



XVI Congresso Mineiro de
Ginecologia e Obstetrícia

RESUMOS

TEMAS
LIVRES
CMGO 2024



SOGIMIG
NÓS POR ELAS

RELATO DE CASO : HÍMEN IMPERFURADO

Palavras-chave: Amenorreia primária, hímen imperfurado, ultrassonografia.

Introdução: O hímen é uma membrana de tecido epitelial escamoso que separa o lúmen vaginal do seio urogenital. Na maioria dos casos, rompe-se naturalmente antes do nascimento, contudo, quando não ocorre a ruptura, surge o hímen imperfurado (HI), uma condição que afeta aproximadamente 1 em cada 1000 meninas e é uma causa comum de amenorreia primária. A imperfuração himenal leva à obstrução do fluxo menstrual, manifestando-se geralmente como dor cíclica na região hipogástrica. O diagnóstico é confirmado pelo hematocolpo ou hematometocolpo (acúmulo de sangue menstrual na cavidade vaginal ou estendendo-se para o útero) em exame de imagem, além de abaulamento himenal. Este estudo tem como objetivo relatar um caso de imperfuração himenal em uma pré-adolescente e ressaltar a importância do diagnóstico precoce dessa condição. **Relato de**

caso: Paciente do sexo feminino, 10 anos, iniciou em fevereiro quadro de dor suprapúbica em cólica, de início abrupto, persistente com duração de 3 dias, sem irradiação, fatores de piora ou melhora. Na história ginecológica, negava a menarca, e, a telarca e pubarca ocorreram por volta dos 8 anos. Não possuía fatores importantes na história pregressa. Ao chegar no ambulatório de pediatria para acompanhamento do quadro, levantou-se a suspeita de infecção do trato urinário e dor relacionada ao período pré-menstrual, sendo solicitado uma propedêutica de exames para posterior avaliação. A ultrassonografia evidenciou moderada quantidade de líquido, de aspecto heterogêneo com debris, distendendo a cavidade vaginal e margeando o colo uterino, com volume estimado de 380,1cm³, sem demais alterações dignas de nota ao exame. Ao retorno, paciente apresentou novo quadro de dor e, após a avaliação, foi encaminhada ao serviço de ginecologia, com hipótese diagnóstica de hímen imperfurado. Ao exame físico e ginecológico, evidenciou-se abdome flácido, doloroso em hipogástrio sem massas palpáveis ou sinais de irritação peritoneal, genitália externa tipicamente feminina estadiamento de Tanner M3P3 com presença de abaulamento himenal e ausência de perfuração. Foi realizado o diagnóstico de hematocolpo secundário a HI, sendo abordado através da himenectomia com a técnica de incisão em cruz para drenagem do conteúdo (350ml) e sutura de bordas com fio absorvível sob sedação em ambiente hospitalar.

Discussão: Embora o hímen imperfurado seja facilmente diagnosticado, sua detecção pode não ocorrer até a menarca, quando os sintomas geralmente se manifestam devido ao acúmulo de sangue nas cavidades vaginal e uterina. Esse acúmulo pode resultar em compressão da uretra e do intestino, causando alterações urinárias e desconforto durante a defecação. Além disso, pode desencadear dor pélvica cíclica e lombalgia, dependendo do volume de líquido

acumulado. O diagnóstico pode ser realizado por meio do exame ginecológico simples, sem a necessidade de espéculo, onde a observação de abaulamento no intróito vaginal ou de uma membrana que impeça a visualização da cúpula vaginal estabeleceria o quadro. A ultrassonografia é comumente utilizada como uma ferramenta auxiliar, evitando a necessidade de exames de alta complexidade na avaliação inicial.

Referências:

1. LAUFER, MR. Congenital anomalies of the hymen and vagina. UpToDate, marc 2024. Acessado em 02 de abril de 2024. - https://www.uptodate.com/contents/congenital-anomalies-of-the-hymen-and-vagina?search=himen%20imperforado&topicRef=104218&source=see_link#H10
2. HOUDA, M. Imperforate hymen. National Library of Medicine, november 2023. Acessado em 02 de abril de 2024 - <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560576/>
3. ACAR A, et al. The treatment of 65 women with imperforate hymen by a central incision and application of Foley catheter. BJOG. 2007 Nov;114(11):1376-9. doi: 10.1111/j.1471-0528.2007.01446.x. PMID: 17949378. Acessado em 02 de abril de 2024.
4. IBISHI VA, et al. Ultrasonographic examination and resolution of a pronounced hematocolpometra linked to an imperforate hymen: A detailed case study. Radiol Case Rep. 2023 Sep 13;18(11):4119-4122. doi: 10.1016/j.radcr.2023.08.098. PMID: 37732002; PMCID: PMC10507056. Acessado em 02 de abril de 2024.

TRATAMENTO DA TORÇÃO OVARIANA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UMA REVISÃO NARRATIVA

INTRODUÇÃO

A torção ovariana (TO) é a rotação do pedículo vascular do ovário, que pode causar prejuízo do fluxo sanguíneo e até necrose. Apesar de a TO representar apenas 2,7% dos casos de abdome agudo na infância e adolescência, é necessário considerá-la como diagnóstico diferencial em quadros de dor/massa abdominal ou pélvica, por ser uma emergência ginecológica. O tratamento adequado dessa condição pode preservar a função ovariana e a fertilidade, porém ainda se observam elevadas taxas de ooforectomia (OFR). Este estudo pretende auxiliar na decisão terapêutica em pacientes pediátricos com TO.

OBJETIVO

Reunir dados essenciais da literatura sobre o tratamento da TO em crianças e adolescentes.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura. Os dados foram coletados em abril de 2024 nas bases Public Medline (PubMed) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), limitando-se a publicações dos últimos 5 anos em português, inglês e espanhol. Utilizaram-se os descritores “Ovarian Torsion”, “Infant”, “Child, Preschool”, “Child”, “Adolescent” e “Therapeutics” compondo a estratégia de busca: “Ovarian Torsion” AND (Infant OR “Child, Preschool” OR Child OR Adolescent) AND Therapeutics. Excluíram-se: artigos indisponíveis na íntegra, estudos em adultos, pesquisas em animais, estudos cujo tema não se enquadra no objetivo do trabalho.

RESULTADOS

Foram encontrados 32 artigos. Aplicados os critérios de exclusão, 10 estudos foram selecionados para compor a amostra final: 4 transversais, 5 relatos de caso e 1 revisão de literatura. 3 artigos evidenciam benefícios da laparoscopia na TO, entre

eles potencial diagnóstico e terapêutico, menor incisão, baixa perda sanguínea e recuperação precoce. A laparotomia fica reservada para casos de massa anexial volumosa. 8 artigos apontam que, visando preservar a fertilidade, prefere-se o manejo conservador da TO, que inclui reversão da torção com ou sem cistectomia e preservação anexial. Recomenda-se essa abordagem mesmo se ovário de aparência necrótica, pois seu aspecto durante a cirurgia não é indicador confiável de inviabilidade. A OFR fica reservada para casos de alta suspeita de malignidade associada à TO ou casos de ovário necrótico não íntegro. 6 artigos abordam possíveis complicações da manutenção do anexo necrótico, como tromboembolismo, risco de malignidade e peritonite, todavia esses riscos são mínimos. 7 artigos afirmam que marcadores tumorais e exames de imagem têm alto valor no planejamento terapêutico.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Apesar das limitações deste trabalho, como possibilidade de viés, pequeno tamanho amostral e presença de variáveis em um número reduzido de estudos, fica evidente a relevância da conservação ovariana em cirurgias para tratamento da TO na população pediátrica, preservando a fertilidade. A opção pela OFR pode ser auxiliada pela dosagem de marcadores tumorais, todavia é importante considerar outras patologias que possam elevá-los e associar os achados de imagem para evitar ressecções anexiais desnecessárias. A literatura carece de evidências que sustentem a definição de critérios sobre as melhores condutas na TO pediátrica; logo, mais estudos são necessários para elucidar esse aspecto.

REFERÊNCIAS

1. RAŹNIKIEWICZ, Aleksandra; KORLACKI, Wojciech; GRABOWSKI, Andrzej. The role of laparoscopy in paediatric and adolescent gynaecology. *Videosurgery and Other Miniinvasive Techniques*, v. 15, n. 3, p. 424-436, 2020.
2. OSKAYLI, Meltem Caglar et al. Assessment of ovarian reserve using serum anti-Müllerian hormone after ovarian torsion surgery. *Pediatrics International*, v. 61, n. 5, p. 504-507, 2019.

3. OLLIVIER, Margot et al. Torsion of otherwise healthy ovary has a worse prognosis than torsion of pathologic ovary in children. *Journal of Pediatric Surgery*, v. 54, n. 11, p. 2435-2438, 2019.

4. USER, Í. D. Í. L. et al. Can preoperative findings help to interpret neoplastic and non-neoplastic lesions of ovary and affect surgical decisions in children and adolescents?. *Archivos argentinos de pediatría*, v. 117, n. 5, 2019.

5. BURNS, Luke P. et al. Interdisciplinary care and a focus on fertility preservation when multi-cystic ovaries cause ovarian torsion: a case of a 9-year-old girl with severe, undiagnosed hypothyroidism. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, v. 33, n. 6, p. 723-726, 2020.

Título: A sexualidade em mulheres portadoras da síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser: uma revisão narrativa

Introdução: A Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (SMRKH) é uma condição congênita rara, caracterizada por agenesia ou hipoplasia de estruturas derivadas dos ductos de Müller, como útero, tubas uterinas e vagina. As pacientes apresentam cariótipo 46, XX, estando os ovários presentes e funcionantes. Um grande desafio enfrentado pelas mulheres com a síndrome é a relação com a sexualidade, não só devido às alterações anatômicas *per se*, mas também pelas intervenções terapêuticas e pelo estigma envolvido na doença.

Objetivo: Realizar uma revisão bibliográfica sobre a sexualidade em pacientes portadores da SMRKH. **Métodos:** Revisão da literatura na base de dados PubMed de publicações entre 2019 e 2024. Para delimitação da busca, o *MESH term* "sexuality" e o termo "Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome" (não encontrado na referida plataforma nas variações empenhadas) foram utilizados, resultando em 105 artigos. Excluíram-se resumos, relatos de caso, editoriais, artigos pagos, duplicados ou cujo título ou resumo não se enquadravam no tema, restando 16 artigos. **Resultados:** Dos 16 artigos, 7 são transversais, 3 casos-controle, 3 revisões sistemáticas, 2 revisões narrativas e 1 ensaio clínico randomizado. Destes, 6 discutem as dificuldades das mulheres com SMRKH em relação ao papel sexual e reprodutivo. Em 7 artigos, a doença é associada a uma carga psicológica negativa e baixa autoimagem sexual; a visão negativa da própria genitália é descrita em 5. Destacam-se dispareunia e limitações na excitação, lubrificação e capacidade de atingir o orgasmo em 5 estudos. 8 estudos analisam a função sexual após intervenções (cirúrgicas ou não) para a construção da neovagina; destes, 6 sugerem que a neovagina torna a função sexual comparável à da população geral, mas 2 demonstram que, apesar disso, as pacientes permanecem frustradas pela condição primária. O impacto da educação psicosssexual e da comunicação dos profissionais no bem-estar sexual dessas mulheres é explorado em 4 estudos. **Discussão e conclusão:** A SMRKH está associada a níveis mais elevados de dispareunia e a restrições na excitação, lubrificação e capacidade de atingir o orgasmo. Esses sintomas podem ser explicados pela maior prevalência de ansiedade, depressão, insegurança social e sofrimento relacionados à disfunção sexual entre as portadoras, em comparação a mulheres sem a SMRKH. É relevante a associação com baixa autoestima sexual e imagem genital negativa, destacando inseguranças com a neovagina. Apesar da reconstrução vaginal possibilitar o coito e uma vida sexual ativa, ainda há dificuldades em integrar a neovagina à autoimagem e em compartilhá-la com os parceiros, surgindo preocupações com o comprimento vaginal e medo de rejeição. Ademais, há desafios em aceitar sua identidade e valor como mulheres devido à infertilidade, gerando sentimentos de inadequação e incompletude. O fortalecimento da autoestima sexual é um aspecto crítico para um manejo eficaz. É essencial que os profissionais de saúde ofereçam suporte psicológico e educação psicosssexual, visando redução do estigma e melhora da função sexual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. TSARNA, Ermioni, et al. The impact of Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser Syndrome on Psychology, Quality of Life, and Sexual Life of Patients: A Systematic Review. *Children* (Basel), Apr 2022. 1;9(4):484. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35455528/>. Acesso em: 17 abr. 2024.
2. FACCHIN, Frederica, et al. Psychological impact and health-related quality-of-life outcomes of Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome: A systematic review and narrative synthesis. *J Health Psychol*, Jan 2021. 26(1):26-39. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31960723/>. Acesso em: 17 abr. 2024.
3. LISZEWSKA-KAPŁON, Magdalena, et al. Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome as an interdisciplinary problem. *Advances in clinical and experimental medicine: official organ Wroclaw Medical University*, Apr 2020. 29(4), 505–511. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32348039/>. Acesso em: 17 abr. 2024.
4. CHMEL JR, Roman, et al. Sexuality in women with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome. *Ceska gynekologie*, 2021. 86(3), 194–199. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34167312/>. Acesso em: 17 abr. 2024.
5. JHA, Sangam; SINGH, Shalini. Sexual and Psychosocial Outcome After Neovaginoplasty Using Interceed in Females with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser Syndrome: A Case-Control Study. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada*, Aug 2022. 44(8), 926–930. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35489673/>. Acesso em: 17 abr. 2024.

Introdução

Mulher, 33 anos, diagnosticada aos 15 anos com Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH), expressa desejo de gestação. Refere reconstrução de vagina com enxerto autólogo de pele em 2009. Exames prévios confirmavam cariótipo 46, XX, e ausência de útero e tubas uterinas. Tomografia computadorizada realizada previamente identificou apenas um dos ovários. Ao exame físico, caracteres sexuais secundários bem desenvolvidos; vagina reconstruída, com aproximadamente 7 cm de comprimento. Foram solicitados demais exames do casal, descartando-se alterações adicionais ou associação de fator masculino de infertilidade. Foi proposta a Fertilização *in Vitro* (FIV) e implantação do embrião em útero de substituição a ser concedido pela irmã, atendendo-se às normas previstas na Resolução 2320/2022 do Conselho Federal de Medicina sobre Reprodução Assistida, que postula que a cedente temporária do útero deva possuir pelo menos um filho vivo, seja parente consanguínea até o quarto grau de um dos parceiros, e que não haja caráter lucrativo no ato. Após dosagens hormonais e realização de ultrassonografia transvaginal (USGTV), identificou-se o melhor momento para iniciar a estimulação ovariana controlada. Paciente declarou-se ciente dos riscos da punção ovariana, dada a ausência de útero e cirurgia prévia de reconstrução vaginal, e decidiu prosseguir com o procedimento. Foram utilizados 300 UI/dia de gonadotrofinas e didrogesteron para bloqueio hipofisário. Na primeira USGTV, o ovário esquerdo não foi visualizado. A partir do sexto dia de tratamento, notou-se crescimento folicular bilateral e ambos os ovários apresentaram boa visualização ultrassonográfica, encontrando-se em posição anatômica. Foi realizado *trigger* com hCG no 9º dia de estímulo e coleta ovular após 35 horas, sem intercorrências. Foram obtidos 16 oócitos, sendo 15 maduros (MII). Foi realizada injeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI) e obtidos 5 blastocistos. Todos os embriões foram congelados e a programação para transferência deixada para um momento posterior, para respeitar período interpartal adequado da cedente temporária do útero.

Discussão/conclusões

A MRKH é caracterizada pela aplasia congênita ou hipoplasia severa das estruturas derivadas dos ductos de Müller, tais como útero, vagina e tuba uterina ¹, com cariótipo 46, XX ². A incidência da MRKH é de 1 caso a cada 4000 a 5000 nascimentos ^{1 2}. Pacientes com MRKH que desejam ter filhos podem ser beneficiadas pelo tratamento de FIV, com implantação do embrião em útero de substituição. Devido à origem embriológica diferente, em geral, os

ovários de pacientes com MRKH são normais, possibilitando realizar indução da ovulação e coleta dos oócitos para a FIV. Devido à ausência de menstruação, o momento de início do ciclo de estimulação ovariana pode ser desafiador, sendo necessário, além da USGTV, a dosagem seriada de exames hormonais. Embora a resposta ao tratamento de FIV nessas pacientes seja descrita na literatura como ligeiramente inferior à média, e as taxas de gestação em casos de MRKH sejam baixas, obtivemos, até o momento, resultados satisfatórios na indução ovariana e aguardamos o tempo oportuno para proceder ao descongelamento e transferência embrionária.

Referências bibliográficas

¹Londra L, Chuong FS, Kolp L. Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome: a review. *Int J Womens Health*. 2015 Nov 2;7:865-70. doi: 10.2147/IJWH.S75637. PMID: 26586965; PMCID: PMC4636170.

²Raziel A, Friedler S, Gidoni Y, Ben Ami I, Strassburger D, Ron-El R. Surrogate in vitro fertilization outcome in typical and atypical forms of Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome. *Hum Reprod*. 2012 Jan;27(1):126-30. doi: 10.1093/humrep/der356. Epub 2011 Nov 3. PMID: 22052385.

Título do Estudo: **Desafios e Possibilidades na Gestação em Paciente com Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser: Relato de Caso**

Pesquisador Responsável: Larissa Milani Coutinho

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar de um RELATO DE CASO. Esse tipo de pesquisa é importante porque destaca alguma situação incomum e/ou fato inusitado do comportamento de uma doença e/ou outra condição clínica. Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que o (a) senhor (a) não consiga entender, converse com o pesquisador responsável pelo estudo ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarecê-los.

A proposta deste termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) é explicar tudo sobre o relato de caso e solicitar a sua permissão para que o mesmo seja publicado em meios científicos como revistas, congressos e/ou reuniões científicas de profissionais da saúde ou afins.

O objetivo desta pesquisa é relatar um caso e/ou situação clínica específica que ocorreu, a saber, desejo de gestação de paciente com Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser. A Síndrome cursa com a falta desenvolvimento de porção da vagina, útero e tubas uterinas; o que impede uma gestação espontânea. Dessa forma, foi proposto tratamento de Fertilização *in Vitro* com indução, coleta de óvulos e congelamento de embriões para posterior transferência para cedente temporária do útero, irmã da paciente. O que motiva o presente relato é a complexidade e raridade do caso, pouco descrito na literatura médica. Representar tal relato permite o conhecimento por outros profissionais e incentiva o manejo e cuidados com outras pacientes.

Se o(a) Sr.(a) aceitar esse relato de caso, os procedimentos envolvidos em sua participação são: autorização do uso de dados constatados em prontuário médico disponível na Clínica Nidus Medicina Reprodutiva. Mediante tais dados, será escrito o relato, no qual deverão constar características clínicas da Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster Hauser, evolução clínica, tratamento e acompanhamento.

A descrição do relato de caso envolve o risco de quebra de confidencialidade (algum dado que possa identificar o(a) Sr.(a) ser exposto publicamente). Para minimizar esse risco, NENHUM DADO QUE POSSA IDENTIFICAR O(A) SR(A) COMO NOME, CODINOME, REGISTROS INDIVIDUAIS, INFORMAÇÕES POSTAIS, NÚMEROS DE TELEFONES, ENDEREÇOS ELETRÔNICOS, FOTOGRAFIAS, FIGURAS, CARACTERÍSTICAS MORFOLÓGICAS (partes do corpo), entre outros serão utilizadas sem sua autorização.

Contudo, este relato de caso também pode trazer benefícios. Os possíveis benefícios resultantes da participação na pesquisa são, de forma indireta, contribuição para o aumento dos conhecimentos sobre o assunto estudado, e se aplicável, poderá beneficiar futuros pacientes.

Sua participação neste relato de caso é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso o(a) Sr.(a) decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento durante a realização do relato de caso, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação neste relato de caso e o(a) Sr.(a) não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos. Caso ocorra algum problema ou dano com o(a) Sr.(a), resultante deste relato de caso, o(a) Sr.(a) receberá todo o atendimento



Rubrica participante

Rubrica pesquisador

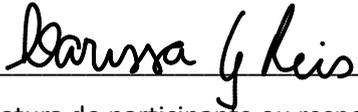
necessário, sem nenhum custo pessoal e pelo tempo que for necessário. Garantimos indenização diante de eventuais fatos comprovados, com nexos causal com o relato de caso.

É garantido ao Sr.(a), o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o relato de caso e suas consequências, enfim, tudo o que o(a) Sr.(a) queira saber antes, durante e depois da sua participação.

Caso o(a) Sr.(a) tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Larissa Milani Coutinho pelo telefone (32) 99197-3474, e-mail larissamcoutinho@yahoo.com.br, endereço Nídu Medicina Reprodutiva - Avenida Presidente Itamar Franco, 4001 - Salas 503 & 508 - Cascatinha, Juiz de Fora - MG, 36033-318.

Declaração de Consentimento

Concordo em participar do estudo intitulado: Desafios e Possibilidades na Gestaçã em Paciente com Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser: Relato de Caso

<p><u>Larissa Gomes dos Reis</u> Nome do participante ou responsável</p> <p><u></u> Assinatura do participante ou responsável</p>	<p>Data: <u>17/04/2024</u></p>
---	--------------------------------

<p>Larissa Milani Coutinho Nome do pesquisador responsável</p> <p> </p> <p>_____ Assinatura e carimbo do Pesquisador</p>	<p>Data: _08_ / _04_ / _2024_</p>
--	---------------------------------------

TÍTULO: Uso do pessário no tratamento do prolapso de órgãos pélvicos: uma revisão narrativa

INTRODUÇÃO: O Prolapso de Órgãos Pélvicos (POP) é uma condição prevalente entre as mulheres, caracterizada pela descida de órgãos pélvicos através da vagina e que pode ser diagnosticada durante o exame físico. A disfunção urinária, intestinal e sexual, bem como a piora da imagem corporal, podem ser atribuídas à POP e afetam significativamente a vida das pacientes. O tratamento pode ser cirúrgico ou conservador. Nesse cenário, dentre as opções conservadoras, destaca-se o pessário, dispositivo de silicone inserido via vaginal com o objetivo de auxiliar o retorno dos órgãos pélvicos para a posição anatômica.

OBJETIVO: Avaliar a eficácia do pessário vaginal no tratamento do POP. Para isto, admitiu-se como parâmetros a satisfação das pacientes, melhora da qualidade de vida e presença de efeitos adversos.

MÉTODOS: Uma revisão narrativa foi conduzida na base de dados Pubmed em abril de 2024. A busca seguiu a estratégia "*pelvic organ prolapse*" AND "*pessary*", limitada a publicações dos últimos 5 anos do tipo ensaio clínico. Foram excluídos estudos com texto completo indisponível, aqueles que avaliaram apenas tratamento cirúrgico ou pacientes em retratamento após cirurgia. Inicialmente, 21 artigos foram rastreados, em seguida, 13 foram lidos na íntegra. Foram selecionados 9 artigos para compor essa revisão.

DISCUSSÃO: A escolha do tratamento conservador ou cirúrgico deve ser uma decisão compartilhada, considerando a gravidade dos sintomas, o estado de saúde geral da paciente e suas preferências. O tratamento com o pessário é indicado para correção imediata e prevenção de agravamento, em pacientes que desejam e podem evitar a cirurgia. Nos estudos analisados, o pessário demonstrou, através do Questionário de Incômodo do Assoalho Pélvico (PFBQ) e Questionário de Qualidade de Vida, melhora objetiva e subjetiva dos sintomas^{1,2}. Atualmente, existem poucos métodos preditores para o tamanho ideal do pessário para cada paciente; essa escolha é feita por meio de testagens em consultas médicas, o que pode fazer com que algumas pacientes desistam e optem pela cirurgia^{1,3}. Um estudo clínico randomizado demonstrou melhora na vida sexual das mulheres que optaram pelo tratamento com o pessário, mas pouco impacto sobre os sintomas urinários¹. Efeitos adversos como desconforto, dor e corrimento excessivo foram observados, devendo ser considerados para eleição do tratamento adequado². Efeitos adversos mais graves, como ulceração da parede vaginal, estão relacionados à falta de monitoração e acompanhamento adequados². A associação do pessário com uso de estrogênio tópico demonstrou melhora significativa na incontinência urinária e da vaginose bacteriana, comparado ao uso isolado do pessário. A diminuição de sangramento vaginal e lesão das paredes vaginais foi relatada em um dos estudos³, mas não foi confirmada em outro⁴.

CONCLUSÃO: A escolha entre o tratamento conservador ou cirúrgico deve ser individualizada. Embora o pessário traga vantagens na melhora dos sintomas, seus possíveis efeitos adversos requerem atenção. O acompanhamento adequado e regular é essencial para minimizar complicações e otimizar seus resultados.

