

Ultrassonografia GO

P-368 – Diagnóstico pré-natal de duplicação renal associada a ureterocele ectópica.

Kemuel Pinto Bandeira; Livia Teresa Moreira Rios; Marília da Glória Martins; Ricardo Villar Barbosa de Oliveira; Graciete Helena Nascimento Santos; Márcia Silva Sousa; Vanda Maria Ferreira Simões; Giselly Jan-sen Duailibe.

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão.

Introdução: Duplicação do sistema coletor renal é a malformação congênita maior mais comum do trato urinário, ocorrendo com incidência de 1% entre os nascidos vivos. O sexo feminino é mais afetado que o sexo masculino. É unilateral em 83% a 90% dos casos. O diagnóstico antenatal de duplicação renal e ureterocele associada é infrequente. Relatamos dois casos de diagnóstico pré-natal de duplicação do sistema coletor renal unilateral associada a ureterocele ectópica.

Descrição dos Casos: Gestantes jovens primigestas foram encaminhadas ao nosso serviço para realização de ultrassonografia no terceiro trimestre por conta de hidronefrose unilateral à direita. Exame ultrassonográfico detalhado revelou fetos do sexo feminino com duplicação renal unilateral apresentando dilatação do polo superior em ambos os casos. Cortes coronais e transversais revelaram um rim com duplicação do sistema coletor com hidronefrose da unidade superior quando comparado à unidade inferior, associada a dilatação ureteral. Na bexiga foi observada uma ureterocele. O parto ocorreu via vaginal a termo. O diagnóstico de duplicação do sistema coletor foi confirmado após o nascimento em ambos os casos. **Discussão:** Quando ocorre duplicação renal completa, o ureter que drena o polo superior renal se implanta ectopicamente, em topografia caudal e medial em relação ao normal, e está frequentemente obstruído, enquanto o ureter que drena a unidade inferior insere-se topicamente e pode apresentar refluxo. A dilatação do sistema do polo superior do sistema coletor pode simular um cisto ou hidronefrose de todo o rim. Muitos estudos relataram baixa sensibilidade no diagnóstico pré-natal dessa condição, provavelmente devido, em parte, à falta de familiaridade dos ultrassonografistas para com essa afecção.

P-369 – Torção ovariana: aspectos clínicos e imagiológicos.

Roberto Loureiro Silva; Luciano Fagundes de Paula; Christiane Pena Cabral; Letícia Silva Sene; Rogério Batista Araújo Filho; Benito Pio Vítório Ceccato Junior; Maria de Fátima Sampaio Ceccato; Roberto Pimenta Barroso.

IMEDE – Instituto Mineiro de Ultra-Som.

A torção anexial é uma importante causa de dor pélvica aguda em pacientes jovens que, apesar de ser uma patologia benigna, pode acarretar importante comprometimento da fertilidade e da função hormonal feminina, dependendo de sua evolução. O objetivo do presente estudo é relatar dois casos de torção anexial aguda com evoluções distintas e enfatizar a importância de um diagnóstico preciso e acompanhamento imagiológico. Relatamos os casos de duas pacientes nuligestas, em idade fértil, atendidas em serviço de pronto-atendimento com queixa de dor abdominal aguda. A avaliação ultrassonográfica inicial evidenciou massa pélvica em topografia anexial de etiologia a esclarecer, sendo realizada complementação diagnóstica eletiva por ultrassonografia seriada, tomografia computadorizada e ressonância magnética. Uma das pacientes foi abordada cirurgicamente, com diagnóstico anatomopatológico de infarto ovariano, enquanto a outra foi acompanhada através de exames ecográficos seriados que evidenciaram total involução da lesão anexial descrita no primeiro exame e aspectos por dopplervelocimetria normais, corroborando o diagnóstico de torção parcial do pedículo ovariano com resolução espontânea. Salientamos a importância dos estudos imagiológicos, principalmente a avaliação por Doppler em casos de dor abdominal aguda de origem ovariana,

pois estes podem apresentar evolução e desfechos distintos dependendo da avaliação diagnóstica inicial e da evolução clínica da paciente.

P-371 – Hipoplasia femoral focal bilateral.

Eduardo Lima da Rocha; Michel Santos Palheta; Haroldo Lucena Miranda Filho; Tabita Serena Fontenele; Alexandre Camarço Prado de Aguiar; José Carlos Godeiro da Costa Júnior; Livia Maria da Costa Gadelha; Sabrina Moroni Lacerda; Ticiano Soares Maranhão Albuquerque.
Hospital Antônio Prudente; Vida Imagem.

Introdução: A hipoplasia femoral focal é caracterizada pelo encurtamento e/ou deformidade de fêmur fetal. É manifestação rara com prevalência discreta do sexo feminino. Habitualmente é encontrada como achado físico em diferentes síndromes congênitas, inclusive displasias esqueléticas. Parece haver relação com fatores teratogênicos como diabetes maternos, exposição fetal à vitamina A e com a herança, dominante ou recessiva, em determinadas síndromes de origem genética. O diagnóstico pode ser feito a partir da 18ª semana de gestação e o prognóstico depende da relação com síndromes ou displasias fetais. Pode manifestar-se apenas como um comprometimento ortopédico leve. **Descrição do Material:** No presente estudo, os autores relatam o caso de uma paciente de 30 anos de idade, grávida de um feto do sexo feminino com diagnóstico de hipoplasia femoral focal bilateral, inicialmente vista à ultrassonografia obstétrica morfológica. Houve complementação com estudo por ressonância magnética fetal em aparelho de 1.5 tesla no mesmo serviço, evidenciando os mesmos achados. E por fim, no período pós-natal, foram obtidas imagens radiográficas de ambas as coxas, confirmando a condição já visualizada intraútero. **Discussão:** A hipoplasia femoral focal bilateral é uma condição rara, mas que deve ser devidamente reconhecida pela frequente associação com outras malformações. Os autores fazem uma sucinta revisão do assunto. É importante que o médico radiologista tenha conhecimento dessa apresentação rara de deformidade musculoesquelética fetal para seu correto diagnóstico.

