

ULTRASSONOGRRAFIA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA / MEDICINA FETAL

Código do trabalho: 34

RELATO DE CASO: GESTAÇÃO TÓPICA EM ÚTERO DIDELFO, ASSOCIADA A AGENESIA RENAL MATERNA.

Fernando Linhares Pereira; Adolfo Previdelli Bolinelli; Aluizio de Oliveira Neto; Bruno Dantas Santana.

Hospital Estadual Vila Alpina – São Paulo, SP, Brasil.

O propósito deste relato de caso é a demonstração de gestação tópica espontânea em útero didelfo, ressaltando-se a importância da avaliação complementar por imagem do sistema urinário. Paciente de 30 anos, sabidamente gestante, G2P0A1, deu entrada no pronto-socorro obstétrico de nosso serviço com queixa de sangramento vaginal há três dias. Realizado o inventário histórico da paciente, que não revelou antecedentes pessoais de enfermidades, mesmo após episódio pregresso de abortamento espontâneo. Ao exame físico ginecológico e obstétrico da paciente não foi demonstrado qualquer tipo de alteração. Solicitada ultrassonografia transvaginal para avaliação fetal complementar, que evidenciou dois úteros distintos, dois colos uterinos, ausência de septo intravaginal e gestação tópica viável com data estimada de oito semanas no útero direito. A avaliação do útero esquerdo demonstrou endométrio com padrão secretor/menstrual e nódulo miometrial subseroso; ambos os colos uterinos encontravam-se impérvios. Estendido o exame ultrassonográfico materno para estudo abdominal com transdutor convexo, foram diagnosticados agenesia renal direita e rim esquerdo vicariante. Após primeiro trimestre gestacional, foi complementado estudo por imagem com ressonância magnética para melhor caracterização uterina. Este raro caso ilustra a importância do conhecimento dos diferentes tipos de malformações uterinas e suas possíveis comorbidades associadas, bem como a necessidade do correto diagnóstico para melhor condução do pré-natal, do segmento clínico e/ou cirúrgico e da correta investigação imagiológica complementar.

Código do trabalho: 82

TERATOMA SACROCOCÓCIGEO GIGANTE.

Rafael Henrique Camilo Baeta; Laura Macedo Alexandre; Luiz Eduardo Scianni Morais; Heraldo Carlos Pereira; Thais Tavares Fernandes; Ingrid Ribeiro Macedo Baeta; Tereza Christina Moterani de Moura Leite; Ricardo Moreira Souza.

Hospital Universitário Alzira Velano – Alfenas, MG, Brasil.

Introdução: O teratoma sacrococóceo é um tumor, geralmente benigno, de uma ou mais camadas de células germinativas, derivado de células pluripotentes. Aparece na região sacral do feto. Em algumas situações, ele pode apresentar crescimento muito rápido, chegando a gerar espoliação com sequestro hemático. **Relato de caso:** Paciente recém nascido de R.A.A., sexo feminino, encaminhado de Boa Esperança, MG, nascido no dia 25/3/2012, de parto cesáreo, 38 semanas, Apgar 6/8, 5,8 kg, apresentando grande massa na região sacral, de 61 cm de diâmetro. Apresentou ultrassom obstétrico de 17/2/2012, com hipótese de massa sacral. Admitido no Hospital Universitário Alzira Velano, no dia 26/3/2012, com diagnóstico de teratoma sacrococóceo gigante com sequestro hemático e ânus imperfurado. Na tomografia computadorizada observou-se volumosa lesão sacral, com predomínio externo na região glútea, de densidade mista, com componentes de gordura, cálcio e partes moles, apresentando leve realce após a infusão de contraste. Realizada exérese no dia 30/3/2012, sem

intercorrências. Achados histológicos compatíveis com teratoma simples e ausência de atipia celular. Paciente evoluiu bem, recebendo alta hospitalar no dia 7/5/2012. **Discussão:** A origem do tumor decorre de falha na migração das células germinativas primordiais. Histologicamente, são divididos em maduro, imaturo e maligno. Classificam-se em: tipo I – com predomínio externo na região glútea, podendo haver mínimo componente pré-sacral; tipo II – tumor que se apresenta externamente com extensão intrapélvica significante; tipo III – componente externo pequeno e predomínio do componente pélvico com extensão para o abdome; e tipo IV – predomínio pré-sacral sem significativa apresentação externa ou extensão pélvica. O tipo I é o mais comum e com menor probabilidade de malignidade no momento do diagnóstico. Ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética de abdome e pelve auxiliam na delimitação da lesão, determinação da anatomia das estruturas adjacentes e no diagnóstico diferencial. O tratamento, independentemente do tipo histológico, é a ressecção cirúrgica completa do tumor e do cóccix. **Conclusão:** A região sacrococócea é a mais frequente localização dos teratomas em crianças. A ressecção tumoral completa e a retirada do cóccix constituem o principal objetivo no tratamento curativo. O diagnóstico e seu tratamento precoce são de fundamental importância para evitar sua malignização.

Código do trabalho: 86

HÉRNIA DE BOCHDALEK.

Rafael Henrique Camilo Baeta; Tereza Christina Moterani de Moura Leite; Luiz Eduardo Scianni Morais; Heraldo Carlos Pereira; Adriano Macedo Oliveira; Ingrid Ribeiro Macedo Baeta; Laura Macedo Alexandre; Ricardo Moreira Souza.

Hospital Universitário Alzira Velano – Alfenas, MG, Brasil.

