Montino, M.S.M.	
G103.....	49
Moraes, P.A.	
G082.....	41
Moraes, V.	
O068.....	114
O120.....	137
Moraes, V.P.	
O142.....	147
Morais, A.V.M.	
O035.....	100
Morais, L.R.	
O063.....	111
Morais, S.S.M.	
O071.....	115
Moreira, D.A.	
O152.....	152
Moreira, I.J.M.L.	
G042.....	24
Moreira, I.S.	
G042.....	24
Moreira, V.M.	
O101.....	128
O149.....	150
O150.....	151
O155.....	153
Moreno, M.T.	
O146.....	149
Moreno, M.Y.R.	
G130.....	61
Morgan, A.M.M.	
O071.....	115
Morgan, M.C.	
G126.....	59
Moron, A.F.	
O015.....	91
O022.....	94
O024.....	95
O026.....	96
O029.....	97
O031.....	98
O038.....	101
O039.....	102
O047.....	105
O049.....	106
O056.....	109
O112.....	133
O127.....	140
O129.....	141
O140.....	146
O159.....	155

Moron, A.P.	
O069.....	114
Moscovitz, T.	
G063.....	33
Mota, T.T.	
G111.....	52
G120.....	56
G132.....	62
G165.....	77
O133.....	143
O171.....	160
Moterani Junior, N.J.W.	
G114.....	54
G172.....	80
Moterani, V.C.	
G114.....	54
G172.....	80
Motoki, M.S.Y.	
O078.....	118
Moura, D.C.	
O173.....	161
Moura, K.F.Q.	
G178.....	82
Moura, L.W.	
G070.....	36
Moura, R.S.Z.	
G129.....	60
Munhoz, L.O.	
G068.....	35
Murazawa, M.M.	
O168.....	158
Musse, R.N.V.	
G086.....	42
Myung, L.H.J.	
G123.....	58

## N

Nadai, G.M.J.	
G089.....	43
Nadai, G.M.J.N.	
G038.....	22
G103.....	49
Nader, H.B.	
G010.....	11
G023.....	16
Nader, M.A.L.	
O158.....	154
Nagahama, G.	
O064.....	112
Nahas, E.A.P.	
G004.....	8
G007.....	9
Nahas-Neto, J.	
G007.....	9

# ÍNDICE DOS AUTORES

Nahime, M.	
O168.....	158
Nakamura, M.U.	
O038.....	101
O039.....	102
Nakamuta, J.S.N.	
G034.....	20
Nardoza, L.M.M.	
O022.....	94
O028.....	97
O050.....	106
O084.....	121
Nascimento, A.R.	
O001.....	85
Nascimento, M.I.	
G086.....	42
O005.....	86
O010.....	89
O104.....	129
Nascimento, M.L.C.	
O067.....	113
Nascimento, S.L.N.	
O036.....	101
O061.....	110
Navarro, T.B.N.	
G136.....	63
Nazário, A.C.P.	
G014.....	12
G045.....	25
G046.....	26
Negrão, C.A.G.	
O072.....	116
Negrão, J.V.R.T.	
O100.....	127
Negri, M.	
G082.....	41
Neto, J.N.	
G004.....	8
O152.....	152
Neves, A.G.N.	
G005.....	8
Neves, J.S.	
G094.....	45
Nishimura, C.M.	
G071.....	36
G147.....	68
Nishitsuka, S.S.	
O055.....	108
Nobrega, F.	
G018.....	14
Nóbrega, L.C.S.	
G031.....	19
O001.....	85
O096.....	126
Nogueira, A.A.	
G025.....	16
G062.....	32

Nogueira, A.C.C.	
G158.....	73
Nogueira Júnior, R.C.	
G072.....	37
Nohara, I.A.F.	
G082.....	41
No, L.J.	
O147.....	149
O148.....	150
O150.....	151
O155.....	153
Nomura, R.M.Y.	
O008.....	88
O011.....	89
O015.....	91
O017.....	92
O019.....	93
O026.....	96
O029.....	97
O038.....	101
O039.....	102
O063.....	111
O075.....	116
O102.....	128
Noronha, C.L.	
O087.....	122
Novacek, M.M.R.	
G026.....	17
G044.....	25
G094.....	45
G140.....	65
Novaes, G.S.	
G126.....	59
Novoa, V.A.N.	
O063.....	111
O075.....	116
Novo, J.L.V.G.N.	
O065.....	112
Novo, N.F.N.	
O065.....	112
Nunes, B.L.I.	
G041.....	23
Nunes, B.N.	
G028.....	18
Nunes, G.G.	
G086.....	42
Nunes, R.D.	
O138.....	145