P-372 – Gestação gemelar com feto acárdico: relato de caso.

Marília Conti Arndt; Firmo Henrique Palmeira Simões de Lima; Rodrigo Pinheiro Soares Gomes; Adilson Cunha Ferreira; João Francisco Jordão; Anna Claudia de Oliveira Cassarotti; Tuizy de Freitas Guimarães; Mirian Magda de Deus Vieira; Flavio Felipe Gava; Renato Campos Soares de Faria.

Instituto de Diagnóstico por Imagem – Santa Casa de Ribeirão Preto.

A gemelaridade com feto acárdico é uma anomalia rara que ocorre em cerca de 1% das gestações gemelares monozigóticas e em 1 de 35.000 gestações em geral. O distúrbio é caracterizado por um feto severamente malformado com uma estrutura cardíaca rudimentar ou ausente, com a parte superior do corpo pouco desenvolvida, cabeça e membros superiores ausentes ou subdesenvolvidos. Todos os casos estão associados a anastomoses arterioarteriais e venovenosas placentárias, sendo esta a principal teoria para explicar a acardia. O fluxo ocorre do gêmeo “normal” (gêmeo-bomba) através das anastomoses vasculares até o gêmeo acardiaco, levando à inversão do fluxo sanguíneo na artéria umbilical do gêmeo normal e atrofia secundária do coração e de outros órgãos do feto acardiaco. Esse padrão de fluxo chama-se sequência de perfusão arterial invertida gemelar (PAIG). O sangue retorna para a placenta através da veia umbilical, e uma anastomose venovenosa na placenta completa a circulação de volta para o gêmeo-bomba, que passa a apresentar insuficiência cardíaca de alto débito, poli-hidrânio e hidropisia fetal. O parto prematuro é comum. Relata-se o caso de uma paciente de 29 anos, gestante, 25 semanas, G1POAO, DUM incerta, encaminhada a esse serviço com diagnóstico ecográfico de gemelar acardiaco (03/02/2009). Realizado seguimento semanal, e no dia 31/03/2009, com 33 semanas e 4 dias, foram constatados derrame pericárdico e discreta ascite no feto-bomba, sendo realizada cesariana. O feto nasceu em bom estado geral. O diag-

nóstico ultrassonográfico pré-natal é bem descrito e identifica um feto com grave malformação em uma gestação gemelar monocoriônica. O fluxo invertido no cordão umbilical ao Doppler confirma o diagnóstico. O seguimento do feto-bomba, quando decidido pelo tratamento conservador, é fundamental e identifica precocemente a hidropisia.

P-373 – Endometrioma de cicatriz cirúrgica: aspectos ecográficos acerca de 4 casos.

Assis Posser¹; Patricia Dürks¹; Zélia Posser¹; Roviana Jeske¹; Rafael Dürks².

¹ Hospital Nossa Senhora da Conceição; ² Universidade de Passo Fundo.

Introdução: A endometriose consiste na presença de endométrio funcionante implantado fora da cavidade uterina. Sua localização mais comum é na cavidade pélvica. Focos extrapélvicos são incomuns, mas podem ser encontrados em locais de cicatrizes cirúrgicas como cesarianas, com incidência de 0,03% a 1% dos casos. A ultrassonografia com transdutor de alta frequência é o melhor método de imagem para diagnóstico, podendo ser complementado com punção por agulha fina e citologia. **Descrição do Material:** As pacientes foram analisadas de acordo com a existência de cirurgia anterior, tempo entre cirurgia x sintomatologia, idade e paridade, local, dimensões e aspectos ecográficos da lesão e resolução do caso e anatomopatológico. Todas as pacientes eram jovens, com cesariana prévia, apresentavam lesão palpável, ecografia sugestiva e anatomopatológico confirmatório de endometriose. **Discussão:** A maioria dos casos passa despercebida pelo ginecologista, que não valoriza a queixa dolorosa, e até pelo ecografista, que realiza apenas o exame por via endovaginal, sem examinar a cicatriz cirúrgica ou próxima a ela. As características ecográficas da endometriose de cicatriz cirúrgica são: a) massa de dimensões variáveis, sólida, geralmente hipoecogênica e heterogênea, margens irregulares e espiculadas, em tecido subcutâneo de cicatriz cirúrgica, sendo o maior diâmetro da massa quase sempre paralelo à pele; b) color Doppler: quase nenhum fluxo vascular no interior ou apenas na periferia, em massas maiores que 3cm há maior fluxo visível com índices de resistência entre 0,5–0,8; c) a ecotextura interna pode variar conforme o ciclo menstrual. O tratamento é a exérese cirúrgica com margem de segurança.

P-374 – Avaliação do fluxo placentário entre a 26ª e a 35ª semanas de gestação por meio do Doppler de amplitude tridimensional.

Hélio A. Guimarães Filho; Carlos F. Mello Junior; Vanessa Madeiro da Silva; Núbia K. Bento Feitosa; Roberto Q. Fernandes de Almeida.

CETRIM – Centro de Formação em Imagenologia.

Objetivo: Avaliar os índices vasculares placentários, em gestantes entre 26 e 35 semanas, empregando o Doppler de amplitude tridimensional (DAT) e o efeito da posição placentária sobre estes índices. **Métodos:** Foi realizado estudo de corte transversal envolvendo 283 pacientes. O índice de vascularização (VI), o índice de fluxo (FI) e o índice de vascularização e fluxo (VFI) foram obtidos usando o programa VOCAL. O coeficiente de correlação linear de Pearson foi utilizado para avaliar a relação entre a idade gestacional (IG) e os índices vasculares. O teste paramétrico *t* Student e o teste de Levene foram usados para análise dos resultados entre os índices VI, FI e VFI e a localização placentária. **Resultados:** Não houve correlação linear entre a IG e os índices VI ($p=0,390$) e VFI ($p=0,053$). Apenas o FI apresentou correlação linear significativa ($p=0,004$), elevando-se lentamente com a IG. Dessa forma, foi possível construir um nomograma confiável apenas para este índice. Não houve diferenças significativas para os resultados do VI, FI e VFI em relação à posição placentária ($p=0,323$, $0,172$ e $0,120$, respectivamente). **Conclusão:** O FI placentário, avaliado pelo DAT, aumentou progressiva e significativamente entre 26 e 35 semanas. A localização placentária não apresentou influência significativa sobre os resultados dos índices. Os valores de referência

obtidos para o índice FI podem ser usados, em estudos futuros, como parâmetro para estudo da vascularização placentária por meio do DAT.