REFERÊNCIAS:

1. VAN DER VAART, Lisa R. et al. Effect of pessary vs surgery on patient-reported improvement in patients with symptomatic pelvic organ prolapse: a randomized clinical trial. **Jama**, v. 328, n. 23, p. 2312-2323, 2022.
2. HOSOUME, Renato Sugahara et al. A randomized clinical trial comparing internal and external pessaries in the treatment of pelvic organ prolapse in postmenopausal women: A pilot study. **Clinics**, v. 79, p. 100335, 2024.
3. XU, Hainan et al. A predictive model of choosing pessary type for women with symptomatic pelvic organ prolapse. **Menopause**, v. 28, n. 11, p. 1279-1286, 2021.
4. DE ALBUQUERQUE COELHO, Suelene Costa et al. ESTROgen use for complications in women treating pelvic organ prolapse with vaginal PESSaries (ESTRO-PESS)—a randomized clinical trial. **International Urogynecology Journal**, v. 32, p. 1571-1578, 2021.
5. DROST, Larissa Esmeralda et al. A web-based decision aid for shared decision making in pelvic organ prolapse: the SHADE-POP trial. **International Urogynecology Journal**, v. 34, n. 1, p. 79-86, 2023.

INCIDÊNCIA DO CÂNCER DE COLO UTERINO EM MULHERES JOVENS NO BRASIL NO PERÍODO DE 2020 A 2023

INTRODUÇÃO

Dados em epidemiologia demonstram os crescentes números da mortalidade de mulheres jovens, com idades entre 15 e 29 anos, por Câncer de Colo Uterino (CCU) no Brasil. Segundo recomendações do Ministério da Saúde (MS), o exame preventivo de Câncer de Colo de Útero deve ser realizado prioritariamente em mulheres entre 25 a 64 anos, corte de idade que será discutido adiante. (INCA, 2016).

O Papilomavírus Humano (HPV) é o principal fator de risco que tem elevado a prevalência do CCU. Atualmente, a mortalidade pela neoplasia pode estar diretamente relacionada ao início precoce da atividade sexual, múltiplos parceiros sexuais, uso de anticoncepcionais, tabagismo, alta paridade, falta de informação e de conhecimento sobre a doença. (Gomes et al., 2022). Assim, o presente trabalho objetivou avaliar a evolução da mortalidade por Câncer de Colo Uterino entre mulheres jovens de 2020 a 2023 no Brasil.

METODOLOGIA

Os dados foram coletados na plataforma do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Os critérios de seleção dos dados foram: valor total por região durante os anos de 2020 a 2023, neoplasia maligna do colo do útero e faixa etária compreendida entre 15 a 29 anos. Uma revisão bibliográfica em Diretrizes do INCA e artigos também foi realizada para abrangência das características da neoplasia e indicações de rastreamento.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Altos índices de mortalidade por CCU em mulheres jovens, de faixa etária compreendida dos 15 aos 29 anos, foram registrados no período de 2020 a 2023. Os óbitos no Brasil somaram 13.312.948,47. As regiões com maior maior mortalidade são, respectivamente: região Sudeste com 4.835.600 óbitos (36,32%), Nordeste com 3.800.698 (28,54%), Sul com 2.955.320 (22,19%), Centro-Oeste com 977.475 (7,34%) e Norte com 743.854 (5,58%). Evidenciou-se um expressivo crescimento no número de óbitos por CCU no período avaliado. Em 2020 os números somavam 2.983.405 casos, já em 2023, registrou-se a quantia de

3.636.697 óbitos, configurando um aumento nacional de cerca de 21%. A Região Sul do País foi a única que obteve decréscimos no número de mortes de mulheres jovens, com redução de 8%. Já as regiões Norte e Nordeste tiveram um aumentos alarmantes de cerca de 59% e 30%, respectivamente. A região Sudeste foi a responsável pelos maiores números de óbitos em todos os anos, com aumento de 30% de 2020 a 2023.

Segundo o INCA (2016), a idade de início do exame preventivo aos 25 anos está relacionada à baixa incidência do CCU em mulheres jovens, grupos histológicos raros apresentados nesta faixa etária e risco-benefício do tratamento de lesões precursoras para a saúde reprodutiva da mulher. Para redução dos índices, destaca-se a vacinação contra HPV, o rastreamento em grupos de risco e medidas de conscientização. Nesse viés, a sexarca precoce e as relações sexuais com múltiplos parceiros têm um papel importante, visto que a infecção pelo HPV pode ocorrer por relação sexual desprotegida (INCA, 2016).

CONCLUSÃO

Conclui-se que o CCU em mulheres jovens tem crescido expressivamente, demonstrando a necessidade de medidas de educação e prevenção em saúde para mitigar a incidência e a mortalidade desta neoplasia no Brasil.

REFERÊNCIAS

GOMES, Lorrana Corina et al. Epidemiologia do câncer cervical no Brasil: uma revisão integrativa. **Journal of Nursing and Health**, v. 12, n. 2, 2022. <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/21749>

BRASIL. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**, 2016. https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizesparaorastreamentodocancercodocolodoutero_2016_corrigido.pdf

BRASIL. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. (6a. ed.) rev. atual. Rio de Janeiro. https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/livro_abc_6ed_0.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Tabnet. Brasília, DF: **Ministério da Saúde, 2024**. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em: 3 abril. 2024.

OLIGOMENORREIA ASSOCIADA A CRANIOFARINGIOMA: UM RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO

O craniofaringioma é um tumor da região selar que corresponde a 1,2-4,6% de todos os tumores do SNC. É classificado como benigno de grau I, pois apresenta incidência local e é incapaz de formar metástases. Os sintomas estão relacionados ao local de acometimento do tumor, com destaque para a obstrução do líquido cefalorraquidiano, nervos ópticos, hipófise e hipotálamo. O tratamento é a ressecção do tumor, com melhor prognóstico na morbimortalidade, porém sujeito a sequelas como déficits neurológicos, perda parcial ou total da visão e diminuição na produção de hormônio pela hipófise (DA SILVA, 2021).

N.V.A., 26 anos, sexo feminino, estudante e natural de Minas Gerais. Em sua história ginecológica apresentou menarca aos 14 anos, referindo ciclos menstruais irregulares, com predomínio de oligomenorreia, hipomenorreia, apresentando intervalo interciclos de até 15 meses. queixa ainda de dismenorréia intensa. Apresentava história pregressa de hipotireoidismo desde os 19 anos de idade, em uso de levotiroxina 25 mcg. Em consulta ao ginecologista, foi iniciada investigação para Síndrome dos Ovários Policísticos, sem andamento. Iniciou o uso de contracepção (acetato de ciproterona + etinilestradiol) para controle do ciclo menstrual aos 19 anos, com boa resposta até os 25 anos, quando evoluiu para nova irregularidade do ciclo menstrual. No início de 2023, a paciente apresentou quadros de cefaléia intensa associada à fotofobia com duração superior a 5 meses. Iniciada investigação do quadro, realizou ressonância magnética da sela turca, a qual apresentou formação expansiva suprasselar com extensão hipotalâmica se tratando de craniofaringioma adamantinomatoso, causando hidrocefalia e compressão no III ventrículo. A mesma foi submetida ao implante de derivação ventriculoperitoneal e realizou ressecção via transesfenoidal do tumor em junho de 2023. No pós-operatório, apresentou pan-hipopituitarismo, ou seja, disfunção hipofisária na produção hormonal. Iniciou acompanhamento por equipe de endocrinologia e suspendeu o contraceptivo oral para avaliar evolução, mantendo o quadro de amenorreia. Em dezembro de 2023 retornou o uso do anticoncepcional, mantendo sangramentos por privação.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

O hipopituitarismo é frequente após ressecção de craniofaringioma e consiste na deficiência parcial ou completa da síntese ou secreção de um ou mais hormônios hipofisários, já a deficiência na síntese ou secreção de dois ou mais hormônios hipotalâmicos ou hipofisários é chamada de pan-hipopituitarismo (SANTIAGO, 2022). No caso apresentado, a paciente já apresentava alterações dos ciclos menstruais desde a menarca e diagnóstico de hipotireoidismo, em uso de acetato de ciproterona + etinilestradiol e levotiroxina 125 mcg, respectivamente. Atualmente, mantém o uso de anticoncepcional oral combinado e refere sangramento por privação. Segue em acompanhamento interdisciplinar para avaliação das disfunções hipofisárias.

REFERÊNCIAS

DA SILVA, Larissa de Souza et al. Caracterização citogenética de um Craniofaringioma por bandeamento G. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 2, p. 5498-5508, 2021.

LOUIS, David N. et al. The 2016 World Health Organization classification of tumors of the central nervous system: a summary. **Acta neuropathologica**, v. 131, p. 803-820, 2016.

SANTIAGO, Luana Dias et al. Hiponatremia grave induzida por desmopressina em tratamento de panhipopituitarismo: relato de caso Desmopressin-induced severe hyponatremia in treatment of panypituitarism: case report. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 5, n. 3, p. 9694-9707, 2022.

Vilar L, Kater CE. **Endocrinologia Clínica**. 7a edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021.

GESTAÇÃO HETEROTÓPICA: RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO: D.C.S, 35 anos, primigesta, em acompanhamento no pré-natal de risco habitual, realizou a primeira ultrassonografia com idade gestacional (IG) de 17 semanas, na qual evidenciou-se gestação tópica, com presença de saco gestacional, e no seu interior, visualizou-se embrião de morfologia usual para a idade gestacional, com movimentação espontânea e frequência cardíaca fetal normal, saco gestacional normoimplantado. Com idade gestacional de 25 semanas e 2 dias, procurou atendimento médico devido dor abdominal intensa na fossa ilíaca esquerda, iniciada há cinco dias. Foi medicada com buscopan composto endovenoso, não apresentando melhora de queixa após administração de medicamento. Ao exame físico: pressão arterial: 100 X 60 mmHg; frequência cardíaca de 106 bpm; abdome semigloboso, doloroso a palpação da região de fossa ilíaca esquerda; toque vaginal: colo fechado. Com a piora da dor, a paciente foi encaminhada ao serviço de maternidade do Hospital Universitário Clemente Faria, onde realizou uma nova ecografia em que demonstrava volumosa massa cística anexial à esquerda de patologia ovariana. Foi submetida a uma laparotomia exploradora, sendo constatada a presença de massa necrosada em região anexial esquerda. Realizado exérese da massa associado a salpingectomia à esquerda. O diagnóstico de gravidez ectópica foi confirmado com exame anatomopatológico pelo material advindo da biópsia medindo 8,0 X 7,3 X 6,0 cm, com peso de 150g.

DISCUSSÃO/CONCLUSÕES: A gestação heterotópica é um quadro clínico raro caracterizado pela presença concomitante de uma gestação eutópica e de outra ectópica, com a possibilidade de idades gestacionais iguais ou distintas. Possui uma frequência de 1:30.000 nos casos de concepção espontânea, enquanto em situações de reprodução assistida a incidência é mais elevada, podendo alcançar uma em mil casos. Fatores de risco associados à sua ocorrência são história de tratamento de infertilidade por técnicas assistidas, mal formação uterina congênita, doença inflamatória pélvica, cirurgias prévias na cavidade peritoneal e tabagismo. Os locais mais comuns de gestações ectópicas são as trompas uterinas, mas pode haver inserções também em locais atípicos dentro da região uterina, como a cérvix ou a cicatriz de cesárea prévia. Ainda, pode haver implantação ovariana ou intra-abdominal. O diagnóstico é realizado principalmente por meio de ultrassom transvaginal e em casos incertos, pode-se recorrer à ressonância magnética. Nos casos de gravidez ectópica, as complicações mais comuns são as hemorrágicas decorrentes da rotura tubária ou cornual. Já na gravidez heterotópica, a principal complicação é o abortamento da gravidez intrauterina. Por fim, o manejo é orientado pela localização ou tipo de gravidez ectópica e pela apresentação clínica, incluindo idade gestacional e a presença de sinais ou sintomas de ruptura. As opções de tratamento incluem terapia médica, cirurgia ou manejo expectante. O tratamento cirúrgico é indicado em casos de paciente com sinais e/ou sintomas de gravidez ectópica rompida. Em casos de gravidez

tubária não rompida, o tratamento pode ser feito cirurgicamente ou, em pacientes selecionados, por meio de conduta expectante.

Título: Desfechos obstétricos adversos em pacientes diagnosticadas com endometriose: uma revisão narrativa

Introdução e/ou fundamentos: A endometriose é uma afecção crônica, benigna, hormônio-dependente, multifatorial e de quadro clínico variável, caracterizada pela presença de tecido funcional endometrial fora da cavidade uterina. No Brasil, estima-se que 10% das mulheres sofrem com os sintomas. A literatura demonstra associações desfavoráveis da doença com a gestação, através de fatores hormonais e imunológicos, portanto, a compreensão da relação e da prevalência desses mecanismos é de extrema relevância, pois permite construir intervenções que visem melhorar o prognóstico materno-fetal, além de estratégias para uma abordagem direcionada dos cuidados pré-concepcionais e gestacionais. **Objetivo:** Avaliar as complicações mais descritas em pacientes com endometriose na gestação. **Métodos:** Revisão da literatura nas bases de dados Pubmed, Lilacs e Medline das produções publicadas entre 2019 e 2024. Os descritores utilizados foram "endometriosis" and "pregnancy" and "adverse outcomes" para delimitação da busca. Foram excluídos resumos, editoriais, artigos indisponíveis na íntegra, relatos de caso e protocolos de ensaios clínicos, restando 169 artigos. Foram removidos artigos duplicados e aqueles cujo título ou resumo não se enquadravam no tema. Os dados foram tabelados em planilha do Excel. **Resultados:** Foram selecionados 18 artigos, sendo 9 (50%) coortes, 8 (44%) revisões de literatura e 1 (6%) caso-controle. As complicações mais descritas foram partos prematuros, evidenciados em 12 artigos e placenta prévia, em 10. Os distúrbios hipertensivos da gestação e a necessidade de cesarianas, foram associadas em 6 artigos e descolamento prematuro de placenta (DPP), em 5. Perda gestacional e natimortos foram associadas em 3 artigos, enquanto baixo peso ao nascer e bebês pequenos para a idade gestacional (PIG) foram associados à endometriose em apenas 1. Morte neonatal, placenta acreta e hemoperitônio espontâneo foram associadas em 2 estudos, enquanto diabetes mellitus gestacional (DMG), ruptura prematura de membranas ovulares, hemorragias pré e pós parto foram associados em apenas 1. Já a restrição de crescimento intrauterino, a gravidez ectópica e o parto vaginal operatório foram mencionados, mas não foram associados à endometriose. **Discussão e conclusão:** A elevada correlação entre gestantes com endometriose e a ocorrência de partos prematuros, distúrbios hipertensivos, placenta prévia e DPP demonstra a importância do acompanhamento criterioso desse grupo. O índice de cesarianas evidenciou a maior necessidade de intervenções obstétricas. A associação com a perda gestacional, os natimortos e a morte neonatal, embora baseadas em um número menor de estudos, demonstra que a endometriose impacta diretamente no desfecho da gestação, assim como a relação com o baixo peso ao nascer e bebês PIG afetam a saúde do neonato. A partir da análise feita, apesar de limitações, como

heterogeneidade, pequeno tamanho das amostras, potencial de viés e do fato de algumas variáveis estarem presentes em um número reduzido de estudos, fica evidente o impacto da endometriose no contexto gestacional e a necessidade de um acompanhamento e manejo clínico mais específicos para as gestantes portadoras da doença.

Referências:

- 1- Farland LV, Prescott J, Sasamoto N, Tobias DK, Gaskins AJ, Stuart JJ, Carusi DA, Chavarro JE, Horne AW, Rich-Edwards JW, Missmer SA. Endometriosis and Risk of Adverse Pregnancy Outcomes. *Obstet Gynecol.* 2019 Sep;134(3):527-536. doi: 10.1097/AOG.0000000000003410. PMID: 31403584; PMCID: PMC6922084.
- 2- Porpora MG, Tomao F, Ticino A, Piacenti I, Scaramuzzino S, Simonetti S, Imperiale L, Sangiuliano C, Masciullo L, Manganaro L, Benedetti Panici P. Endometriosis and Pregnancy: A Single Institution Experience. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Jan 8;17(2):401. doi: 10.3390/ijerph17020401. PMID: 31936225; PMCID: PMC7014217.
- 3- Breintoft K, Pinnerup R, Henriksen TB, Rytter D, Uldbjerg N, Forman A, Arendt LH. Endometriosis and Risk of Adverse Pregnancy Outcome: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Med.* 2021 Feb 9;10(4):667. doi: 10.3390/jcm10040667. PMID: 33572322; PMCID: PMC7916165.
- 4-Wang JQ, Zhang JM, Qian B. Adverse pregnancy outcomes for women with endometriosis: a systematic review and meta-analysis. *Ginekol Pol.* 2021 Sep 20. doi: 10.5603/GP.a2021.0081. Epub ahead of print. PMID: 34541648.
- 5-Velez MP, Bougie O, Bahta L, Pudwell J, Griffiths R, Li W, Brogly SB. Mode of conception in patients with endometriosis and adverse pregnancy outcomes: a population-based cohort study. *Fertil Steril.* 2022 Dec;118(6):1090-1099. doi: 10.1016/j.fertnstert.2022.09.015. Epub 2022 Oct 26. PMID: 36307290.

Síndrome de Morris: um relato de caso

Introdução: Paciente, sexo feminino, 16 anos, procura atendimento ginecológico com queixas de amenorreia primária e anatomia genital atípica. Apresentava histórico de herniorrafia inguinal à direita aos 4 anos. Ao exame físico apresentava clitóris hipertrofiado (6cm), mamas em estágio Tanner 1, vulva trófica, tricotomizada, diminuto introito vaginal e comprimento vaginal de 3 cm. Possuía nodulação palpável em região inguinal esquerda de aproximadamente 2cm, dor à palpação de região infra-púbica, dor à palpação endocavitária nas paredes laterais esquerda (EVA 10) e direita (EVA 5). Trazia consigo exame de cariótipo 46 XY e ressonância magnética de pelve que não individualizava útero e ovários e mostrava formações císticas semelhantes a vesículas seminais e formações canaliculares com trajeto inferior à uretra, sugestivas de ductos deferentes. Ademais, tecido prostático rudimentar, formações nodulares sugestivas de testículos na região inguinal à esquerda e na cavidade pélvica à direita, de permeio aos vasos ilíacos, além de canal em fundo cego de calibre reduzido inferior a uretra. Os exames laboratoriais trazidos apresentavam FSH 18,8 UI/L; LH 6 mUI/mL; Prolactina 6,7 µg/L; TSH 3,2 µUI/mL; Estradiol 19 pg/ml; Testosterona total 660 ng/dL. Assim, foi proposta a hipótese de Síndrome de Morris. Foi iniciado uso de estrogênio transdérmico, seguido de orquiectomia videolaparoscópica, com retirada de testículos e cordões espermáticos bilateralmente e clitoroplastia, além de remodelação da glândula para construção de neoclitoris e utilização de pele escrotal para moldar os pequenos lábios. No pós cirúrgico, formou-se tecido fibroso cicatricial em introito vaginal e o clitóris se apresentava encoberto por mucosa vaginal. Por isso, realizou-se nova clitoroplastia associada à construção da neovagina. **Discussão/Conclusão:** A Síndrome de Morris ou Síndrome de Insensibilidade aos Andrógenos (AIS) está relacionada a uma mutação no receptor de andrógenos decorrente de uma herança genética recessiva ligada ao X. Com isso, o processo de masculinização do indivíduo masculino cromossômico (46 XY) é afetado e desenvolve-se fenótipo feminino, que pode apresentar-se com diferentes conformações da genitália externa, sendo desde feminina até masculina normais, além de vários graus de infertilidade e ginecomastia. De forma geral, o início da investigação da síndrome se dá a partir da queixa de amenorreia primária. Além disso, a verificação de histórico de hérnia inguinal na infância, associado à vagina de comprimento reduzido, apresentados pela paciente, corroboram com a suspeita diagnóstica. A AIS cursa

com os testículos localizados na parte inferior do abdômen, útero e ovários ausentes, vagina curta e em fundo cego, também apresentados pela paciente em questão. Quanto aos níveis de estradiol e testosterona, os valores se encontram próximos à referência de indivíduos do sexo masculino, em concordância com os exames laboratoriais da paciente, de 19 pg/ml e 660ng/dL respectivamente. Nesse sentido, a AIS possui diversas manifestações clínicas complexas, que representam um desafio para o médico e o paciente, sendo essencial o diagnóstico e manejo adequado, além de uma atuação empática e multidisciplinar.

Granuloma piogênico vulvar em gestante: um relato de caso

INTRODUÇÃO: O granuloma piogênico vulvar (GPV) é uma lesão vascular benigna adquirida e muito rara, sem predileção por idade. Sua etiologia é desconhecida e pode ser precedida por fatores como uma resposta anormal a um estímulo lesivo localizado, alterações hormonais ou infecções locais, provocando um processo inflamatório que promove a angiogênese anormal, com tecido conjuntivo fibroblástico imaturo e células inflamatórias dispersas, que resulta no crescimento rápido da lesão. Comumente se apresenta como uma lesão eritematosa, pedunculada, podendo ser exofítica ou sésil, de superfície lisa, lobulada ou ulcerada, com possível presença de exsudato. Em sua apresentação clínica, observa-se com frequência sangramento, dor ou desconforto e prurido. O diagnóstico do GPV é feito por análise histopatológica e confirmado por testes imuno-histoquímicos, entretanto, por ser uma patologia de rara ocorrência, pode ter sua clínica confundida com outras doenças de apresentação similar, como condiloma acuminado e infecções genitais. A conduta terapêutica depende do tipo, tamanho e localização da lesão, bem como a gravidade e persistência dos sintomas. **DESCRIÇÃO DO CASO:** C.F.S.O, 19 anos, gestante, com vida sexual ativa, sem parceiro fixo, G2PN1A0, sendo o PN há 2 anos, sem intercorrências. Foi encaminhada para acompanhamento em centro ginecológico especializado, com idade gestacional de 24 semanas, para avaliação de lesão vegetante em região vulvar que, segundo a paciente, de crescimento acelerado, indolor e não pruriginoso. No momento da avaliação, apresentava apenas 3 consultas de pré-natal, com exames prévios que evidenciaram VDRL positivo (1/8), tratada com esquema preconizado, e sorologia para Rubéola e Citomegalovírus com IgM negativos e IgG positivos. À inspeção notou-se lesão exofítica, móvel, com superfície hiperemiada, em parte lisa, em parte bosselada, de bordas regulares, próxima à região do clítoris à esquerda. Após discussão e orientações à paciente, foi realizada biópsia excisional da lesão em ambiente ambulatorial, sem intercorrências, e enviado ao anatomopatológico. Após análise, descreveu-se como uma formação polipóide, pediculada, medindo 2,7 x 1,5 x 1,3 cm, com cortes histológicos evidenciando proliferação de capilares sanguíneos ectasiados e revestidos por células endoteliais com atipias leves. Após complementação com imunohistoquímica, concluiu-se o diagnóstico de granuloma piogênico, prosseguindo com acompanhamento ambulatorial. **DISCUSSÃO/CONCLUSÃO:** As opções terapêuticas incluem excisão cirúrgica, curetagem seguida de eletrocauterização, crioterapia com nitrogênio líquido, radiocirurgia, microembolização e lasers. A excisão cirúrgica e o fechamento primário é o tratamento aconselhável para o GPV nesse caso, a fim de garantir a preservação do feixe neurovascular do clítoris, mantendo sua sensação tátil e sexual, sendo, nesse caso, a abordagem terapêutica de escolha com seguimento para controle. Dessa forma, há a possibilidade de redução de recorrências, maior conforto e qualidade de vida à paciente.

Preservação da fertilidade na abordagem cirúrgica de paciente com mioma gigante: um relato de caso

INTRODUÇÃO: Os leiomiomas são os tumores uterinos benignos mais frequentes, com uma prevalência de 20 a 40% em idade reprodutiva. Sua fisiopatologia se dá a partir da expansão monoclonal de um único miócito, que se desenvolve por estímulo estrogênico, formando a tumoração. Quanto à sua localização, podem ser classificados como subserosos, intramurais ou submucosos. Embora aproximadamente metade das mulheres sejam assintomáticas, em pacientes com miomas volumosos, dor intensa, sangramento uterino anormal (SUA) com repercussões hemodinâmicas, compressão de órgãos adjacentes ou possibilidade de impacto no futuro reprodutivo, faz-se necessária avaliação de intervenção cirúrgica como conduta terapêutica, seja por uma miomectomia ou até mesmo histerectomia em casos mais graves. **DESCRIÇÃO DO CASO:** D.P.C, 33 anos, nuligesta, sem sexarca, sem prole definida, queixando-se de dor pélvica crônica incapacitante e SUA. Ao exame físico, apresentava massa sólida palpável que abrangia até cerca de 5 cm acima da cicatriz umbilical. Resultado da ultrassonografia de abdome total e pélvico evidenciou útero volumoso, ocupando toda a região epigástrica, com anatomia distorcida, devido a presença de nódulo sólido (FIGO 6 - subseroso < 50% intramural), medindo 18,0 x 11,6 x 17,5 cm e com volume total de 1873,3 cm³, sugestivo de miomatose uterina. Marcadores tumorais negativos e ressonância de abdome e pelve corroborando o resultado ultrassonográfico. Devido ao desejo reprodutivo explícito da paciente, foi proposta a hipótese de miomectomia via laparotômica, por incisão mediana, com preservação do útero e anexos. No intra operatório evidenciou-se um tumor intramural/subseroso de aproximadamente 20 cm, em fundo uterino, poupando os óstios tubários e endométrio. A peça cirúrgica pesou 2988g, com 25cm em seu maior diâmetro, confirmando a hipótese de mioma gigante por anatomopatológico. Paciente permaneceu estável no pós-operatório sem intercorrências e recebeu alta com 48 horas, com evolução clínica favorável e seguimento ambulatorial. **DISCUSSÃO/CONCLUSÃO:** Apesar da literatura considerar a histerectomia o padrão ouro para miomas gigantes, bem como ser a conduta de preferência dos cirurgiões, deve-se desfazer o estigma associado a miomas volumosos. Deve ser levado em consideração que a histerectomia nem sempre é a única opção disponível e outras abordagens menos invasivas podem ser igualmente eficazes e apropriadas, dependendo das circunstâncias individuais, principalmente na manutenção da fertilidade. Assim, conclui-se que é crucial realizar uma anamnese detalhada e um exame físico minucioso para compreender completamente a situação de cada paciente. Uma equipe capacitada e experiente pode oferecer orientação personalizada e ajudar a tomar decisões informadas sobre o tratamento mais adequado para cada caso.