## O

Obeica, B.	
G144.....	67
G163.....	76
O048.....	105
O068.....	114
O118.....	136
O119.....	136
O120.....	137

Ohana, G.J.	
G115.....	54
Oliveira, C.	
O006.....	87
Oliveira, C.O.	
O037.....	101
Oliveira, E.A.A.	
O165.....	157
Oliveira, F.R.	
G041.....	23
Oliveira, L.A.M.L.D.E.	
O016.....	91
Oliveira, L.G.	
O111.....	133
O152.....	152
Oliveira, L.G.C.B.	
G126.....	59
Oliveira, R.C.S.	
O099.....	127
Oliveira, S.A.L.	
G127.....	59
G128.....	60
Oliveira, T.H.	
G106.....	50
Oliver, L.A.	
G126.....	59
Olutoye, O.O.	
O030.....	98
O033.....	99
Omodei, M.S.	
G004.....	8
Oshika, F.H.O.	
G005.....	8
Oshikata, C.T.	
O139.....	146
Osís, M.J.D.	
O057.....	109
Osthoﬀ, L.	
G066.....	34
G074.....	38
Otofují, C.M.	
G133.....	62

## P

Pacagnella, R.C.	
O057.....	109
O090.....	123
Padovani, T.R.	
O051.....	107
Paes, E.F.	
G016.....	13
Paiva, A.M.P.	
G050.....	28

# ÍNDICE DOS AUTORES

Palmeira, D.R.		Peraçoli, M.T.S.		Pimentel, C.E.M.	
O005.....	86	O034.....	100	G179.....	82
O010.....	89	Pereira, A.D.		Pinhal, N.S.	
Panaino, L.P.		G162.....	75	G043.....	24
G177.....	82	Pereira, A.S.N.		O038.....	101
O115.....	134	G042.....	24	O039.....	102
Pantelao, J.A.		Pereira, F.G.N.		Pinheiro, A.A.P.	
G163.....	76	G178.....	82	G033.....	20
Parente, C.C.		Pereira, F.R.P.P.		Pinheiro, G.M.	
G176.....	81	G121.....	57	O153.....	152
Pares, D.		G154.....	71	Pinheiro, G.M.P.	
O049.....	106	Pereira, L.N.		G118.....	55
Parise, J.P.		G056.....	30	O113.....	134
G117.....	55	Pereira, M.A.		O137.....	145
Paris, L.		O121.....	137	Pinho, M.S.	
O178.....	163	O179.....	164	G127.....	59
Park, H.P.		Pereira, M.M.		G128.....	60
O144.....	148	O001.....	85	Pinho, S.C.	
Parpinelli, M.A.P.		O096.....	126	G151.....	70
O023.....	94	Pereira, P.P.		G152.....	71
Parreira, B.A.		O012.....	90	Pinto, C.C.D.	
O121.....	137	O018.....	92	O177.....	163
Passini, R.J.		Pereira, R.C.		Pinto e Silva, J.L.	
O067.....	113	O125.....	139	O175.....	162
Pastorelli, G.A.B.		Pereira, R.F.		Pinto, G.L.S.	
G096.....	46	G056.....	30	G133.....	62
O089.....	123	Pereira, R.O.		Pinto, J.P.	
O154.....	153	G058.....	31	G050.....	28
Pastorelli, G.A.P.		G085.....	41	Pinto Neto, A.	
O072.....	116	G166.....	77	G002.....	7
O088.....	122	O003.....	85	Pires, M.H.P.	
Pastro, L.D.M.		O098.....	127	G103.....	49
O079.....	118	Pereira, W.G.M.		Pissetti, V.C.	
Patriarca, M.		G120.....	56	O138.....	145
G176.....	81	G158.....	73	Podgaec, S.	
Patz, B.C.		G171.....	79	G060.....	32
O032.....	99	Pessanha, N.S.		G100.....	48
Paula, C.F.S.		O158.....	154	Poiati, J.R.	
G089.....	43	Petrini, C.G.		O034.....	100
Paula, C.R.		G112.....	53	Poli, L.C.	
O156.....	154	Pfrimer, K.		G131.....	61
Paulino, D.S.M.		G003.....	7	Poli Neto, O.B.	
O175.....	162	Piato, D.S.A.M.		G020.....	15
Pedrosa, M.A.		G029.....	18	G025.....	16
O153.....	152	Piculo, F.		Poloni, P.F.	
Peixoto-Filho, F.M.		O042.....	103	G004.....	8
O122.....	138	Piedade Damasio, C.		Polydoro, M.S.	
O126.....	140	G072.....	37	O044.....	104
Penha, N.A.		Pillar, C.B.		O052.....	107
G180.....	83	G124.....	58	Pompeu, M.P.	
Penoni, K.Z.		Pimenta, B.S.O.		O175.....	162
G113.....	53	O008.....	88	Pontes, A.	
O132.....	142	O011.....	89	G110.....	52
Peraçoli, J.C.		O038.....	101	G125.....	59
O034.....	100	O039.....	102	Pontes, A.G.	
		O063.....	111	G110.....	52
				G125.....	59