P-375 – Malformação arteriovenosa uterina (MAVU): relato de caso.

Patricia Dürks¹; Assis Posser¹; Zélia Posser¹; Daniela Vettori¹; Rafael Dürks².

¹ Hospital Nossa Senhora da Conceição; ² Universidade de Passo Fundo.

Introdução: A malformação arteriovenosa uterina (MAVU) é patologia vascular rara que consiste na formação de um emaranhado de múltiplas conexões vasculares na muscular uterina, havendo fluxo vascular direto do sistema arterial para o venoso sem a participação capilar. A forma adquirida apresenta maior incidência e decorre de trauma sobre a muscular uterina, após curetagens, endometrites, cesarianas, câncer endometrial e de colo e, mais frequentemente, associadas com a doença trofoblástica gestacional (DTG). A ultrassonografia com color Doppler é um excelente método de diagnóstico, com boa correlação tomográfica e com a ressonância magnética. Apresenta como característica ecográfica a presença de formações anecoicas (císticas ou tubulares), irregulares, de dimensões variáveis, com intenso fluxo vascular no interior do miométrio, tanto no color Doppler convencional como no de amplitude, indicando *shunt* arteriovenoso. Geralmente mostra turbulência no seu interior e apresenta índices de resistência baixos, com aumentos da velocidade sistólica em pacientes com história clínica de DTG e/ou trauma sobre a muscular uterina. **Descrição do Material/Caso:** Paciente L.D.M., 23 anos, G1POA1, internada por dor pélvica. História de curetagem uterina há seis meses por causa de mola hidatiforme. Foi realizada ecografia, que evidenciou imagem cística septada, ricamente vascularizada, de volume 15cc em miométrio. Tomografia de pelve demonstrou lago vascular com enchimento arterial em parede uterina, confirmando diagnóstico de fistula arteriovenosa uterina. Apresentava níveis de BHCG decrescentes inicialmente, mas que se mantiveram constantes, o que motivou o uso de metotrexate. **Discussão:** A real incidência da MAVU é desconhecida. Existem pelo menos 100 casos relatados na literatura médica que desapareceram com a resolução da DTG. Em alguns casos isso não ocorre, persistindo a fistula arteriovenosa. A grande maioria dos casos acomete pacientes jovens em idade reprodutiva, daí a importância de um diagnóstico preciso e acompanhamento seriado propondo a melhor conduta, seja expectante ou através da embolização das artérias uterinas ou mesmo histerectomia nos casos de hemorragia.

P-376 – Acrania fetal: relato de um caso.

Odilon Óton Guimarães Neto; Luciano Batista Silveira Santos; José Luiz de Oliveira Schiavon; Mônica Leocádio Ramos; César Augusto Passos Braga; Flávio Galvão Lima; Augusto Castelli Von Atzingen; Renato do Amaral Mello Nogueira; Michelaine de Freitas Vasconcelos Gomes Nogueira; João Diniz Juntoli Netto.

Hospital das Clínicas Samuel Libânio.

Introdução: Acrania ou exencefalia é uma anomalia do desenvolvimento caracterizada por ausência total ou parcial da calvária, com desenvolvimento completo, embora anormal, do tecido cerebral. Esta condição pode ser prontamente diagnosticada ao exame ultrassonográfico pelo profissional assistente. **Descrição do Material:** M.R.F., 24 anos, G2P1A0, em curso da 16ª semana gestacional, compareceu para realização de ultrassom obstétrico de rotina. Não apresentava queixas nem tinha história pregressa de complicações obstétricas. Não havia relato de anomalias fetais na família. **Discussão:** O neurocrânio é composto pelo condrocrânio, que forma os ossos da base, e pelos ossos membranosos chatos que envolvem o cérebro. A acrania afeta estes últimos e não raramente são vistos ossos rudimentares na base. Apresenta incidência 1:10.000 nascimentos e sua etiologia é desconhecida, embora se proponha que a falta de migração mesenquimal

na quarta semana embrionária ou a ruptura de bandas amnióticas sejam as responsáveis pelo aparecimento dessa anomalia. O prognóstico é reservado, normalmente evoluindo para o óbito. Deve-se considerar a anencefalia, osteogênese imperfeita (tipo II), hipofosfatase e cefalocele como diagnósticos diferenciais. A calcificação craniana fetal não está totalmente completa antes de 11 semanas, portanto, o diagnóstico deve ser feito preferencialmente a partir dessa idade. Os níveis de alfafetoproteína estão elevados no sangue materno, ao passo que o estriol urinário encontra-se indetectado. Não há relato de incidência em gestações subsequentes.

P-377 – Esquizencefalia: diagnóstico ultrassonográfico antenatal.

Kemuel Pinto Bandeira; Livia Teresa Moreira Rios; Ricardo Villar Barbosa de Oliveira; Marília da Glória Martins; Vanda Maria Ferreira Simões; Graciete Helena Nascimento Santos; Márcia da Silva Sousa; Olga Maria Ribeiro Leitão.

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão.

Introdução: Esquizencefalia é uma lesão destrutiva cerebral associada a fendas no cérebro fetal que usualmente se comunicam com o sistema ventricular, com o espaço subaracnoide ou ambos. É suspeitada inicialmente por ultrassonografia antenatal quando se observa dilatação ventricular e anormalidades cerebrais. Os autores relatam três casos de diagnóstico antenatal de esquizencefalia de lábio aberto.