Introdução: A hérnia diafragmática congênita é uma importante emergência cirúrgica do recém-nato, que exige diagnóstico e tratamento imediatos. Os sintomas e a gravidade dependem do grau de conteúdo herniado. **Relato de caso:** Recém-nato pré-termo, 35 semanas, sexo feminino, com histórico de polidrâmnio, nascido de parto cesáreo, Apgar 4/5, foi admitido no Hospital Universitário Alzira Velano com 21 horas de vida e história de insuficiência respiratória aguda e instabilidade hemodinâmica. Exame físico: bulhas cardíacas deslocadas e maciez à percussão do hemitórax envolvido. Radiografia de tórax mostrou imagens sugestivas de alças intestinais no hemitórax direito e desvio do mediastino contralateralmente. Tomografia computadorizada mostrou alças intestinais, gordura mesentérica e parte do lobo direito do fígado acima do diafragma, pela deiscência localizada na parte posteromedial da cúpula diafragmática direita. Foi realizada intubação orotraqueal e encaminhado para o bloco cirúrgico. Os achados cirúrgicos mostraram alças intestinais e parte do fígado intratorácicos, com colapso do pulmão direito. Foi reduzido o conteúdo abdominal e reparado o diafragma. Após três dias, o recém-nato faleceu. **Discussão:** A herniação diafragmática ocorre, mais comumente, nos segmentos posterolaterais do diafragma, com frequência maior no lado esquerdo. O defeito é o não fechamento do canal pleuroperitoneal durante o desenvolvimento embrionário (forame de Bochdalek). Mais raramente, a herniação se dá na porção anterior do diafragma, na área retroesternal, representando defeito de fusão na linha mediana dos dois primórdios do diafragma com elementos do pericárdio (forame de Morgagni). **Conclusão:** Este caso ilustra hérnia diafragmática de Bochdalek à direita, que

corresponde a uma localização incomum. Os métodos de imagens empregados auxiliam no diagnóstico diferencial das massas mediastinais e torácicas causadoras de desconforto respiratório nos recém-natos.

Código do trabalho: 87

DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL DE SEQUESTRO PULMONAR: RELATO DE CASO.

Júlio César Faria Couto; Mateus Henrique Baylon e Silva; Fabrício Maia Torres Alves; Ovídio Carlos Carneiro Villela; Fernanda Sachetto Pimenta; Sandra Mara Sachetto da Silva Pimenta.

Clínica São Judas Tadeu – Ipatinga, MG, Brasil.

Introdução: Sequestro pulmonar é uma malformação pouco frequente. Apresenta-se como uma massa pulmonar não funcionante sem comunicação com a árvore traqueobrônquica que possui vascularização própria a partir da aorta torácica. Seu diagnóstico pré-natal ainda é raro, normalmente realizado em centros de referência. A seguir, relatamos um caso de diagnóstico pré-natal de sequestro pulmonar. **Relato do caso:** Paciente de 33 anos, primigesta, com 22 semanas de gestação, realizou ultrassonografia (US) que mostrou, na base pulmonar esquerda, imagem hiperecogênica, de formato triangular, medindo 1,6 × 3,3 cm, apresentando vascularização individualizada a partir da aorta, compatível com sequestro pulmonar. Após duas semanas, US de controle revelou discreto aumento da imagem, medindo cerca de 2,8 × 3,4 cm. Não foram observadas outras alterações associadas. Com 29 semanas de gestação, foi realizada ressonância magnética (RM), que mostrou formação triangular na base pulmonar esquerda medindo 3,6 × 2,4 × 2,6 cm, sugestiva de sequestro pulmonar. Com 39 semanas, foi submetida a cesariana, sem intercorrências. Tomografia computadorizada realizada pós-parto confirmou o diagnóstico pré-natal. A criança encontra-se em acompanhamento e permanece assintomática, com estabilização da imagem. **Discussão:** Embora o sequestro pulmonar seja a segunda malformação pulmonar mais comum, é pouco frequente, com incidência estimada de até 1,8%. Sua etiologia ainda está mal esclarecida. A localização mais comum é na porção posterior da base do hemitórax esquerdo. O diagnóstico pré-natal do sequestro pulmonar é raro, havendo poucos casos descritos na literatura, sendo possível seu diagnóstico a partir de 16 semanas de gestação por meio da US obstétrica. O estudo com Doppler pode identificar artéria de vascularização do sequestro com origem sistêmica, reforçando o diagnóstico. A RM fetal, por ser um ótimo método para a avaliação de massas pulmonares, é útil na confirmação do diagnóstico pré-natal.

Código do trabalho: 112

A IMPORTÂNCIA DO EXAME ECOGRÁFICO NA DOENÇA ENDOMETRIÓTICA PROFUNDA.

Bruna Vilaça de Carvalho; Bruna de Oliveira Melim Aburjeli; Izabella de Campos Carvalho Lopes; James de Brito Correa; Fernanda Magalhães Menicucci; Ana Maria Doffémond Costa; Elizabeth Asuncion Sanchez de Ayub; Carlos Henrique Mascarenhas Silva.

Hospital Mater Dei – Belo Horizonte, MG, Brasil.