# ÍNDICE DOS AUTORES

Porto, B.C.	
G117.....	55
Porto, C.A.M.	
O032.....	99
Prado, D.S.	
O003.....	85
O098.....	127
Prado, J.R.	
G046.....	26
Prado, L.C.	
O162.....	156
Pretti, P.I.A.	
O136.....	144
O180.....	164
Progiant, S.H.	
G115.....	54
Protzner, A.B.	
O040.....	102
Pulcineli, R.V.F.	
O006.....	87

## Q

Queiroz, P.T.	
G108.....	51
Quintana, S.M.	
G003.....	7
G112.....	53
Quirino, L.	
G012.....	12
Quitete, J.B.	
O105.....	130

## R

Rabelo, I.M.A.	
G086.....	42
Rabelo, L.M.	
O010.....	89
O104.....	129
Raimundo, A.G.	
G058.....	31
G075.....	38
Rajakumar, A.	
O066.....	113
Ranciaro, B.H.	
G137.....	64
O135.....	144
Ravazzi, L.M.Q.R.	
O062.....	111
Regina, C.G.	
G109.....	52
Reis, M.P.	
G170.....	79

Reis, N.C.	
G159.....	74
G160.....	74
Reis, R.M.	
G036.....	21
Reis, Z.S.N.	
O040.....	102
Reitano, I.R.R.	
O001.....	85
O096.....	126
Requeijo, M.J.R.	
G041.....	23
G113.....	53
O132.....	142
Resende, P.C.	
G042.....	24
Rezende, C.A.L.	
O156.....	154
Rezende Filho, J.	
O068.....	114
Rezende, G.P.	
O055.....	108
O177.....	163
Rezende, J.	
O048.....	105
Rezende, L.G.	
G179.....	82
Ribeiro, B.T.	
O005.....	86
O104.....	129
Ribeiro, E.S.	
G042.....	24
Ribeiro, H.S.A.A.	
G107.....	51
Ribeiro, J.H.S.	
G177.....	82
Ribeiro, M.C.	
G082.....	41
Ribeiro, M.V.	
G151.....	70
G152.....	71
Ribeiro, P.A.A.G.	
G107.....	51
Ribeiro, P.R.M.	
G033.....	20
O027.....	96
Ribeiro, R.L.	
O164.....	157
Ricci, T.M.	
G077.....	39
G101.....	48
Rios, L.T.M.	
O026.....	96
Rocha, A.C.N.	
O095.....	125

