

ULTRA-SONOGRAFIA GINECOLOGIA- -OBSTETRÍCIA

/ PE-219 /

ANATOMIA DO ASSOALHO PÉLVICO.

Lourenço RPP; Brandão ACC; Chaves AFESV; Macedo Junior LCC; Mendes RM.
Clínica Radiológica Luis Felipe Mattoso.

Introdução e objetivo: O objetivo do trabalho é realizar uma revisão de literatura sobre a anatomia pélvica e ilustrar os principais pontos anatômicos através de imagens por ressonância magnética. Para tal foram utilizados como fonte de pesquisa artigos científicos e livros sobre o tema. **Revisão da literatura e discussão:** A pelve dita verdadeira é delimitada pelos ossos da bacia, sacro e cóccix, superiormente pelas linhas pectínea e arqueada e inferiormente pelo diafragma urogenital. Os principais órgãos contidos nesta são bexiga, útero e ovários, reto e algumas alças do intestino delgado. Encontramos ainda outras estruturas importantes como vasos e nervos. Os órgãos pélvicos são parcialmente recobertos pelo peritônio que forma duas reflexões, dando origem às escavações vesicouterina e retouterina. Existem importantes ligamentos responsáveis pela sustentação dos órgãos genitais. O maior deles é o ligamento largo, que se estende do útero à parede lateral da pelve, sua extremidade superior é formada pela trompa de Falópio medialmente e pelo ligamento suspensor do ovário lateralmente. Sua porção inferior termina nos ligamentos cardinais, que conduzem os vasos uterinos. Entre os dois folhetos do ligamento largo temos tecido conectivo frouxo, músculo liso, gordura denominada como paramétrio, que contém a trompa de Falópio, os ligamentos redondo e ovariano e os vasos uterinos e ovarianos, nervos, vasos linfáticos, remanescentes mesonéfricos e uma porção do ureter. Entretanto, esta estrutura é raramente visualizada nos exames de imagem. Há ainda o ligamento útero-sacro que se origina da porção lateral da cérvis uterina e da vagina e se estende posteriormente ao corpo de S2 ou S3. O assoalho é responsável pelo suporte das estruturas pélvicas, mantém a continência e coordena o relaxamento durante a defecação e o esvaziamento vesical. Pode ser dividido em três compartimentos: o anterior contendo bexiga e uretra, o médio contendo a vagina e o posterior contendo o reto. Este é constituído de três camadas, a mais superior é a fascia endopélvica, a do meio o diafragma pélvico e a inferior é o diafragma urogenital. Uma importante estrutura da fascia endopélvica é o arco tendíneo pélvico e do elevador do ânus. O diafragma pélvico é constituído pelos músculos elevador do ânus, formado pelo puborretal, pubococcígeo e iliococcígeo e pelo músculo coccígeo. O diafragma urogenital é penetrado pela uretra e vagina e seu principal músculo é o transverso profundo do períneo. **Conclusão:** A ressonância magnética tem se mostrado um excelente exame para avaliação da anatomia e determinação de patologias das estruturas pélvicas e de seus limitantes. O conhecimento da anatomia dos órgãos intrapélvicos e de seu assoalho é fundamental para o entendimento das inúmeras patologias que acometem esta região como tumores e sua disseminação, incontinência ou mesmo más formações.

/ PE-220 /

ASPECTOS IMAGINOLÓGICOS DAS MALFORMAÇÕES UTERINAS E DAS OBSTRUÇÕES TUBÁRIAS À HISTEROSSALPINGOGRAFIA: ENSAIO PICTÓRICO.

Scoppetta LCD; Scoppetta LRPD; Scoppetta TLPD; Lapeiz FA.
Hospital e Maternidade São Camilo – São Paulo, SP.

Introdução: A histerossalpingografia (HSG) é um exame realizado por intermédio da injeção de contraste no colo uterino com o objetivo de opacificar a cavidade e as tubas uterinas, sendo o método de imagem relevante na investigação de mulheres inférteis. As anomalias

uterinas ocorrem 1 a cada 600 mulheres e estão diretamente relacionadas a maiores taxas de infertilidade e complicações obstétricas diversas como: aborto espontâneo e nascimento prematuro. Dentre as malformações uterinas, podemos citar: útero unicorno, bicorno, didelfo, septado e arqueado. Os fatores tubários são responsáveis por 30% dos casos de infertilidade. Os fatores tubários incluem lesão ou obstrução das tubas de falópio, geralmente associadas a doença inflamatória pélvica (DIP) prévia, cirurgia pélvica ou tubária prévia. **Descrição do material:** A partir do acervo do Departamento de Diagnóstico por Imagem de nosso serviço, realizou-se uma seleção de imagens de pacientes que apresentavam malformações uterinas e obstruções tubárias ao exame de HSP. **Discussão:** A HSG é um exame fundamental na investigação da infertilidade, e é o primeiro método para a pesquisa de perviedade tubária e malformação uterina. Apesar de nos fornecer poucas informações para a distinção entre os subtipos entre as anomalias uterinas e de sua incapacidade de identificar, com precisão, as aderências peritubárias e a doença peritoneal, é ainda um método de imagem muito utilizado devido sua alta sensibilidade e alto custo.