REFERÊNCIAS

1- DE SOUZA, R. B. et al. Leiomioma uterino – aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos e manejo terapêutico / Uterine Leiomyoma - epidemiological and pathophysiological aspects and therapeutic management. **Brazilian Journal of Development**, [S. l.], v. 8, n. 7, p. 52581–52593, 2022. DOI: 10.34117/bjdv8n7-259. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/50481>. Acesso em: 16 abr. 2024.

2- PARDIN, E. P. et al. Miomas uterinos: uma revisão integrativa acerca das opções de manejo clínico e cirúrgico. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences** , [S. l.], v. 5, n. 4, p. 1751–1765, 2023. DOI: 10.36557/2674-8169.2023v5n4p1751-1765. Disponível em: <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/510>. Acesso em: 17 abr. 2024.

TÍTULO

INTRODUÇÃO

A úlcera vulvar de Lipschütz (UVAL) é uma condição incomum, autolimitada, não sexualmente transmissível, causada por uma vasculite local e caracterizada pelo surgimento súbito de úlceras necróticas e dolorosas da vulva ou da parte inferior da vagina. Geralmente ocorre em jovens e tem sido associada à infecções virais e bacterianas. A dengue é uma infecção viral com manifestações sistêmicas como cefaleia, febre, mialgia e artralgia. Essa série de casos tem como objetivo descrever uma possível associação entre as duas patologias.

DESCRIÇÃO DE CASOS

Caso 1

SESS, 10 anos, diagnosticada com dengue, evoluiu com surgimento de úlceras purulentas em região genital iniciadas em 09/03/2024. Ao exame foi evidenciada presença de múltiplas lesões ulceradas dolorosas de fundo purulento em vulva e vagina – descartado contexto de abuso sexual. Prescrito prednisona 20 mg por 5 dias. Após um dia apresentou sinais de dengue C, sendo suspensa prednisona e encaminhada para internação hospitalar por sinais de gravidade. Após 7 dias houve melhora do quadro e cicatrização espontânea em grande parte das lesões, recebendo alta do serviço.

Caso 2

LSR, 25 anos, gestante no terceiro trimestre, iniciou dia 08/03/24 com múltiplas ulcerações vulvares, dolorosas, com borda elevada, simétricas (padrão de beijo), principalmente em grandes lábios próximo ao introito vaginal. Concomitantemente, paciente apresentou diagnóstico de dengue (NS1 reagente em 08/03). Realizadas sorologias virais de ISTs e EBV (Epstein Barr Vírus), todos com resultados negativos. Apresentou melhora das lesões após 9 dias do início do quadro.

Caso 3

BLC, 29 anos, iniciou mialgia, febre, dor retro orbitária e artralgia em 17/02/2024. No terceiro dia de sintomas evoluiu com ulcerações dolorosas, fundo purulento, simétricas em região de pequenos lábios, próximo ao introito vaginal. Apresentou NS1 positivo em 21/03/24 e sorologias virais e para ISTs negativas (HIV, VDRL, HBsAg, CMV, Anti-HCV, Herpes e EBV), descartando-se assim outras possíveis causas que justificassem as úlceras, e realizado o diagnóstico de Úlcera de Lipschütz. Foi prescrito tramadol para controle da dor. Após 7 dias o quadro foi completamente solucionado, sem cicatrizes residuais.

DISCUSSÃO

A UVAL é um importante diagnóstico diferencial de úlceras genitais, devido ao seu comportamento específico. Existe descrição na literatura de associação com infecções virais, especialmente com EBV e mais recentemente com a Covid 19. Nesta série de casos foi descrita associação UVAL com a dengue, não sendo ainda encontrado relatos na literatura. As pacientes relatadas tiveram exclusão de patologias sexualmente transmissíveis sorologia para EBV negativas, além disso, apresentavam quadro clínico de síndrome febril aguda compatível com dengue, comprovado sorologicamente. Em todos os

casos houve resolução espontânea da úlcera em aproximadamente 7 dias. Assim, após exclusão destas etiologias foi considerado a hipótese de UVAL relacionada com vírus da dengue. Por ser ainda uma patologia pouco descrita, faz-se necessário novos estudos a fim de elucidar a relação entre dengue e UVAL.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1) Vismara SA, Lava SAG, Kottanattu L, Simonetti GD, Zraggen L, Clericetti CM, Bianchetti MG, Milani GP. Lipschütz's acute vulvar ulcer: a systematic review. *Eur J Pediatr.* 2020 Oct;179(10):1559-1567. doi: 10.1007/s00431-020-03647-y. Epub 2020 Apr 15. PMID: 32296983.

2) Vismara SA, Ridolfi A, Faré PB, Bianchetti MG, Lava SAG, Renzi S, Piccoli BTB, Milani GP, Kottanattu L. COVID-19, Coronavirus Vaccines, and Possible Association with Lipschütz Vulvar Ulcer: A Systematic Review. *Clin Rev Allergy Immunol.* 2023 Oct;65(2):166-171. doi: 10.1007/s12016-023-08961-5. Epub 2023 Jun 26. PMID: 37358748; PMCID: PMC10567961.

3) Uptodate (n.d.). Uptodate.com. Retrieved April 10, 2024, from https://www.uptodate.com/contents/acute-genital-ulceration-lipschutz-ulcer?search=ulceracao%20genital%20aguda%20ulcera%20de%20lipz&source=search_result&selectedTitle=3%7E150&usage_type=default#H118983

4) Khan MB, Yang ZS, Lin CY, Hsu MC, Urbina AN, Assavalapsakul W, Wang WH, Chen YH, Wang SF. Dengue overview: An updated systemic review. *J Infect Public Health.* 2023 Oct;16(10):1625-1642. doi: 10.1016/j.jiph.2023.08.001. Epub 2023 Aug 3. PMID: 37595484.

5) Sadoghi B, Stary G, Wolf P, Komericki P. Ulcus vulvae acutum Lipschütz: a systematic literature review and a diagnostic and therapeutic algorithm. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2020 Jul;34(7):1432-1439. doi: 10.1111/jdv.16161. Epub 2020 Feb 11. PMID: 31855308; PMCID: PMC7496640

PLACENTA PERCRETA ABORDADA COM ANGIOEMBOLIZAÇÃO DE ARTÉRIAS HIPOGÁSTRICAS: um relato de caso

Introdução: O acretismo placentário é caracterizado pela fixação anormal da placenta à parede do útero. Essa condição ocorre quando há uma invasão excessiva do trofoblasto no miométrio, levando à possibilidade da placenta se fixar diretamente nele (placenta acreta), penetrar mais profundamente no miométrio (placenta increta) ou invadir a serosa uterina e até mesmo órgãos adjacentes (placenta percreta). O alto índice de morbidade e mortalidade relacionado a essa complicação tem impulsionado a pesquisa por técnicas profiláticas menos invasivas, com o objetivo de minimizar o sangramento durante intervenções cirúrgicas. O objetivo desse relato é descrever a evolução e desfechos de uma paciente admitida com placenta percreta associada a gestação gemelar e abordada por angioembolização de artérias ilíacas internas. **Descrição do relato:** Paciente A.M.C.B, 34 anos, G2PC1A0, iniciou pré-natal em abril de 2022. Paciente manteve acompanhamento adequado e sem intercorrências até 12^a semana de gestação, quando a ultrassonografia identificou placenta de inserção baixa com sinais sugestivos de acretismo placentário. A paciente realizou ressonância magnética que reforçou a presença de acretismo na região inferior do corpo uterino, próximo a cicatriz da cesariana anterior. Além disso, o exame de imagem confirmou que a placenta cobria o orifício interno do colo uterino. Dado esse quadro a paciente foi orientada sobre a resolução da gestação via cesariana e da possível necessidade da realização de uma histerectomia puerperal. Com objetivo de reduzir o risco de hemorragia, o procedimento foi realizado com o apoio da cirurgia vascular, sendo realizado a oclusão temporária das artérias hipogástricas. Durante o parto foi confirmada a presença de placenta percreta e realizada a retirada do útero. A paciente apresentou sangramento mínimo, sem presença de hemorragia grave. **Discussão e conclusão:** Estudos comprovaram que o diagnóstico pré-natal de implantação anormal da placenta e a realização de cesariana planejada contribuem para melhores desfechos maternos. No entanto, o acretismo continua sendo uma das principais indicações para histerectomia obstétrica. Sendo assim, o tratamento conservador para mulheres que desejam engravidar no futuro é considerado uma opção válida. A técnica atualmente disponível para controlar a hemorragia de forma percutânea envolve a temporária oclusão das artérias hipogástricas, podendo ser realizada isoladamente ou em conjunto com a embolização uterina. Um estudo retrospectivo com uma amostra de 15 pacientes, apresentou uma taxa de preservação uterina de 46,7%, quando comparado a outros estudos também não relatou nenhum caso de necrose uterina com sepse, seguido de histerectomia tardia. Conclui-se que a oclusão temporária das artérias hipogástricas é uma opção viável para controlar a hemorragia em pacientes com alto risco de sangramento obstétrico, desde que realizada por uma equipe experiente. Quando realizada antes da expulsão da placenta, essa técnica reduz o risco de hemorragia pós-parto, bem como a morbidade e mortalidade associadas, aumentando, assim, a probabilidade de preservação do útero em pacientes que planejam futuras gestações.

REFERENCIAS

BOUVIER, A., et al. Cesariana planejada no laboratório de cateterismo de radiologia intervencionista para permitir embolização imediata da artéria uterina para o tratamento conservador da placenta acreta. **Clin Radiol**, vol. 67, n. 10, p. 1089-1094, 2012. DOI: 10.1016/j.crad.2012.04.00.

REIS FERNANDES, S. L., et al. Placenta percreta com invasão de bexiga: um relato de caso. **Revista Médica de Minas Gerais**, vol. 30, p. e-E0031, 2020. DOI: 10.5935/2238-3182.20200077.

KRUTMAN, M., et al. Revisão de 15 casos submetidos à oclusão temporária bilateral de artéria íliaca interna em pacientes com alto risco para hemorragia obstétrica. **Jornal Vascular Brasileiro**, vol. 12, n. 3, p. 202–206, 2013. DOI: 10.1590/jvb.2013.040.

MOHR-SASSON, A., et al. Cesariana com e sem embolização da artéria uterina para o manejo do espectro da desordem da placenta acreta - Um estudo comparativo. **Acta Obstétrica e Ginecologia Scandinavica**, vol. 99, n. 10, p. 1374–1380, 2020. DOI: 10.1111/aogs.13868.

INFECÇÃO DE URINA DE REPETIÇÃO EM PACIENTE PORTADORA DE BEXIGA NEUROGÊNICA – RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO: A bexiga neurogênica é uma desordem miccional consequente à alterações neurológicas que acarretam várias complicações ao portador. Dentre elas destacam-se as Infecções de repetição do Trato Urinário (ITUr) e o comprometimento da vida social da paciente. **OBJETIVOS:** Descrever um caso de uma paciente portadora de bexiga neurogênica com infecção de urina de repetição. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Trata-se de um caso de uma paciente, 29 anos, sexo feminino, G0, fumante desde os 9 anos, cigarro de rolo (3-4 cigarros por dia), ex-usuária de drogas. Aos 26 anos sofreu AVE isquêmico em hemisfério cerebral direito, culminando em sequelas em dimidio esquerdo (marcha ceifante e paresia nos 2/3 inferiores do lado esquerdo da face), além de bexiga neurogênica. Apresentou-se na Unidade de Pronto Atendimento queixando-se de disúria, tenesmo urinário, febre, náusea, vômito e tonteira. Giordano negativo bilateralmente. Apresentou quadro de ITU 3 vezes nos últimos 4 meses. Realizou-se EAS apresentando 12 piócitos por campo, leucócitos ++, Flora bacteriana ligeiramente aumentada, presença de filamentos urinários; Hemograma com leucocitose com desvio (13.950 por mm³ e 7% bastões), linfócitos de 9,2% e plaquetas de 42.000/mm³, Gram de gota com bastonetes gram negativos. Foi encaminhada para tratamento endovenoso de infecção urinária com Ceftriaxona 1g IV 12/12h que durou por 14 dias, apresentando melhora clínica progressiva sob uso de sonda de demora. **RESULTADOS:** A bexiga neurogênica é uma complicação presente em diversas disfunções neurológicas como o AVE. Resulta em retenção urinária propiciando a proliferação de agentes infecciosos como *Escherichia coli* e *Staphylococcus saprophyticus*. **CONCLUSÃO:** Conhecer a íntima relação existente entre BN e ITU é fundamental para a rápida investigação, confirmação do diagnóstico, tratamento e prevenção de complicações, resultando em melhora na qualidade de vida da paciente.

PALAVRAS CHAVE: Bexiga neurogênica; Disfunção; Infecção de repetição; Retenção Urinária, Acidente Vascular Cerebral.

ÚTERO GRAVÍDICO ENCARCERADO: um relato de caso

Introdução: O encarceramento do útero gravídico (IGU) é uma condição rara, que acomete 1 em cada 3.000 pacientes, na qual o útero se encontra impactado entre o promontório sacral e a sínfise púbica. O presente estudo tem como objetivo relatar o caso IGU em gestante com 18 semanas, tratada com manobras de reposicionamento manual do útero. **Descrição do caso:** Paciente L.N.C, 35 anos, G2PN1A0, em pré-natal de sua segunda gestação, sem intercorrências. Com 18 semanas, apresentou retenção urinária associada a intensa dor em baixo ventre. Ao exame físico, foi detectado a presença de bexigoma, abordado com sondagem vesical de alívio. A paciente não apresentava alterações ao exame ginecológico. A ultrassonografia obstétrica mostrou feto com boa vitalidade e útero retrovertido, sem demais alterações. Foi realizada ressonância magnética, a qual identificou útero com fundo localizado posterior e profundamente na pelve, insinuando-se por entre o promontório sacral e a sínfise púbica, determinando compressão sobre o reto e bexiga urinária, confirmando o encarceramento uterino. A paciente foi submetida a raquianestesia associada a sedação leve para realização de manobras de reposicionamento manual do útero. Com a paciente em decúbito lateral direito, foram realizadas duas tentativas de desencarceramento com toque digital, porém ambas sem sucesso. Após as falhas a paciente foi colocada em posição de litotomia e realizou-se manobra com mão em punho, por meio da qual obteve-se sucesso, confirmado pela ultrassonografia e posteriormente por ressonância magnética. Paciente manteve acompanhamento, evoluindo sem novos episódios de encarceramento ou intercorrências até 40 semanas, com nascimento de RN em ótimas condições via parto cesáreo. **Discussão e conclusão:** A retroversão do útero no início da gravidez é um fenômeno habitual, e ao final do primeiro trimestre, a reposição espontânea ocorre, promovendo a entrada do fundo uterino na cavidade abdominal. Caso a posição anormal do útero persista, seu fundo permanece fixo na cavidade do sacro e, conforme cresce, o colo do útero é deslocado anteriormente e pressionado contra e acima da sínfise púbica, quadro denominado encarceramento do útero gravídico (IGU). Manifesta-se por volta da 17ª semana de gestação com dor abdominal, pressão retal, retenção urinária ou incontinência por transbordamento. Pode ser predisposto por malformações uterinas, endometriose, cirurgias abdominais prévias e carcinossarcoma. Dificuldades em identificar o colo do útero durante o segundo e terceiro trimestres devem levantar a suspeita inicial de encarceramento uterino. A literatura sugere a redução passiva na posição do joelho-peito com a bexiga vazia antes das 14 semanas de gestação como uma primeira abordagem. Se não for bem-sucedida, a manipulação manual pode ser considerada após as 16 semanas. Em casos de falha em todas as intervenções, a laparoscopia ou laparotomia pode ser realizada após as 20 semanas. O IGU é um fator de risco para restrição de crescimento fetal, aborto espontâneo, parto prematuro e ruptura uterina, ressaltando a importância de diagnosticar e tratar precocemente essa condição para melhorar os resultados materno-fetais.

REFERÊNCIAS

REZENDE, A. P. et al. Útero não gravídico encarcerado associado a carcinoma uterino: relato de caso / Incarried non-pregnancy uterus associated with uterine carcinoma: case report. **Brazilian Journal of Development**, v.7, n.11, p. 103572 - 103581, 2021. DOI: 10.34117/bjdv7n11-127.

NTAFAM, C. N. et al. Incarcerated gravid uterus: A rare but potentially devastating obstetric complication. *Radiology Case Reports*, vol. 17, n. 5, p. 1583-1586, 2022. DOI: 10.1016/j.radcr.2022.02.034.

WANG, J. et al. Successful Reposition of an Incarcerated Gravid Uterus by Instrument: A Case Report and Literature Review. *Journal of Clinical and Nursing Research*, vol. 7, p. 112-117, mar. 2023. DOI: 10.26689/jcnr.v7i2.4743.

HAN, C. et al. Encarceramento do útero gravídico: um relato de caso e revisão da literatura. *BMC Pregnancy and Childbirth*, vol. 19, 408, 2019.

Desafios ao acesso à saúde transespecífica

INTRODUÇÃO: De modo geral, o ser humano busca alcançar a congruência entre sua autopercepção e sua autoimagem. Nesse cenário, a experiência das pessoas trans se destaca, visto que enfrentam desafios na busca da harmonia entre mente-corpo. A incongruência entre identidade de gênero ao sexo cromossômico, pode induzir angústia e desequilíbrio emocional, e tal fragilidade é agravada diante da desigualdade de atendimento à saúde para tal população, direito que apesar de conferido por lei (Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais), ainda permanece precário. Essa realidade evidencia tanto uma falha no sistema de saúde, quanto uma deficiência no sistema educacional. A falta de capacitação adequada dos profissionais de saúde em lidar com questões relacionadas à transexualidade contribui para a permanência de desigualdades no acesso aos serviços de saúde e na qualidade do atendimento.

OBJETIVO: Identificar as principais barreiras que homens trans enfrentam ao tentar acessar serviços de saúde.

MÉTODOS: Verificou-se artigos publicados entre 2010-2024 nas bases Pubmed, Lilacs e Scielo, usando os descritores: "Homens Trans"; "Transexualidade"; "Acesso a Serviços de Saúde". Foram excluídos artigos indisponíveis na íntegra ou que não abordaram a temática. Encontrou-se 67 artigos, sendo 15 selecionados.

RESULTADOS: Considerando a produção científica analisada, constatamos inúmeros obstáculos ao acesso à saúde transespecífica, sendo eles: discriminação nos serviços de saúde, a patologização da transexualidade, acolhimento inadequado, a desqualificação dos profissionais e desrespeito às identidades de gênero trans. Ademais, o Brasil conta com apenas 21 centros de apoio ao Processo Transexualizador (PrTr). No estado que essa pesquisa fora executada, existem apenas 03 centros para ofertar promoção a saúde de 853 municípios. Assim, muitos homens trans residem em áreas onde a oferta de serviços de saúde específicos é limitada ou inexistente, o que dificulta o acesso a cuidados adequados.

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO: Apesar de todo o aparato de atenção à saúde do transgênero, assegurado pela Resolução CFM nº 2.265/2019, a defasagem de profissionais capacitados, falta de materiais básicos e medicamentos específicos são desafios enfrentados pelos 21 centros especializados no PrTr no Brasil. Os recursos disponíveis na rede de atenção à saúde direcionados ao PrTr não suprem as demandas em saúde da população trans. Além disso, deve-se usar estratégias de melhoria para o acolhimento da comunidade, como respeito ao nome social (oral e em prontuário), adicionalmente é crucial evitar discursos que promovam preconceitos. Dessa forma, é fundamental promover uma discussão aprofundada

sobre esse tema, visando preparar os médicos para oferecerem um atendimento adequado, sendo imprescindível a inclusão de disciplinas específicas nos currículos de graduação e residência médica. Por fim, vale ressaltar que a pesquisa apresentou escassez de informações, uma vez que há poucos estudos científicos que medem a quantidade e o tipo de procedimentos, bem como a demanda e os atendimentos em hospitais que oferecem serviços de transexualização pelo Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS:

Lima, Rafael Rodolfo Tomaz de, Flor, Taiana Brito Menêzes and Noro, Luiz Roberto Augusto Systematic review on health care for transvestites and transsexuals in Brazil. *Revista de Saúde Pública* [online]. v. 57 [Accessed 10 April 2024] , 19. Available from: <<https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004693>>. ISSN 1518-8787. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004693>.

Rocon, P. C., Sodré, F., Rodrigues, A., Barros, M. E. B. de ., & Wandekoken, K. D.. (2019). Desafios enfrentados por pessoas trans para acessar o processo transexualizador do Sistema Único de Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 23, e180633. <https://doi.org/10.1590/Interface.180633>

MEDRADO, Beatriz; GALRAO, Paula; FARIA, Marcelo. Serviços de saúde e as dificuldades de acesso a pessoas transexuais. *Psic., Saúde & Doenças*, Lisboa , v. 23, n. 3, p. 918-927, dez. 2022 . Disponível em <http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862022000300918&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 15 mar. 2024. Epub 31-Dez-2022. <https://doi.org/10.15309/22psd230327>

Boldrin, V.C, Coelho, R.D.R, Alves, L.C, Teixeira, E.S, Bernardo, S. R. S, Costa, A. G. Avanços e desafios no processo transexualizador do Sistema Único de Saúde brasileiro. *Cien Saude Colet* [periódico na internet] (2023/Out). [Citado em 20/04/2024]. Está disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/avancos-e-desafios-no-processo-transexualizador-do-sistema-unico-de-sau-de-brasileiro/18953?id=18953WR>

Introdução: A maioria das mulheres retoma a atividade sexual após seis semanas do parto, aumentando o risco de uma gravidez não planejada. Uma solução eficaz para evitar esse cenário é a inserção do dispositivo intrauterino de cobre (DIU) logo após o parto. Esta opção apresenta características de viabilidade econômica e ausência de influência hormonal, não exercendo impacto adverso sobre o processo de amamentação. Sendo assim, o DIU é um método contraceptivo amplamente adotado devido à sua segurança, reversibilidade e eficácia comprovadas.

Objetivo: Avaliar taxas de expulsão do DIU de cobre inserido no pós-parto.

Metodologia : Foi realizada uma revisão narrativa de literatura nos bancos de dados Scielo, Elsevier, BVS e PubMed a partir dos descritores " período pós-parto", "anticoncepção", "dispositivos intrauterinos". Com seleção de artigos após leitura minuciosa. Como critérios de inclusão, determinou-se: artigos originais e revisões de caso, estudos disponíveis para livre acesso, publicações entre junho 2014 e 2024 e produções em português ou inglês. Os critérios de exclusão foram artigos duplicados, que não abordavam a temática e que foram publicados fora do intervalo de interesse.

Resultados : Revisão bibliográfica realizada nas principais bases de dados examinou 22 artigos relacionados à inserção de DIU inseridos imediatamente após pós-parto imediato, desde que não haja infecção. A inserção imediata demonstrou taxas de expulsão menores quando comparados com inserção pós-parto tardia (dentro de 48 horas). Passado este período deve-se aguardar, pelo menos, 4 (quatro) semanas. Um estudo comparativo investigou a colocação imediata versus tardia do DIU pós-parto e não observou discrepâncias significativas nas taxas de falha entre os dois momentos de inserção. Ademais, não se constatou um efeito significativo da dilatação cervical ou da posição do DIU na cavidade uterina, conforme avaliado por ultrassonografia, sobre as taxas de sucesso. Não havendo diferença estatisticamente significativa entre as taxas comparadas.