Rocha, L.P.	
G112.....	53
Rocha, L.S.N.	
O100.....	127
Rocha, L.S.N.R.	
O151.....	151
Rocha, M.R.	
G069.....	36
G159.....	74
G160.....	74
Rocha, R.C.	
G119.....	56
Rodrigues, C.M.S.	
G143.....	67
Rodrigues, C.T.J.	
O135.....	144
Rodrigues, H.A.	
G088.....	43
Rodrigues, J.G.	
G162.....	75
Rodrigues, R.M.P.	
O001.....	85
O096.....	126
Rojas, P.F.B.	
O138.....	145
Rolo, L.C.	
O050.....	106
O084.....	121
Romão, A.P.M.S.	
G065.....	34
Rosa e Silva, J.C.	
G019.....	14
G020.....	15
G025.....	16
G062.....	32
Rosa, M.B.S.F.	
G027.....	17
Rosa, T.S.F.	
G052.....	29
G135.....	63
G155.....	72
G167.....	77
Roseto, J.A.	
G070.....	36
Rosinha, M.Y.M.	
G161.....	75
Rossi, B.M.R.	
O062.....	111
Rozas, A.	
O108.....	131
O109.....	132
Ruano, R.	
O030.....	98
O033.....	99
Rudge, M.V.C.	
O042.....	103

# ÍNDICE DOS AUTORES

Rui, F.	
G065.....	34
Ruocco, R.M.R.	
O144.....	148

## S

Sacramento, M.L.	
O002.....	85
Sadalla, J.C.	
O145.....	148
O170.....	159
Saidah, T.K.	
O124.....	139
Sakamoto, J.M.	
G053.....	29
G070.....	36
G077.....	39
Sakamoto, L.C.	
G053.....	29
G059.....	31
G077.....	39
G101.....	48
Sakamoto, M.M.	
G053.....	29
G101.....	48
Sala, L.A.S.	
G118.....	55
Saldiva, P.H.N.	
O025.....	95
O079.....	118
Saldiva, S.R.D.M.	
O079.....	118
Salomão, F.	
G012.....	12
Salotto, D.B.	
O153.....	152
Salviano, M.F.M.	
G058.....	31
G075.....	38
Sá, M.F.S.	
G065.....	34
Sampaio Neto, L.F.	
G022.....	15
Sanches, L.C.	
G175.....	81
Sanchez, N.R.	
G168.....	78
O136.....	144
Santana, E.S.	
O002.....	85
Santiago, M.D.	
G179.....	82
Santos, A.G.S.	
O145.....	148

Santos, A.L.	
O074.....	116
Santos, A.O.	
G011.....	11
G057.....	30
Santos, C.C.M.	
O125.....	139
Santos Filho, O.O.	
O139.....	146
Santos, G.B.	
O139.....	146
Santos, G.B.R.D.O.	
O053.....	108
Santos, I.M.A.	
O178.....	163
Santos Júnior, J.A.	
O021.....	94
Santos, M.A.	
G065.....	34
Santos, R.E.	
O026.....	96
Santos, R.K.	
G030.....	18
O081.....	119
O083.....	120
O086.....	121
O106.....	130
O107.....	131
Santos, R.L.C.	
G119.....	56
G129.....	60
Santos, S.R.S.	
O151.....	151
Sanvido, V.M.	
G046.....	26
Sapper, T.	
G047.....	26
G049.....	27
Saracho, J.F.M.	
G038.....	22
Saragiotto, L.	
O128.....	141
Sardinha, C.G.	
O180.....	164
Sarmento, S.G.P.	
O031.....	98
Sartorelli, M.F.G.O.P.	
O163.....	156
Sartori, A.P.L.	
O111.....	133
Sartori, M.G.F.	
G037.....	22
G073.....	37
G104.....	50
G142.....	66

Sass, N.	
O064.....	112
O066.....	113
O094.....	125
O111.....	133
Scarpellini, G.R.	
G051.....	28
Schiavini, I.P.	
G131.....	61
Schindler, A.	
O099.....	127
Schmitt, E.M.B.	
G007.....	9
Schultz, R.	
O012.....	90
O018.....	92
Seganfredo, I.B.	
O095.....	125
Sertori Neto, A.	
G164.....	76
Shikanai, S.	
O156.....	154
Signorini Filho, R.C.	
G052.....	29
G092.....	45
G133.....	62
G135.....	63
G157.....	73
G167.....	77
G170.....	79
O101.....	128
O147.....	149
O148.....	150
O149.....	150
O150.....	151
O155.....	153
Silva, A.C.	
G089.....	43
Silva, A.F.G.	
G123.....	58
Silva, A.L.C.C.	
O017.....	92
O102.....	128
Silva, A.P.M.	
G020.....	15
Silva, A.R.	
G019.....	14
G062.....	32
Silva, A.S.	
G027.....	17
Silva, A.S.M.	
G181.....	83
Silva, C.A.S.	
O151.....	151
Silva, F.L.	
O032.....	99
Silva, F.O.	
O017.....	92