/ PE-221 /

AValiação DA IDADE GESTACIONAL ATRAVÉS DO DIÂMETRO TRANSVERSO DO CEREBELO EM NEONATOS.

Britto AVO; Pessoa ASC; Oliveira MCG; Holanda JA; Ramos PS; Gonçalves MCM; Gomes CSB; Miranda JC.
Hospital Barão de Lucena.

Descrição do propósito do estudo: Alguns estudos afirmam que a medida transversa do cerebelo permite estimar a idade gestacional, independente do formato da cabeça fetal, além de avaliar o crescimento anormal do feto. Objetivamos correlacionar a idade gestacional estimada pelo diâmetro transverso do cerebelo em neonatos (RN) com a idade gestacional estimada pelo método de Capurro, a fim de introduzir mais um parâmetro que auxilie na aferição da idade gestacional de forma precisa. Pode ainda constituir-se em outra opção na estimativa da idade gestacional quando os demais parâmetros não são conhecidos, ou apresentam importantes limitações. **Material e métodos:** Realizamos ultra-sonografia transfontanela em 42 neonatos com até 7 dias de vida e idade gestacional ao nascer entre 27 e 41 semanas, no período de abril/2006 a agosto/2006. Os RNs com anormalidades estruturais ou malformações do sistema nervoso central foram excluídos do presente estudo. O diâmetro transverso do cerebelo foi aferido pelo método de Goldstein. Comparamos a idade gestacional baseada no diâmetro transverso do cerebelo e no método Capurro. **Resultados:** 54,7% dos RNs eram prematuros. Houve maior concordância da idade gestacional entre os dois métodos nos RNs a termo (94,7%) do que nos pré-maturos (78%). **Conclusões:** Fica claro que a medida do diâmetro transverso do cerebelo é um método auxiliar confiável para a determinação da idade gestacional. Apesar de ser operador dependente, trata-se de um método de fácil realização para aqueles com o conhecimento básico da anatomia da fossa posterior e da técnica adequada.

/ PE-222 /

EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS.

Carvalho FG; Medina RA; Furtado VS; Borges JA; Durão RA; Teixeira RA; Calmon TR; Quintela DC; Guerreira Júnior CR.
IPGMCC – VOT Imagem.

Introdução: A ultra-sonografia obstétrica é o exame de escolha nas intercorrências observadas durante a gravidez, dependendo do tempo gestacional por via abdominal ou endovaginal. O objetivo do trabalho é fazer um estudo pictórico demonstrando as principais causas de emergência obstétrica, ressaltando a importância do método e do reconhecimento das alterações ecográficas pelo radiologista. **Descrição do material:** Foram analisados casos obtidos em hospital de emergência de grande porte como: abortamentos, gravidezes ectópi-

cas, hematomas placentários e placenta prévia. Destacaremos as principais características sonográficas destas patologias enfatizando a importância da análise adequada, evitando exames falso negativos. **Discussão:** No primeiro trimestre é comum o sangramento vaginal, sendo esta a principal indicação de ultra-sonografia obstétrica. Como causas principais temos o abortamento, a gravidez ectópica, o hematoma subcoriônico, que foram observados nos casos selecionados para o nosso ensaio. O abortamento é caracterizado quando a interrupção da gravidez ocorre antes de 20 semanas de gestação ou com peso fetal menor que 500g. A incidência é de 10% a 15% das gestações sendo em 80% dos casos nas primeiras 12 semanas. A apresentação clínica geralmente é de dor pélvica em cólica e sangramento vaginal. Podemos classificar esta patologia em abortamento inevitável, completo, incompleto, retido e infectado. A gravidez ectópica é a principal causa de óbito durante a gravidez, sendo responsável por até um quarto de morte materna. A apresentação clínica, com o exame de gravidez positivo, é de dor, sangramento e massa anexial palpável observada em 45% das pacientes, porém esta tríade não é específica para o diagnóstico. A localização é tubária em 95% dos casos, sendo na maioria das vezes na porção ampular seguida da região ístmica, ocorrendo raramente na porção intersticial. O achado ultra-sonográfico mais específico é de um anel ecogênico com embrião no seu interior e líquido livre ao redor, demonstrando atividade cardíaca em apenas 10% dos casos. A hemorragia subcoriônica ocorre devido a sangramento venoso na margem placentária ou ruptura do seio marginal causando elevação da membrana coriônica. Este é um achado comum do primeiro trimestre que muitas vezes cursa com sangramento vaginal. Agudamente podemos observar o hematoma fora do saco gestacional hiper ou isoecóico com relação a placenta, se tornando hipoeecóico com o tempo de evolução. Pequenos hematomas geralmente têm bom prognóstico, porém hematomas com mais da metade do tamanho do saco gestacional geralmente influenciam na viabilidade embrionária. A placenta prévia ocorre quando a placenta cobre o canal cervical interno parcialmente ou totalmente, sendo observada em 0,7% dos nascimentos. Esta avaliação é mais fidedigna no terceiro trimestre, pois anteriormente pode ocorrer migração com o crescimento uterino, além de terem análise dificultada pelas contrações uterinas do primeiro e do segundo trimestres. Através da exemplificação de nossos casos em emergência obstétrica, discutiremos os achados e diagnósticos diferenciais para reconhecimento dessas patologias tão comuns como intercorrências durante a gravidez. **Referências:** 1. Callen PW, et al. Ultra-sonografia em obstetrícia e ginecologia. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002;100-137, 563-590, 856-878. 2. Rumack CM, et al. Tratado de ultra-sonografia diagnóstica. 2ª ed. Missouri: Mosby, 1998;827-858, 1135-1155. 3. Pastore AR, et al. Ultra-sonografia – obstetrícia e ginecologia. São Paulo: Sarvier, 1997;39-80, 91-106, 139-158. 4. Williams PL, et al. US of abnormal uterine bleeding. RadioGraphics 2003;23:703-718. 5. Kaakaji Y, et al. Sonography of obstetric and gynecologic emergencies: Part I, Obstetric emergencies. AJR Am J Roentgenol 2000;174:641-649. 6. Kaakaji Y, et al. Sonography of obstetric and gynecologic emergencies: Part II, Obstetric emergencies. AJR Am J Roentgenol 2000;174:651-656.