A endometriose atinge cerca de 10% da população feminina. É definida pela presença de tecido endometrial em localização extrauterina. A dismenorria é o principal sintoma. O padrão-ouro para diagnóstico é a videolaparoscopia, mas estudos recentes têm conferido ao método ecográfico alta sensibilidade e especificidade. A endometriose profunda acomete porções abaixo do peritônio. Ocorre no retossigmoide em 37% dos casos da endometriose do trato gastrointestinal. Os sintomas incluem dor abdominal, diarreia, hematoquezia e constipação,

que ficam mais evidentes durante o período menstrual. O tratamento curativo é via excisão cirúrgica dos focos endometrióticos. Paciente G.S.L., 30 anos, procurou o pronto-socorro com queixa de dor pélvica profunda com irradiação para o ânus. Relatou já ter feito histerectomia subtotal por causa de miomas. Ao exame físico ginecológico não foram encontradas alterações. O ultrassom endovaginal mostrou nódulo em parede de alça intestinal na transição retossigmoide, com sinais de aderências a estruturas vizinhas. A endoscopia digestiva demonstrou discreta congestão de mucosa de sigmoide proximal; abaulamento revestido por mucosa irregular junto à transição retossigmoide sugestiva endometriose. Complementada a propedêutica com exame de ressonância magnética, que revelou imagem nodular em contiguidade com a parede anterior da transição retossigmoide. Foi definida a doença endometriótica profunda, optando-se por tratamento cirúrgico retossigmoidectomia via laparoscopia, que confirmou a doença. O ultrassom deve ser o método de escolha para a abordagem inicial, pois pode mostrar a lesão hipoeecogênica homogênea em forma de letra C na parede intestinal envolvendo a camada muscular e outras. Tem boa relação custo-benefício, sendo de fácil acesso à população, além de mostrar o grau de infiltração da endometriose na parede intestinal.

Código do trabalho: 116

TERATOMA OVARIANO MADURO ROTO: RELATO DE CASO.

Ana Flávia Assis de Ávila; Fernanda Magalhães Menicucci; Bruna de Oliveira Melim Aburjeli; Estêvão Albino Torres Vargas; Bruna Vilaça de Carvalho; Daniella Oliveira Leitão Bronzatti; Carlos Henrique Mascarenhas Silva; Elizabeth Asuncion Sanchez de Ayub.

Hospital Mater Dei – Belo Horizonte, MG, Brasil.

Este estudo se constitui em uma descrição de caso de rotura de teratoma maduro ovariano, diagnosticado por ultrassom (US) e tomografia computadorizada (TC). Como objetivo, visou-se a uma breve revisão da literatura quanto à avaliação diagnóstica dos teratomas ovarianos rotos, entidade rara. Teratoma de ovário é um tumor comum, representando 20% dos tumores ovarianos em adultos e a neoplasia de células germinativas mais frequente. Eles compreendem um grande número de tipos histológicos, sendo o teratoma cístico maduro (TCM) o mais comum deles. Podem ser associados a várias complicações, que incluem torção (16% dos teratomas), ruptura (1%), transformação maligna (1% a 2%), infecção (1%) e anemia hemolítica autoimune (1%). Estas complicações requerem diferentes estratégias terapêuticas, portanto, o seu diagnóstico preciso é fundamental. Paciente do sexo feminino, 29 anos, com queixa de dor abdominal de início súbito, cujo diagnóstico de ruptura de teratoma ovariano maduro foi sugerido em US e TC pélvicos, que mostraram imagem cística à esquerda, heterogênea, com componentes com atenuação de gordura à TC, associada à presença de líquido livre em pelve. A paciente foi submetida a salpingo-ooforectomia. O estudo histopatológico confirmou o diagnóstico inicial. Os TCMs afetam jovens, têm diâmetro médio de 6 cm, geralmente apresentam conteúdo lipídico e em 10% dos casos são bilaterais. A maioria é diagnosticada pelo US. A TC e a ressonância magnética (RM) diagnosticam facilmente esses tumores, pois têm alta sensibilidade para detecção de gordura. Esses tumores podem raramente se romper, causando extravasamento do seu conteúdo para o peritônio. Ao US, à TC e à RM o diagnóstico preciso de um teratoma roto pode ser realizado quando se observa descontinuidade de sua parede. A presença de um tumor de forma distorcida, bem como a associação de peritonite, ascite e/ou massas inflamatórias com um teratoma de ovário, sugerem ruptura e impõem a avaliação da integridade da parede do tumor.

Código do trabalho: 138

DIAGNÓSTICO ULTRASSONOGRÁFICO DA HIPOPLASIA DO CORAÇÃO ESQUERDO: RELATO DE UM CASO.

Fernanda Magalhães Menicucci; Natalia Delage Gomes; Juliana Moyses Leite Abdalla; Carlos Henrique Mascarenhas Silva; Elizabeth Asuncion Sanchez de Ayub; Ana Maria Doffémond Costa; Juliana Oggioni Gaiotti; Ana Flávia Assis de Ávila.