# ÍNDICE DOS AUTORES

Silva, F.Z.	
G155.....	72
Silva, H.F	
O135.....	144
Silva, I.	
G054.....	30
Silva, I.D.C.G.	
G006.....	9
G045.....	25
Silva, J.E.A.	
O059.....	110
Silva, K.P.	
O019.....	93
Silva, L.R.	
G081.....	40
Silva, M.F.R.	
G045.....	25
Silva, M.L.P.	
O124.....	139
Silva, O.F.L.L.O.	
G036.....	21
Silva, P.H.	
G043.....	24
O038.....	101
O039.....	102
Silva, P.L.C.	
O049.....	106
O111.....	133
Silva, R.A.	
G058.....	31
G075.....	38
G085.....	41
Silva, R.B.	
G092.....	45
G157.....	73
Silva, R.S.	
O059.....	110
Silva, R.S.S.	
G048.....	27
G075.....	38
G085.....	41
G166.....	77
Silva, V.G.	
O110.....	132
Silva, Z.M.R.	
G102.....	49
Silveira, L.H.A.	
O043.....	103
Simioni, E.B.S.	
G050.....	28
Simões, M.C.R.	
O116.....	135
O141.....	147
Simões, M.J.	
G010.....	11
G023.....	16

Simões, R.S.	
G010.....	11
G023.....	16
Simonsen, M.	
G149.....	69
Smith, C.M.	
O053.....	108
O059.....	110
Soares, D.A.B.	
O100.....	127
Soares, F.Q.	
G009.....	10
Soares, J.P.	
O043.....	103
Soares Júnior, J.M.	
G010.....	11
G023.....	16
G034.....	20
G068.....	35
Soares, L.C.S.B.	
G121.....	57
G154.....	71
Soares, M.C.C.	
G124.....	58
Soares, M.S.	
G008.....	10
Soares, P.R.G.	
G129.....	60
Sorpreso, I.C.E.	
G068.....	35
G090.....	44
Sousa, F.B.	
O178.....	163
Sousa, F.O.	
G162.....	75
Sousa, L.S.	
O129.....	141
Souto, L.C.B.	
G177.....	82
O115.....	134
Souto, L.C.R.	
G081.....	40
G097.....	47
Souto, P.C.	
G180.....	83
Souza, D.T.	
G165.....	77
G171.....	79
O131.....	142
O172.....	160
Souza, E.	
G082.....	41
Souza, F.J.R.	
O096.....	126
Souza, I.S.	
G180.....	83
Souza, K.D.	
O115.....	134

Souza, M.A.C.	
G175.....	81
O020.....	93
O165.....	157
Souza, T.H.S.C.	
O020.....	93
Spadella, A.P.C.	
G054.....	30
Spadoto-Dias, D.	
G007.....	9
Stanichi, G.P.	
G096.....	46
O088.....	122
O089.....	123
Suardi, T.J.	
G108.....	51
Suárez, G.M.	
G029.....	18
Suguiyama, C.S.H.	
G032.....	19
Sun, S.Y.	
O101.....	128
O129.....	141
O140.....	146
O147.....	149
O148.....	150
O149.....	150
O150.....	151
O155.....	153
O159.....	155
Surita, F.G.C.	
G005.....	8
O036.....	101
O061.....	110
O071.....	115
O175.....	162
Suto, H.S.	
G051.....	28
Swalf, N.	
O120.....	137
Szylit, N.	
G117.....	55

## T

Tabares, A.F.	
G074.....	38
Tachibana, A.Y.T.	
O113.....	134
O137.....	145
Takaki, M.R.	
G037.....	22
G073.....	37
G104.....	50
Takano, C.C.	
G043.....	24
G142.....	66