Descrição do Caso: Três gestantes jovens foram encaminhadas para nossa instituição com história de dilatação ventricular em ultrassonografia anterior. Os antecedentes pessoais e a história familiar não apresentavam dados relevantes. Exame ultrassonográfico detalhado evidenciou fetos do sexo feminino com fendas cerebrais bilaterais estendendo-se dos ventrículos laterais até o espaço subaracnoide em dois casos. Em um dos casos, a fenda era unilateral à esquerda. Nenhuma outra malformação foi detectada em outros sistemas. Após o nascimento, os achados foram confirmados por ultrassonografia transfontanelar. **Discussão:** Esquizencefalia pode ser decorrente de desordem primária do desenvolvimento cerebral ou devido à oclusão bilateral das artérias cerebrais médias. Sua etiologia permanece desconhecida. Citomegalovirose, trauma abdominal e agentes tóxicos têm sido associados à esquizencefalia, possivelmente como resultado de insulto vascular. A apresentação clínica da esquizencefalia inclui vários graus de retardo mental, déficit motor e convulsões. Múltiplas malformações intracranianas estão associadas, incluindo agenesia do septo pelúcido, polimicrogiria, heterotopias de substância branca, agenesia de corpo caloso e hipoplasia do nervo ótico. Os pacientes afetados evoluem para o óbito precocemente, outros sobrevivem até a idade adulta. A ultrassonografia antenatal assume importância no diagnóstico diferencial com outras lesões destrutivas cerebrais. A porencefalia é o principal diagnóstico diferencial a ser aventado quando localizada próxima à fissura de Sylvius.

P-378 – Avaliação ultrassonográfica entre 11 e 13 + 6 semanas como teste de rastreamento para trissomia do 21 em gravidezes únicas.

Luisa Raggi^{1,2}; Amanda Bravim Pianissola^{1,2}; Carlos G.V. Murta^{1,3}; Luiz C. França^{1,3}; Renato F. Batista^{1,2}.

¹ Centro Diagnóstico por Imagem; ² Universidade Federal do Espírito Santo; ³ Medifetus.

Objetivo: Determinar a acurácia do rastreio da translucência nucal fetal e da dopplervelocimetria do duto venoso da 11^a à 14^a semanas no rastreio da trissomia do 21. **Métodos:** Foram estudados 4.101 fetos de forma sequencial durante um período de 7 anos (1999–2006). O fluxo sanguíneo do duto venoso foi avaliado após a medida da translucência nucal. Com base em estudo anterior, anormalidades cromossômicas foram suspeitadas quando a translucência nucal es-

tava acima do percentil 95 ou quando o fluxo do duto venoso durante a contração atrial se encontrava reverso ou ausente. **Resultados:** A síndrome de Down foi encontrada em 37 casos. Com base na translucência nucal, a taxa de detecção total, a especificidade, o valor preditivo positivo, o valor preditivo negativo e a razão de verossimilhança foram de 85,7%, 97,1%, 99,9%, 28% e 44,9%, respectivamente. Com base no fluxo sanguíneo do duto venoso durante contração atrial, a sensibilidade, a especificidade, os valores preditivos negativo e positivo e a razão de verossimilhança foram de 82,9%, 98,8%, 99,7%, 56,9% e 69%, respectivamente. **Conclusões:** Translucência nucal e fluxo sanguíneo do duto venoso anormal foram marcadores úteis no rastreio ultrassonográfico no primeiro trimestre para trissomia do 21.

P-379 – Síndrome de perfusão arterial reversa gemelar em gestação trigemelar: relato de caso.

Luciana Akemi Takahashi¹; Edson Tetsuya Nakatani¹; Luiz Fernando Hilbert¹; Fernanda Marcondes Ribas¹; Flavia Queiroz Negrão¹; Flavia Gonçalves Menegotto¹; Augusto Beduschi¹; Caroline Paludo Calixto².

¹ Hospital Universitário Evangélico de Curitiba; ² Universidade Federal do Paraná.

Introdução: A síndrome de perfusão arterial reversa gemelar, também conhecida como gemelaridade acárdica, é uma condição que complica aproximadamente 1 a cada 35.000 gestações e ocorre em 1% das gestações gêmeares monocoriônicas, sendo três vezes mais frequente em gestações trigêmeares. É considerada a forma mais extrema de apresentação clínica da síndrome de transfusão feto-fetal.

Relato do Caso: Paciente feminina, branca, 21 anos, G2P1A0, foi encaminhada ao serviço com diagnóstico de gestação gemelar com 26 semanas e 5 dias associada a massa heterogênea sugestiva de feto malformado. O estudo morfológico revelou gestação trigemelar monocoriônica e triamniótica, com fetos I e II morfológicamente sem alterações, líquido amniótico normal, e feto III malformado, com acentuado edema de partes moles dos membros inferiores e tronco, sem identificação de polo cefálico, membros superiores ou câmaras cardíacas e poli-hidrânio associado. O estudo com Doppler no feto III mostrou fluxo reverso nas artérias umbilicais e foi então firmado o diagnóstico de síndrome de perfusão arterial reversa gemelar. Após duas semanas, a paciente evoluiu com trabalho de parto prematuro e foi realizada cesariana. Os fetos I e II pesaram 1.335g e 1.295g, respectivamente, e foram encaminhados a UTI neonatal, e o feto III pesou 5.200g e foi enviado para estudo anatomopatológico juntamente com a placenta.

Discussão: A síndrome de perfusão arterial reversa gemelar envolve um gêmeo doador ou “bomba” e um gêmeo receptor ou acárdico, que se comunicam através de anastomoses vasculares placentárias. A direção do fluxo nas artérias e veia umbilicais do feto receptor é invertida. Como o gêmeo acárdico recebe sangue pouco oxigenado através das artérias umbilicais, ele apresenta um desenvolvimento limitado da parte superior do corpo.

P-380 – Diagnóstico ecográfico da displasia ectodérmica-ectrodactilia-fissura labiopalatina (EEC).

Assis Posser¹; Patrícia Dürks¹; Zélia Posser¹; Rafael Dürks².

¹ Hospital Nossa Senhora da Conceição; ² Universidade de Passo Fundo.