/ PE-223 /

ESTUDO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NA AVALIAÇÃO DE INSUFICIÊNCIAS DO ASSOALHO PÉLVICO FEMININO.

Araujo MAN; Araujo VD; Mariz Filho PJC; Dantas CB; Miranda DG. Clínica Delfin – Salvador, BA.

Introdução: A insuficiência do assoalho pélvico é um problema de saúde significativo para mulheres, afetando principalmente multiparas acima dos 50 anos (mais de 50% destas apresentam algum grau de prolapso pélvico). O surgimento de bobinas de superfície de alta resolução e o uso de seqüências T2 rápidas têm colocado a ressonância magnética como um exame com maior sensibilidade e especificidade que os outrora utilizados com maior freqüência, tais como a

cistoureterografia, defecografia e ultra-sonografia (endoanal e endovaginal), além de ser mais confortável e de ser realizado em menos que 15 minutos. **Material:** Neste trabalho, descreveremos a técnica utilizada bem como as principais alterações detectáveis, através de revisão dos casos de exames de ressonância magnética dos assoalho pélvico realizados na Clínica Delfin entre janeiro de 2003 e junho de 2007. Todos os exames foram realizados em aparelhos de 1,5 tesla (Signa Horizon e Excite HD – General Electric), com a utilização de bobinas de superfície, após a administração via retal e vaginal de gel hidrofílico e através de seqüências *single shot* FSE nos diversos planos anatômicos, com a paciente em repouso e com contração abdominal. Vários exemplos de alterações, tais como cistocele, retocele e insuficiência tricompartmental são apresentados e discutidos frente a ampla revisão bibliográfica. **Discussão:** A pelve feminina pode ser dividida em três compartimentos: anterior (contendo a bexiga), médio (contendo a vagina) e posterior (contendo o reto), sendo suportado pela fásia endopélvica e músculos elevadores do ânus. A grande maioria de pacientes com incontinência e leve insuficiência do assoalho podem ser tratadas baseadas apenas na avaliação clínica e urodinâmica, porém naquelas com sintomas de envolvimento multicompartmental, onde é necessário um adequado planejamento para o reparo complexo, a ressonância magnética é ferramenta essencial para a adequada avaliação pré-operatória, já que pode ajudar a determinar o grau de comprometimento de cada compartimento bem como identificar defeitos musculares específicos

/ PE-224 /

ESPECTRO DOS TUMORES FIBROSOS DO OVÁRIO À RESSONÂNCIA MAGNÉTICA.

Quadros MS; Racy MC; Baroni RH; Tachibana A; Funari MBG. Hospital Israelita Albert Einstein.

Introdução: Os tumores fibrosos do ovário representam cerca de 4% de todas as neoplasias ovarianas. São massas sólidas não-funcionantes, geralmente unilaterais. Ocorrem mais freqüentemente na quinta e sexta décadas e geralmente são assintomáticos. São importantes do ponto de vista da imagem porque se apresentam como massas sólidas, conseqüentemente mimetizando neoplasias malignas. Estão associados a ascite em cerca de 40% dos casos, principalmente nas lesões maiores, e com hidrotórax numa pequena percentagem de casos, constituindo a síndrome de Meigs. **Descrição do material:** Avaliação de pacientes com diagnóstico anatomopatológico de tumor fibroso ovariano, através de RM com seqüências ponderadas em T1, T1 pré-contraste com supressão de gordura (para diferenciar focos hemorrágicos de lesões com conteúdo lipídico) e pós-contraste, além de seqüências ponderadas em T2, especialmente importante na caracterização da origem fibrosa/colagenosa desses tumores. **Discussão:** Fibromas, tecomas e fibrotecomas são tumores ovarianos de origem estromal e podem ser variantes de uma mesma entidade. Os cistoadenofibromas e o tumor de Brenner fazem parte dos tumores epiteliais que contêm componentes fibrosos. Ao US os fibromas geralmente se apresentam como massas sólidas, hipoeecóicas, que promovem atenuação do feixe sonoro. Contudo, a aparência ecográfica pode ser variável e massas hipereecóicas com reverberação posterior podem ser vistas. À TC os fibromas se manifestam como massas ligeiramente hipopatuantes, difusas. Contudo, ao contrário da maioria dos tumores sólidos, os fibromas apresentam um realce lento e muito discreto após a administração do meio de contraste. À RM estes tumores demonstram um hipossinal relativo homogêneo nas imagens ponderadas em T1 e se apresentam como massas bem definidas de baixo sinal em T2, podendo conter alguns focos esparsos de alto sinal que representam edema ou degeneração cística. O baixo sinal é explicado pelas células fusiformes produtoras de colágeno, e é justamente a sua característica nas imagens ponderadas em T2 que tornam mais provável a suspeita diagnóstica. **Conclusão:** A ressonância magnética na avaliação dos tumores fibrosos é importante porque estes se apresentam