CONCLUSÃO: Portanto, diante das evidências científicas disponíveis, a inserção imediata de DIU pós-parto pode ser segura e eficaz, embora comparações diretas com outros momentos de inserção foram limitadas devido à escassez de estudos científicos sobre o tema. Dentre as vantagens de inserção pós-parto imediato encontra-se uma menor incidência de perfuração uterina, infecção e sangramento, menor taxa de expulsão e mau posicionamento. Por fim, a contracepção reversível de longa duração pós-parto imediato tem o potencial de reduzir a gravidez indesejada e de curto intervalo.

REFERÊNCIAS :

1. Aguemi AK, Torloni MR, Okamura MN, Guazzelli CAF. Conhecimento, atitude e prática de médicos brasileiros sobre inserção de dispositivo intrauterino no pós-parto imediato e pós-aborto. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2023;45(9):524–34. Disponível em: <https://doi.org/10.1055/s-0043-177218>
2. Gonçalves MR et al. Estudo comparativo entre dispositivos intrauterinos inseridos em mulheres no puerpério sob diferentes técnicas e períodos. Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo. 2019; 64(3):213-220.
3. Holanda AAR de, Pessoa A de M, Holanda J de CP, Melo MHV de, Maranhão TM de O. Adequação do dispositivo intrauterino pela avaliação ultrassonográfica: inserção pós-parto e pós-abortamento versus inserção durante o ciclo menstrual. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2013Aug;35(8):373–8. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032013000800007>

TÍTULO: Tratamento conservador na gravidez ectópica em cicatriz de cesárea: um relato de caso

INTRODUÇÃO: A ectociese corresponde à implantação do ovo fora da cavidade uterina, sendo a cicatriz de cesariana prévia um possível local de nidação. A condição evolui com riscos iminentes à mãe, como hemorragia, rotura uterina, placenta acreta e coagulação intravascular disseminada. A condução do caso não é padronizada em meio científico, o que abre margem para abordagens radicais como histerectomia, que cursam com a perda da capacidade reprodutiva. É imperativo individualizar a paciente, considerar sua estabilidade hemodinâmica e avaliar, quando possível, intervenções como a aspiração manual intrauterina (AMIU), capazes de sanarem o problema por meio de invasão mínima e manter o desejo de constituir prole.

RELATO DE CASO: Relato de caso: paciente, 32 anos, feminina, tercigesta, em amenorreia e com dosagem sérica de β -HCG em 18.679 mUI/mL, que apresentou à imagem ultrassonográfica gravidez ectópica em cicatriz de cesariana prévia. A princípio, foi realizada a administração de uma dose de Metotrexate 50 mg IM, com redução posterior de β -HCG para 12.822 mUI/mL. Devido à não alteração da imagem ao ultrassom transvaginal (USG TV), a conduta médica estabelecida consistiu em administrar uma dose de Misoprostol 200 mcg por via vaginal e, em seguida, realizar aspiração manual intrauterina (AMIU) para resolução total. Foram realizadas dosagens seriadas de β -HCG e novos exames de imagem para o acompanhamento da regressão do quadro, que apontaram para negatificação do exame sérico e endométrio normal com espessura de 2,7 mm e pequeno divertículo em região de cicatriz prévia de cesárea.

RESULTADOS: Não há consenso na literatura sobre o melhor método terapêutico em casos como o mencionado devido à raridade de ocorrência e os poucos relatos publicados. Entre as possíveis complicações, destaca-se o risco de ruptura uterina e consequente hemorragia maciça materna. Nota-se, nesse sentido, a relevância de métodos diagnósticos bem desenvolvidos a fim de propiciar diagnóstico precoce e condução eficiente, ao considerar principalmente a tendência mundial no aumento de partos operatórios.

CONCLUSÃO: A gravidez ectópica em cicatriz de cesárea é um desafio à Ginecologia e Obstetrícia, em virtude da gravidade das possíveis repercussões maternas. O tratamento instituído é individualizado, haja vista a baixa incidência e a não existência de um protocolo a ser seguido em casos como estes. Convém reforçar a importância de uma equipe habilitada,

bem como a disponibilidade de USG TV para diagnóstico precoce e manejo apropriado. O uso de AMIU mostrou-se útil ao cursar com melhora clínica satisfatória, menor tempo de recuperação se comparado a abordagens radicais e preservação da capacidade reprodutiva.

AVALIAÇÃO DE COMPLICAÇÕES MATERNAS E FETO-PERINATAIS DA DENGUE EM GESTANTES

INTRODUÇÃO: A dengue é uma doença de países tropicais e subtropicais, causada por um vírus pertencente à família *Flaviviridae* e transmitida por mosquitos da família *Aedes*. Aproximadamente, 40% da população mundial está concentrada em áreas consideradas de alto risco de contrair a infecção (1, 2). Assim, há uma crescente preocupação sobre os riscos dessa infecção durante a gestação (2, 4). **OBJETIVO:** Evidenciar as complicações da infecção por dengue tanto para a saúde materno quanto para a saúde fetal e neonatal. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Revisão sistemática realizada na base de dado PubMed, utilizando os descritores dengue e “pregnancy”. A busca foi limitada pelos parâmetros de relevância (descritores presentes no título e/ou resumo), data de publicação (a partir de 2021) e a possibilidade de seu acesso na íntegra. Foram encontrados inicialmente 104 artigos. O critério de inclusão foi baseado na análise do resumo dos artigos, avaliando sua relevância com objetivo de responder à pergunta clínica do trabalho. Além disso, foram selecionados, após leitura crítica da metodologia, apenas estudos de coorte (prospectivo ou retrospectivo) e ensaios clínicos caso-controle. Foram excluídos os artigos produzidos na forma de relato ou série de casos, revisões da literatura, os que estudaram infecção por dengue em não gestantes e os que não relacionavam os riscos da dengue para a saúde materna e/ou perinatais. **RESULTADOS:** Foram selecionados 5 artigos para a produção final. Desses, 2 eram retrospectivos e 3 prospectivo. Os estudos obtiveram dados de pacientes que compareceram ao pronto atendimento das instituições com queixa de febre, exceto o estudo de Paixão E.S et al (2019) que estudou dados por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Em todos os artigos, o diagnóstico de dengue foi comprovado laboratorialmente por sorologia positiva de IgM ou por detecção de antígeno NS1. Dos estudos selecionados, 80% mencionavam complicações maternas e fetais, enquanto, um artigo estudou apenas complicações fetais (Paixão et al 2019). Observa-se que a procura por atendimento médico foi motivada pela presença de febre. Ainda, a maior procura por atendimento foi no último trimestre da gestação (1, 2, 5). **DISCUSSÃO:** As principais complicações maternas foram plaquetopenia (1, 2, 4), hemorragia pós-parto (1, 2, 4, 5) e morte materna (1, 2, 4, 5). Quanto as complicações fetais e perinatais, destacam-se prematuridade (1, 2, 3, 4, 5), baixo peso ao nascer (1, 3), crescimento fetal intrauterina restrito (1, 4, 5), oligodrâmnio (1, 2, 4, 5). Ainda, foi observado um risco duas vezes maior para prematuridade e baixo peso quando a infecção por dengue se classificava como dengue hemorrágica (30). Também, observa-se alta frequência de natimortos (1, 4, 5), com risco aumentado naqueles fetos com idade gestacional <24 semanas (4). Ademais, Mulyana et al (2020) encontrou um caso de encefalite neonatal por dengue. **CONCLUSÃO:** O Brasil é um país epidêmico para dengue, com isso, é fundamental o papel do médico durante o pré-natal com orientações de prevenção dessa doença e monitorização clínica rigorosa de gestantes com dengue, a fim de evitar resultados adversos para as mães e para os recém-nascidos.

REFERÊNCIAS

1. BRAR, R. et al. Maternal and fetal outcomes of dengue fever in pregnancy: a large prospective and descriptive observational study. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, v. 304, n. 1, p. 91–100, 2 jan. 2021.
2. MULYANA, R. S.; PANGKAHILA, E. S.; PEMAYUN, T. G. A. Maternal and Neonatal Outcomes during Dengue Infection Outbreak at a Tertiary National Hospital in Endemic Area of Indonesia. **Korean Journal of Family Medicine**, v. 41, n. 3, p. 161–166, 20 maio 2020.
3. PAIXÃO, E. S. et al. Dengue during pregnancy and live birth outcomes: a cohort of linked data from Brazil. **BMJ Open**, v. 9, n. 7, p. e023529, 1 jul. 2019.
4. SAGILI, H. et al. Maternal & perinatal outcome of fever in pregnancy in the context of dengue - A retrospective observational study. **Indian Journal of Medical Research**, v. 156, n. 4&5, p. 619, 1 out. 2022.
5. SINHA, R.; DATTA, M. R. Dengue in Early Pregnancy: A Neglected Problem? **Cureus**, 8 maio 2023.

RELATO DE CASO: ENDOMETRIOMA DE CRESCIMENTO ACELERADO ASSOCIADO A ARBOVIROSE

INTRODUÇÃO: A endometriose é um distúrbio reprodutivo comum caracterizado pela presença de implantes endometriais fora do útero. Os endometriomas, frequentemente, ocorrem concomitante com a endometriose profunda, sendo que, seu crescimento, assim como a formação de novas lesões endometrióticas, está correlacionado a menstruação. Associado a este quadro, infecções causadas por arboviroses levam frequentemente a trombocitopenia. Este trabalho visa a descrição de caso de endometrioma, de crescimento rápido, com possível relação devido a infecção por arbovirose. **DESCRIÇÃO DE CASO:** Paciente A.C.L.R.B., 39 anos, admitida em pronto atendimento por distensão abdominal importante, associada a dor, edema em membros inferiores, cólica e incontinência urinária. Refere ganho de peso de oito quilos em menos de vinte dias. Paciente com diagnóstico clínico epidemiológico de Chikungunya há trinta dias. Ao exame físico, abdome globoso, maciço, descompressão brusca negativa, sem sinais de peritonite. Solicitada tomografia computadorizada de abdômen e ultrassonografia pélvica, evidenciando massa pélvica ovariana volumosa de dois litros. Paciente encaminhada ao especialista. Em consulta com cirurgião ginecológico foi solicitada ressonância magnética que evidenciou grandes imagens císticas anexiais bilaterais, de volume a direita de 523,4 cm³ e a esquerda de volume de 1.525,7 cm³, com conteúdo altamente proteico ou hemático, questionando-se a possibilidade de grandes endometriomas. Realizada abordagem cirúrgica de cistos com saída de dois litros de líquido achocolatado com características de endometrioma. Em pós operatório imediato, paciente evolui com melhora de dispneia, dor abdominal e incontinência urinária. **DISCUSSÃO:** O refluxo de fragmentos de tecido endometrial e fluido rico em proteínas através das tubas uterinas para a pelve, durante a menstruação, é considerado a explicação mais provável para a formação de lesões endometrióticas dentro da cavidade peritoneal, embora esse mecanismo não seja suficiente, já que quase todas as mulheres apresentam menstruação retrógrada. Este fato associado a infecção por arbovirose, uma vez que, trombocitopenia é uma característica comum em infecções arbovirais, pode estar associado ao rápido crescimento de endometriomas apresentados pela paciente. **CONCLUSÃO:** O caso relatado abre discussão sobre a importância de estudos sobre a associação entre crescimento de endometriomas e infecções por arboviroses, a fim de estabelecer propedêutica adequada e redução de efeitos negativos da correlação.

Referências bibliográficas:

Allaire C, Bedaiwy MA, Yong PJ. Diagnosis and management of endometriosis. *CMAJ*. 2023 Mar 14;195(10):E363-E371. doi: 10.1503/cmaj.220637. PMID: 36918177; PMCID: PMC10120420.

Bartholomeeusen K, Daniel M, LaBeaud DA, Gasque P, Peeling RW, Stephenson KE, Ng LFP, Ariën KK. Chikungunya fever. *Nat Rev Dis Primers*. 2023 Apr 6;9(1):17. doi: 10.1038/s41572-023-00429-2. Erratum in: *Nat Rev Dis Primers*. 2023 May 19;9(1):26. PMID: 37024497.

Gomes de Azevedo-Quintanilha I, Campos MM, Teixeira Monteiro AP, Dantas do Nascimento A, Calheiros AS, Oliveira DM, Dias SSG, Soares VC, Santos JDC, Tavares I, Lopes Souza TM, Hottz ED, Bozza FA, Bozza PT. Increased platelet activation and platelet-inflammasome engagement during chikungunya infection. *Front Immunol*. 2022 Sep 15;13:958820. doi: 10.3389/fimmu.2022.958820. PMID: 36189282; PMCID: PMC9520464.

Horne A W, Missmer S A. Pathophysiology, diagnosis, and management of endometriosis *BMJ* 2022; 379 :e070750 doi:10.1136/bmj-2022-070750

Tan Z, Gong X, Li Y, Hung SW, Huang J, Wang CC, Chung JPW. Impacts of endometrioma on ovarian aging from basic science to clinical management. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2023 Jan 4;13:1073261. doi: 10.3389/fendo.2022.1073261. PMID: 36686440; PMCID: PMC9848590

CARCINOMA ESPINOCELULAR MODERADAMENTE DIFERENCIADO EM PACIENTE JOVEM: RELATO DE CASO

Introdução: o câncer de colo de útero (CCU) é o 3º tipo de câncer mais incidente entre mulheres no Brasil. Seu desenvolvimento se dá por via sexual desprotegida, por contato da pele ou mucosa com o papilomavírus humano (HPV). Sua evolução é progressiva, com fases pré-clínicas detectáveis e curáveis. Hoje, a principal estratégia para rastreamento precoce do CCU é o exame citopatológico cérvico-vaginal (COP), o exame Papanicolau.

O Ministério da Saúde (MS) preconiza a realização do COP em mulheres com vida sexual ativa a partir dos 25 anos de idade, com duas amostras em 2 anos consecutivos, passando a ser feito rastreio trienal caso as 2 primeiras amostras venham com resultados negativos. Considera-se desnecessário rastreio antes dos 25 anos.

Descrição do caso:

História clínica: A.S.F.G, feminina, 24 anos, solteira, presidiária, deu entrada no pronto atendimento do Hospital Municipal de Governador Valadares (HMGV) em 17/04/2023 com a queixa de sangramento vaginal há dois meses. Relata fraqueza, bem como desmaio prévio há dois dias.

Menarca e sexarca aos 11 anos, múltiplos parceiros sexuais, incluindo violência sexual. 4 gestações, sendo 2 partos vaginais, 1 parto cesáreo e 1 aborto. Histórico de sífilis, adequadamente tratada.

Exame físico: hipocorada, febril (38,5°), taquicárdica (105bpm), e hipotensa 90x60 mmHg, abdome indolor à palpação, sem sinais de peritonite. Ao exame especular, massa de 5cm, aspecto vegetante, friável, sangrante, com vasos atípicos comprometendo todo colo uterino e parede vaginal lateral em terço superior, base endurecida à mobilização do colo.

Exames complementares: hemoglobina 7,2, hematócrito 21,5%, plaquetas 577.000, VDRL 1:1, anti-HIV não reagente (NR), beta-HCG NR, Anti-HCV NR, HBsAg NR. Biópsia: presença de carcinoma espinocelular (CEC) infiltrante moderadamente diferenciado.

Conduta: administração de 2 concentrados de hemácia (CH) de 300ml cada, encaminhada para a maternidade do HMGV.

Na maternidade: exames laboratoriais e biópsia, que trouxe como resultado CEC. Além disso, foi realizado encaminhamento para hospital oncológico para realização de histerectomia ampliada, incluindo terço superior vaginal e linfonodos pélvicos, complementada por radioterapia.

Discussão e conclusões: CEC é uma doença de início silencioso que se instala gradativamente, podendo ser assintomática por vários anos. Se não detectado e tratado, o tumor crescerá, podendo se disseminar em metástases para estruturas adjacentes como bexiga, reto e ureteres.

Seus fatores de risco incluem: vulnerabilidade socioeconômica, sexarca precoce, multiplicidade de parceiros, tabagismo, imunossupressão, histórico de infecções sexualmente transmissíveis e infecção pelo HPV, o último obrigatório para desenvolvimento da doença.

A paciente apresentava diversos de tais fatores, no entanto, por possuir 24 anos, não estava na faixa etária preconizada pelo MS para realização do COP. As recomendações de rastreio mundiais têm mudado significativamente, orientando início aos 21 anos na maioria dos países, com COP, continuando a cada 3 anos, ou com co-teste (de DNA-HPV por captura híbrida) a cada 5 anos (mulheres com mais de 30 anos).

Aplicação do método SMART no planejamento alimentar e modificação no estilo de vida em mulheres com a Síndrome dos Ovários Policísticos

Daiane Oliveira Simão 1, Aline Vanessa Melo Pereira Santos 1, Ana Lúcia Cândido 1, Fabio Vasconcellos Comim 1, Fernando Marcos dos Reis 1, Jéssica Abdo Gonçalves Tosatti 2, Karina Braga Gomes 1,2

- 1- Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais
- 2- Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais

Introdução: A Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) é uma endocrinopatia feminina complexa e heterogênea, com prevalência de 5% a 20% entre mulheres em idade reprodutiva. O tratamento de primeira linha inclui a modificação do estilo de vida, com estímulo a exercício físico e alimentação saudável. Metas específicas, mensuráveis, alcançáveis, realistas e com tempo determinado (método SMART) são utilizadas para otimizar a eficácia do planejamento alimentar e sustentar as mudanças no estilo de vida. **Objetivo:** Avaliar a adesão e eficácia do método SMART em mulheres com SOP e seu impacto nas medidas antropométricas. **Método:** Após avaliação nutricional completa de 47 mulheres com SOP, foram realizadas orientações nutricionais baseadas no método SMART de acordo com o objetivo individual de cada paciente. As metas foram estabelecidas em concordância com a paciente, respeitando suas limitações e rotina. O grupo foi monitorado por mensagens digitais nos tempos 20, 40 e 60 dias após a avaliação inicial, a fim de verificar a adesão e para encorajá-las e motivá-las à adesão. O programa SPSS v.21 foi utilizado para a análise estatística, considerado como significativo valor de $p < 0,05$. Os valores foram expressos como mediana e intervalo interquartil. **Resultado:** Houve uma variação na adesão ao longo do tempo. Durante os primeiros 20 dias 35,5% seguiram totalmente as metas e 45,2% seguiram parcialmente. Aos 40 dias, 22,6% não seguiram as metas, enquanto a adesão total caiu para 19,4%. Aos 60 dias, a não adesão aumentou para 32,1%, enquanto a adesão total diminuiu para 17,9% e a adesão parcial permaneceu em 50%. Todas as medidas antropométricas apresentaram redução quando comparados o tempo inicial e o final, aos 60 dias após a intervenção [Ti vs Tf]: índice de massa corporal [31,0 (10,1) vs 29,6 (11,4)]; circunferência de cintura

[96,2 (24,3) vs 92,0 (25,0)]; circunferência de quadril [109,5 (18,0) vs 106,0 (17,3)]; e circunferência de braço [33,7 (7,0) vs 32,0 (7,2)], embora esta redução não tenha sido significativa (todos $p > 0,05$). **Discussão:** Os resultados sugerem que as mulheres com SOP apresentaram dificuldade na adesão ao método SMART, mesmo que adequado à sua realidade e condições sócio-econômicas. Entretanto, mesmo com baixa adesão total, foi possível observar redução nos índices antropométricos medidos, embora não significativa, o que pode ser explicado pelo limitado tamanho amostral e curto tempo de seguimento. **Conclusão:** Mulheres com SOP apresentaram variação na adesão da orientação nutricional baseada no método SMART ao longo do tempo, porém o método foi capaz de levar à redução de medidas antropométricas, sugerindo que pode ser um método eficaz para a modificação do estilo de vida a longo prazo em mulheres com SOP.

Agradecimentos: CNPq e CAPES.

Saúde mental na Síndrome dos Ovários Policísticos: uma análise da ansiedade e depressão por meio da escala HADS

Daiane Oliveira Simão 1, Aline Vanessa Melo Pereira Santos 1, Ana Lúcia Cândido 1, Fabio Vasconcellos Comim 1, Fernando Marcos dos Reis 1, Jéssica Abdo Gonçalves Tosatti 2, Karina Braga Gomes 1,2

1- Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais

2- Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais

Introdução: A Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) é o distúrbio endócrino mais comum entre mulheres em idade fértil, associada a diversas complicações na saúde reprodutiva, metabólica e psicológica. Distúrbios psiquiátricos como ansiedade e depressão estão relacionados à não aceitação da imagem corporal e infertilidade, e pode afetar o bem-estar físico, social e mental da paciente. A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) é uma ferramenta simples e autoaplicável de rastreio de pacientes que apresentam sintomas de depressão e/ou ansiedade. **Objetivo:** Comparar a escala de ansiedade e depressão entre mulheres com SOP e um grupo controle hígado. **Método:** O estudo incluiu 47 mulheres com diagnóstico de SOP e 47 mulheres hígadas, com idade entre 18 e 40 anos. Foi aplicada a HADS nos dois grupos, a qual contém 14 itens divididos em subescalas de ansiedade (A) e depressão (D). Foi utilizado o programa SPSS v.21 para a análise estatística, considerado como significativo valor de $p < 0,05$. Os valores foram expressos como mediana e intervalo interquartilico. **Resultado:** Mulheres do grupo SOP apresentaram significativamente maiores valores na subescala de depressão comparadas ao grupo controle [7,0 (6,5) vs 5,0 (5,0), $p = 0,013$]. Apesar de não apresentar diferença significativa, as mulheres com SOP apresentaram maior pontuação no score de ansiedade [11 (9,0)] comparadas ao grupo controle [8,0 (6,0), $p = 0,16$]. Além disso, nas mulheres com SOP, o score de depressão mostrou correlação positiva com o índice de massa corporal ($r = 0,352$, $p = 0,026$), circunferência de quadril ($r = 0,360$, $p = 0,022$), circunferência de pescoço ($r = 0,372$, $p = 0,018$) e circunferência de braço ($r = 0,329$, $p = 0,038$). **Discussão:** Os resultados sugerem maior frequência de depressão em mulheres com SOP quando comparadas a um grupo de mulheres sem a síndrome. Além disso, este sentimento pode estar ligado à

insatisfação com a imagem pessoal e redução da autoestima, uma vez que maiores valores na subescala de depressão estão associados aos maiores índices antropométricos neste grupo. **Conclusão:** As mulheres com SOP apresentaram maior frequência de depressão quando comparadas às mulheres sem a síndrome. A depressão está correlacionada a maior antropometria. Agradecimentos: CNPq e CAPES.

Introdução: A úlcera de Lipschütz é descrita pelo aparecimento súbito de úlceras dolorosas, autolimitadas, na região da vulva em pacientes jovens sem histórico de relação sexual, sendo incomum em crianças. A etiologia ainda é desconhecida. O diagnóstico pode ser feito após a exclusão de outras causas de úlceras genitais.

Descrição do caso: EVRM, 2 anos, feminino, acompanhada pela mãe, procurou atendimento devido à febre súbita e lesão bolhosa, única, isolada, medindo de 0,5 a 1 cm, supra clitoriana, dolorosa que ulcerou espontaneamente. Após 3 dias do início dos sintomas, apresentou nova febre associada a outras lesões ulceradas dolorosas anais e inguinais. Há 15 dias relata infecção de vias aéreas superiores. Estava em uso de antibiótico tópico previamente à internação por suspeita de furúnculo e na internação atual foi iniciado ceftriaxona devido a pielonefrite diagnosticada em exames laboratoriais. Ao exame: lesões ulceradas com borda delimitada de coloração vermelho-violáceo definida, profundas com discreta área acinzentada, presença de tecido fibrótico com lesão espelhada perianal. Solicitado hemograma apresentando leucocitose com desvio, predomínio de segmentados e plaquetose e PCR em ascensão, compatível com a pielonefrite. Solicitado sorologias de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), sendo negativas, e de Epstein Bar, porém o hospital não realizava esse tipo de coleta. A evolução foi favorável com a cicatrização das úlceras após aproximadamente 1 mês, associada ao uso de antibiótico tópico a fim de evitar uma infecção secundária (paciente em uso de fralda) e sintomáticos para suporte devido ao desconforto das úlceras.

Discussão: A úlcera de Lipschütz teve seu primeiro relato descrito em 1913 e é uma entidade clínica que não apresenta dados epidemiológicos precisos, entretanto estudos sugerem que sua maior incidência ocorre entre adolescentes e mulheres jovens, com idade menor que 20 anos. As lesões são grandes e profundas, parcialmente simétricas (“padrão de beijo”), caracterizadas pelo fundo necrótico e presença de exsudato acinzentado. É comum o relato de sintomas de quadro viral precedido ao aparecimento das úlceras. As evidências da literatura sugerem que o principal agente etiológico é o Vírus Epstein-Barr (EBV), entretanto existem relatos de outros agentes isolados. Desse modo, é importante a realização de exames complementares que englobam a sorologia para EBV, sorologias para IST's para investigação de outra possível causa, hemograma e função hepática. O principal diagnóstico diferencial é o de Herpes Genital. Tais lesões apresentam resolução espontânea, desse modo é válido o tratamento de suporte com sintomáticos, visando analgesia, e em caso de infecções bacterianas secundárias é recomendado o uso de antimicrobianos.