Introdução: A síndrome EEC é uma malformação genética caracterizada pela tríade displasia ectodérmica (anomalias no desenvolvimento de estruturas derivadas do folheto embrionário ectodérmico), ectrodactilia (malformação de extremidades, mãos e pés) e fissura labial e/ou palatina, manifestadas em conjunto ou de forma isolada. A incidência estimada na forma clássica é de 1 caso para cada 1.000.000 de nascimentos e de 7 em cada 10.000 nascidos nas formas leves.

Descrição do Material/Caso: T.M.S., 25 anos, portadora da síndrome EEC clássica, na forma esporádica, veio para consulta pré-natal, com

ecografia evidenciando CCN de 21mm, compatível com 9 semanas. Nova ecografia transvaginal mostrou CCN de 47mm e translucência nucal de 1,3mm, com mãos e pés maldefinidos, já havendo suspeita de EEC. Ecografia morfológica realizada com 19 semanas confirmou EEC, revelando feto com mãos em garra de lagosta (ausência do 2° e 3° dedos), pé esquerdo com ausência do 3° dedo e pé direito com sindactilia dos 2° e 3° dedos, e apresentando fissura labiopalatina. Teve parto cesárea com 39 semanas, recém-nascido feminino, peso 3.150g, Apgar 9/9. **Discussão:** A síndrome EEC é transmitida como herança autossômica dominante e é causada por mutações no gene p63 que parece ser necessário para o correto desenvolvimento do disco ectodérmico embrionário, responsável pelas principais malformações. Os achados ecográficos foram confirmatórios, pois a mãe era afetada na forma clássica, com risco de transmissão de 50% para a prole. Os portadores de EEC apresentam boa evolução após correção cirúrgica dos defeitos (faciais e de membros), com expectativa de vida semelhante à de pessoas não afetadas, não apresentando comprometimento no coeficiente de inteligência.

P-381 – Acalvária versus acrania: ensaio pictórico.

Lívia Teresa Moreira Rios; Ricardo Villar Barbosa de Oliveira; Marília da Glória Martins; Vanda Maria Ferreira Simões; Márcia da Silva Sousa; Graciete Helena Nascimento Santos; Kemuel Pinto Bandeira; Olga Maria Ribeiro Leitão.

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão.

Introdução: Acalvária é uma rara malformação congênita caracterizada pela ausência da calota craniana comprometendo os ossos frontais, parietais, occipitais e a dura-máter, na presença de base de crânio e ossos faciais, com completo conteúdo intracraniano. Acrania ou ausência dos ossos da calota craniana com hemisférios cerebrais desorganizados tem sido relatada na presença de brida amniótica. A diferenciação entre acalvária e acrania é importante, já o tecido cerebral pode ser normal e o defeito é potencialmente tratável na primeira afecção. Na acrania, a maioria dos casos evolui para anencefalia. **Descrição do Material:** Este ensaio pictórico apresenta achados de imagem na ausência dos ossos da calota craniana. Ultrassonografias gestacionais, radiografias e tomografias foram selecionadas para ilustrar o defeito e suas associações. A nomenclatura para a descrição dos defeitos da calota craniana é revisada, os achados de imagens são ilustrados, a patogênese e o diagnóstico são discutidos. **Discussão:** Acalvária é uma rara malformação congênita caracterizada pela ausência da calvária. O conteúdo intracraniano costuma estar normal, embora alguma anormalidade neurológica seja frequentemente relatada. A teoria patogênica mais aceita sugere um defeito pós-neurulação, resultante da falta de migração do mesênquima, com localização normal do ectoderma embrionário. Há ausência da calota craniana, mas com pele e tecido cerebral normal. Critérios diagnósticos para acalvária incluem ausência dos ossos da calota craniana, com desenvolvimento normal do neurocrânio e presença de hemisférios cerebrais normais. Anencefalia e exencefalia, ambas acompanhadas pela acrania, são o diagnóstico diferencial mais imediato, já que as estruturas da face e base do crânio estão intactas em ambas as afecções. Na anencefalia, o cérebro acima das órbitas está ausente, com protrusão dos olhos, assemelhando-se a aparência de batráquio. Exencefalia é uma acrania com exposição de tecido cerebral desorganizado a partir da base do crânio.

P-382 – Diagnóstico antenatal de hematoma subdural associado a trombocitopenia autoimune fetal.

Lívia Teresa Moreira Rios; Ricardo Villar Barbosa de Oliveira; Marília da Glória Martins; Márcia da Silva Sousa; Graciete Helena Nascimento Santos; Vanda Maria Ferreira Simões; Kemuel Pinto Bandeira; Olga Maria Ribeiro Leitão.

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão.

Introdução: Estima-se que a incidência de hemorragias intracranianas fetais seja de 1:10.000 gestações. A localização da hemorragia é predominantemente intraventricular ou intraparenquimatosa. Poucos casos são de hemorragia subdural. A principal causa de hematoma subdural antenatal é o trauma. A presença de trombocitopenia fetal de qualquer etiologia está relacionada com alto risco de hemorragia intracraniana, intraventricular ou intraparenquimatosa, mas raramente a hemorragia é subdural ou subaracnoidea. Relatamos um caso de hematoma subdural associado a trombocitopenia fetal autoimune, com desfecho favorável. **Relato do Caso:** Primigesta de 35 anos de idade, foi encaminhada à nossa instituição para exames de rotina com 34 semanas de gestação. Foi observada uma área cística medindo 54mm × 24mm, sem fluxo ao Doppler, localizada em topografia subdural ao nível da região parieto-occipital direita. Os ventrículos apresentavam dimensões normais. Ultrassonografias anteriores realizadas com 12 e 24 semanas revelaram biometria e desenvolvimento normais. Não havia dados relevantes nos antecedentes familiares ou relato de trauma ou infecção na gestação atual. Parto cesariana ocorreu a termo na 39ª semana, com recém-nascido do sexo masculino pesando 3.315g apresentando, ao exame físico, aspecto de púrpura generalizada. A contagem de plaqueta revelou trombocitopenia. Não havia sinais clínicos ou laboratoriais de infecção. Ultrassonografia do crânio confirmou hematoma subdural. Foi realizada transfusão de concentrado de plaquetas e realizada drenagem cirúrgica. Não houve retardo no crescimento ou no desenvolvimento. O desenvolvimento neurológico transcorre dentro dos limites da normalidade, tanto quanto possível (criança atualmente com cinco anos de idade). Um diagnóstico de autoimunidade materna desconhecida foi sugerido. **Discussão:** A causa da hemorragia intracraniana fetal permanece desconhecida na maioria dos casos. Trombocitopenia aloimune ou deficiência de fatores da coagulação já foram encontradas. A ausência de trombocitopenia maternal se explica, aparentemente, por uma compensação da medula óssea. Nenhuma outra desordem hematológica ou imunológica foi evidenciada. O prognóstico é geralmente pobre, mas o desfecho no caso aqui descrito foi excelente.