como massas sólidas indeterminadas tanto à ultra-sonografia quanto à TC, dificultando o seu diferencial com as neoplasias anexiais. nas imagens de ressonância magnética ponderadas em T1 e T2 tipicamente apresentam um sinal baixo, resultado do conteúdo colagenoso abundante, aspecto fortemente sugestivo destes tumores. **Referências:** 1. Hricak, et al. Complex adnexal masses: detection and characterization with MR imaging – multivariate analysis. *Radiology* 2000;214:39–46. 2. Feong, et al. From RSNA refresher courses – imaging evaluation of ovarian masses. *RadioGraphics* 2000;20:1445–1470. 3. Siegelman ES, Outwater EK. Tissue characterization in the female pelvis by means of MR imaging. *Radiology* 1999;215:5–18. 4. Troiano RN, Lazzarini KM, Scoutt LM, Lange RC, Flynn SD, McCarthy S. Fibroma and fibrothecoma of the ovary: MR imaging findings. *Radiology* 1997;204:795–798.

/ PE-225 /

ESTUDO COMPARATIVO DAS MEDIDAS DO COMPRIMENTO CERVICAL OBTIDAS POR ULTRA-SONOGRAFIA TRANSVAGINAL E RESONÂNCIA MAGNÉTICA.

Brandão RS; Pires CR; Souza E; Silva Júnior FM; Coelho CBR; Moron AF. Centro de Diagnóstico por Imagem (CDI) – Vitória, ES.

Propósito do estudo: Avaliar o comprimento do colo uterino por meio da ressonância magnética (RM), comparando aos achados da ultra-sonografia transvaginal (USG-TV). **Material e métodos:** Foram realizados exames ultra-sonográficos via vaginal e RM do colo uterino para aferição das medidas do comprimento cervical em 20 pacientes com idade gestacional entre 19 e 30 semanas. Os exames ultra-sonográficos foram realizados pela médica pesquisadora e a RM do colo foi realizada por um médico especialista em diagnóstico por imagem. **Resultados:** O cálculo do coeficiente de correlação de Pearson entre as medidas do comprimento cervical, indicou correlação significativa entre os métodos ($r=0,628$; $p<0,01$). A aplicação do teste t pareado, não evidenciou diferença significativa entre as medidas aferidas por USG-TV e RM ($p=0,068$). **Conclusão:** A comparação entre os dois métodos de imagem na avaliação da biometria cervical, não apresentou diferença estatística, o que reforça a aplicação do exame ultra-sonográfico. Entretanto, em situações nas quais a USG-TV apresenta contra-indicações, o exame de RM poderá apresentar-se como segunda opção para avaliação da biometria cervical.

/ PE-226 /

RESULTADO INCONCLUSÍVEL COM RELAÇÃO À MALIGNIDADE DO EXAME ANATOMOPATOLÓGICO DE PEÇA CIRÚRGICA DE ÚTERO PÓS-HISTERECTOMIA.

Castro CR; Castro CH. Clínica São Francisco de Assis.

Os tumores do músculo liso uterino tradicionalmente são divididos em leiomioma e leiomiossarcoma. Contudo, existe uma classe *borderline*, onde o tumor não preenche por completo nem os quesitos de benignidade e nem os de malignidade ao exame anatomopatológico. Critérios como grau de mitose, atipias celulares, presença ou não de necrose apresentam-se de forma insatisfatória para se determinar a natureza exata da patologia e seu futuro comportamento maligno ou não. Desta forma temos um tumor de malignidade incerta, ou seja, um laudo anatomopatológico inconclusível. Paciente de 53 anos, com quadro de metrorragia, dor pélvica e incontinência urinária de esforço há aproximadamente três meses. Depois de seguida a propedêutica clínica adequada de acordo com protocolos, foi constatado que o quadro clínico da paciente era compatível com miomatose uterina. Feito exame ultra-sonográfico, a suspeita clínica foi reforçada e a paciente foi orientada sobre sua indicação cirúrgica. Foram utilizadas, no exame ultra-sonográfico, tanto a técnica via endocavitária como a via abdominal, para se ter uma melhor análise do caso. No exame de imagem foram descritos útero de volume aumentado com contornos lobulados