Conclusão: Apesar de vulvovaginites serem comuns na pediatria, a úlcera de Lipschütz é rara na primeira infância, como o caso aqui apresentado, porém, é um diagnóstico que sempre deve ser considerado a fim de evitar tratamentos ou uso de medicações desnecessárias, pois apesar de cursar com úlceras dolorosas, a doença é autolimitada. Além disso, é importante para o conhecimento das pacientes ou dos familiares, como nesse caso, pois pode haver recidivas.

CARDIOMIOPATIA PERIPARTO: UM RELATO DE CASO

Introdução: A cardiomiopatia periparto (MCP) é uma insuficiência cardíaca (IC) que surge após a 36ª semana de gestação, ou no período de até 5 meses após o parto em mulheres sem doença cardíaca pré-existente, sendo seu diagnóstico desafiador devido à sobreposição dos sintomas clínicos com as alterações fisiológicas da gravidez. **Descrição do caso:** Mulher, 20 anos, G1PN1, pré-natal de risco habitual e sem comorbidades, foi admitida em trabalho de parto vaginal. Após 42 dias do parto, iniciou com inapetência, dor abdominal epigástrica, vômitos, tosse seca e odor vaginal fétido. Aventou-se a hipótese diagnóstica de sepse de foco uterino, foi encaminhada à unidade de terapia intensiva (UTI), sendo iniciado protocolo de sepse e administração de metronidazol e ceftriaxona. Evoluiu com taquidispnéia, sendo então realizado ultrassonografia à beira leito com sinais de congestão pulmonar, e ecocardiograma, que evidenciou disfunção sistólica biventricular com fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) de 23% e trombo aderido em região apical do ventrículo direito (VD). Dessa forma, confirmou-se o diagnóstico de cardiomiopatia periparto (MCP). A paciente permaneceu na UTI por 10 dias, sendo tratada com ceftriaxona 1g 12/12h, clindamicina 6/6h, hidroclorotiazida 25mg, furosemida 6mL 6/6h, espironolactona 50mg, captopril 12/12h, enoxaparina 60mg 12/12 h, dobutamina 20 mL/h (11 mcg/hg/min) e nitroglicerina 10 mL/h. Entretanto, apesar do uso de aminas vasoativas em doses otimizadas, não houve resposta hemodinâmica efetiva, evoluiu para parada cardiorrespiratória, não responsiva às manobras de ressuscitação, com óbito 11 dias após o diagnóstico. **Discussão:** A etiologia da MCP é uma combinação de diversos mecanismos patogênicos envolvendo aumento citocinas inflamatórias, estresse oxidativo e desequilíbrio angiogênico. São critérios diagnósticos: desenvolvimento de IC no último mês de gravidez ou cinco meses após o parto; ausência de outra causa identificável de IC e disfunção sistólica do ventrículo esquerdo (VE) com fração de ejeção do VE menor que 45%, com ou sem dilatação do VE. Os sintomas são de uma IC típica e seus fatores de risco englobam: idade maior que 30 anos, gestação múltipla, multiparidade (≥ 4 gestações), abuso materno de cocaína, história pregressa ou atual de pré-eclâmpsia, eclâmpsia ou hipertensão, ascendência africana e terapia tocolítica oral de longo prazo (> 4 semanas) com agonista beta-adrenérgico. A propedêutica inclui realização de eletrocardiograma e ecocardiograma e o manejo terapêutico depende da estabilidade materna e fetal e da apresentação clínica, podendo, em último caso, ser necessário o transplante cardíaco (10%). **Conclusão:** É de extrema importância que obstetras conheçam a doença para que o tratamento seja instaurado precocemente, reduzindo a morbimortalidade do quadro.

ACRETISMO PLACENTÁRIO EM PACIENTE SEM FATORES DE RISCO EM UMA MATERNIDADE DE JUIZ DE FORA-MG: RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO: A aderência anormal da placenta ao miométrio é chamada de acretismo placentário. Os principais fatores de risco para o acretismo são cesárea anterior, curetagem uterina, miomectomia, cirurgia vídeo-histeroscópica, idade materna acima de 35 anos e multiparidade. É importante causa de hemorragia puerperal e deve-se buscar seu diagnóstico durante a gestação a fim de prevenir desfechos adversos. **DESCRIÇÃO DO**

CASO: ALS, 20 anos, primigesta, sem comorbidades, tabagista e etilista, evoluiu para parto vaginal com necessidade de curetagem após retenção placentária. Recebeu alta em boas condições. Retornou a maternidade um mês após devido a episódio de sangramento volumoso com instabilidade hemodinâmica. Familiares negaram qualquer intercorrência até então. À Ultrassonografia evidenciou imagem sugestiva de restos ovulares. A paciente foi internada e, após transfusão sanguínea e estabilidade, foi submetida a Aspiração Manual Intrauterina com saída de material piossanguinolento. O anatomopatológico apresentou endometrite aguda com importante infiltrado inflamatório neutrofilico. Iniciada antibioticoterapia e solicitado Ressonância Magnética (RNM) da pelve e beta gonadotrofina coriônica humana (BHCG) pois manteve quadro hemorrágico. O laudo da RNM constou sinais de produtos da concepção retidos associados a acretismo placentário, o BHCG era de 162,1 mUI/mL. Realizada endometriectomia, com infusão de vasopressina para controle do sangramento, por desejo de preservar a fertilidade, feita inserção de DIU de cobre no ato para contracepção, conforme decisão em conjunto com a paciente. O procedimento ocorreu sem intercorrências. Paciente teve alta com anatomopatológico evidenciando restos placentários com infarto isquêmico e calcificação distrófica.

DISCUSSÃO: A placenta acreta na ausência de fatores de risco é uma entidade rara na primigesta, e seu manejo conservador torna-se importante para preservar a fertilidade. Os distúrbios placentários são classificados de acordo com a sua profundidade no miométrio. No tipo acreta ocorre penetração miometrial, na increta o invade e a na percreta ultrapassa seus limites, podendo atingir estruturas adjacentes. Existe uma forte associação com a história de cesárea e curagem prévias, por se formar uma cicatriz, propiciando uma inserção inadequada da placenta. Porém, tal fato não explica o acretismo em pacientes sem fatores de risco. Em resumo, a fisiopatologia do espectro da placenta acreta é complexa e pode envolver diversos fatores, como defeitos na decidualização, invasão do trofoblasto, cicatrizes e infecções. Por fim, evidencia-se a importância de aventar a hipótese diagnóstica, mesmo em primigestas, quando não há outra causa identificada nos casos de hemorragia pós-parto. Contribuindo, assim, na intervenção precoce e combate à principal causa de morte materna no mundo. Em todas as pacientes, independentemente da história médico-cirúrgica, deve ser realizado rastreio para reduzir a morbidade e mortalidade materna. Além disso, propor linhas de ação e alternativas de prevenção para prestar um cuidado integral, oportuno e multidisciplinar.

REFERÊNCIAS

- 1 - Coutinho CM, Georg AV, Marçal LC, Nieto-Calvache AJ, Adu-Bredu T, D'Antonio F, et al. Espectro do acretismo placentário: recomendações atualizadas da perspectiva do profissional de imagem pré-natal. *Femina*. 2023;51(6):326-32.
- 2 - Francisco RP, Martinelli S, Kondo MM. Placenta prévia e acretismo placentário. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO);

2018. (Protocolo FEBRASGO - Obstetrícia, no. 26/ Comissão Nacional Especializada em Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério).

3 -Ruvalcaba-Ramírez MA, Reyes-Ibarra E, Mejía-Romo F, Cuadro-Bracamontes EH, Khalaf-Partida MS, Manzo-Arroyo FJ. Acretismo placentario en primigestas. Reporte de tres casos y revisión de la bibliografía. Ginecol Obstet Mex 2022; 90 (2): 180-186.

RELATO DE CASO:

TUMOR DE KRUKENBERG DECORRENTE DE ADENOCARCINOMA GÁSTRICO DIAGNOSTICADO EM PACIENTE ASSINTOMÁTICA

Laís Loureiro Ticle¹, Sérgio Augusto Triginelli ², Isabela Benevenuto Teixeira¹, Luana Fonseca de Almeida Messias¹, Julia Arantes Oliveira¹, Renato Alves de Castro Júnior³

¹ Médica Residente no programa de Ginecologia e Obstetrícia da Unimed Belo Horizonte

² Preceptor da Residência de Ginecologia e Obstetrícia da Unimed Belo Horizonte e Pós-doutor em Oncologia Ginecológica na 1ª Faculdade Médica do Hospital Geral da Universidade Charles na República Tcheca

³ Médico cirurgião geral na Unimed Belo Horizonte

INTRODUÇÃO

O tumor de Krukenberg (TK) é um carcinoma metastático de ovário, representando 10-25% dos tumores malignos do ovário. Sua origem mais comum é o tumor gástrico, responsável por até 70% dos casos. As pacientes jovens geralmente são assintomáticas até estágios avançados da doença, e a detecção do tumor ovariano pode preceder o diagnóstico do tumor primário, acarretando pior prognóstico.

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente G.S.M, 42 anos, assintomática. Previamente submetida a exérese de endometrioma em parede abdominal e a histerectomia total devido a miomatose. Em ultrassonografia de controle, diagnosticada massa ovariana à direita de 627.6 cm³, sendo solicitada uma ressonância magnética da pelve que confirmou o achado de massa expansiva sólida-cística. A propedêutica inicial demonstrou nível sérico de CA-125 de 275.5 U/mL e CEA dentro dos valores de referência. Submetida à colonoscopia com achado de adenoma viloso de baixo grau em sigmóide e à endoscopia digestiva alta (EDA) com achado de lesão congesta e endurecida em corpo gástrico, cujo anatomopatológico (AP) de biópsia gástrica evidenciou proliferações vasculares atípicas e aglomerado inflamatório em mucosa. Foi submetida a laparotomia exploradora com exérese de lesão tumoral ovariana à direita e à anexectomia esquerda. À palpação de andar superior do abdome durante a cirurgia, notou-se endurecimento em toda a grande curvatura gástrica. O anatomopatológico revelou, em ambos os ovários, neoplasia maligna indiferenciada, com imunoexpressão negativa para CA-125 e para CK-20, positiva para citoqueratinas e fraca e focalmente positiva para CK7, além de um alto índice de proliferação celular, sendo um resultado compatível com neoplasia metastática em ovários, com maior possibilidade de origem gástrica.

Passou por nova laparotomia exploradora com verificação de grande tumor gástrico, submetida a gastrectomia com reconstrução em Y e à omentectomia e linfadenectomia. Ao AP, identificou-se adenocarcinoma primário de seguimento gastrointestinal com

acometimento linfonodal, com estudo imuno-histoquímico confirmando o diagnóstico de tumor primário gástrico com TK bilateral.

DISCUSSÃO

O caso destaca que a investigação e o reconhecimento do TK em paciente jovem e assintomática envolve a correlação de diversos dados propedêuticos. Os padrões imunológicos são essenciais na diferenciação entre tumor primário e secundário do ovário, sendo que existem padrões diferentes para cada sítio primário. Neste caso, a negatividade do CA-125 relacionado a baixa positividade para CK-7 e aos elevados índices de proliferação celular, associados aos achados clínicos e peri-operatórios, corroboraram o diagnóstico de TK bilateral.

REFERÊNCIAS

1. KUBEČEK, Ondřej; LACO, Jan; IPAČEK, Jiří; PETERA, Jiří; KOPECKÝ, Jindřich; KUBEČKOVÁ, Alena; FILIP, Stanislav. The pathogenesis, diagnosis, and management of metastatic tumors to the ovary: a comprehensive review. **Clinical & Experimental Metastasis**, [S.L.], v. 34, n. 5, p. 295-307, jun. 2017. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s10585-017-9856-8>.
2. KIYOKAWA, Takako. Krukenberg Tumors of the Ovary: A Clinicopathologic Analysis of 120 Cases With Emphasis on Their Variable Pathologic Manifestations. **Am J Surg Pathol**, Boston, v. 30, n. 3, p. 277-299, mar. 2006.
3. LIN, Xiaolin; HAN, Ting; ZHUO, Meng; LIU, Tengfei; LIU, Zebing; XIANG, Dongxi; LI, Hong; XIAO, Xiuying. A retrospective study of clinicopathological characteristics and prognostic factors of Krukenberg tumor with gastric origin. **Journal Of Gastrointestinal Oncology**, [S.L.], v. 13, n. 3, p. 1022-1034, jun. 2022. AME Publishing Company. <http://dx.doi.org/10.21037/jgo-22-464>.

Análise das taxas de mortalidade por câncer de mama entre as macrorregiões de saúde de Minas Gerais nos últimos 20 anos

José Victor Ribeiro Silva Gomes¹, Cecília França Valadares¹ Esther Daibert Ângelo Manfrini²

¹ Graduação em Medicina na Universidade Federal de São João del-Rei - *Campus* Dom Bosco

² Docente do Curso de Medicina da Universidade Federal de São João del-Rei - *Campus* Dom Bosco

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é uma patologia heterogênea, que se apresenta em diversas categorias clínicas e histológicas. É o segundo câncer mais incidente em mulheres no Brasil, atrás apenas dos cânceres de pele não melanoma. De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde, o Brasil registrou mais de 80 mil novos casos da doença em 2022.

OBJETIVO

Analisar a evolução das taxas de mortalidade por câncer de mama em Minas Gerais nos últimos 20 anos, realizando um comparativo entre as 16 macrorregiões de saúde no estado.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo e quantitativo, realizado por meio de análise de dados do DATASUS acerca da mortalidade por Neoplasias Malignas de Mama (Categoria C-50 na CID-10). Os dados abrangem o período de 2001 a 2021.

RESULTADOS

No período, foram registrados 26.310 óbitos por neoplasias malignas de mama. Houve um crescimento de 131% no total de registros entre 2001 (741) e 2021 (1711). A macrorregião com a maior quantidade total de óbitos foi a região do Centro, que abrange a cidade de Belo Horizonte, com 10.045 (38,18% do total). Já a macrorregião com menos óbitos foi a de Jequitinhonha (região de Diamantina), com 281 registros (1,07% do total). A taxa de mortalidade por neoplasias malignas de mama dobrou no período, partindo de 7,89 óbitos/100 mil mulheres em 2001, atingindo um pico de 16,61 óbitos/100 mil mulheres em 2020, apresentando leve queda para 15,74 óbitos/100 mil mulheres em 2021. Em 2001, a macrorregião com

a maior taxa de mortalidade era a do Triângulo do Sul (região de Uberaba), com 10,61 óbitos/100 mil mulheres, e a com menor era a do Jequitinhonha, com 1,51 óbitos/100 mil mulheres. Já em 2021, a região com a maior taxa de mortalidade foi a do Centro, com 19 óbitos/100 mil mulheres, e a com a menor foi a do Norte de Minas (região de Montes Claros) com 9,66 óbitos/100 mil mulheres.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

A epidemiologia possibilita uma análise objetiva das variáveis em estudo, revelando de forma quantitativa as diferenças nos indicadores de mortalidade sob as ópticas de tempo e espaço. No entanto, o potencial da epidemiologia é maximizado a partir do momento em que essas informações numéricas são usadas para compreensão qualitativa dos contextos de saúde, tendo em vista que as melhorias das condições de assistência à população estão intimamente ligadas ao conhecimento das circunstâncias que a permeiam.

Portanto, considerando a relevância epidemiológica e social do câncer de mama, a ampliação do conhecimento acerca dessa neoplasia torna-se imprescindível para o embasamento de discussões e propostas que a envolvem, indo ao encontro do objetivo de redução da morbimortalidade por câncer na população feminina traçado pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Avaliação da indicadores de qualidade do pré-natal em um município mineiro a partir da criação de uma ferramenta virtual de marcação de consultas

Cecília França Valadares¹, Maria Clara Silva Mendes¹, Maria Fernanda Matos Assaiante¹, José Victor Ribeiro Silva Gomes¹, Esther Daibert Ângelo Manfrini²

INTRODUÇÃO

O acompanhamento pré-natal (PN) tem por objetivo assegurar o desenvolvimento adequado da gestação por meio da abordagem integral dos aspectos biopsicossociais que permeiam esse ciclo. Assim, essa assistência pode ser entendida como o primeiro passo para um parto saudável para o binômio mãe-bebê. Em relação aos direitos das gestantes, a atenção ao PN está incluída nas políticas brasileiras de saúde, trazendo à tona o dever municipal de garantir a assistência conforme as diretrizes nacionais: mínimo de 6 consultas, início precoce do PN e acompanhamento longitudinal na Atenção Primária à Saúde (APS) de gestações de risco habitual. No contexto municipal de São João del-Rei, a realidade do fluxo de PN envolvia a sobrecarga de apenas uma instituição de atendimento especializado, promovendo uma desvinculação das pacientes da APS. Tal contexto suscitou uma reorganização da rede a partir da criação de uma Central de Marcações de Pré-Natal: um serviço virtual responsável pelo agendamento de todas as consultas de PN via SUS no município.

OBJETIVO

Analisar indicadores de qualidade da assistência PN em São João del-Rei após a implantação de uma ferramenta virtual centralizadora das marcações municipais.

MÉTODOS

Estudo de caráter descritivo e abordagem quantitativa a partir da análise retrospectiva de dados dos registros da Central de Marcação de Pré-Natal de São João del-Rei (MG).

¹ Graduação em Medicina na Universidade Federal de São João del-Rei - *Campus* Dom Bosco

² Docente do Curso de Medicina da Universidade Federal de São João del-Rei - *Campus* Dom Bosco

RESULTADOS

A reorganização dos agendamentos de consultas destinadas às gestantes em São João del-Rei proporciona uma visão atualizada acerca da atenção pré-natal local. Nesse ponto, destaca-se a importância da avaliação dos dados obtidos no período entre setembro de 2022 e março de 2024 no que tange a dois indicadores de qualidade de PN: o mínimo de 6 consultas e a proporção de gestantes que realizaram a primeira consulta antes da 12ª semana de idade gestacional.

Dentre os 1125 cadastros, o estudo se deu com as gestações resolvidas e com as gestações em PN ativo no momento, totalizando 822 indivíduos. A partir desse total, estabeleceu-se que apenas 51 gestantes não tiveram o mínimo de 6 consultas agendadas pela Central, ou seja, em 93,7% das marcações foi possível cumprir essa preconização. Em se tratando da idade gestacional de início do pré-natal, dentre as 669 gestantes com PN ativo ou com gestação resolvida e com data da última menstruação estabelecida no momento do cadastro, 65,4% tiveram sua primeira consulta agendada até a 12ª segunda semana de gestação.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

A implantação de uma Central Única de Marcações de PN possibilitou a reorganização do fluxo municipal de assistência às gestantes e posterior coleta de dados desse contexto. Diante do exposto, entende-se que a busca pela otimização dos agendamentos gerou um reflexo positivo nos indicadores de qualidade de pré-natal avaliados, demonstrando aproximação entre a assistência local e as práticas preconizadas pelas políticas públicas nacionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, 32).

LUZ, Leandro Alves da; AQUINO, Rosana; MEDINA, Maria Guadalupe. Avaliação da qualidade da Atenção Pré-Natal no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe2, p. 111–126, 2018

MARIA; ESTEVES-PEREIRA, Ana Paula; VIELLAS, Elaine Fernandes; *et al.* Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 08, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/ztlYnPCnFcszFNDrBCFRchq/?lang=pt>>

MICHELLE THAIS MIGOTO; PALLISSER, Rafael ; HELENA. Validação de indicadores para monitoramento da qualidade do pré-natal. **Escola Anna Nery** (Impresso), v. 26, 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/yyQn5NQbNvyYyj5v8pRzVYK/#>>.

SILVA; Letícia; SILVA; Sara ; ALVES, Cleide. ANÁLISE DOS INDICADORES DE PRÉ - NATAL DO PROGRAMA PREVINE BRASIL NA APS. **ANAIS DO II CONGRESSO NACIONAL DE RESIDÊNCIAS EM SAÚDE** (ONLINE), 2022.

ANÁLOGOS DO GLP1 NA SÍNDROME DO OVÁRIO POLICÍSTICO: EFICÁCIA NO CONTROLE DE PESO E NO PERFIL METABÓLICO

GLP1 Analogs in Polycystic Ovary Syndrome: Efficacy in Weight Control and Metabolic Profile

Letícia Carvalho Costa¹, Ana Laura Alcantara Chagas de Freitas¹, João Vitor Nunes Teles Zebral Bellintani¹, Julia Mizuta Lacerda¹, Larissa Motta Silva¹, Arlene de Oliveira Fernandes²

¹Acadêmico do curso de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais

²Docente do curso de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais

RESUMO

Introdução: A Síndrome do Ovário Policístico (SOP) é uma desordem de origem metabólica, na qual há elevação dos níveis de hormônios andrógenos e disfunção ovulatória. A patologia acomete cerca de 6 a 10% das mulheres em idade fértil e se manifesta com ciclos anovulatórios e, portanto, irregularidade menstrual, além de sinais clínicos e/ou laboratoriais de hiperandrogenismo e presença de ovários policísticos à ultrassonografia, sendo necessário dois dos três critérios para diagnóstico. Comumente, portadoras de SOP possuem, também, alterações de peso (sobrepeso/obesidade) e resistência insulínica (RI), que estão associadas à fisiopatologia da doença, aumentando significativamente o risco de aterosclerose e de eventos cardiovasculares (CV). **Objetivo:** Analisar a eficácia do uso de análogos de GLP1 na redução do peso de pacientes com SOP, na melhora da sintomatologia e do perfil metabólico. **Método:** Foi realizado uma pesquisa bibliográfica na base de dados MEDLINE, utilizando os descritores “GLP1” e “Polycystic ovary syndrome” com o operador booleano AND. Foram incluídos ensaios clínicos randomizados e excluídos artigos de revisão e que não tinham correlação com o eixo temático. Foram encontrados 86 artigos, sendo 12 ensaios clínicos randomizados. Destes, nove artigos foram selecionados para essa revisão narrativa da literatura. **Resultados:** Os estudos revelaram que análogos de GLP1 apresentam efeitos benéficos ao tratamento da SOP em pacientes obesas. Estes incluem redução do peso corporal e circunferência abdominal, melhora da glicemia média e sensibilidade à insulina (SI). O uso de liraglutida junto à metformina demonstrou aumentar taxas de gravidez em fertilização in vitro e melhorar as funções reprodutivas, quando comparado à metformina isolada. A liraglutida foi destacada nos estudos, mostrando benefícios como redução dos níveis de testosterona e andrógenos, além de melhorar a frequência e o fluxo menstrual. Em um estudo, observou-se perda média de peso de 5,2 kg após seis meses de uso de liraglutida, e melhorias nos níveis de glicose em jejum, HbA1c, redução da testosterona livre e tendência à diminuição do volume ovariano. Ademais, o uso de semaglutida resultou em diminuições significativas no peso corporal, Índice de Massa Corporal (IMC), circunferência da cintura e volume de gordura visceral. **Discussão e Conclusão:** Destacam-se os benefícios dos análogos de GLP1 no tratamento da sintomatologia e sobrepeso/obesidade em portadoras de SOP. A redução do IMC, de fatores inflamatórios, melhora da SI e da glicemia média sugerem importante capacidade terapêutica, pois a SOP se associa a distúrbios metabólicos, visto que a RI promove o aumento de risco CV por intensificar oxidação de ácidos graxos livres, produção de triglicérides e liberação de LDL. Há evidências que a liraglutida se associa a melhoras de queixas menstruais, impactos hormonais positivos e melhoras na taxa de gravidez. Entretanto, nota-se que uma abordagem multifatorial integrada, envolvendo mudanças de estilo de vida e outros tratamentos farmacológicos é importante no tratamento dessa condição. Conclui-se que análogos de GLP1 são medicamentos promissores e oferecem benefícios para as portadoras de SOP, mas que sua implementação deve ser individualizada.

Descritores: Síndrome do Ovário Policístico; Obesidade; Receptor de GLP-1.

Referências:

1. ELKIND-HIRSCH, K. E. et al. Liraglutide 3 mg on weight, body composition, and hormonal and metabolic parameters in women with obesity and polycystic ovary syndrome: a randomized placebo-controlled-phase 3 study. **Fertility and Sterility**, v. 118, n. 2, p. 371–381, ago. 2022. Disponível em; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35710599/> . Acesso em: 17 abr. 2024.
2. ELKIND-HIRSCH, K. E. et al. Exenatide, Dapagliflozin, or Phentermine/Topiramate Differentially Affect Metabolic Profiles in Polycystic Ovary Syndrome. **The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism**, v. 106, n. 10, p. 3019–3033, 7 jun. 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34097062/> . Acesso em: 17 abr. 2024.
3. SALAMUN, V. et al. Liraglutide increases IVF pregnancy rates in obese PCOS women with poor response to first-line reproductive treatments: a pilot randomized study. **European Journal of Endocrinology**, v. 179, n. 1, p. 1–11, jul. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29703793/> . Acesso em: 17 abr. 2024.
4. JENSTERLE, M. et al. Short term monotherapy with GLP-1 receptor agonist liraglutide or PDE 4 inhibitor roflumilast is superior to metformin in weight loss in obese PCOS women: a pilot randomized study. **Journal of Ovarian Research**, v. 8, n. 1, 2 jun. 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26032655/> . Acesso em: 17 abr. 2024.
5. NYLANDER, M. et al. Effects of liraglutide on ovarian dysfunction in polycystic ovary syndrome: a randomized clinical trial. **Reproductive BioMedicine Online**, v. 35, n. 1, p. 121–127, jul. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28479118/> . Acesso em: 17 abr. 2024.