# ÍNDICE DOS AUTORES

Takeuchi, L.I.	
G051.....	28
Talamonte, V.H.	
G097.....	47
Tamura, M.	
G117.....	55
G178.....	82
Taniguchi, C.K.T.	
G014.....	12
Tarozzo, K.A.	
G136.....	63
G168.....	78
O136.....	144
Tavares, B.L.	
O005.....	86
O104.....	129
Tavares, L.S.	
G109.....	52
Tayfour, N.M.	
G137.....	64
G149.....	69
O135.....	144
Tcherniakovsky, M.	
G063.....	33
G122.....	57
Tedesco, G.D.	
O178.....	163
Tedesco, J.L.O.	
O072.....	116
O154.....	153
Teixeira, C.S.C.	
G008.....	10
G016.....	13
Teixeira, J.C.	
G008.....	10
G016.....	13
G080.....	40
Teixeira, M.Z.	
G100.....	48
Teles, J.S.	
G149.....	69
Terra Cruz, P.	
G122.....	57
Teshima, D.R.K.	
O012.....	90
O018.....	92
Tiago, D.B.	
O004.....	86
O014.....	90
O097.....	126
O174.....	161
Tobara, J.C.	
G077.....	39
G101.....	48
G151.....	70
G152.....	71
Tobara, J.M.	
G053.....	29

Toda, C.B.	
O134.....	143
Toledano, I.P.	
G129.....	60
Toloni, L.H.D.	
G026.....	17
G140.....	65
G141.....	66
Toneto, B.R.	
O017.....	92
O102.....	128
Tonon, A.F.S.	
G110.....	52
G115.....	54
G125.....	59
Torelli, F.R.	
G039.....	23
Torossian, A.	
G165.....	77
O131.....	142
O172.....	160
Torquato, A.M.	
O017.....	92
O102.....	128
Torres, L.Q.	
O130.....	142
Torres, S.M.P.S.	
G023.....	16
Traiman, P.	
G110.....	52
G115.....	54
G125.....	59
O152.....	152
Trigo, L.A.M.C.	
G021.....	15
Trindade, F.O.	
O002.....	85
Tudrej Sattler Ribeiro, M.T.S.R.	
O074.....	116
TVilas Boas, A.Q.V.B.	
G040.....	23

## V

Valente, A.B.G.V.	
G009.....	10
Valente, T.	
O133.....	143
Valente, V.	
G111.....	52
G120.....	56
G132.....	62
O131.....	142
O171.....	160
O172.....	160
Varela, M.A.P.	
G102.....	49
G164.....	76

Vazquez, I.C.	
O121.....	137
O179.....	164
Veasey, J.V.	
G147.....	68
Venâncio, G.R.	
G102.....	49
G164.....	76
Venezian, C.P.	
O152.....	152
Ventura, P.M.	
G124.....	58
O068.....	114
O142.....	147
Vesentini, G.	
O042.....	103
Vespoli, H.L.	
G004.....	8
Vieira, M.	
G069.....	36
G139.....	65
G159.....	74
G169.....	78
Vieira, C.S.	
G003.....	7
G051.....	28
Vieira, D.F.	
O074.....	116
O103.....	129
O105.....	130
Vieira, N.C.M.	
G140.....	65
G141.....	66
Vieira, P.N.	
O002.....	85
Vieira, S.E.	
O025.....	95
O079.....	118
Villagelin, D.	
O004.....	86
O097.....	126
Vireque, A.	
G036.....	21
Visintin, C.D.N.	
G173.....	80
G174.....	80
Volpini Barreto Borem, L.	
O156.....	154

## W

Waissman, A.L.W.	
O144.....	148
Wajman, D.S.	
G099.....	47
Wajman, M.	
G122.....	57

# ÍNDICE DOS AUTORES

Waldow, C.	
O112.....	133
O129.....	141
O140.....	146

Watanabe, E.K.	
O064.....	112
O136.....	144
O180.....	164

Wolgien, M.D.C.G.M.	
G026.....	17
G044.....	25
G094.....	45
G140.....	65
G141.....	66