e endométrio espessado, presença de massas sólidas heterogêneas, hipoeóicas, bem definidas, com contornos arredondados e vascularização periférica, e uma hidronefrose de grau leve. A paciente foi submetida à histerectomia por via abdominal em função do grande volume uterino. A peça cirúrgica foi encaminhada ao serviço de anatomopatológico, onde foi realizada a análise macroscópica e microscópica da peça, com a seguinte descrição. Exame macroscópico: útero medindo 16,5cm x 13,0cm x 9,0cm e pesando 887g, com corpo abaulado. O miométrio apresenta nódulos bem delimitados, perolados, fasciculados, firmes e elásticos, o maior com 5,9cm. Exame microscópico: os cortes do miométrio demonstram tecido miometrial que pode estar representando lesão nodular uterina, de tipo tumor de músculo liso. Nesta lesão foram observados focos de necrose hialina e de tipo infarto, com atividade mitótica muito baixa e presença de células atípicas com atipias nucleares de grau leve. O índice mitótico é da ordem de uma mitose por 20 CGA. Laudo conclusivo de tumor de músculo liso com atipias celulares, necrose de tipo coagulativa, com atipias celulares de grau leve e com índice mitótico baixo, podendo ser classificado como tumor do músculo liso de potencial incerto para malignidade. A conduta consistiu de orientação à paciente e acompanhamento anual de possível recidiva local ou à distância. Concluímos que o diagnóstico proposto, tanto por evidências clínicas quanto por análise de exame complementar de imagem, neste caso a ultra-sonografia pélvica, só pôde ser confirmada por avaliação anatomopatológica. Porém, em algumas situações como no caso acima, a conclusão com relação à malignidade é inconclusível, devido a características próprias da lesão, como lesões que apresentam características *borderline*, ou seja, no limite máximo aceitável de possíveis alterações benignas. Portanto, sendo o exame anatomopatológico médico-dependente, assim como no exame ultra-sonográfico, é necessário que ambos os profissionais mantenham entre si uma relação harmoniosa e de comunicação direta para possível discussão de casos *borderline*, para desta forma ser possível proporcionar à paciente um melhor acompanhamento e resolução de seu caso. **Referências:** 1. Francis L, Hutchins JR, Mitchell D, Greenberg. Clínicas obstétricas e ginecológicas da América do Norte. 4ª ed. Rio de Janeiro: Interlivros, 1995. 2. Robbins SL, Cotran RS, Kumar V. Patologia estrutural e funcional. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1984. 3. Pastore AR, Cerri GG. Ultra-sonografia – obstetrícia e ginecologia. 1ª ed. São Paulo: Sarvier, 1997. 4. Callen PW. Ultra-sonografia em obstetrícia e ginecologia. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

/ PE-227 /

SALPINGITE ÍSTMICA NODOSA: AVALIAÇÃO RADIOLÓGICA E ETIOPATOLÓGICA.

Matshita JPK; Matshita JS; Matshita CS; Matshita Jr JPK. Centro de Diagnóstico por Imagem Dr. Matshita Ltda.

Os autores estudam quatro casos de salpingite ístmica nodosa diagnosticada através da histerossalpingografia, com história clínica de infertilidade, sendo dois deles com o antecedente de prenhez tubária. Os exames histerossalpingográficos foram realizados com *kit* de histerossalpingografia, meio de contraste iodado hidrossolúvel Telebrix-hystero, e aparelho de RX de marca Toshiba de 850mA, com intensificador de imagem. Além da apresentação dos casos, é feita uma revisão da literatura para se explicar a sua etiopatogenia. Em nossa avaliação histerossalpingográfica encontramos múltiplas formações saculares ao longo das tubas ístmicas associadas a infertilidade, abortamento espontâneo e prenhez tubária. **Referências:** 1. Tulandit WRE, Arroent GH, Mcinnes RA. Fertility aspect of women with tubal diverticulosis. A 5 years follow up. *Fertil Steril* 1983;40:260–262. 2. Creasy JL, Clark RL, Cuttino JT, Groff TR. Salpingitis isthmica nodosa. *Radiology and clinical correlates*. *Radiology* 1985;154:597–600. 3. Chiari H. Zur pathologischen Anatomie des Eileitercatarrhs. *Z. Heilkunde*. 1887;8:457. 4. Winfield AC, Wentz AC. Hysterosalpingography of the Fallopian tube: inflammatory and congenital conditions. In: *Diagnostic imaging of infer-*

tivity. Baltimore: Williams & Wilkins, 1987;117–120. 5. Von Recklinghausen F. Die Adenomyome und Cystadenome der Uterus and Tube Nwanding. Berlin. A. Hirschwald, 1896. 6. Kontopoulos VG, Wang CF, Siegler AM. The impact of salpingitis isthmica nodosa on infertility. *Fertility* 1978;1:137. 7. Persaud V. Etiology of tubal ectopic pregnancy: Radiologic and pathologic studies. *Obstet Gynecol* 1970;36:256–263.

/ PE-228 /

SÍNDROME DE TURNER: DIAGNÓSTICO ULTRA-SONOGRÁFICO INTRA-ÚTERO.

Scoppetta LCD; Scoppetta LRPD; Donoso MCP; Donoso TLP. Hospital e Maternidade São Camilo – São Paulo, SP.