Nó Verdadeiro de Cordão Umbilical em Cesárea: Um Relato de Caso

Leticia Carvalho Costa¹, Gabriela Herani da Costa¹, Gabriela Hissa Lopes¹, Rozeno Benedito Souza da Costa²

1: Acadêmicas do curso de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG-Brasil.

2: Orientador: Médico Ginecologista e Obstetra do Hospital Universitário Júlio Müller na Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, MT- Brasil.

INTRODUÇÃO/ RELATO DE CASO: Paciente, sexo feminino, 31 anos, G2Pc1A0, realizou pré natal sem intercorrências em clínica privada, sendo importante ressaltar que a paciente, desde o início do pré-natal, optou por realizar cesariana a pedido. No dia 23 de fevereiro de 2024, foi ao retorno de consulta de pré-natal, com Idade Gestacional (IG) de 38 semanas e 1 dia, e resultados de exames laboratoriais, os quais evidenciaram uma alteração na função hepática. No dia 24 de fevereiro de 2024, às 09:07 da manhã, foi realizado o parto cesariana de urgência, em decorrência da alteração da função hepática materna associado a maturidade fetal (esteatose hepática?). Na cirurgia, foi possível a identificação por visualização direta de cordão umbilical longo e nó verdadeiro no terço mediano sem comprometimento do fluxo no cordão. Recém-nascido (RN) vivo, sexo masculino, assistido pela pediatra na sala de parto, ativo e reativo, com presença de tônus preservado, com peso de 3.195 g, comprimento de 50cm, APGAR 9/9, encaminhado para os procedimentos de rotina e aos cuidados gerais. Paciente e RN sem nenhum tipo de complicação durante e/ou após a cirurgia, sendo a conduta alta médica, um dia depois do procedimento cirúrgico.

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO: O nó verdadeiro de cordão se forma quando há passagem do cordão por dentro de um círculo formado por ele próprio, gerando uma estrutura similar a um laço, que, normalmente, não é identificado por meio da ultrassonografia, por limitações tanto do método quanto do avaliador, sendo descoberto apenas no momento do parto. Estima-se que a incidência deste evento ocorra em 0,5 a 2% das gestações e tem como fator de risco feto do sexo masculino, polidrâmnio, fetos pequenos, cordão longo, gêmeos monoamnióticos, idade materna avançada, comorbidades (diabetes mellitus, hipertensão

arterial, obesidade), entre outros. Em caso de nós múltiplos ou excessivamente tensionados, observa-se uma elevação do risco de alterações no fluxo sanguíneo, com possibilidade de restrição do crescimento fetal, asfixia e morte fetal intrauterina ou intraparto. No entanto, na maior parte das vezes, o nó verdadeiro de cordão não apresentará nenhum significado clínico, não sendo, portanto, indicação de interrupção da gestação ou cesária obrigatória sem que haja evidências de comprometimento fetal. Nesse sentido, no caso apresentado, o único fator de risco identificado foi feto do sexo masculino, o diagnóstico ocorreu após o parto e o procedimento não apresentou intercorrências, com bons desfechos materno e fetal, contudo, é fundamental a documentação deste como forma de incentivo a pesquisas adicionais a cerca do tema.

Abortamento espontâneo em um município de Minas Gerais: um estudo comparativo com as taxas brasileiras

Maria Clara Silva Mendes¹, Cecília França Valadares¹, José Victor Ribeiro Silva Gomes¹, Ingrid Rodrigues Silva¹, Luana Vitória de Carvalho Borges¹, Esther Daibert Ângelo Manfrini²

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde define o aborto espontâneo como interrupção espontânea da gravidez antes da viabilidade do produto da concepção, correspondendo à perda do conceito até a 20^a ou 22^a semanas completas e/ou com feto de até 500g. São múltiplos os fatores de risco para essa ocorrência, e estima-se que 25% dos casos seriam evitáveis se esses fatores pudessem ser atenuados.

Existem diversos estudos que objetivam estimar o número de abortos ocorridos anualmente no país. Nesse sentido, destaca-se a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde realizada no Brasil em 1996, sendo o estudo mais recente que traz taxas específicas sobre o abortamento espontâneo nacional, estabelecendo uma taxa de 14% dentre as entrevistadas com relato de ocorrência de aborto espontâneo.

OBJETIVOS

Analisar a prevalência do abortamento espontâneo no município de São João del-Rei (MG).

MÉTODOS

Estudo de caráter descritivo, retrospectivo e delineamento quantitativo. Os dados foram obtidos a partir da Central de Marcações de Pré-Natal, um dispositivo da Prefeitura em parceria com a Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ), responsável pela viabilização do pré-natal no SUS no município.

¹ Graduação em Medicina na Universidade Federal de São João del-Rei - *Campus* Dom Bosco

² Docente do Curso de Medicina da Universidade Federal de São João del-Rei - *Campus* Dom Bosco

RESULTADOS

A análise dos dados da Central de Marcação de Pré-Natal, coletados no período entre 31/03/2023 a 31/03/2024, revelou que, em sua totalidade, foram registrados 51 abortos, o que representa uma proporção de 9,57% do número total de mulheres que realizaram o pré-natal nesse intervalo de tempo. A média de idade daquelas que abortaram foi de 29,5 anos, com desvio-padrão de 6,7 anos.

No que tange à idade gestacional de início do pré-natal, a média foi de 8,8 semanas, com um desvio-padrão de 2,5 semanas. Foi observado também que a maioria dessas mulheres foi direcionada ao pré-natal de risco habitual, haja vista a ausência de fatores de risco prévios identificáveis.

A maioria das mulheres que sofreram abortamento negou ter comorbidades, sendo que apenas 13,7% do total da amostra afirmaram apresentar doenças prévias. Dentre elas, a enfermidade mais frequentemente relatada foi a hipertensão arterial sistêmica, apresentada por 4 gestantes.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

A partir dos resultados encontrados, compreende-se que, em comparação, o município de São João del-Rei apresenta taxa de abortamento espontâneo significativamente menor do que a taxa nacional. A maioria dos abortamentos estava relacionada a pré-natal de risco habitual iniciado precocemente e gestantes jovens sem doenças prévias. Dessa forma, observa-se que a maioria dos abortos relatados ocorreu em mulheres sem fatores de risco evidentes.

Não foram encontrados dados referentes às taxas de abortamento espontâneo no município antes da implantação da Central de Marcação de Pré-Natal, ferramenta viabilizada pela UFSJ por meio de um programa de extensão. Nesse sentido, observa-se a importância desse dispositivo, que possibilitou o armazenamento e a análise de dados sobre a saúde de gestantes do município.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CARDOSO, Bruno Baptista; VIEIRA, Fernanda Morena dos Santos Barbeiro; SARACENI, Valeria. Aborto no Brasil: o que dizem os dados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2020.

CECATTI, José Guilherme; GUERRA, Gláucia Virgínia de Queiroz Lins; DE SOUSA, Maria Helena; MENEZES, Gleice Maria de Souza. Aborto no Brasil: um enfoque demográfico. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 32, n. 3, p. 105-11, 2010.

OLIVEIRA, Maria Tânia Silva; OLIVEIRA, Caline Novais Teixeira; MARQUES, Lucas Miranda; SOUZA, Cláudio Lima; OLIVEIRA, Márcio Vasconcelos. Fatores associados ao aborto espontâneo: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 20, n. 2, p. 373-384, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHO: recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths - Modifications recommended by FIGO as amended October 14, 1976. **Acta Obstet Gynecol Scand**, v. 56, n. 3, p. 247-53, 1977.

INFECÇÃO POR ZIKA VÍRUS DURANTE O PERÍODO GESTACIONAL E A MICROCEFALIA: UMA ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DOS ANOS 2018 - 2023 NO ESTADO DE MINAS GERAIS

Introdução: transmitido pelo artrópode hematófago *Aedes aegypti*, a infecção pelo Zika vírus em gestantes é caracterizada pelo alto risco de proceder malformações neurológicas congênitas. A passagem da infecção para o feto ocorre por via transplacentária, após a picada do inseto portador do vírus. Nesse sentido, uma das maiores preocupações com a contaminação por esse patógeno nas gestantes, se deve às complicações fetais que ocorrem principalmente no primeiro trimestre, onde se tem, como resultado, maior incidência de microcefalia congênita. Objetivos: analisar os números de casos notificados e confirmados de Zika vírus em gestantes, assim como os casos confirmados de microcefalia fetal, a partir das taxas de notificação de casos suspeitos de Síndrome Congênita associada à infecção pelo vírus Zika (SCZ), no estado de Minas Gerais entre os anos de 2018 a 2023, avaliando as transições no seu padrão epidemiológico. Métodos: trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo, do tipo transversal, realizado a partir da coleta de dados disponibilizados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e Registro de Eventos em Saúde Pública (RESP-MICROCEFALIA). Resultados: entre os anos 2018 e 2023, foram somados 8.534 casos de Zika vírus confirmados em gestantes no estado de Minas Gerais. Em relação aos números absolutos de casos, há grande variação entre os anos do estudo. O ano de 2019 representou o maior registro, com 3.223 casos, o que representa 37.7%. Em 2020, seguiu com padrão de queda, totalizando 1.388 (16.2%), chegando em 404 casos (4.7%) no ano de 2021. As notificações voltaram a subir em 2023, com 1.940, que corresponde a 22.7%. Os dados de registros para microcefalia corroboram com o padrão epidemiológico de Zika, com 123 (19.90%) diagnosticados em 2019, dos 618 casos do período analisado. Discussão e conclusão: foi evidenciado uma redução considerável no número de notificações no ano de 2020 e nos dois anos subsequentes, que pode estar relacionado a pandemia da COVID-19. A SCZ compreende um conjunto de anormalidades congênitas que podem incluir apenas a microcefalia isolada, ou associada ou não a outras alterações no sistema nervoso central, em fetos expostos à infecção pelo vírus Zika durante a gestação. A principal anomalia diagnosticada é a microcefalia isolada.

TOXOPLASMOSE GESTACIONAL E CONGÊNITA EM MINAS GERAIS: UMA ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DOS ANOS 2019 - 2023

Introdução: a toxoplasmose gestacional é causada pelo protozoário *Toxoplasma Gondii*, predominantemente pelo contato com oocistos, sendo considerada uma doença de alto risco de transmissão vertical ao feto. Com o atraso no diagnóstico e o tratamento inadequado, podem ocorrer malformações congênitas. Essa situação é influenciada, principalmente, pela fase gestacional em que o feto foi exposto à doença, que é mais grave quando ocorre no primeiro trimestre.

Objetivos: analisar os números de casos notificados e confirmados de toxoplasmose em gestantes relacionando com os diagnósticos de toxoplasmose congênita no período gestacional, no estado de Minas Gerais, entre os anos de 2019 a 2023 e acompanhar as variações no seu padrão epidemiológico.

Métodos: trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo, transversal, construído a partir da coleta de dados disponibilizados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Foram utilizadas as variáveis: casos confirmados de toxoplasmose gestacional, toxoplasmose congênita e ano de confirmação.

Resultados: entre os anos 2019 e 2023, foram confirmados 5.974 casos de toxoplasmose gestacional registrados no Sinan, abrangendo o estado de Minas Gerais. O ano de 2019 apresentou os menores valores, com 1.021 diagnósticos, o que representou 17.09% da totalidade, enquanto que no ano de 2023 foram confirmados 1.371 toxoplasmoses gestacionais. Entre os anos de 2019 e 2023 não ocorreram variações significativas no número de notificações entre os anos. Em relação à toxoplasmose congênita, somaram-se 2.128 casos confirmados, com maior número em 2020, representando 23.2%, mantendo o mesmo padrão nos dois anos consecutivos e com queda em 2023 para 334, o que compreende a 15.6%.

Discussão e conclusão: no ano de ascensão da COVID-19 (2020) e nos anos subsequentes, não houve redução no número de diagnósticos e notificações. A toxoplasmose gestacional tem o potencial de gerar malformações congênitas como a tríade clássica de coriorretinite, hidrocefalia e calcificações intracranianas no feto. Esse quadro pode ser minimizado a partir de uma efetiva triagem pré-natal e com a incentivação dos protocolos de prevenção, que se baseiam, sobretudo, em instruções de higienização e cuidados alimentares. A intrínseca relação entre a toxoplasmose gestacional e congênita requer diagnóstico e tratamento adequados no período gestacional para prevenir a transmissão para o feto e complicações no recém-nascido.

Endometriose como diagnóstico diferencial de tumor de Colo do Útero: um relato de caso

Introdução: A endometriose é definida como a presença de tecido endometrial fora da cavidade e musculatura uterina. É mais encontrada na pelve, particularmente em ovários, fundo de saco, ligamentos largos e útero-sacrais.¹ A doença cervical é muito rara. A fisiopatologia relaciona-se geralmente a ocorrência de lesões de colo uterino induzidas por procedimentos traumáticos seguida de implantação de tecido endometrial nesse sítio.² Histologicamente são idênticas aos outros locais. A patogênese é multifatorial incluindo imunidade alterada, sinalização endócrina aberrante e fatores genéticos.³ Manifesta-se como áreas vermelhas ou acastanhadas que não empalidecem à compressão ou como nódulos firmes no portio vaginalis. Pode ser confundida com alterações displásicas glandulares e adenocarcinoma, só podendo ser excluída por biópsia. Geralmente é assintomática, mas podem manifestar-se com sangramento irregular, sinusorragia, dismenorreia e dispareunia.⁴ O uso de progestágeno contínuo tem efetividade em seu tratamento e em lesões sintomáticas deve-se realizar eletrocauterização ou excisão da lesão, se possível.²

Discussão do caso: EBS, 32 anos, G1Pc1A0, admitida no serviço de Patologia do Trato Genital Inferior da Maternidade Odete Valadares queixando sangramento irregular, portando citologia negativa para neoplasia, escamoso, glandular, metaplásico, de 10 dias anteriores à consulta e ultrassom do mesmo mês revelando útero em anteversoflexão, com volume de 110cm³, endométrio 10,3mm, apresentando imagem nodular sólida, hipoecóica de contornos irregulares e limites parcialmente definidos localizada em colo de aspecto intramural/subseroso medindo 18,1x18,2mm com captação de fluxo ao doppler e ovários de tamanhos normais. Negava sinusorragia ou dor pélvica. Sexarca: 19 anos, 3 parceiros. Sem método anticoncepcional no momento. Ao exame: lesão vegetante de aproximadamente 2cm, avermelhada, recobrimdo fundo de saco cervical inferior em continuidade ao colo, friável, sangrante ao toque. Hipótese diagnóstica clínica de nódulo cervical a esclarecer: Endometriose? Câncer de Colo?. Realizada biópsia com diagnóstico histológico de endometriose em fundo de saco. Realizado eletrocauterização da lesão, iniciado desogestrel 75mg via oral em uso contínuo. Paciente retornou após 120 dias com ausência de lesão anteriormente descrita, persistindo com fissura linear de aproximadamente 0,5cm, friável, em sítio anteriormente ocupado pela lesão

vegetante. Ausência de sangramento irregular e novas queixas.

Discussão/Conclusão: A paciente em questão apresentava apenas sangramento irregular dos sintomas relacionados à endometriose cervical, além de não ter passado por procedimento cirúrgicos cervicais, o que confere maior raridade ao diagnóstico. Frente a lesões cervicais nodulares sangrantes, a biópsia sempre deve ser realizada para exclusão de neoplasia maligna e proposição de tratamento específico baseado na etiologia da doença.² O caso em questão apresentou ótima resposta à terapêutica combinada: destruição do tecido endometriótico com eletrocauterização e progestágeno contínuo oral.

Referências Bibliográficas:

- 1- JUBANYIK, KJ; COMITE, F. Extrapelvic endometriosis. *Obstetrics and gynecology clinics of North America* vol. 24,2 (1997): 411-40. Acesso em: 09 Abril 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9163774/>.
- 2- CAMPANER, AB; CHAVES, MANS. *Melhores práticas em patologia do trato genital inferior e colposcopia*. 2ª edição. São Paulo: Dasa educa, 2023.
- 3- BAKER, PM et al. Superficial endometriosis of the uterine cervix: a report of 20 cases of a process that may be confused with endocervical glandular dysplasia or adenocarcinoma in situ. *International journal of gynecological pathology: official journal of the International Society of Gynecological Pathologists* vol. 18,3 (1999): 198-205. Acesso em 09 Abril 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12090586/>.
- 4- Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). *Endometriose*. São Paulo: FEBRASGO, 2021.

Câncer de Colo em paciente em idade fora de rastreio no Brasil: relato de caso

Introdução: O câncer cervical é associado a infecção persistente pelo papiloma vírus humano (HPV), particularmente pelos subtipos 16 e 18. A transformação maligna ocorre por meio de um processo que envolve a progressão das neoplasias intraepiteliais cervicais de alto grau (NICs 2 e 3), para um carcinoma invasivo. Nas mulheres é o 3º câncer mais incidente no Brasil. São esperados no triênio 2023/25 1670 casos por 100 mil habitantes no estado de Minas Gerais. Sendo que, destes, 180 casos possivelmente ocorreram na cidade de Belo Horizonte. A incidência deste câncer aumenta nas mulheres entre 30 e 39 anos com pico na 5ª ou 6ª década de vida. Até os 25 anos prevalecem as infecções por HPV e as lesões de baixo grau, com regressão espontânea em sua maioria. **Descrição do caso:** JMSL, 24 anos, nuligesta, tabagista e usuária de cannabis diariamente, sexarca 18 anos, 12 parceiros sexuais, não vacinada para HPV, foi encaminhada ao serviço de Patologia do Trato Genital Inferior da Maternidade Odete Valadares, por lesão vegetante no colo, relatando sangramento vaginal intermitente e um episódio de sinusorragia. Apresentou citologia cervical colhida 18 meses antes negativo para neoplasia, escamoso e glandular. Ao exame: lesão vegetante friável, de aspecto cerebroide em topografia do colo uterino, se estendendo para parede vaginal posterior e lateral direita. Realizada biópsia de colo e da parede vaginal com resultado em ambos os sítios de carcinoma escamoso ulcerado invasor, pouco diferenciado (grau 3). Paciente foi encaminhada para Comissão de Oncologia Municipal para tratamento. **Discussão/Conclusão:** O câncer de colo continua a aumentar em todo o mundo sendo que nos Estados Unidos a American Cancer Society (ACS) publicou em 01/2024 seu boletim revelando o aumento de 1,7% na incidência anual da doença, sendo este o único câncer em que a sobrevivência diminuiu. A ACS coloca com grau de recomendação A o rastreio com citologia entre 21 e 25 anos a cada 3 anos. O Ministério da Saúde Brasileiro, preconiza o rastreio com o exame citopatológico, que é oferecido às mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos e que já tiveram relação sexual, incluindo homens trans e pessoas não binárias designadas mulher ao nascer. Desde 2018, a Federação brasileira das sociedades de ginecologia e obstetrícia recomenda o uso de testes de detecção de DNA de HPV de alto risco no rastreamento do câncer cervical a partir dos 30 anos, sendo preferível entre os 25 e 29 anos o

rastreamento com a citologia. O câncer de colo em pacientes abaixo de 25 anos é pouco comum. Segundo dados da Fundação Oncocentro de São Paulo, no período de 2000-2009, de um total de 11729 casos de carcinoma invasor, 121 foram diagnosticados em mulheres até 24 anos, correspondendo a 1,03%. O caso em questão enquadra-se neste pequeno grupo que desenvolve a doença com pouca idade e com pouco tempo de exposição ao HPV. Desta forma, cresce em importância a detecção precoce das NICs por meio de rastreio eficiente e a prevenção através da vacinação contra o HPV. Nas mulheres abaixo de 25 anos não há proposta de rastreio da doença no Brasil, porém o exame ginecológico anual, principalmente em sintomáticas, é essencial para o diagnóstico das lesões precursoras e do próprio câncer.

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS OVULARES E OS NOVOS OLHARES SOBRE A ENDOMETRITE: UMA REVISÃO DE LITERATURA.

Introdução: A Rotura Prematura das Membranas Ovulares (RPMO), é definida como a rotura espontânea das membranas coriônica e amniótica antes do início do trabalho de parto, podendo ocorrer pré-termo ou termo. A incidência da RPMO espontânea é de aproximadamente 5%, relacionada a um terço dos partos prematuros. A etiologia da RPMO é dividida em espontânea e iatrogenica. As complicações podem ser maternas, como a corioamnionite, endometrite e bacteremia, ou fetais/neonatais, como a hipoplasia pulmonar, prematuridade e infecção neonatal. **Objetivos:** Descrever as diferentes condutas perante a endometrite. **Métodos:** Trata-se de um estudo qualitativo, que utilizou os descritores “premature rupture of membranes AND endometritis” no PubMed, focando em meta-análises dos últimos 5 anos, sendo avaliados todos os 11 artigos encontrados. **Discussão:** Um estudo que avaliou a morbimortalidade de mães com graus de dilatação entre 4-5 e ≥ 6 cm, não encontrou relevância entre este dado e a endometrite, fato que pode apontar a necessidade de um cuidado continuado com os diversos estágios do parto na RPMO. Quanto ao uso de antibióticos, pacientes com corioamnionite tratados ou não com beta-lactâmicos podem desenvolver endometrite, e não há evidência que uso pós-parto proteja deste risco, mas no pré-operatório, clindamicina deve estar no regime de escolha. A gentamicina, a cada 8 horas, tem menor benefício do que a dose diária calculada pelo peso corporal para evitar endometrite, assim pode-se cogitar uma nova terapêutica. Quanto ao uso da ampicilina, não houve diferença entre o uso de 1g ou 2g quanto a prevenção de complicações fetais ou maternas, justificando o uso em menor dose efetiva. Algo que parece evitar a infecção sem consequências para o feto é conduzir o parto após confirmação da idade gestacional ≥ 34 semanas ou 32-33 semanas com maturidade pulmonar, não havendo benefícios em esperar até 35 semanas, pois pode levar a endometrite a curto prazo. **Conclusão:** Surgem novas informações que corroboram com o ajuste dos antibióticos e indução com indicação correta do parto para prevenir endometrite.

Palavras-chave: Corioamnionite; Ruptura Prematura de Membranas; Antibioticoprofilaxia.

Gestação tripla com mola hidatiforme completa e gêmeos coexistentes com evolução para síndrome HELLP: um relato de caso

Autores: Maria Clara Soares Barbosa Campolina; Layra Christine Almeida Amarante; Laura Cristine Tavares Pimenta dos Santos; Rosângela Lopes Miranda Rodrigues.

Introdução: A doença trofoblástica gestacional (DTG) abrange os tumores do trofoblasto viloso placentário, distúrbios resultantes de uma fecundação aberrante. Pode ser dividida em mola hidatiforme, mola invasora e coriocarcinoma. A prevalência da mola hidatiforme é descrita como algo em torno de 0,23 a 13/1000 gestações. Quando se trata da coexistência de mola hidatiforme completa (MHC) e feto a incidência descrita é 1 em cada 22.000 a 100.000 gravidezes, nos casos de gestações triplas com fetos gêmeos e MHC os dados são ainda mais escassos, sem uma incidência definida. O sinal clínico mais comum é o sangramento vaginal irregular no 1 trimestre de gravidez, também há associação com aumento uterino além do esperado para a idade gestacional, hiperemese gravídica, hipertireoidismo e pré eclâmpsia anterior as 20 semanas de gestação.

Descrição do caso: Trata-se de uma mulher, 35 anos, G3P2CA0, que engravidou espontaneamente de uma gestação gemelar. Em ultrassom realizado no 1 trimestre, apresentava dois fetos dizigóticos-diamnióticos e uma massa com formação heterogênea e múltiplos focos císticos em seu interior, devendo-se considerar a possibilidade de DTG. A paciente queixava de sangramento vaginal desde as fases iniciais da gestação. Com 18 semanas e 3 dias evoluiu com fortes dores em região epigástrica, sangramento vaginal de moderada intensidade e pressão arterial de 180/100. Ao toque vaginal o colo apresentava-se longo, posterior e fechado com sangramento discreto em dedo de luva. Internada na urgência e iniciados sulfato de magnésio e analgésicos. Exames solicitados na admissão evidenciaram hemoglobina 11,4/ hematócrito 31,9/ leucócitos 8860/ plaquetas 124.000/ desidrogenase láctica 823/ aspartato aminotransferase 476/ alanina aminotransferase 237/ creatinina 0,49 e foi diagnóstica com síndrome hellp. Foi orientada quanto à gravidade do caso e sobre a inviabilidade dos fetos nesta idade gestacional, bem como sobre o risco de sangramento e a possibilidade de necessitar de histerectomia. Ciente do quadro e da sua gravidade concordou em realizar a interrupção da gestação. Procedeu-se então para realização de cesariana considerando o risco de sangramento e rotura uterina em caso de indução. Ao adentrar a cavidade abdominal, a equipe se deparou com útero atônico e muito vascularizado e por isso, optou-se pela realização de histerectomia subtotal em bloco, sem intercorrências. Um dia após o parto evoluiu com sinais de melhora e boa evolução e beta hcg de 106.676. Duas semanas após o parto o beta hcg caiu para 729,45 e continuou em queda até a negativação ocorrida após 02 meses da interrupção da gestação. O anatomopatológico evidenciou fetos gemelares do sexo feminino compatíveis com a idade gestacional de +/- 18 semanas sem malformações e útero gravídico com mola hidatiforme completa.