Hospital Mater Dei – Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução: A síndrome da hipoplasia do coração esquerdo (SHCE) é uma doença rara caracterizada por hipoplasia do ventrículo esquerdo e da aorta, além de estenose ou atresia da valva mitral e/ou aórtica. A doença afeta 1,6 a 3,6/10.000 nascidos vivos. O diagnóstico pré-natal modifica o prognóstico da doença ao possibilitar intervenção intrauterina ou terapêutica neonatal imediata. **Descrição:** Paciente L.F.B., 23 anos, primigesta, hígida, gestante de 20/21 semanas, submetida a ultrassom morfológico em 12/1/2012, sendo confirmada gestação de 20/21 semanas. Feto apresentando ventrículo esquerdo (VE) de dimensões aumentadas com pequeno fluxo no interior, válvula mitral com movimento limitado, válvula aórtica com movimento de abertura e fechamento restrito. Realizado ecocardiograma fetal, que mostrou estenose aórtica acentuada, insuficiência mitral, fibroelastose miocárdica de VE e fluxo reverso em arco transversal, achados suspeitos de SHCE. Em 18/4/2012 foi feita nova avaliação, que acrescentou contratilidade de VE reduzida, aorta ascendente de calibre diminuído, mantendo fluxo reverso em arco transversal. Paciente submetida a cesariana na 38ª semana. Recém-nascido submetido a intervenção cirúrgica no sexto dia de vida, evoluindo sem intercorrências até o momento. **Discussão:** A SHCE causa 25% dos óbitos por cardiopatia na primeira semana de vida. O diagnóstico ultrassonográfico baseia-se na hipoplasia do VE identificada ao corte quatro câmaras. Durante a vida fetal não apresenta comprometimento funcional significativo devido ao ducto arterioso pérvio. Após o nascimento, ocorrem congestão pulmonar e falência circulatória, causando óbito do recém-nascido se o tratamento não for instituído. O tratamento pré-natal consiste em valvoplastia aórtica fetal. Após o parto, as opções terapêuticas são transplante cardíaco e cirurgia de Norwood.

Código do trabalho: 169

PENTALOGIA DE CANTRELL: RELATO DE CASO.

Juliana Oggioni Gaiotti; Bruna de Oliveira Melim Aburjeli; Fernanda Magalhães Menicucci; Bruna Vilaça de Carvalho; Izabella de Campos Carvalho Lopes; Carlos Henrique Mascarenhas Silva; Elizabeth Asuncion Sanchez de Ayub; Juliana Moyses Leite Abdalla.

Hospital Mater Dei – Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução: A pentalogia de Cantrell é uma anomalia congênita rara com prevalência estimada de 1/100.000 nascidos vivos. Ocorre principalmente no sexo masculino e pode estar associada a outras anomalias, não apresentando, no entanto, etiologia totalmente esclarecida até o momento. O objetivo deste trabalho é relatar um caso desta anomalia rara detectada à ultrassonografia, ressaltando a importância do diagnóstico precoce (intraútero), estabelecido por este método, para auxiliar o manejo clínico desses casos, assim como para melhor entendimento e preparação dos genitores. **Descrição:** Primigesta de 21 anos, previamente hígida, procurou nosso serviço para a realização de ultrassonografia com a idade gestacional de 39 semanas. Paciente sem antecedentes mórbidos, apresentou ao exame ultrassonográfico: feto masculino com ectopia cordis, defeito no diafragma anterior, onfalocelo de grandes dimensões contendo fígado e coração, associados a pro-

vável defeito do septo interventricular. Os achados ultrassonográficos foram compatíveis com a síndrome de Cantrell. **Discussão:** A pentalogia de Cantrell é caracterizada por malformações da porção inferior do esterno, região anterior do diafragma, da linha média abdominal e do pericárdio diafragmático, associadas a anomalias cardíacas. O diagnóstico de certeza desta síndrome é estabelecido, segundo Toyama, pela presença destes cinco defeitos descritos, que podem ser detectados à ultrassonografia, sendo este método de grande valia no diagnóstico precoce e acompanhamento desta anomalia.

Código do trabalho: 233

CISTO DE COLÉDOCO CONGÊNITO: RELATO DE CASO CLÍNICO E REVISÃO DE LITERATURA.

Mirella Martins Feitosa Osório; Alkisia Moreira Lima Bomfim; Clarissa Angélica Cavalcante Batista; Adriano Czapkowski; Claudio Rodrigues Pires; Sebastião Marques Zanforlin.

Cetrus – São Paulo, SP, Brasil.

Objetivo: Demonstrar um raro caso de cisto de colédoco congênito, diagnosticado precocemente no pré-natal por ultrassonografia (US), método não invasivo, de baixo custo, capaz de identificar dimensões, contornos, características e localização da lesão, possibilitando assim correção cirúrgica e, conseqüentemente, a melhora do prognóstico. **Descrição:** Recém-nascido com peso adequado para idade gestacional (38 semanas e 5 dias), sexo feminino, parto cesáreo, Apgar 9/10, que apresentava imagem abdominal anecoica epigástrica em US morfológica. Ao exame ultrassonográfico neonatal evidenciou-se formação anecoica epigástrica, adjacente à veia porta, com estreita comunicação com as vias biliares extra-hepáticas. O interior apresentava aspecto anecoico com diminutos pontos ecogênicos em suspensão. Não foram observados sinais de dilatação das vias biliares intra-hepáticas ou cálculos. Maiores medidas do cisto: 41,0 × 20,6 × 31,4 mm. Os achados cirúrgicos incluíram formação cística adjacente ao colédoco. Realizada aspiração de líquido esverdeado (aspecto bilioso). Não foram observados cálculos ou tumores. O resultado anatomopatológico confirmou cisto de colédoco congênito. **Discussão:** O cisto de colédoco congênito constitui uma doença rara de etiologia desconhecida, que acomete predominantemente o sexo feminino, com incidência de 1:2.000.000 nascidos vivos. É caracterizado por junção anômala dos ductos pancreáticos e do colédoco durante o período embrionário. O bom prognóstico depende do diagnóstico precoce no pré-natal, que previne as complicações da doença. A US morfológica é de fundamental importância para fornecer informações sobre as vias biliares intra e extra-hepáticas e eventuais anomalias estruturais.

Código do trabalho: 271

DISGENESIA DE CORPO CALOSO AVALIADA POR ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL.

Erika Klein; Mirella Martins Feitosa Osório; Adriano Czapkowski; Sebastião Marques Zanforlin; Claudio Rodrigues Pires.