Introdução: A síndrome de Turner, monossomia do cromossomo X, afeta os indivíduos do sexo feminino, cuja metade apresenta: cariótipo 45X, e a outra metade uma variedade de anomalias do cromossomo sexual. O fenótipo característico é estrutura baixa, infantilismo sexual, disgenesia ovariana, face triangular, orelhas giradas posteriormente, pescoço largo, tórax largo, linfedema das mãos e dos pés ao nascimento, além de defeitos cardíacos congênitos. Raramente é possível diagnosticar tal síndrome a partir de alterações ultra-sonográficas pré-natais. Este trabalho tem como objetivo avaliar a importância da ultra-sonografia com medida de translucência nucal (TN) no diagnóstico de anomalias cromossômicas. **Relato de caso:** Paciente de 32 anos de idade, primigesta, nulípara, iniciando pré-natal com 8 semanas de idade gestacional (IG), foi encaminhada ao nosso serviço. No estudo morfológico do primeiro trimestre, com 12 semanas de IG, apresentou TN de 6mm e edema subcutâneo. Foi realizado o cariótipo com 13 semanas e 4 dias, evidenciando síndrome de Turner – 45X. Na ocasião do morfológico do segundo trimestre, por volta de 21 semanas e 1 dia, constataram-se: prega nucal de 7,2mm, relação do diâmetro biparietal com o diâmetro occipito-frontal igual a 81%, relação circunferência cefálica com circunferência abdominal de 1,11, relação entre comprimento do fêmur e circunferência abdominal de 18% e peso fetal estimado em $326 \pm 32g$, segundo Hadlock. Foram realizados ecocardiogramas fetais com 27, 33, 37 semanas de IG, evidenciando comunicação interventricular (CIV). Gestação com evolução normal até 38 semanas, com nascimento sem intercorrências. Segundo a avaliação pediátrica, realizada 9 dias após o nascimento, a criança com 2.335g confirmava o diagnóstico de síndrome de Turner e CIV sem necessidade de correção cirúrgica. **Discussão:** A medida da TN alterada com 12 semanas de IG foi o marco inicial de uma investigação minuciosa da gestação, propiciando um diagnóstico precoce intra-útero de síndrome de Turner. Como não foram detectadas alterações cardiográficas significativas, não houve necessidade de correções intra-útero, levando a um acompanhamento gestacional normal. A US com medida da TN realizada com 12 semanas mostrou-se eficaz no diagnóstico de síndrome de Turner.

/ PE-229 /

TUMOR BORDERLINE DE OVÁRIO.

Paulino ML; Camisão C; Borges AM; Soares V; Andreolli EA; Silva MAF. Hospital São Lucas – Rede ESHO.

Introdução: O câncer de ovário é responsável por 32% dos tumores malignos ginecológicos. O tipo histológico mais comum é o epitelial (85%), e o seu subtipo mais freqüente é o carcinoma seroso. O diagnóstico é difícil devido a sua sintomatologia tardia. As determinações de CA-125 no sangue e a ultra-sonografia (US) têm sido úteis na avaliação de massas anexiais assintomáticas. A avaliação por imagem é fundamental para o planejamento terapêutico e determinação do momento cirúrgico adequado. A ressonância magnética (RM) tem a maior vantagem de revelar critérios de alta suspeição para malignidade, dando maiores subsídios a este planejamento terapêutico. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, de 45 anos de idade, branca, com dor pélvica há cerca de um ano, piorando no último mês. A US revelou

massa na topografia do ovário direito e o CA-125 era de 369,3 (VN > 35 U/ml). A RM mostrou formação expansiva mista, medindo 12,6cm x 10,0cm x 9,8cm, centrada na pelve, indissociável de ambos os ovários, sendo o componente sólido semelhante a projeções nódulos-papilares arboriformes, com sinal intermediário em T1 e baixo em T2 e intensa impregnação por contraste. A tomografia mostrou calcificações puntiformes de perneio. A paciente foi submetida a histerectomia total, ooforectomia bilateral, omentectomia e linfadenectomia retroperitoneal, com drenagem da ascite. O exame histopatológico revelou tumor seroso *borderline* acometendo ovários bilateralmente, com implantes não-invasivos na serosa tubária, serosa do corpo uterino, mesentério, jejuno médio e omento; invasivos no peritônio e fundo de saco lateral direito. **Discussão:** O carcinoma seroso é o subtipo mais comum dos tumores de ovário, sendo a variante maligna cerca de 25% dos casos. A correlação história clínica, marcador CA-125 e US transvaginal nos leva a suspeição de doença maligna do ovário, quando encontramos bilateralidade, projeções papilares e componente sólido-cístico. A RM tem vantagem na avaliação das massas anexiais devido à sua habilidade em determinar a real origem do tumor e identificar características de suspeição maligna, sendo elas, área de necrose, septações, componente sólido, implante peritoneal e doença omental e principalmente as projeções papilares que junto com a ascite são os maiores preditores de malignidade, sendo esta, melhor determinada pelas alterações morfológicas do tumor do que as alterações na intensidade de sinal. As variantes *borderline* dos tumores serosos tem um comportamento variável e muitas vezes mais brandos, como também mostram projeções papilares. Deste modo, a presença de achados de imagem altamente suspeitos para malignidade não descarta a possibilidade de tumor *borderline* devendo se tratado cirurgicamente como um tumor maligno.

/ PE-230 /

ULTRA-SONOGRAFIA TRIDIMENSIONAL NO DIAGNÓSTICO DE HEMANGIOMA GIGANTE FETAL.