P-383 – Aneurisma da veia de Galeno: diagnóstico pré-natal por ultrassonografia.

Lívia Teresa Moreira Rios; Ricardo Villar Barbosa de Oliveira; Marília da Glória Martins; Kemuel Pinto Bandeira; Vanda Maria Ferreira Simões; Graciete Helena Nascimento Santos; Márcia da Silva Sousa; Olga Maria Ribeiro Leitão.

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão.

Introdução: Aneurismas da veia de Galeno são raras malformações intracranianas. Representam menos de 1% das malformações arteriovenosas cerebrais. A malformação da veia de Galeno é uma complexa malformação arteriovenosa entre o sistema da veia de Galeno e as artérias cerebrais. Poucos casos diagnosticados no período antenatal têm sido relatados na literatura, usualmente após a 34ª semana. Relata-se um caso de aneurisma de veia de Galeno detectado por Doppler colorido. **Relato do Caso:** Gestante de 36 anos, G3P2, foi encaminhada ao nosso serviço por conta de massa cística na linha média observada em ultrassonografia prévia realizada na 24ª semana. Ultrassonografia detalhada foi realizada, demonstrando feto do sexo masculino com massa cística alongada em linha média com fluxo positivo ao Doppler colorido, além de ventriculomegalia devida aos efeitos compressivos da malformação. A gravidez foi interrompida na 29ª semana em função de cardiomegalia fetal. O recém-nascido sobreviveu por 36 horas apenas. **Discussão:** O diagnóstico pré-natal de fistula arteriovenosa é suscitado quando uma coleção cística cerebral com fluxo sanguíneo interno pode ser demonstrada pelo Doppler colorido. Esta é uma das poucas condições em que a ultrassonografia Doppler é fundamental para o diagnóstico. Aneurisma da veia de Galeno representa a persistência embrionária da veia proencefálica mediana. Existe uma grande variação nas conexões arteriovenosas.

Múltiplos vasos nutridores e drenagem venosa dilatada podem submeter o feto a um risco aumentado para falência cardíaca congestiva. A presença de cardiomegalia e hidropisia sugerem que uma falência cardíaca de alto débito está presente e esses achados predizem um desfecho pós-natal desfavorável.

P-384 – Achados de imagem na endometriose profunda.

Arildo Correa Teixeira¹; Maurício Zapparoli¹; Vivian Ferreira do Amaral²; Bernardo Correa de Almeida Teixeira³.

¹ DAPI – Diagnóstico Avançado por Imagem; ² Universidade Federal do Paraná; ³ Universidade Positivo.

A partir de 1992, com a classificação da endometriose conforme a sua profundidade, vários estudos vêm sendo realizados em virtude do aumento da sua prevalência e da complexidade que envolve o seu diagnóstico e tratamento. Na área de diagnóstico por imagem o desafio permanece, mas a pesquisa da endometriose profunda já é possível na prática diária, principalmente por intermédio da ultrassonografia endovaginal e da ressonância magnética. Neste trabalho os autores demonstram os principais achados de imagem na ultrassonografia endovaginal em dez casos de endometriose profunda, sendo que na metade deles também foi realizada ressonância magnética. Na ultrassonografia, a presença de lesão irregular hipocogênica localizada na região do septo retovaginal foi o achado mais frequente, mas também são apresentados casos de acometimento das paredes do retossigmoide e de coleções líquidas no espaço retrocervical e no recesso vesicouterino. Na ressonância magnética os principais achados reportam a presença de lesões predominantemente hipointensas em T1 e T2, devido ao importante componente de fibrose característico desta forma da doença, sendo que as lesões mais recentes mostraram focos hiperintensos em T1 decorrentes de áreas hemorrágicas. A ultrassonografia endovaginal ainda representa o exame com melhor relação custo-benefício nos casos de endometriose profunda. Quando realizada por profissional capacitado, pode fornecer informações úteis para a condução terapêutica, tais como: dimensões da lesão, grau de comprometimento da parede do retossigmoide e se há acometimento de outros sítios. A ressonância magnética permite uma avaliação mais detalhada da pelve com detecção de múltiplos focos simultâneos, podendo definir a distância das lesões retais até a borda anal. Portanto, ambos os métodos de diagnóstico por imagem da endometriose profunda devem ser conhecidos pelo radiologista, permitindo um diagnóstico adequado e auxiliando no correto planejamento cirúrgico e prevenindo possíveis complicações.

P-385 – Resquício da má fusão do conduto de Muller: incidência e aspectos radiológicos.

João Paulo Kawaoka Matsushita¹; Cristina Sebastião Matsushita²; Julieta Sebastião Matsushita²; João Paulo Kawaoka Matsushita Junior³.

¹ Universidade Federal de Minas Gerais; ² CDI Dr. Matsushita; ³ Instituto de Pós-Graduação Médica Carlos Chagas.