Discussão e conclusão: O caso descrito, apesar de ser incomum, revela a importância da habilidade em identificar a patologia e oferecer tratamento de forma precoce e eficaz para a paciente. Neste relato a dificuldade se torna maior diante de uma gravidez desejada e da limitação do futuro reprodutivo da paciente. O caso se destaca ao expor a dificuldade em definir uma conduta terapêutica de forma empática e respeitosa, porém sem atrasos na resolução do quadro.

APROVAÇÃO PELA ANVISA DA VACINA CONTRA O VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO: uma revisão narrativa

INTRODUÇÃO: O vírus sincicial respiratório (VSR) é a principal causa de bronquiolite viral aguda e pneumonia em crianças menores de 2 anos, responsável por 80% dos casos de bronquiolite e 60% dos casos de pneumonia nesta faixa etária. Essas infecções resultam em cerca de 3 milhões de hospitalizações e 120 mil mortes anualmente em crianças menores de 5 anos, sendo a principal causa de óbitos nessa faixa etária. A prevenção do VSR é considerada uma prioridade pela Organização Mundial de Saúde e até 2023, as opções de prevenção incluíam o palivizumabe e medidas de higiene para reduzir a transmissão. No entanto, no dia primeiro de abril de 2024, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) autorizou o registro da vacina Abrysvo, destinada à imunização de gestantes contra o VSR, potencialmente representando um avanço significativo nesse contexto. **OBJETIVO:** Analisar a importância e a eficácia da imunização contra o VSR nas gestantes para a proteção dos recém-nascidos. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo de revisão narrativa de literatura de caráter descritivo qualitativo. A coleta de dados foi realizada por meio de um levantamento bibliográfico com base nos critérios de inclusão e exclusão de interesse ao tema, utilizando de notas técnicas e diretrizes do ano de 2023 e 2024. **RESULTADO:** Foram selecionados 3 documentos segundo os preceitos da análise temática. **DISCUSSÃO:** A elaboração da vacina contra o VSR tem sido um ponto de interesse da comunidade médica e científica há anos, principalmente por ser uma doença que acomete um grande número de crianças e idosos, e não possui medicamentos específicos para o seu tratamento. A vacina Abrysvo é bivalente, composta por dois antígenos da proteína de superfície F do VSR. É administrada por via intramuscular em dose única, recomendada para gestantes entre 32 e 36 semanas de gravidez com o intuito de prevenir doenças respiratórias graves causadas pelo vírus sincicial respiratório em bebês desde o nascimento até os 6 meses de idade. Ou seja, para garantir a imunização do recém-nascido, as mães devem ser vacinadas ainda na gestação durante o pré-natal. Embora possa causar efeitos colaterais leves, como dor no local da aplicação, dor muscular e cefaléia, a ANVISA considerou que os benefícios superam os riscos. A vacina foi comprovada como eficaz, segura e de qualidade, conforme regulamentação. A análise recebeu prioridade por ser um medicamento que tem como objetivo prevenir um agravo prevalente na população pediátrica. **CONCLUSÃO:** A liberação da vacina Abrysvo representa um grande avanço. Sua inclusão no calendário vacinal da gestante de forma rotineira no pré-natal seria

uma excelente estratégia de saúde para o país, apresentando um potencial de mudar consideravelmente o cenário atual de hospitalizações e mortes infantis pelo VSR.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anvisa registra vacina para prevenção de bronquiolite em bebês.** Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2024/anvisa-registra-vacina-para-prevencao-de-bronquiolite-em-bebes>. Acesso em: 10 abr, 2024

U.S. FOOD AND DRUG ADMINISTRATION. **Abrysvo.** Disponível em: <https://www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/abrysvo>. Acesso em: 05 abr. 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Imunização passiva com Nirsevimabe para prevenção da doença pelo Vírus Sincicial Respiratório (VRS) em crianças. São Paulo: SBIIm; SBP, 2024.

ATUALIZAÇÃO DA VACINAÇÃO CONTRA O HPV NO CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO: uma revisão narrativa

INTRODUÇÃO: O papiloma vírus humano (HPV) associa-se à diversos tipos de neoplasias como a de colo uterino, tendo como principais tipos oncogênicos, o HPV 16 e 18, responsáveis por cerca de 70% dos casos de câncer de colo uterino. Cerca de 80% das mulheres com vida sexual ativa irão se infectar pelo vírus, podendo progredir para as neoplasias supracitadas. Dessa forma, a principal estratégia de prevenção contra o HPV é a vacinação. O Sistema Único de Saúde implementou a vacina quadrivalente de HPV, que protege contra os tipos HPV 6, 11, 16 e 18, em 2014, mas a cobertura vacinal global se mantém reduzida e novas estratégias são necessárias para aumentar a adesão vacinal global.

OBJETIVO: Analisar o impacto da vacinação contra o HPV e sua eficácia quando aplicada em dose única. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo de revisão narrativa de literatura de caráter descritivo qualitativo. A coleta de dados foi realizada por meio de um levantamento bibliográfico nas bases de dados Biblioteca Virtual de Saúde e PubMed no período de 2022 a 2024, utilizando os descritores: Imunização; Vacinas; HPV e Papilomavírus Humano.

RESULTADO: Foram selecionados 4 artigos, segundo os preceitos da análise temática, e 1 nota técnica de atualização do Ministério da Saúde. **DISCUSSÃO:** A vacinação contra HPV quadrivalente é altamente eficaz na prevenção de complicações relacionadas ao vírus, mas a baixa cobertura vacinal é um desafio global, especialmente em países de baixa renda, devido a dificuldades logísticas, financeiras e de acesso. No Brasil, a primeira dose alcança 76% das meninas e 42% dos meninos, já a segunda foi realizada em menos de 60% das meninas e 27% dos meninos. Esse cenário incentivou a realização de diversos estudos na última década com o objetivo de avaliar a eficácia de um esquema vacinal em dose única. Os estudos de controle randomizados que compararam a vacinação em dose única com a não vacinação mostraram alta eficácia na proteção contra infecções persistentes pelo HPV 16 e 18, sendo semelhante à aplicação de três doses e mantendo a proteção por dez anos. Com base nessas evidências, a Organização Mundial da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde recomendaram, em 2022 e 2023, a vacinação em dose única para pessoas até 20 anos, duas doses para maiores de 21 anos e três doses para imunossuprimidos, deixando a adoção desta recomendação a critério de cada país. **CONCLUSÃO:** As evidências da eficácia da implementação do esquema de dose única da vacina de HPV para as faixas etárias entre 9 e 20 anos que não estão em contexto de imunossupressão são robustas, sendo equiparadas à eficácia da aplicação de duas

ou três doses em locais com ampla cobertura vacinal, logo mostra-se como uma boa estratégia para auxiliar na expansão da proteção coletiva.

REFERÊNCIAS:

BHATLA, Neerja et al. O impacto da idade na vacinação e do estado de infecção cervical pelo HPV nos títulos de anticorpos de ligação e neutralização aos 10 anos após receber doses únicas ou superiores da vacina quadrivalente contra o HPV. **Human vaccines e immunotherapeutics**, 3 ed, v. 19, 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38078840>. Acesso em: 10 abr. 2024.

IIAH, Ozone; OLAITAN, Adéola. Atualizações sobre vacinação contra HPV. **Rev Diagnostics**, 2 ed, v. 13, p. 243, 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36673053/>. Acesso em: 04 abr. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Nota técnica nº 41/2024 - Atualização das recomendações da vacinação contra HPV no Brasil. Brasília, DF, 2024

SOUZA, Zilda Alves de et al. Importância da vacinação contra o papilomavírus humano em um assentamento rural em Terenos, Mato Grosso do Sul. **Revista de Saúde Pública**, v. 57, p. 10, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/4V3tQGGbPnspVypkk6qRGzf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 03 abr. 2024.

EFEITOS DO PLASMA RICO EM PLAQUETAS AUTÓLOGO NO TRATAMENTO DA INFERTILIDADE: uma revisão sistemática

RESUMO

Introdução: A infertilidade foi avaliada pela Organização Mundial de Saúde como um problema de saúde pública, e é definida como ausência de gestação após 12 meses de tentativas, com vida sexual ativa e sem uso de métodos contraceptivos. Apesar dos avanços na medicina reprodutiva, muitas mulheres ainda enfrentam obstáculos para engravidar, como a qualidade ovariana reduzida e falha recorrente na implantação embrionária (RIF). O plasma rico em plaquetas (PRP) autólogo consiste em plaquetas concentradas obtidas por centrifugação do sangue do paciente, rico em fatores de crescimento, que estimulam a regeneração e reparação de tecidos. Estudos recentes indicam repercussões positivas do PRP na promoção do crescimento endometrial, folicular e na gestação em reprodução assistida. O uso intraovariano e intrauterino do PRP é uma abordagem inovadora e promissora, apesar de experiências limitadas no tratamento de distúrbios ginecológicos. **Objetivos:** Buscar na literatura evidências sobre os efeitos terapêuticos da infusão de PRP autólogo nas diversas causas de infertilidade. **Métodos:** Compõe uma revisão sistemática da literatura, utilizando as bases PubMed e Google Scholar, cobrindo o período de 2015 a 2024, com foco nos descritores "plasma rico em plaquetas", "infertilidade" e "taxa de gravidez". Foram selecionados 5 artigos que atendiam aos critérios de inclusão: escritos em português ou inglês e abordando diretamente o tema. Artigos fora do escopo foram excluídos. **Resultados:** Uma metanálise reuniu 13 estudos contendo 1.289 pacientes com má resposta ovariana em uso de PRP, e os resultados concluíram que a injeção intraovariana melhorou a contagem folicular antral e os marcadores de reserva ovariana, com diminuição no nível sérico de hormônio folículo-estimulante e aumento nos níveis de hormônio anti-Mulleriano. Em um estudo piloto com 20 mulheres com história de RIF, foi feita a aplicação intrauterina de PRP, e após a transferência embrionária, 18 participantes estavam grávidas, com um aborto espontâneo precoce e uma gravidez molar. Um estudo experimental com 5 mulheres com endométrio fino e resistente ao tratamento padrão, após administrações intrauterina de PRP, resultou no aumento da espessura endometrial e gravidez de todas as participantes, com uma sofrendo um aborto precoce (45, XO). **Discussão e conclusão:** A função das plaquetas consiste em evitar a hemorragia aguda, restaurar as paredes vasculares e os tecidos adjacentes após uma lesão. No processo de cicatrização, as plaquetas são estimuladas a liberar fatores de crescimento, que ativam a cascata inflamatória e promovem o processo de regeneração tecidual. O PRP tem sido amplamente explorado em diversas áreas da medicina, incluindo na ginecologia e obstetrícia. Existe relação entre o uso de PRP com o aumento da espessura endometrial, aumento das taxas de implantação e melhora da reserva ovariana, com consequente aumento no índice de gravidez. Porém, os dados dos estudos clínicos são limitados, a maioria não sendo ensaios randomizados, com uma amostra pequena. Além disso, a segurança a longo prazo do uso do PRP para tratar a infertilidade ainda não foi estabelecida. É essencial que mais pesquisas sejam realizadas para entender melhor como o PRP pode ser utilizado de forma eficaz e segura.

Referências bibliográficas:

- 1) Chang, Yajie et al. “Autologous platelet-rich plasma promotes endometrial growth and improves pregnancy outcome during in vitro fertilization.” *International journal of clinical and experimental medicine* vol. 8,1 1286-90. 15 Jan. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4358582/>
- 2) Fattahi Meybodi, Neda et al. “Intrauterine autologous platelet-rich plasma treatment in women with at least two implantation failures: A retrospective cohort study.” *International journal of reproductive biomedicine* vol. 22,1 9-16. Fev. 2024. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10963874/>
- 3) Nazari, Leila et al. “Effects of autologous platelet-rich plasma on implantation and pregnancy in repeated implantation failure: A pilot study.” *International journal of reproductive biomedicine* vol. 14: 625-628. Out 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5124324/>
- 4) Sfakianoudis K, Simopoulou M, Grigoriadis S, Pantou A, Tsioulou P, Maziotis E, Rapani A, Giannelou P, Nitsos N, Kokkali G, et al. “Reativando a função ovariana por meio de infusão intraovariana de plasma rico em plaquetas autólogo: dados piloto sobre insuficiência ovariana prematura, mulheres na perimenopausa, na menopausa e com má resposta”. *Revista de Medicina Clínica*; 9(6):1809. Jun 2020. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2077-0383/9/6/1809>
- 5) Vahabi Dastjerdi, M., Sheibani, S., Taheri, M. et al. “Eficácia da injeção intra-ovariana de plasma autólogo rico em plaquetas em mulheres com resposta fraca: uma revisão sistemática e meta-análise”. *Arco Gynecol Obstet*. Abril 2014. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00404-024-07442-0#citeas>

Título: Efeitos do uso de testosterona na gravidez do homem trans

Introdução: a terapia com testosterona é comum entre homens trans, mas seus efeitos na fertilidade são incertos. Recomenda-se a preservação da fertilidade antes da hormonioterapia, embora a adesão seja baixa. Estudos sugerem impactos na função ovariana e maturação dos óvulos, porém mais pesquisas são necessárias para entender seu efeito na gravidez.

Objetivo: realizar revisão de literatura sobre efeitos do uso da testosterona na gravidez e fertilidade de homens trans.

Métodos: por meio da base de dados do sistema Medline, foram pesquisadas publicações periódicas e artigos indexados na área de saúde nos últimos 5 anos, utilizando os descritores *transgender persons*, *testosterone* e *pregnancy* em conjunto. A partir dos textos selecionados, foi realizada revisão bibliográfica do tema.

Resultados: foi demonstrado que o uso de testosterona acarreta maior taxa de folículos primordiais alterados e aumento nos danos ao DNA, podendo resultar em ovários policísticos e efeitos variáveis no endométrio, como atrofia e proliferação. Alguns dos pacientes estudados apresentaram aumentos transitórios nos níveis de progesterona e sangramento, sugerindo disfunção ovulatória. Ainda, foi observado que aqueles que tiveram menos tempo de exposição à testosterona tiveram maior chance de apresentar ovulação. Estudos envolvendo homens transsexuais que utilizaram testosterona mostraram que apenas 1,6% destes ovularam durante o período observado. O estudo de Israeli *et al.* (2022) analisou 621 embriões e demonstrou que o desenvolvimento, a qualidade e os padrões morfocinéticos dos embriões de homens transsexuais expostos à testosterona foram comparáveis aos de mulheres cisgênero. Há relatos de gravidezes espontâneas após a interrupção da testosterona, mas mais pesquisas são necessárias para determinar os efeitos de longo prazo na função ovariana e endometrial, bem como na fertilidade. Por fim, é importante lembrar que a testosterona é proscrita durante a gestação, devido aos riscos de teratogenicidade.

Discussão e conclusão: estudos recentes mostram que homens transsexuais têm opções reprodutivas viáveis após terapia com testosterona, mas desafios durante a concepção e gravidez persistem, exigindo mais pesquisas. É crucial que os serviços de saúde sejam inclusivos para garantir uma experiência positiva para homens transgêneros grávidos, destacando a necessidade de estudos maiores para melhorar os resultados e lidar com preocupações físicas e psicológicas. A exposição à testosterona pode afetar a fertilidade e o desenvolvimento embrionário, ressaltando a importância da preservação da fertilidade e uma abordagem multidisciplinar no cuidado de saúde transgênero.

Referências bibliográficas:

1. BAILIE, Emily *et al.* The ovaries of transgender men indicate effects of high dose testosterone on the primordial and early growing follicle pool. *Reprod Fertil.*, Edinburgh, 2023. DOI 10.1530/RAF-22-0102. Disponível em: <https://raf.bioscientifica.com/view/journals/raf/4/2/RAF-22-0102>. Acesso em: 23 fev. 2024.
2. GHOFRANIAN, Atoosa *et al.* Fertility treatment outcomes in transgender men with a history of testosterone therapy. *Fertility & Sterility*, New York, 2023. DOI 10.1016/j.xfre.2023.10.006. Disponível em: [https://www.fertstertreports.org/article/S2666-3341\(23\)00108-3](https://www.fertstertreports.org/article/S2666-3341(23)00108-3). Acesso em: 20 mar. 2024.
3. ISRAELI, Tal *et al.* Similar fertilization rates and preimplantation embryo development among testosterone treated transgender men and cisgender women. *Reprod Biomed Online*, Tel Aviv, 2022. DOI 10.1016/j.rbmo.2022.04.016. Disponível em: [https://www.rbmojournal.com/article/S1472-6483\(22\)00291-7](https://www.rbmojournal.com/article/S1472-6483(22)00291-7). Acesso em: 23 fev. 2024.
4. KINNEAR, Hadrian M; MORAVEK, Molly B. Reproductive capacity after gender-affirming testosterone therapy. *Hum Reprod.*, Ann Arbor, 2023. DOI 10.1093/humrep/dead158. Disponível em: <https://academic.oup.com/humrep/article/38/10/1872/7241788>. Acesso em: 23 fev. 2024.
5. TAUB, Rebecca L *et al.* The effect of testosterone on ovulatory function in transmasculine individuals. *Am J Obstet Gynecol*, Seattle, 2020. DOI 10.1016/j.ajog.2020.01.059. Disponível em: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(20\)30134-4](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(20)30134-4). Acesso em: 23 fev. 2024.

HEMORRAGIA PUERPERAL EM UMA MATERNIDADE PARTICULAR DE BELO HORIZONTE: DADOS PRELIMINARES E POSSÍVEIS INTERVENÇÕES

LARISSA BRAGA COSTA¹, LUIZA STORCH CARVALHO¹, ANA LAURA ROCHA ALVES¹, ISABELA ABADE GRANZIERI¹, LUANA FONSECA DE ALMEIDA MESSIAS¹, TIAGO DE CARVALHO GARCIA²

¹ Residentes de Ginecologia e Obstetrícia;

² Médico anestesiológista - TSA/SBA;

INTRODUÇÃO

A hemorragia puerperal (HP) é uma das principais causas de morte materna no Brasil e no mundo¹ e seus valores refletem a condição de saúde da população². Por isso, foi realizado um detalhamento dos dados referentes à HP em uma Maternidade Particular de Belo Horizonte em janeiro e fevereiro de 2024 para identificar possíveis pontos de melhoria no manejo desses pacientes.

MÉTODOS

A coleta de dados foi feita com base nos prontuários de todas as pacientes internadas no hospital nos dois primeiros meses de 2024. Utilizou-se como critério de busca inicial a prescrição de Misoprostol 200 mcg.

Coletou-se informações específicas, como: classificação quanto ao risco de sangramento, tipo de parto e justificativa, relato de sangramento aumentado, realização do protocolo de HP preconizado, uso de ácido tranexâmico profilático, reserva de sangue no tempo adequado e possíveis desfechos de cada paciente.

RESULTADOS

No período analisado, 49 casos foram filtrados e 41 efetivamente analisados pelo presente estudo. Em janeiro houve 23 gestantes que entraram no protocolo de HP. Entre elas, 6 foram identificadas adequadamente como pacientes de alto risco e 5 inadequadamente classificadas como de médio/baixo risco. Esse erro ocorreu devido a não identificação de obesidade materna ou gemelaridade.

Em fevereiro foram 18 gestantes: 3 foram corretamente e 4 foram inadequadamente classificadas. Nesta oportunidade o erro se deu por não identificação de obesidade, pré-eclampsia e histórico prévio de hemorragia.

Em janeiro observou-se que 30% dos quadros de HP ocorreram em pacientes submetidas a cesariana eletiva por desejo materno, enquanto que em fevereiro este valor caiu para 22%. Ademais, em ambos os meses as pacientes de baixo risco foram responsáveis pelas maiores taxas de HP: 52% em janeiro e 44% em fevereiro.

DISCUSSÃO

A maior parte dos quadros de HP ocorreu em pacientes de baixo/médio risco, grupo também responsável pelas maiores taxas de cesariana por desejo materno. Esses resultados estimulam a reflexão sobre o impacto da realização de cesarianas desnecessárias nas taxas de HP.

Foi observado também que a classificação de risco para HP não está sendo adequadamente preenchida à admissão, principalmente devido a ausência de informações como peso e altura. Essas informações, se assinaladas corretamente, poderiam gerar diferentes classificações de risco destas pacientes e, portanto, indicar manejo diferente das mesmas.

CONCLUSÃO

O presente estudo sugere, até o momento, uma possível relação entre cesarianas realizadas por desejo materno, majoritariamente realizadas em pacientes de baixo/médio risco, com altas taxas de HP. Além de um inadequado preenchimento da classificação de risco para sangramento à admissão. Diante disso, o projeto visa continuar a coleta de dados, propondo novas intervenções assim que identificadas possíveis falhas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica. Brasília: OPAS; 2018.
2. Organização Pan-Americana da Saúde. Manual de orientação para o curso de prevenção de manejo obstétrico da hemorragia: Zero Morte Materna por Hemorragia. Brasília: OPAS; 2018

Título: Incidência da pré-eclâmpsia em Hospital Público de Belo Horizonte - Minas Gerais

RESUMO

Introdução: A pré-eclâmpsia (PE) é um distúrbio multissistêmico caracterizado por hipertensão arterial e proteinúria ou hipertensão arterial e disfunção significativa de órgãos-alvo com ou sem proteinúria, apresentando-se tipicamente após 20 semanas de gestação ou no pós-parto. A taxa de incidência mundial varia de 1,2% a 4,2% de acordo com os estudos. A incidência brasileira varia de 1,5% a 7% dos casos das síndromes hipertensivas da gravidez. A taxa de Minas Gerais ainda não possui muitos estudos. **Objetivo:** Conhecer e determinar a incidência da pré eclâmpsia em um hospital público de Minas Gerais. **Materiais e métodos:** Estudo coorte retrospectivo de todos os partos do ano de 2022 do Hospital Júlia Kubitschek, em Belo Horizonte/MG, no qual foram encontrados 127 pacientes com diagnóstico da pré-eclâmpsia. A prevalência da pré-eclâmpsia no período estudado foi de 6,7%. **Conclusão:** Com base nesses dados, a prevalência mineira da PE tem taxa maior que a mundial, reforçando a relevância da patologia na prática clínica. Parece, portanto, justificável mais estudos sobre tal incidência no território estadual para incentivar mais medidas preventivas e capacitação dos profissionais de saúde para melhor manejo clínico dessas pacientes visando diminuir as repercussões negativas dessa patologia.

Descritores (ou palavras chaves): pré-eclâmpsia, proteinúria, pós-parto, puerpério.

Título: Persistência da hipertensão arterial no puerpério em pacientes com pré-eclâmpsia na gravidez

RESUMO

Introdução: A pré-eclâmpsia (PE) é um distúrbio multissistêmico caracterizado por hipertensão arterial e proteinúria ou hipertensão arterial e disfunção significativa de órgãos-alvo com ou sem proteinúria, apresentando-se tipicamente após 20 semanas de gestação ou no pós-parto. A taxa de persistência da hipertensão arterial sistêmica no período pós-parto ainda possui uma frequência desconhecida. **Objetivo:** Conhecer e determinar a prevalência da persistência da hipertensão arterial no pós parto nas pacientes que tiveram diagnóstico de pré-eclâmpsia na gravidez. **Materiais e métodos:** Estudo coorte retrospectivo de todos os partos do ano de 2022 do Hospital Júlia Kubitschek, em Belo Horizonte/MG, no qual foram encontrados 127 pacientes com diagnóstico da pré-eclâmpsia e que tiveram seu seguimento orientado e/ou indicado no ambulatório de puerpério patológico do serviço. A prevalência da pré-eclâmpsia no período estudado foi de 6,7%. O estudo mostrou uma adesão efetiva da consulta de puerpério de apenas 11% das pacientes (14 pacientes). Cerca de 55% das pacientes não realizaram nenhuma consulta no pós parto. A prevalência de hipertensão pós parto foi de 65% (19 pacientes dentre as 29 incluídas). **Conclusão:** Com base nesses dados, a prevalência da PE em Minas Gerais é alta, mostrando uma relevância em estudar essa patologia na prática clínica. Além disso, parece justificável um acompanhamento pós-parto das pacientes com pré-eclâmpsia na gestação devido ao maior risco de doença cardiovascular, após o episódio de elevação pressórica na gestação.

Descritores (ou palavras chaves): pré-eclâmpsia, hipertensão arterial, proteinúria, pós-parto, puerpério.