Debs CL; Diniz ALD; Guimarães JO; Damian NGC. CDE – Centro de Diagnósticos Especializados.

Introdução: O hemangioma é um tumor vascular benigno que pode ocorrer tanto em estruturas viscerais, quanto na pele, particularmente na região da cabeça e pescoço. Este tumor benigno é um dos mais comuns na infância e pode ser detectado durante a gestação, principalmente quando se trata de massas volumosas. A ultra-sonografia tridimensional é um método que pode auxiliar no diagnóstico, na definição da topografia e na extensão do hemangioma. Além disso, o ultra-som tridimensional facilita o esclarecimento do casal sobre o diagnóstico pré-natal, promovendo uma preparação psicológica adequada até a data do parto. **Relato de caso:** M.F.B.K., 34 anos, foi submetida a ultra-sonografia de rotina com 28,5 semanas, sendo identificada grande massa mista, ocupando as paredes tóraco-abdominal à esquerda e todo braço homolateral. A massa descrita acima apresentava-se predominantemente cística, com septações espessas, medindo 8,7cm x 6,6cm na região do tronco e 5,5cm de diâmetro na região do braço. A análise Doppler demonstrou fluxo venoso de baixa velocidade e fluxos arteriais em menor volume. O feto manteve-se em abdução forçada do braço esquerdo devido ao volume da massa. A ultra-sonografia tridimensional foi realizada para melhor definição da extensão e topografia da lesão. O feto pesava 1.256g e não foram detectadas outras malformações associadas. A vitalidade fetal e o volume de líquido amniótico encontravam-se normais. **Discussão:** A ultra-sonografia bidimensional associada a tridimensional é importante no diagnóstico dos tumores de partes moles. A definição do tipo de tumor é fundamental no acompanhamento pré-natal, bem como para orientação do casal. O hemangioma é um tumor de aparecimento esporádico e não tem componente hereditário. A ultra-sonografia auxilia no diagnóstico diferencial do hemangioma com uma série de outras tumorações como o higroma cístico, encefalocele, bócio e teratoma. O diagnóstico ultra-

sonográfico do hemangioma ocorre com mais frequência a partir do final do segundo trimestre. A definição da topografia e extensão da lesão é fundamental para programação prévia do tratamento pós-natal. Portanto, a ultra-sonografia tridimensional é um método aplicável no diagnóstico e acompanhamento pré-natal do hemangioma. **Referências:** 1. Rotas M, Haberman, S, Merhi ZO, Morcos M. Prenatal diagnosis of giant fetal truncal hemangioma by means of 2- and 3-dimensional sonography with magnetic resonance imaging. *J Ultrasound Med* 2006;25:527-231. 2. Yoshida S, Kikuchi A, Naito S, et al. Giant hemangioma of the fetal neck, mimicking a teratoma. *J Obstet Gynaecol Res* 2006;32:47-54. 3. Kashima H, Unno N, Hyodo H, et al. Antenatal sonographic and magnetic resonance images of a giant hemangioma of the fetal skull. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2005;25:52-53.

PEDIATRIA

/ PE-231 /

ESTUDO RETROSPECTIVO DE OBSTRUÇÃO INTESTINAL EM CRIANÇAS ATENDIDAS EM HOSPITAL PEDIÁTRICO DE ENSINO.

Martins PAP; Martins EBL; Rocha CHL; Sousa LG; Carvalho ILNF; Martins Júnior PAP; Martins LAC; Martins FAC; Cunha DL.
Hospital Infantil Lucídio Portela.

Introdução: A obstrução intestinal, por definição é a parada da progressão normal do conteúdo intestinal. Há represamento do conteúdo no interior das alças intestinais, que associado a vômitos pode levar à distúrbios metabólicos e aumento da pressão luminal, que pode levar à isquemia, necrose e perfuração das alças. Pode ser classificada quanto ao grau de oclusão em completa, incompleta ou em alça fechada, quanto à natureza da obstrução em mecânica ou funcional e quanto ao nível em alta (delgado) ou baixa (cólon). A faixa etária do paciente é importante no estudo das obstruções intestinais porque as causas variam muito segundo a idade. Será abordada neste estudo a faixa etária pediátrica, sendo que neste período as causas mais comuns relatadas na literatura são as malformações do tubo digestivo congênitas, doença de Hirschsprung, hérnia inguinal encarcerada, intussuscepção intestinal, aderências pós-operatórias e novelo de *Ascaris lumbricoides*. O diagnóstico da obstrução intestinal na maioria das vezes é clínico, sendo os sinais e sintomas mais freqüentes a dor abdominal, vômitos, distensão abdominal, parada de eliminação de flatos e fezes. Exames de imagem tais como RX simples e contrastado e ultra-sonografia de abdome, tem grande importância na confirmação do quadro sindrômico de obstrução intestinal e algumas vezes pode suspeitar da etiologia. O objetivo desse trabalho é analisar as principais etiologias, bem como os principais achados radiológicos de pacientes com obstrução intestinal na faixa etária pediátrica em hospital de ensino especializado **Materiais e métodos:** Foram analisados retrospectivamente os prontuários de 96 crianças internadas no Hospital Infantil Lucídio Portela em Teresina, PI, durante o período de janeiro à dezembro de 2006, com diagnóstico confirmado de obstrução intestinal, sendo analisadas as etiologias, aspectos clínicos e radiológicos. **Resultados:** As principais etiologias encontradas foram as malformações ano-retais (20,8%), sendo a principal o ânus imperfurado. Também com incidência significativa apareceram estenose hipertrófica do piloro (16,7%), hérnia encarcerada (14,6%), megacólon congênito (13,5%), invaginação intestinal (11,5%), neoplasias (5,2%). Foram encontrados ainda casos de atresia do tubo digestivo, fibrozoar, novelo de áscaris, má-rotação intestinal, volvo de delgado, íleo meconial, apendicite e enterocolite necrotizante. A faixa etária mais acometida foi o primeiro mês de vida (36,5%). Os principais achados radiológicos encontrados foram distensão de alças intestinais com formação de níveis hidroaéreos. **Conclusões:** As principais causas de obstrução encon-