Cetrus – São Paulo, SP, Brasil.

Introdução: Demonstrar um caso de disgenesia do corpo caloso por ultrassonografia transvaginal, que permitiu diagnóstico antenatal de forma segura. **Descrição do caso:** Descrição de caso clínico e revisão de literatura sobre os aspectos mais relevantes da disgenesia de corpo caloso. Paciente H.F.S., 27 anos, G1P0A0, ultrassom do primeiro trimestre normal, ultrassom morfológico de segundo trimestre com “hidrocefalia”. Exame realizado nesta instituição com 23 semanas, via abdominal, identificou apresentação cefálica, colpocefalia, e não foi identi-

ficado cavum do septo pelúcido. Avaliação via vaginal não identificou corpo caloso, giros com disposição em “raios de sol”, discreta dilatação do terceiro ventrículo e colpocefalia bilateral. **Discussão:** Disgenesia do corpo caloso é uma entidade rara, de igual prevalência entre ambos os sexos, atingindo de 1 a 10 para 1.000 nascidos vivos. O diagnóstico é realizado no período antenatal pela demonstração da ausência do complexo formado pelo corpo caloso e cavum do septo pelúcido. A ausência pode ser total e se deve a uma agenesia embrionária primária ou, mais raramente, por destruição secundária a encefalomalácia intrauterina. A ausência parcial ocorre mais tardiamente no desenvolvimento e pode afetar a porção anterior do corpo caloso. O desenvolvimento da imagem ecográfica tridimensional permite uma abordagem mais aprimorada para este diagnóstico e um prognóstico mais preciso. A ultrassonografia é um importante método de rastreamento para malformações do sistema nervoso central, notadamente os defeitos da linha média, e sua complementação por via vaginal (cortes sagitais) mostrou-se eficaz como método de diagnóstico adicional e preciso.

Código do trabalho: 286

PERSISTÊNCIA DA VEIA UMBILICAL DIREITA: RELATO DE CASO.

Juliana Barreto Braga; Renata Yumu Owada; Helena Caroline Brandão; Shanna Kiyoshi Sugai; Adriano Czapkowski; Sebastião Marques Zanforlin; Claudio Rodrigues Pires.

Cetrus – São Paulo, SP, Brasil.

Introdução: A persistência da veia umbilical direita constitui a anomalia do sistema venoso fetal mais frequentemente detectada. A prevalência é estimada em cerca de 1:250 a 1:570. O diagnóstico ultrassonográfico pode ser realizado no final do primeiro trimestre, por meio do Doppler colorido e pulsado em secção transversal da circunferência abdominal fetal. O prognóstico depende principalmente da existência de malformações associadas, observadas em 10–25% dos casos. **Descrição:** Gestante I.A.L.K., 26 anos, idade gestacional, pelo tempo de amenorreia, de 34 semanas e 1 dia, realizava o pré-natal sem intercorrências clínicas e obstétricas, com biometria fetal compatível. Ao exame ultrassonográfico obstétrico do terceiro trimestre observou-se uma veia umbilical localizada à direita da vesícula biliar, com drenagem no ramo porta intra-hepático. Não foram observadas anomalias estruturais cardíacas ou em outros órgãos. O parto ocorreu sem intercorrências e a evolução pós-natal dentro dos limites da normalidade. **Discussão:** Durante o desenvolvimento embrionário há uma alteração vascular em que a veia umbilical esquerda regride e a veia umbilical direita persiste, podendo ser isolada ou associada a outras anomalias congênitas, tais como distúrbios geniturinários, gastrointestinal, cardíaco e esquelético. Em 25% e 20% dos casos, apresentam alterações cromossômicas (trissomia do 18 e síndrome de Turner) e malformação cardiovascular complexa, ou seja, transposição dos grandes vasos, estenose pulmonar e tetralogia de Fallot, respectivamente. Quando isolada, a persistência da veia umbilical direita é geralmente desprovida de repercussões pré ou pós-natais e deve ser considerada uma variante da anatomia normal fetal. Entretanto, deve-se lembrar que pode ser associada a graves anomalias congênitas.

Código do trabalho: 293

NEOPLASIA DE BEXIGA. DIAGNÓSTICO ULTRASSONOGRÁFICO TRANSVAGINAL E 3D: RELATO DE CASO.

Helena Caroline Brandão; Shanna Kiyoshi Sugai; Juliana Barreto Braga; Renata Yumu Owada; Adriano Czapkowski; Sebastião Marques Zanforlin; Claudio Rodrigues Pires.

Cetrus – São Paulo, SP, Brasil.