## Y

Yamaguchi, F.Y.	
G157.....	73

Yazaki Sun, S.	
O112.....	133

Yela, D.A.	
G001.....	7
G021.....	15
G035.....	21
G050.....	28
G061.....	32

Yoneda, J.Y.	
G047.....	26
G049.....	27

Yoo, R.I.J.	
G076.....	39

## Z

Zaganelli, R.H.T.	
G176.....	81

Zamarian, A.C.P.	
O028.....	97
O050.....	106

Zanardi, J.V.C.	
G062.....	32

Zanette, V.C.	
G087.....	42

Zanzarine, D.R.Z.	
O137.....	145

Zaros, D.	
O083.....	120

Zazarini, D.R.Z.	
O113.....	134

Zeferino, L.C.	
G008.....	10
G047.....	26
G049.....	27

Zeraik, M.	
G072.....	37

Zicardi, L.	
O064.....	112

Zimmermann, J.B.	
O043.....	103

Zolio, S.C.	
O004.....	86
O097.....	126

Zugaib, M.	
O006.....	87
O012.....	90
O013.....	90
O014.....	90
O016.....	91
O018.....	92
O046.....	104
O083.....	120
O106.....	130
O144.....	148
O145.....	148
O162.....	156
O163.....	156
O169.....	159
O170.....	159

ESTA É UMA HOMENAGEM  
PARA VOCÊ, QUE ABRE  
MÃO DE TANTAS COISAS  
SÓ PARA FAZER A VIDA DE  
MILHARES DE MULHERES MELHOR.

TEMOS MUITO ORGULHO DE PODER  
PARTICIPAR DESTA HISTÓRIA  
AO SEU LADO.

# Ginecologia

SUA DEDICAÇÃO, NOSSO ORGULHO



# LINHA UMIDITÁ<sup>®</sup> GESTANTE

O HIDRATANTE  
CHEGOU AO FUTURO.



SEM FRAGRÂNCIA.<sup>13</sup>



EFICÁCIA E SEGURANÇA COMPROVADA.<sup>1-12</sup>



ESTUDOS REALIZADOS EM GESTANTES.<sup>13</sup>



EXCELENTE COSMÉTICA.<sup>13</sup>



HIPOALERGÊNICO.<sup>13</sup>

A **Linha Umiditá Gestante** foi criada especialmente para a gestante e mamãe. Todos os produtos foram desenvolvidos tendo em mente as necessidades especiais da mulher durante e após a gestação.

## UMIDITÁ<sup>®</sup> GESTANTE CORPO

- Hidratação e prevenção de estrias<sup>1-6</sup>



## UMIDITÁ<sup>®</sup> GESTANTE PERNAS E PÉS

- Refresca e reduz a sensação de pernas cansadas<sup>7-10</sup>



## UMIDITÁ<sup>®</sup> MAMÃE PÓS-PARTO

- Restaura a pele no pós-parto<sup>2, 5-6, 11-12</sup>



Referências: 1.LIPOTEC. **Vanistryl**<sup>®</sup>. Barcelona: Polijon, Ago, 2010. 2.ASHLAND. **Prolipid™ 141**: lamellar gel. Multi-functional personal care lamellar gels that seal, shield and feel. 2013. 3.AJINOMOTO. **AJIDEW**: amino acid based humectant, 2000. 4.CPN. **Hylsink**<sup>®</sup>. Dolní Dobruč: CPN, 2009. 5.BAUMANN, L. Glycerin. In: **Cosmeceuticals and cosmetic ingredients**. New York: McGrawHill, 2015. Cap.25, p.74-76. 7.PROVITAL GROUP NATURAL EFFICACY. **Legactif**. Barcelona: Provital. 8.PROVITAL. **Centella Asiática Eco**. Barcelona: Provital. 9.SYMRISE. **Frescolat x cool**. São Paulo: SYMRISE Brasil. 01/2012. 10.AAK-AARHUSKARLSHAMM SWEDEN AB. **Lipex Shea Tris**: the natural bioactive ingredient for functional skin care. Suécia: AAK. 11.CHEMYUNION. **Revinage**: the real retinoid-like. São Paulo: Chemyunion. Disponível em: <http://www.alfa-chemicals.co.uk/Libraries/Sucragel/Revinage.sfb.ashx>. Acesso em: Abr.2015. 12.GIANNOCARO, R.G. et al. Aplicação dos triglicérides de cadeia média (TCM) no tratamento da dermatite amoniacal. **Pediatria Moderna**, v.31, n.2, p.141-54, 1995. 13.Revista Brasileira de Medicina, v.72, Edição Especial, Agosto de 2015. (Dermatologia e Cosmiatria). In press.

**Libbs**