Este estudo tem a finalidade de explicar a embriologia do resquício da má fusão do conduto de Muller, descrever os tipos de apresentações ao exame radiológico, avaliar a extensão clínica desta malformação e suas possíveis associações com outras anomalias geniturinárias. Foram estudadas 4.600 histerossalpingografias, retrospectivamente, de 1948–1977, com 28 casos de resquício da má fusão do conduto de Muller, e 4.000 histerossalpingografias, prospectivamente, de 1978–2006, com 5 casos. Encontramos, com maior incidência, o conduto de fundo cego na parede posterior (81,8%), e com menor frequência, na parede anterior (18,2%) da cavidade uterina. Observamos que esta malformação não tem relação com os sintomas apresentados e sim com patologias uterinas associadas. Nos 33 casos estudados não encontramos nenhuma associação da má fusão do conduto de Muller com alterações geniturinárias.

P-386 – Diagnóstico diferencial no abdome agudo de origem ovariana.

Letícia Silva Sene; Luciano Fagundes de Paula; Christiane Pena Cabral; Rogério Batista Araújo Filho; Maria de Fátima Sampaio Ceccato; Roberto Pimenta Barroso; Benito Pio Vitorio Ceccato Júnior.

IMEDE – Instituto Mineiro de Ultra-som.

O objetivo deste estudo é descrever os diagnósticos diferenciais de origem ovariana no abdome agudo através da avaliação ecográfica, enfatizando os aspectos clínicos e imagiológicos, com ampla revisão da literatura. As principais causas ginecológicas de dor pélvica aguda são cistos ovarianos, DIP, torção anexial e gravidez ectópica. Essas patologias possuem apresentação clínica semelhante a outras causas de abdome agudo não ovarianas. Assim, a ecografia tem sido utilizada como exame de rastreamento em mulheres jovens com dor pélvica aguda. Relatamos o caso de seis pacientes com origem ovariana definida como causa de dor pélvica aguda que foram atendidas no pronto-atendimento de urgência, com avaliação ecográfica e dopplercimétrica. Dentro dos diagnósticos diferenciais tivemos rotura de cisto paraovariano, corpo lúteo hemorrágico roto, ruptura de luteoma gravídico e torção anexial. Os casos foram acompanhados evolutivamente, sendo comprovados por estudo anatomopatológico após procedimento cirúrgico. Concluímos que as patologias ovarianas podem complicar e/ou predispor causas de abdome agudo, possuindo importância clínica notória ao conhecimento de seus avaliadores, já que a maioria das condições que afetam os ovários apresenta quadro clínico e manifestações ecográficas semelhantes. O conhecimento das patologias e da história clínica ajuda a estabelecer com mais precisão esses diagnósticos diferenciais e suas evoluções a partir de um estudo detalhado, para correta conduta terapêutica, já que se trata de enfermidade que influi fortemente na fertilidade feminina.

P-387 – Diástase da sínfise púbica pós-parto: relato de caso.

Patrícia Dürks¹; Assis Posser¹; Zélia Posser¹; Eduardo Cardoso¹; Rafael Dürks².

¹ Hospital Nossa Senhora da Conceição; ² Universidade de Passo Fundo.

Introdução: A articulação da sínfise púbica é uma diartroanfiartrose composta de tecido fibrocartilaginosa com um primórdio de cavidade articular, o que permite pequenos movimentos de separação entre os ossos. Durante o período gestatório, pela ação da progesterona e relaxina, ocorre a embebição gravídica serosa de todas as articulações da bacia como preparação para o parto. O afastamento dos ossos do púbis maior que 10mm é considerada patológica. **Descrição do Material/Caso:** C.S.S., 14 anos, com história de parto vaginal com episiotomia em 11/7/2007 (após trabalho de parto de 14 horas), com recém-nascido pesando 3.000g e Apgar 9/9, teve alta em 48 horas referindo dores. Foi reinternada no dia 23/7 devido a intensa dor à deambulação, sem queixa de febre. Apresentava leucograma infeccioso. Realizou então ecografia com transdutor direcionado caudalmente, evidenciando-se afastamento dos ramos púbicos de 16,4mm e coleção retropúbica hipocóica e heterogênea medindo 6,5×5,4cm. Raio X de bacia óssea confirmou a diástase de sínfise púbica. Foi realizada drenagem cirúrgica de aproximadamente 60ml de pus e enviada para cultura. **Discussão:** A diástase da sínfise púbica pós-parto é evento raro, com incidência variável de 1:300 a 1:30.000 nascimentos. Os mecanismos etiológicos envolvidos variam desde predisposição pessoal, compressão prolongada do polo cefálico sobre os ossos da bacia, uso de fórceps, multiparidade e abdução excessiva das coxas, até manobras obstétricas para auxiliar na expulsão fetal ou da placenta. A ecografia permite visualizar detalhadamente o afastamento dos ramos púbicos e também auxilia na identificação de coleções a serem drenadas. São complicações da diástase da sínfise: infecções, tromboembolismo pelo repouso prolongado, dor pélvica crônica e comprometimento para a via de parto em gestação futura.

P-388 – Marcadores ultrassonográficos de anomalias cromossômicas do primeiro trimestre: ensaio pictórico.

Daniel Lopes da Cunha; Juciany de Sousa Brito; Manoel Messias Pereira de Sousa; Odimar Barros Teixeira Filho; Thiago Marinho Barbosa; Wesley Vaz da Silva.

Maxi Imagem PI.