Introdução: Diante de uma paciente com queixa de sangramento no período da pós-menopausa é fundamental identificar o fator causal e, se possível, excluir carcinoma endometrial. A investigação é usualmente pautada no uso de ultrassonografia transvaginal (USTV) e/ou histeroscopia diagnóstica. Uma vantagem da USTV consiste em investigar a pelve por inteiro caso nenhuma afecção endometrial tenha sido detectada. Carcinoma da bexiga constitui um achado raro em pacientes com sangramento vaginal anormal. **Descrição:** Dois casos clínicos de lesões vesicais vegetantes diagnosticadas pela US. No primeiro caso, paciente de 60 anos, menopausada há 11 anos, branca, G4P4A0, com quadro de sangramento na pós-menopausa. A USTV revelou endométrio linear. A bexiga foi esvaziada de forma incompleta, possibilitando a identificação de lesões irregulares, vegetantes, imóveis, de até 22 mm de diâmetro, com fluxo interno ao estudo dopplervelocimétrico. No segundo caso, paciente de 58 anos, menopausada há seis anos, branca, G3P2A1, encaminhada para exame de rotina, sem queixas clínicas. O exame ultrassonográfico pélvico foi normal, exceto pela presença de imagens vegetantes no interior da bexiga. Realizada avaliação com recurso 3D, em que se observou diversas formações irregulares, com fluxo presente ao estudo Doppler e lesões de até 18 mm de diâmetro. **Conclusão:** As pacientes foram submetidas a cistoscopia com biópsia e o estudo anatomopatológico dos casos revelou carcinoma de células de transição. O objetivo principal na investigação do sangramento na pós-menopausa é excluir câncer endometrial, mas outras causas de sangramento devem ser consideradas. Na bexiga, a doença pode ser evidenciada pelo exame ultrassonográfico abdominal e marcadamente detalhada pela USTV. No entanto, existem poucos dados sobre o desempenho da técnica ecográfica transvaginal. Assim, estudos prospectivos são necessários para otimizar sua utilização.

Código do trabalho: 341

GESTÃO COM SINÉQUIA UTERINA: ASPECTOS ULTRASSONOGRÁFICOS E DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS.

Renata Yumu Owada; Helena Caroline Brandão; Shanna Kiyoshi Sugai; Juliana Barreto Braga; Adriano Czapkowski; Claudio Rodrigues Pires; Sebastião Marques Zanforlin.

Cetrus – São Paulo, SP, Brasil.

Introdução: As sinéquias uterinas constituem aderências que ocorrem secundariamente a processos infecciosos intrauterinos, a procedimentos cirúrgicos como curetagem, e a radioterapia pélvica. A incidência desta entidade após curetagem é significativa e crescente com o número de procedimentos. A presença de sinéquias deforma o compartimento endometrial e pode ocasionar dismenorreia, alteração do fluxo menstrual e infertilidade, por dificultar o processo de nidadação. O diagnóstico definitivo pode ser realizado por histeroscopia, histerossalpingografia ou histerossonografia. Durante a gestação, a brida amniótica e as malformações müllerianas constituem os principais diagnósticos diferenciais das sinéquias e o único método passível de aplicação neste período é o ultrassonográfico. **Descrição:** Relato de caso de uma paciente, S.M.S.F., 37 anos, branca, secundigesta, tempo de amenorreia de 26 semanas e 4 dias, com antecedente obstétrico pregresso de um aborto com curetagem uterina, ciclos menstruais regulares, que procurou o serviço para realização de exame ultrassonográfico morfológico do segundo trimestre. O exame ultrassonográfico identificou feto único, vivo, biometria fetal compatível com o tempo de amenorreia e imagem linear ecogênica que atravessava a cavidade amniótica. Parto ocorreu sem intercorrências, com recém-nascido vivo, sexo masculino, Apgar 9 e 10, peso 3.520 gramas, sem alterações no exame físico. **Discussão:** A distinção entre

as entidades nosológicas passíveis de produzir tal aspecto ultrassonográfico, como a brida amniótica, constitui importante medida para estimar os riscos de acometimento fetal.

Código do trabalho: 346

RELATO DE CASO: AQUIRIA

Daniel Macedo Severo de Lucena¹; Cláudio Sérgio Medeiros Paiva²; Leonardo Guilherme Cabral Paiva²; Luís Eduardo Cabral Paiva²; Anne Carine de Lima¹; Gustavo Henrique Bezerra Avelino¹; Marina Feitosa Soares¹; Elaine Fernanda Tavares de Souza¹.

¹ UFPE – Recife, PE; ² UFPB – João Pessoa, PB, Brasil.

Introdução: A aquiria é uma malformação rara, de patogenia desconhecida, caracterizada pela ausência da estrutura distal do membro com preservação das estruturas proximais normais. Sua prevalência oscila entre 0,04 e 0,15 por 10.000 nascimentos. Existem duas teorias para justificar seu surgimento: insuficiência vascular por traumatismos, como biópsia de vilo corial, ou o uso de substâncias teratogênicas, dentre as quais se destaca a talidomida. Trata-se de uma doença congênita não fatal, porém de alta morbidade ao paciente. Seu diagnóstico pré-natal mostra-se, portanto, como um auxílio fundamental na orientação pré-concepcional da gestante, e pode ser dado ultrassonograficamente, desde que se siga uma sistematização do exame morfológico fetal. **Descrição:** Gestante E.A.S., 27 anos, G2P1, pré-natal sem anormalidades, em uso de sulfato ferroso e multivitamínicos, compareceu em clínica privada para realização de exame obstétrico morfológico de rotina. Negava uso de outros medicamentos durante a gravidez; sem antecedentes de malformações fetais. Durante exame ultrassonográfico em duas dimensões notou-se ausência da imagem da mão esquerda do feto. Foi realizada avaliação complementar com ultrassonografia em três dimensões (3D), que confirmou o diagnóstico de aquiria. A imagem 3D foi importante para informar à gestante o significado da malformação. **Discussão:** A ultrassonografia é um método diagnóstico complementar de excelência ao acompanhamento pré-natal da gestante. Sua aplicação na avaliação morfológica fetal deve ser sistemática, de modo a evitar o subdiagnóstico de anomalias fetais de grande morbidade, como a aquiria. Dessa maneira, é possível a manutenção de um acompanhamento adequado, fortalecendo a relação médico-paciente, com preparo da gestante à realidade que se segue.