tradas foram as malformações ano-retais, sendo a principal o ânus imperfurado, seguidas de estenose hipertrófica do piloro, hérnia encarcerada, megacólon congênito, invaginação intestinal. Os exames radiológicos foram úteis para reforçar o diagnóstico sindrômico de obstrução intestinal e foram específicos na determinação de algumas etiologias.

Referências: 1. Bigelli RHM, Fernandes MIM, Galvão LC, Sawamura R. Estudo retrospectivo de 53 crianças com doença de Hirschsprung: achados clínicos e laboratoriais. *Medicina, Ribeirão Preto* 2002;35:78-84. 2. Brenner S, Campos GMR, Brenner AS, Shulz S, Coelho JCU. Oclusão intestinal: análise de 267 casos. *Rev Col Bras Cir* 1994;21:1-5. 3. Davenport M. ABC of general surgery in children: surgically correctable causes of vomiting in infancy. *BMJ* 1996;312:236-239. 4. Hernanz-Schulman M. Imaging of neonatal gastrointestinal obstruction. *Radiol Clin North Am* 1999;37:1163-1186. Loening-Baucke V, Kimura K. Failure to pass meconium: a diagnosing neonatal intestinal obstruction. *Am Fam Physician* 1999;60:2043-2050. 5. Moreira Jr H, Moreira H, Isaac RR, et al. Obstrução intestinal – análise retrospectiva da etiologia e morbi-mortalidade no Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO). *Rev Bras Coloproctol* 2005;25:137-145. 6. Vidal MAN. Obstrução intestinal: causas e condutas. *Rev Bras Coloproctol* 2005; 25:332-338.

/ PE-232 /

SEQÜÊNCIA DE PIERRE ROBIN ASSOCIADA A FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA E ANOMALIAS DE EXTREMIDADES: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA.

Martins PAP; Martins EBL; Martins Júnior PAP; Coelho JF; Martins LAC; Martins FAC; Martins RL; Cunha DL.
Maxi-Imagem – Teresina, PI.

Introdução: A seqüência de Pierre Robin (SPR) é caracterizada por micrognatia, glossoptose associada ou não à fenda palatina. Foi descrita por Pierre Robin em 1934 como uma síndrome, mas com o passar do tempo percebeu-se que se tratava na verdade de uma tríade de anomalias não-específica que pode ocorrer isolada, associado à síndromes específicas ou à outras anomalias do desenvolvimento não-específicas, passando a ser denominada então de SPR. Possui incidência aproximada de um caso para cada 14.000 nascimentos, sendo que em 48% dos casos a seqüência vem isolada, em 35% é associada à outras síndromes e em 17% é associada à outras anomalias. A associação com anomalias de extremidades já foi descrita juntamente com baixa estatura, fenda na mandíbula na síndrome de Richieri Costa Pereira. Já a associação da SPR com fístula traqueoesofágica ou atresia esofágica é extremamente rara, havendo apenas três casos relatados na literatura. Porém, em pesquisa realizada nos sistemas de busca Lilacs e Medline não foram encontrados relatos da associação entre SPR, anomalias de extremidades e fístula traqueoesofágica. **Relato do caso:** Paciente sexo masculino, 1 ano e 10 meses, nascido de parto cesárea à termo, sem intercorrências na gravidez ou parto. No exame físico após o nascimento foi verificada presença de micrognatia, fenda palatina, implantação baixa de orelhas, polidactilia (seis dedos na mão direita), e pé torto. Mãe relata que desde o período neonatal o filho apresenta pneumonias de repetição, tendo sido internado diversas vezes. Foi realizada tomografia computadorizada helicoidal de tórax que evidenciou comunicação entre esôfago e brônquio fonte esquerdo. O paciente foi submetido à gastrostomia e aguarda correção da fístula. **Discussão:** No caso relatado, desde o nascimento foram observadas as alterações características da SPR associadas à implantação baixa de orelhas e anomalias nas extremidades. Devido à presença de episódios freqüentes de pneumonias de repetição foi realizada investigação adicional com tomografia computadorizada helicoidal de tórax que mostrou a comunicação entre o esôfago e brônquio fonte esquerdo, o que poderia explicar os episódios de pneumonia, que poderia ser causada pela passagem do conteúdo do esôfago para os pulmões. O paciente não foi submetido à exame contrastado do esôfago pela possibilidade de piora do quadro pulmonar e devido à