Introdução: Quando falamos em marcadores ultrassonográficos de anomalias cromossômicas do primeiro trimestre, a medida da translucência nucal (TN) ainda ocupa lugar de destaque, porém a descrição de outros marcadores, como a medida do osso nasal e o estudo do fluxo sanguíneo no ducto venoso, tem melhorado a sensibilidade e especificidade do rastreamento neste período. **Descrição do Material:** Este ensaio tem como objetivo descrever de forma sucinta os principais marcadores de cromossomopatias avaliados por ultrassonografia (US) no primeiro trimestre. **Discussão:** TN – espaço anecoico localizado entre a pele e o tecido mole que circunda a coluna fetal na região cervical. O aumento da TN está relacionado, principalmente, a cromossomopatias, anomalias cardíacas, anemia e infecções congênicas. A idade gestacional adequada para a realização da medida da TN é entre 11 e 13 semanas + 6 dias. Como a medida da TN aumenta com o evoluir da idade gestacional, os valores fixos de limite superior da medida da TN foram substituídos pelas curvas de normalidade que levam em consideração a idade gestacional. Algumas cromossomopatias estão ligadas a um crescimento não linear do osso nasal, por isto este sinal tem sido usado como marcador ultrassonográfico de cromossomopatias. Uma possível causa de sua ausência ou hipoplasia seria uma anomalia genotípica determinante de um fenótipo peculiar, como o atraso na migração das células da crista neural. No primeiro trimestre, a avaliação do osso nasal baseia-se principalmente no critério categórico da sua presença ou ausência. Ducto venoso (DV) age como um importante regulador do sistema hemodinâmico fetal levando sangue oxigenado da veia umbilical diretamente ao átrio direito. Como as cardiopatias são frequentes em pacientes com cromossomopatia, a avaliação do DV pode ser utilizada como método de rastreamento de anomalias cromossômicas. Uma velocidade de fluxo ausente ou reversa durante a contração atrial é o marcador ultrassonográfico utilizado no primeiro.

P-389 – Gestação heterotópica: relato de caso e revisão da literatura.

Márcia Conti Arndt; Mirian Magda de Deus Vieira; Adilson Cunha Ferreira; João Francisco Jordão; Rodrigo Pinheiro Soares Gomes; Francisco Antonio Grillo Junior; Flavio Felipe Gava; Tuízy de Freitas Guimarães; Renato Campos Soares de Faria.

Instituto de Diagnóstico por Imagem – Santa Casa de Ribeirão Preto.

A gravidez heterotópica é a simultaneidade entre gravidez tópica e ectópica. A gestação ectópica é caracterizada pela implantação ovular fora da cavidade uterina, localiza-se na maioria dos casos nas tubas uterinas e menos frequentemente em localização extratubária (ovário, região cornual, intraligamentar, abdominal e cervical). A prenhez ectópica incide em 1,4% de todas as gestações e responde por 15% das mortes maternas. A gestação heterotópica é rara em gestações espontâneas (1:30.000), mas relativamente comum (0,3% a 1%) em gestações decorrentes de reprodução assistida. Neste trabalho relata-se o caso de uma paciente G4P2A1C0PN2, com fator de risco para gravidez ectópica (curetagem uterina há cerca de 5 anos). Esta apresentou, na admissão (21/03/08), dor tipo cólica em hipogástrio

há 12 horas, de início súbito, com relato de ciclo menstrual irregular e secreção vaginal esbranquiçada. À ultrassonografia endovaginal com análise Doppler colorida e de amplitude foram identificadas a gestação tópica de 4 semanas e 5 dias e gestação ectópica rota e bloqueada à direita. Realizou-se, então, laparotomia exploradora com salpingectomia à direita. A paciente recebeu alta e retornou 4 semanas após (16/04/08), quando relatou sangramento vaginal há 1 dia e dor pélvica há 2 dias. Realizou-se ultrassonografia endovaginal, que em correlação com o exame ecográfico do dia 21/03/08, concluiu-se abortamento incompleto devido à existência de material amorfo na cavidade endometrial. Assim, fica evidente a necessidade de o ultrassonografista ter em sua rotina de exame obstétrico a verificação de gravidez ectópica sempre que a paciente apresentar gravidez intrauterina instalada. Tal procedimento colaborará para a redução da morbimortalidade materna e para a viabilização da gestação tópica.

P-390 – Mucopolissacaridose tipo IVA (síndrome de Morquio): relato de um caso.

Giovanni Bessa Pereira Lima; Luís Ronan Marquez Ferreira de Souza; Isabela de Oliveira Monteiro; Felipe Pinto Ireno; Hélio Antônio Ribeiro Júnior.

Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Introdução: Mucopolissacaridoses são distúrbios metabólicos raros causados por deficiência de enzimas lisossomais específicas resultando em acúmulo de glicosaminoglicanos nos tecidos corporais. Relatamos este caso para descrição e revisão dos seus achados radiológicos característicos. **Descrição:** Descrevemos um paciente do sexo feminino, 14 anos, com cifose toracolombar e deformidade torácica desde os 15 meses de idade, evoluindo com retardo do crescimento e dor em quadris e joelhos. **Discussão:** A síndrome de Morquio é uma mucopolissacaridose do tipo IVA caracterizada pela deficiência da enzima lisossomal N-acetilgalactosamina-6-sulfato sulfatase, resultando no acúmulo de queratan sulfato nos tecidos corporais. É uma osteocondrodistrofia de transmissão autossômica recessiva, ocorrendo em 1 em cada 40.000 nascimentos. As alterações clínicas aparecem a partir dos 18 meses de idade, caracterizadas por displasia esquelética com preservação do desenvolvimento neuropsicomotor. É evidente o retardo do crescimento do tronco acompanhado de *pectus carinatum*, deformidade da coluna vertebral principalmente devida a cifose toracolombar, genoalgalgo, frouxidão ligamentar e alterações extraesqueléticas como redução das acuidades visual e auditiva, hepatoesplenomegalia e cardiopatia. O diagnóstico pode ser sugerido pelas alterações radiológicas da coluna vertebral e das extremidades. A característica mais típica consiste em platiespondilia universal associada a cifose da região toracolombar, onde uma das vértebras apresenta-se arredondada com projeção anterior central em forma de língua. Os ossos ilíacos estão alargados e contraem-se inferiormente estreitando a pelve, e as cavidades acetabulares apresentam-se aumentadas com margens ásperas possibilitando subluxação coxofemoral. Observam-se epífises das cabeças femorais pequenas e irregulares associadas a colo femoral largo e valgizado. Os ossos longos geralmente são curtos com metáfises alargadas e irregulares e centros de ossificação displásicos. Nas mãos, encontra-se afinamento das extremidades proximais do segundo ao quinto metacarpo associado a encurtamento destes ossos e irregularidade das epífises. Ao radiologista cabe detectar precocemente as alterações radiográficas, auxiliando o médico solicitante minimizar as limitações da própria evolução da doença.