Código do trabalho: 360

DIAGNÓSTICO DE NEOPLASIA DE OROFARINJE CONGÊNITA POR ULTRASSONOGRAFIA: RELATO DE CASO.

Lígia Zilzalza Figueira; Ana Clara Campos; Thaisy de Lima Freire; Sérgio Magrini Florenzano; Adriano Czapkowski; Claudio Rodrigues Pires; Sebastião Marques Zanforlin.

Cetrus – São Paulo, SP, Brasil.

Introdução: Epignathus constitui um raro tipo de teratoma da orofaringe proveniente da base do crânio, cuja frequência é inferior a 1% de todos os teratomas congênitos. Quando ele se forma a partir do palato ou da faringe e se projeta para a boca, pode resultar em risco de vida por obstrução das vias aéreas após nascimento. O diagnóstico e a assistência intraparto podem ser determinantes no prognóstico pós-natal. O método EXIT (*ex utero intrapartum treatment*) consiste na desobstrução das vias aéreas por intubação ou traqueostomia, ou até mesmo a ressecção do tumor, antes da ligadura do cordão. **Descrição:** Paciente de 32 anos, na 31ª semana de gestação, apresentou aumento significativo da altura uterina no seguimento pré-natal, sem outras intercorrências. À ultrassonografia morfológica de 1º e 2º trimes-

tres não foi identificada nenhuma alteração anatômica fetal. O rastreamento ultrassonográfico com 31 semanas revelou polidrâmnio (ILA = 27 cm) e massa tumoral expansiva contígua à face. A mandíbula e lábios não foram observados em sua morfologia habitual. A paciente iniciou trabalho de parto prematuro com 32 semanas. Foi realizado tratamento intraparto extrauterino (EXIT). O recém-nascido foi intubado com sucesso e encaminhado para UTI neonatal. Não teve boa evolução do quadro clínico, falecendo com cinco dias de vida. **Discussão:** O diagnóstico de epignathus pode ser realizado no pré-natal com auxílio da ultrassonografia, um método inócuo, barato e bastante difundido. Outros métodos de imagem, como a ressonância magnética e a tomografia computadorizada, podem ser utilizados posteriormente para melhor caracterização, avaliação da extensão da lesão e prognóstico fetal. A paciente deve ser referenciada a um centro terciário para assistência pré-natal de alto risco. No momento do parto, deve haver equipe médica programada e UTI neonatal preparada para receber o recém-nascido no pós-parto imediato.

Código do trabalho: 380

ENSAIO PICTÓRICO: HISTEROSSALPINGOGRAFIA.

Eduardo Just da Costa e Silva; Vinicius Rodrigues de Carvalho; Joanna Brayner Dutra; Camila Medeiros Pinheiro; Danielle Lauritzen Duarte; Ricardo Humberto de Souza Wanderley Filho; Ygor Wernst Felipe Barbosa; Ramonie de Miranda Araujo.

IMIP – Recife, PE, Brasil.

A histerossalpingografia (HSG) representa radiografia contrastada utilizada para avaliação da anatomia e da permeabilidade tubária. O ensaio revisa achados alterados no exame de pacientes submetidas HSG em 2011 que estavam entre o 7º–10º dia do ciclo menstrual, não apresentavam sangramento ou infecção genital. Pacientes realizam HSG para investigar infertilidade ou sucesso de laqueadura tubária. Na infertilidade, sinéquias intrauterinas, conseqüentes de procedimentos intrauterinos ou infecções prévias na cavidade, apresentam-se como falha de enchimento do contraste na cavidade uterina. Alterações na fusão dos ductos de Müller, como o útero bicorno, com visualização de dois cornos uterinos por contraste, ou do útero arqueado, com preenchimento de dois cornos uterinos separados por septo muscular, dificultam a gravidez. Trompas uterinas alteradas são visualizadas na HSG, como na salpingite ístmica nodosa (endometriose tubária), com formações saculiformes preenchidas por contraste. A obstrução tubária bilateral decorre da não opacificação das trompas ou da falha de preenchimento da cavidade pélvica por contraste, presente na laqueadura tubária. A HSG apresenta-se, portanto, como um exame sensível para análise da anatomia uterina e da permeabilidade tubária, causas de infertilidade feminina.

Código do trabalho: 436

DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL DE FLUTTER ATRIAL POR MEIO DA ECOCARDIOGRAFIA FETAL.

Angelica Lemos Debs Diniz; Ana Flavia da Cunha Rezende; Andréa de Martino Luppi.

Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG, Brasil.

Introdução: A detecção de alterações do ritmo cardíaco fetal pode ocorrer em fase relativamente precoce da gestação. Apesar da baixa prevalência das taquiarritmias fetais (0,4–0,6%), é importante diferenciar as taquiarritmias benignas daquelas que necessitam tratamento específico e acompanhamento cuidadoso da sua evolução, para detecção precoce de sinais de insuficiência cardíaca. O flutter atrial é classi-

ficado como a taquiarritmia fetal mais frequente entre as classificadas como independentes do nó atrioventricular e é diagnosticado quando as contrações atriais são maiores ou iguais a 300 batimentos por minuto (bpm). **Descrição:** Gestante M.C.A., 41 anos, G1P0, com gestação de 37,5 semanas, veio na rotina para realização de ultrassom obstétrico. Foi identificado feto sem sinais de hidropisia, com peso adequado para a idade gestacional, placenta levemente espessada, polidrâmnio leve e frequência cardíaca arritmica, com extrassístoles frequentes. A análise Doppler do cordão umbilical demonstrou fluxo normal. Realizado ecocardiograma fetal, com observação da morfologia cardíaca normal, porém a frequência atrial foi registrada pelo modo M em 300 bpm, associada a frequência ventricular de 156 bpm. Indicada interrupção da gestação por cesariana para cardioversão do ritmo cardíaco. O recém-nascido apresentou parada cardíaca no período pós-natal imediato, porém foi feita cardioversão medicamentosa, com evolução favorável do recém-nascido. **Discussão:** As taquiarritmias fetais com frequências elevadas como o flutter podem associar-se a insuficiência cardíaca, hidropisia fetal, com índices elevados de mortalidade. A ecocardiografia fetal é uma ferramenta de grande utilidade. As taquiarritmias que apresentam início súbito, frequência cardíaca acima de 200 bpm, mesmo que não sustentadas, merecem investigação. O diagnóstico é feito pelo ecocardiograma fetal, com a identificação da sequência temporal entre a sístole atrial e ventricular, sendo seu registro realizado no modo M.

Código do trabalho: 437

DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL DE NÓ VERDADEIRO DE CORDÃO UMBILICAL.

Angelica Lemos Debs Diniz; Ana Flavia da Cunha Rezende; Andréa de Martino Luppi.

Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG, Brasil.

O nó verdadeiro de cordão umbilical é uma complicação obstétrica rara, ocorrendo em 0,3% a 2,1% dos partos, entretanto, é uma condição que pode interferir na hemodinâmica fetal, ocasionando desde redução no desenvolvimento do conceito até mesmo morte fetal. O diagnóstico, em geral, é um achado ultrassonográfico incidental, sendo muitas vezes subdiagnosticado. Contudo, a utilização do método Doppler associado à tecnologia tridimensional auxiliam este diagnóstico. **Descrição do caso:** Gestante R.A.B., 29 anos, G1P0, submeteu-se a ultrassom obstétrico de rotina no terceiro trimestre, sendo identificado feto normal, cavidade amniótica normoidrâmnica e cordão umbilical com fluxo normal ao Doppler. Durante a avaliação do cordão identificou-se composição vascular normal, e ao Doppler colorido, imagem compatível com nó verdadeiro. Realizou-se estudo Doppler com reconstrução tridimensional complementar. A gestação evoluiu até o termo, sendo indicado parto cesáreo, com nascimento de menino com Apgar normal. O diagnóstico de nó verdadeiro de cordão foi confirmado. **Discussão:** Apesar do nó verdadeiro de cordão umbilical apresentar-se

como um achado ultrassonográfico pouco frequente e acidental, pode ocasionar repercussões severas para o conceito, em razão das complicações hipóxico-isquêmicas no ambiente intrauterino. Alguns fatores de risco são associados a esta alteração, tais como diabetes gestacional, cordão umbilical longo, multiparidade, polidrâmnio, amniocentese, idade materna avançada e sexo masculino. A ultrassonografia tridimensional associada ao Doppler parece ser útil no rastreamento desta afecção, especialmente no segundo trimestre, no entanto, não deve ser considerada um método diagnóstico definitivo, embora existam achados altamente sugestivos, tais como disposição espacial enovelada do cordão umbilical. Assim, o diagnóstico ultrassonográfico de um nó verdadeiro do cordão umbilical é presumível e confirmado no período pós-natal.

Código do trabalho: 438

DOPPLERVELOCIMETRIA DAS ARTÉRIAS OFTÁLMICAS DE GESTANTES TABAGISTAS.

Maria Marta Bini Martins e Paes; Angelica Lemos Debs Diniz; Ana Paula Lino Jorge.

Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG, Brasil.

Introdução: A ação farmacológica vascular do tabaco é complexa, em razão da quantidade de subprodutos, de um mesmo agente ter efeitos diversos em diferentes doses e de um somatório das ações de cada substância vasoativa. A artéria oftálmica representa o território central e pode ser avaliado com o Doppler. **Objetivos:** Avaliar e comparar os padrões dopplervelocimétricos da artéria oftálmica de gestantes tabagistas na fase aguda e crônica de consumo, com um grupo controle normal. **Casuística e métodos:** O grupo de estudo foi composto por 60 gestantes tabagistas, divididas em: grupo A – 29 pacientes que fumaram há menos de duas horas; grupo B – 31 pacientes que fumaram há mais de duas horas. O grupo controle constou de 51 gestantes não tabagistas. Avaliaram-se o pico de velocidade sistólica (PVS), a velocidade diastólica final (VDF), o índice de pulsatilidade (IP) e o índice de resistência (IR), todos em um olho por um mesmo examinador. Foram aplicados testes de ANOVA e Tukey, com significância de 95%. **Resultados:** O grupo A mostrou médias de IR = 0,78, IP = 1,80, PVS = 34,7 cm/s e VDF = 7,4 cm/s; o grupo B apresentou médias de IR = 0,84, IP = 2,2, PVS = 31 cm/s e VDF = 4,6 cm/s; e o grupo controle mostrou médias de IR = 0,78, IP = 1,89, PVS = 34,5 cm/s e VDF = 7,4 cm/s. Não houve diferença estatística na comparação entre as médias dos índices dos grupos A e controle. Os índices VDF, IR e IP do grupo B foram mais baixos e demonstraram diferenças significantes ($p < 0,01$) quando comparados com os grupos A e controle. **Conclusões:** As gestantes tabagistas crônicas que fumaram há mais de duas horas apresentaram vasoconstrição e hipoperfusão no território orbital. Esses achados poderão ser extrapolados para possíveis complicações hemodinâmicas no sistema nervoso central nesse grupo de gestantes.