SÍNDROME DE BALLANTYNE: UM RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO: A síndrome de Ballantyne, ou síndrome do espelho, caracteriza-se pela coexistência de hidropsia fetal, edema materno generalizado e placentomegalia. Quando a causa é tratada, ou quando ocorre a interrupção da gestação a mãe retorna a seu estado de saúde prévio. Este relato objetiva-se a descrever um caso de Síndrome de Ballantyne secundária a hidropsia fetal de etiologia desconhecida. **DESCRIÇÃO DE CASO:** Mulher, 33 anos, sem comorbidades prévias, primigesta, idade gestacional de 22 semanas, ultrassom (US) de 1º trimestre com medida de Translucência Nucal de 13,5mm e cálculo de risco aumentado para aneuploidias e US morfológico de 2º trimestre com grande espessamento da prega nucal até as paredes uterinas, hidropsia fetal, derrame pleural bilateral, placentomegalia discreta, medidas biométricas fetais sugestivas de restrição do crescimento fetal simétrico com face, genitália, coração e sistema nervoso central de avaliação limitada. Admitida em serviço hospitalar de cidade de origem por edema importante de membros inferiores, desconforto articular, dor abdominal intensa, refratária a analgesia e ortopneia. Ao exame físico: altura uterina de 34 cm. Evoluiu com piora do quadro clínico (piora importante de dor abdominal, anasarca e dispneia), encaminhada para o serviço de Medicina Fetal da Maternidade Octaviano Neves. Em admissão: dor abdominal intensa de difícil analgesia, anasarca e com aumento pressórico (PA: 130X90mmhg). Realizado US em serviço: biometria de 20 semanas e 6 dias, moderado derrame pleural bilateral, hidropsia fetal difusa, hepatomegalia, presença de grande lesão cística multiloculada, em ambos os lados da região posterior-lateral do pescoço, sendo lesão cística à direita de volume de 1234 ml e a esquerda de volume de 1110 ml. Após avaliação de riscos e benefícios maternos-fetais optado por interrupção da gestação. Realizado redução do higroma cístico e US beira leito, diagnóstico de decesso fetal e placenta prévia, retirados 1.200mL do higroma cístico. Paciente submetida a cesariana com 22 semanas e 1 dia por placenta prévia e decesso fetal. Realizado histerotomia segmentar com extração fetal difícil devido ao grande volume de massa cervical compatível com higroma cístico. Ato sem demais intercorrências. Evoluiu em boas condições clínicas em pós operatório, recebeu alta hospitalar com proposta de retorno em consulta ambulatorial. **DISCUSSÃO:** A síndrome do espelho é uma complicação materna rara da Hidropisia fetal não imune (NIHF) associada à placentomegalia. A mãe apresenta clinicamente edema, hipertensão e proteinúria indistinguíveis da pré-eclâmpsia e das suas sequelas sistêmicas associadas. Ao contrário da hemoconcentração resultante do volume intravascular reduzido, típica da pré-eclâmpsia grave, as mulheres com síndrome do espelho apresentam frequentemente anemia e hemodiluição secundária ao aumento do volume intravascular. **CONCLUSÃO:** A Síndrome de Ballantyne é rara na prática clínica e facilmente subdiagnosticada. A equipe médica tem que estar atenta ao seu diagnóstico devido ao prognóstico fetal reservado e a alta morbi-mortalidade materna.

Referências bibliográficas

1. Khairudin, D., Alfirevic, Z., Mone, F. and Navaratnam, K. (2023), Non-immune hydrops fetalis: a practical guide for obstetricians. *Obstet Gynecol*, 25: 110-120. <https://doi.org/10.1111/tog.12862>
2. REYNA-VILLASMIL, Eduardo; PENA-PAREDES, Elvia. Síndrome de Ballantyne: caso clínico. *Rev Obstet Ginecol Venez*, Caracas, v. 69, n. 3, p. 204-207, set. 2009. Disponível em <http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322009000300009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 19 abr. 2024
3. Torres-Gómez LG, Silva-González ME, González-Hernández R. Síndrome de Ballantyne o síndrome en espejo. *Ginecol Obstet Mex* 2010;78(11):621-625.
4. Vanaparthi R, Mahdy H. Hydrops Fetalis. [Updated 2022 Sep 26]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563214/>

SÍNDROME DE BALLANTYNE: UM RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO: A síndrome de Ballantyne, ou síndrome do espelho, caracteriza-se pela coexistência de hidropsia fetal, edema materno generalizado e placentomegalia. Quando a causa é tratada, ou quando ocorre a interrupção da gestação a mãe retorna a seu estado de saúde prévio. Este relato objetiva-se a descrever um caso de Síndrome de Ballantyne secundária a hidropsia fetal de etiologia desconhecida. **DESCRIÇÃO DE CASO:** Mulher, 33 anos, sem comorbidades prévias, primigesta, idade gestacional de 22 semanas, ultrassom (US) de 1º trimestre com medida de Translucência Nucal de 13,5mm e cálculo de risco aumentado para aneuploidias e US morfológico de 2º trimestre com grande espessamento da prega nucal até as paredes uterinas, hidropsia fetal, derrame pleural bilateral, placentomegalia discreta, medidas biométricas fetais sugestivas de restrição do crescimento fetal simétrico com face, genitália, coração e sistema nervoso central de avaliação limitada. Admitida em serviço hospitalar de cidade de origem por edema importante de membros inferiores, desconforto articular, dor abdominal intensa, refratária a analgesia e ortopneia. Ao exame físico: altura uterina de 34 cm. Evoluiu com piora do quadro clínico (piora importante de dor abdominal, anasarca e dispneia), encaminhada para o serviço de Medicina Fetal da Maternidade Octaviano Neves. Em admissão: dor abdominal intensa de difícil analgesia, anasarca e com aumento pressórico (PA: 130X90mmhg). Realizado US em serviço: biometria de 20 semanas e 6 dias, moderado derrame pleural bilateral, hidropsia fetal difusa, hepatomegalia, presença de grande lesão cística multiloculada, em ambos os lados da região posterior-lateral do pescoço, sendo lesão cística à direita de volume de 1234 ml e a esquerda de volume de 1110 ml. Após avaliação de riscos e benefícios maternos-fetais optado por interrupção da gestação. Realizado redução do higroma cístico e US beira leito, diagnóstico de decesso fetal e placenta prévia, retirados 1.200mL do higroma cístico. Paciente submetida a cesariana com 22 semanas e 1 dia por placenta prévia e decesso fetal. Realizado histerotomia segmentar com extração fetal difícil devido ao grande volume de massa cervical compatível com higroma cístico. Ato sem demais intercorrências. Evoluiu em boas condições clínicas em pós operatório, recebeu alta hospitalar com proposta de retorno em consulta ambulatorial. **DISCUSSÃO:** A síndrome do espelho é uma complicação materna rara da Hidropisia fetal não imune (NIHF) associada à placentomegalia. A mãe apresenta clinicamente edema, hipertensão e proteinúria indistinguíveis da pré-eclâmpsia e das suas sequelas sistêmicas associadas. Ao contrário da hemoconcentração resultante do volume intravascular reduzido, típica da pré-eclâmpsia grave, as mulheres com síndrome do espelho apresentam frequentemente anemia e hemodiluição secundária ao aumento do volume intravascular. **CONCLUSÃO:** A Síndrome de Ballantyne é rara na prática clínica e facilmente subdiagnosticada. A equipe médica tem que estar atenta ao seu diagnóstico devido ao prognóstico fetal reservado e a alta morbi-mortalidade materna.

Referências bibliográficas

1. Khairudin, D., Alfirevic, Z., Mone, F. and Navaratnam, K. (2023), Non-immune hydrops fetalis: a practical guide for obstetricians. *Obstet Gynecol*, 25: 110-120. <https://doi.org/10.1111/tog.12862>
2. REYNA-VILLASMIL, Eduardo; PENA-PAREDES, Elvia. Síndrome de Ballantyne: caso clínico. *Rev Obstet Ginecol Venez*, Caracas, v. 69, n. 3, p. 204-207, set. 2009. Disponível em <http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322009000300009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 19 abr. 2024
3. Torres-Gómez LG, Silva-González ME, González-Hernández R. Síndrome de Ballantyne o síndrome en espejo. *Ginecol Obstet Mex* 2010;78(11):621-625.
4. Vanaparthi R, Mahdy H. Hydrops Fetalis. [Updated 2022 Sep 26]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563214/>

PERMISSIVOS LEGAIS PARA ABORTAMENTO NO BRASIL: Revisão de literatura

INTRODUÇÃO A interrupção eletiva de uma gestação é situação complexa que envolve questões morais e ético-legais. A OMS considera aborto espontâneo a perda espontânea da gravidez antes de 22ª semana de gestação, ou, na ausência da idade gestacional, peso do concepto inferior a 500 gramas à expulsão. Já o abortamento induzido é tido como a expulsão ou extração completa de uma mulher de um embrião ou feto, independentemente da duração da gravidez, após uma interrupção deliberada de uma gravidez em curso por meios médicos ou cirúrgicos. Em geral, o abortamento induzido no Brasil é ilegal, salvo em situações específicas. **OBJETIVO** Apontar as situações em que o aborto induzido é legal e um direito no Brasil. **MÉTODOS** Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, em que se analisou, além de documentos legais, conteúdos publicados em língua portuguesa ou inglesa, disponíveis nas bases de acesso online, PubMed e SciELO, entre os anos de 2015 e 2024. Os descritores usados foram: "Abortamento", "Aborto legal", "Legislação" e "Brasil". **RESULTADOS** O aborto induzido dentro das Leis do país somente é concedido em casos específicos. De acordo com o Código Penal Brasileiro (1940), não se pune o aborto praticado (por médico) quando não houver outro meio de salvar a vida da gestante ou quando a gestação for resultante de um estupro. A Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF 54) incorporou também o abortamento induzido nos casos de fetos anencefálicos. **DISCUSSÃO** A Lei Brasileira não estabelece tempo gestacional para a indução do aborto, embora a maioria dos serviços no Brasil o façam somente, para os casos de violência sexual, até a 22ª semana de gestação. Reforça-se a não necessidade de Boletim de Ocorrência ou decisão judicial para sua realização. O médico, diante do seu direito de alegar objeção de consciência ao ato, que se recusar a realizar o procedimento tem, por dever, que encaminhar a paciente para um profissional ou serviço que o realize. Quando há risco de vida materna, o abortamento é realizado em qualquer tempo gestacional, sendo sua necessidade diante da condição materna atestada por dois médicos. No caso definido pela ADPF 54, o Conselho Federal de Medicina também resolveu ser necessária a assinatura de dois médicos em laudo de ultrassonografia, com duas incidências, evidenciando a condição do feto. O conhecimento sobre os casos em que o aborto é previsto pela lei é de suma importância para população brasileira, uma vez que o Brasil está entre os 25% das nações do mundo com legislações mais restritivas em relação à interrupção da gravidez. A falta de informação faz as mulheres, muitas vezes, se colocarem em procedimentos de risco para interromper uma gestação indesejada, como a realização do aborto em local inseguro. A tentativa de realizar o aborto de forma inadequada pode levar ao aborto infectado, terceira maior causa de morte materna no país. **CONCLUSÃO** Fica explícito a importância de dados apontados no presente trabalho, já que diante do conhecimento fornecido por ele, os profissionais evitam falhas no processo de deflagração do procedimento e, assim, fornecem mais conforto para as pacientes que estão passando por uma situação delicada e tão estigmatizada no território nacional.

REFERÊNCIAS

ABORTO: Classificação, diagnóstico e conduta. 21. ed. Brasil: Febrasgo, 2018. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/images/pec/Protocolos-assistenciais/Protocolos-assistenciais-obstetricia.pdf/Aborto-Classificacao-diagnostico-e-conduta.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2024.

MINISTÉRIO DE SAÚDE (Brasil). Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. *In: Principais Questões sobre Aborto Legal*. Brasil: Fiocruz, 22 nov. 2019. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-aborto-legal/>. Acesso em: 12 abr. 2024.

TÍTULO: Carcinoma de células escamosas invasor vulvar recorrente: relato de caso

INTRODUÇÃO

O câncer de vulva é raro, correspondendo a cerca de 4% de todas as neoplasias genitais feminina, atingindo em sua maioria pacientes idosas. O mais comum é o carcinoma espinocelular correspondendo a 90% das neoplasias malignas seguido do melanoma. Geralmente se apresenta como nódulo ou úlcera nos pequenos ou grandes lábios, com dor, sangramento, prurido ou corrimento associados. Entre os fatores envolvidos em sua patogênese, evidencia-se o tabagismo, infecção pelo papilomavírus humano (HPV) e lesões consideradas precursoras como líquen escleroatrófico e as neoplasias intraepiteliais vulvares.

Embora dependa da idade e das características das lesões, o tratamento padrão para o câncer de vulva ainda é cirúrgico. Em casos selecionados pode-se indicar a quimiorradioterapia, uso de *laser* e tratamentos tópicos locais.

DESCRIÇÃO DO CASO

E. C. A, 55 anos, tabagista, encaminhada ao ambulatório de patologia do trato genital inferior (PTGI) em 04/04/2022 pelo centro de saúde devido a aparecimento de “verruca genital” em 2014 tratada com ácido tricloroacético, com retorno da lesão em 2021 com prurido local, sem outros sintomas associados. Sorologias para HIV, sífilis, hepatite B e C negativas. Na primeira consulta foi realizada biópsia excisional com anatomopatológico constando: carcinoma de células escamosas, ulcerado e invasor, pouco diferenciado (grau 3), moderado infiltrado inflamatório de células mononucleares no córion, áreas de desmoplasia.

Submetida a vulvectomia em 24/05/2022 com anatomopatológico de pequeno lábio direito: fragmento de vulva sem evidências de neoplasia, margens cirúrgicas livres e anatomopatológico de pequeno lábio esquerdo: fragmento de vulva apresentando carcinoma de células escamosas *in situ* nos planos examinados com margens cirúrgicas livres.

Manteve seguimento no PTGI e em 03/04/2023 apresentou queixa de prurido e aparecimento de pápula acrômica em monte pubiano. Realizada biópsia excisional com anatomopatológico demonstrando: carcinoma de células escamosas, ulcerado e invasor, pouco diferenciado (grau 3). Encaminhada para ampliação de margens cirúrgicas devido quadro de recorrência.

Apresentou durante o seguimento até o dia de hoje todos os exames citocolposcópicos dentro da normalidade e quadro de líquen simples tratado com desonida tópico. Mantém-se no momento sem aparecimento de novas lesões vulvares. Orientada a cessar tabagismo.

DISCUSSÃO

Observa-se a importância da alta suspeição de neoplasia vulvar quando houver pápulas, úlceras e nódulos vulvares em pacientes com fatores de risco.

O tratamento das lesões vulvares malignas e precursoras permanece um desafio na prática médica. O tratamento é mais agressivo e mutilador, quanto mais tardio for o diagnóstico e mais avançada estiver a doença. O tratamento é determinado por: extensão da doença, recorrência ou primariedade do tumor, histórico médico e estado geral de saúde da paciente.

A taxa geral de sobrevida de câncer vulvar em 5 anos é de aproximadamente 70%, porém no caso apresentando dois fatores de risco principais aumentam o risco de recidiva e pior prognóstico nesta paciente: histórico de recorrência prévio e manutenção do tabagismo.

SÍFILIS GESTACIONAL E AS COMPLICAÇÕES MATERNO-FETAIS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2012), a sífilis é uma doença que afeta, anualmente, cerca de 1,5 milhões de gestantes no mundo. Devido à ausência de tratamento adequado, metade destas gestações evoluem para resultados adversos, como aborto, natimorto, morte neonatal, bebês com baixo peso ao nascer e sífilis congênita (SC).

OBJETIVO

Revisar e sintetizar as produções literárias que abordam as complicações da sífilis gestacional para a gestante e o feto.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, a qual contemplou artigos indexados nas bases de dados eletrônicas Pubmed, Biblioteca Virtual em Saúde, Scielo e Tripdatabase. O levantamento dos dados foi realizado no mês de abril de 2024, com base nos descritores “syphilis” e “pregnancy complications”. Com o intuito de restringir os achados às complicações da sífilis na gestação, foi utilizado o operador booleano delimitador “AND”.

Os critérios de inclusão foram aplicados mediante os seguintes filtros: artigos científicos completos, estudos primários, publicados nos últimos 5 anos, nos idiomas português, inglês ou espanhol. Dos 593 artigos encontrados, foram excluídos os duplicados e aqueles que não atendiam adequadamente ao tema. A metodologia foi obtida a partir da diretriz PRISMA.

RESULTADOS

Diante dos artigos selecionados e da leitura dinâmica realizada pelas autoras, restaram 5 estudos para análise, incluindo majoritariamente estudos retrospectivos e um caso-controle.

Os dados coletados demonstraram uma prevalência significativa de desfechos negativos associados aos casos de mães que obtiveram um diagnóstico tardio ou que não receberam o tratamento padronizado para a doença (n=4). Os

piores prognósticos estavam relacionados à descoberta da infecção durante o terceiro trimestre, o parto ou pós parto. A infecção assintomática (sífilis latente) foi a apresentação clínica mais evidenciada em dois estudos.

As principais complicações obstétricas encontradas foram: parto prematuro (n=3), aborto espontâneo (n=2), baixo peso ao nascer (n=2), natimorto (n=4), morte neonatal (n=2) e SC (n=1). Além disso, os principais impactos da transmissão vertical para os recém-nascidos foram a hepatoesplenomegalia, anemia, icterícia, pseudoparalisia, edema e alterações cutâneas. LOPEZ, Alison; LEE, Santana J.; BULLARD, Jared (2022) revelaram prevalência do Índice de Apgar menor que 7 nos bebês com SC.

Além das alterações físicas, GAO, Jie *et al* (2023) evidenciou conflitos psicológicos entre as mães positivas, as quais mencionaram o medo da violência doméstica pelos parceiros e o estigma social em torno da doença.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Conforme exposto, as principais complicações relatadas na literatura foram o natimorto e o parto prematuro. As evidências demonstram que o alto grau de desfechos negativos materno-fetais da sífilis gestacional está relacionado, principalmente, à questão do tratamento inadequado e do rastreamento tardio, sobretudo após o terceiro trimestre.

Desse modo, conclui-se que os impactos obstétricos e fetais se configuram como complicações evitáveis e diretamente associadas às más condições de atenção no pré-natal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

GAO, Jie et al. Adverse pregnancy outcomes and associated risk factors among pregnant women with syphilis during 2013–2018 in Hunan, China. **Frontiers in Medicine**, v. 10, p. 1207248, 2023.

GUTEMA, Gindo Lema et al. Determinantes da infecção por sífilis entre mulheres que procuram cuidados pré-natais e serviços de parto no Hospital Primário Olenchity: Um Estudo de Caso-Controlle. **Dermatologia Clínica**, v. 3, n. 1, pág. 8-14, 2020.

LOPEZ, Alison; LEE, Santana J.; BULLARD, Jared. Syphilis in pregnancy and infant outcomes in Manitoba. **Paediatrics & Child Health**, v. 27, n. 3, p. 183-189, 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE et al. Caso de investimento para eliminar a transmissão da sífilis de mãe para filho: promover melhor saúde materno-infantil e sistemas de saúde mais fortes. 2012.

TORRES, Rafael Garcia et al. Syphilis in pregnancy: the reality in a public hospital. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 41, p. 90-96, 2019.

WAN, Zhihua et al. Maternal syphilis treatment and pregnancy outcomes: a retrospective study in Jiangxi Province, China. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 20, p. 1-8, 2020.

Níveis de GDF-15 em mulheres com a Síndrome de Ovários Policísticos e o uso de metformina: estudo clínico e análise *in silico* de vias biológicas

Fernanda M. V. Magalhães¹; Rodrigo M. C. Pestana²; Cláudia N. Ferreira³; Ieda F. O. Silva¹; Ana L. Candido²; Flávia R. Oliveira²; Fernando M. Reis²; Karina B. Gomes¹

1 - Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

2 – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

3 - Colégio Técnico, Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG

Introdução: A Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP), é uma condição endócrina comum em mulheres em idade reprodutiva. Está associada a complicações metabólicas, reprodutivas e psicológicas. O fator de crescimento e diferenciação 15 (GDF-15) é uma citocina da família do fator de transformação de crescimento Beta (TGF- β) que regula o metabolismo de lipídios e glicose, aumentando a sensibilidade à insulina. A metformina é um dos fármacos utilizados comumente no tratamento do diabetes mellitus tipo 2 e tem sido utilizada no tratamento da SOP. **Objetivo:** Avaliar os níveis de GDF-15 em pacientes com SOP e a sua relação com o uso de metformina, bem como propor possíveis vias biológicas nas quais o GDF-15 pode estar relacionado à fisiopatologia da síndrome. **Métodos:** Foram avaliadas 35 mulheres com SOP (grupo caso) e 32 mulheres híginas (grupo controle). Em um segundo grupo de mulheres com SOP, 7 foram tratadas com metformina e 15 não foram tratadas. Os níveis de GDF-15 foram analisados pelo kit MILLIPLEX® MAP Human Cardiovascular Disease Magnetic Bead Panel 2. Para uma compreensão integrada das proteínas relacionadas às vias do GDF-15 e à SOP, foram utilizadas as bases de dados SIGNOR e Pathway Commons. As proteínas reguladas pelo GDF-15 em ambas as bases foram sobrepostas no software STRING, que recuperou vias biológicas significativas relacionadas a essas interações (valor $p < 0,050$). O programa utilizado para as análises estatísticas foi o SPSS, a diferença de mediana entre grupos foi testada por Mann-Whitney (dados não-normais). Foram considerados significativos valores de $p < 0,05$. **Resultados:** No grupo de mulheres com SOP, a mediana dos valores de GDF-15 foi de 6,11 (intervalo interquartilício - IQ= 10,35). Para o grupo controle, o valor encontrado foi de 3,62 (IQ= 5,67) ($p=0,039$). No grupo de mulheres com SOP tratado previamente com metformina, a mediana dos valores foi de 1,89 (IQ=2,73) e no grupo não tratado= 1,18 (IQ=0,49) ($p=0,007$). Foi encontrada uma interação do GDF-15 com as proteínas SP1, MAPK14, EGR1, CEBPB e ATF3 ($p = 1,14e-11$). As vias biológicas que mostraram relação significativa entre estas proteínas (FDR - taxa de descoberta falsa) foram: via do estrogênio (0,0032), resposta ao estresse oxidativo (0,0049), infertilidade ovariana (0,0049), IL-18 (0,0049), IL-4 (0,0081), AGE/RAGE (0,0109), leptina (0,0110, TGF-beta (0,014), adipogênese (0,0265) e sinalização da insulina (0,0335). **Discussão e Conclusão:** O estudo mostrou que mulheres com SOP têm níveis mais elevados de GDF-15 comparadas ao grupo controle. O uso de metformina também aumentou ainda mais seus níveis. Esta proteína está envolvida em vias biológicas relacionadas à inflamação, metabolismo da glicose, adipogênese e infertilidade, presentes na SOP. Sendo assim, pode ser um biomarcador para monitorar a eficácia do tratamento com metformina neste grupo. Além disso, há interações do GDF-15 com diversas proteínas relacionadas à vias importantes na fisiopatologia e complicações na SOP. Agradecimentos: CNPq e CAPES.

ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL DE UMA PACIENTE COM SÍNDROME DE NOONAN E PRÉ-ECLÂMPسيا ASSOCIADA: RELATO DE CASO

LUANA FONSECA DE ALMEIDA MESSIAS¹, ANA LÍVIA COELHO VIEIRA¹, LAÍS LOUREIRO TICLE¹, JULIA ARANTES OLIVEIRA¹, LARISSA COSTA BRAGA¹, CLOVIS ANTONIO BACHA²

¹ Residentes de Ginecologia e Obstetrícia da Unimed BH

² Doutor em obstetrícia pela UFMG e Coordenador do Serviço de Gestaçãõ de Alto Risco da Unimed BH

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Noonan (SN) é uma doença genética de herança autossômica dominante. Suas manifestações mais comuns são baixa estatura, cardiopatia congênita e alterações faciais características. Durante o pré-natal já é possível observar sinais sugestivos da doença, como alterações do sistema linfático, anomalias renais, cardiopatia congênita, polidrâmnio e macrossomia fetal.

DESCRIÇÃO DO CASO

K.C.S, 34 anos, G2Pc2A0. História pregressa de SN diagnosticada na infância; comunicação interatrial corrigida cirurgicamente; 4 aneurismas de Sistema Nervoso Central, 2 corrigidos cirurgicamente; trombofilia por mutaçãõ de proteína S e sangramento menstrual contínuo.

Primeira gestaçãõ sem intercorrências maternas, porém com alterações fetais que levaram à indicaçãõ de cesariana com 33 semanas; sendo elas: derrame pleural e ascite importantes, vasodilataçãõ de artéria cerebral média (ACM), polidrâmnio, dilataçãõ pielocalicial bilateral e macrossomia fetal. A paciente apresentou hemorragia puerperal e o recém-nascido (RN) evoluiu para óbito após 2 dias de vida devido a hidropsia não imune.

A segunda gestaçãõ intercorreu com pré-eclâmpsia (PE) às 24 semanas, com proteinúria de 1727 mg/24h. A paciente foi internada ao diagnóstico, para acompanhamento pelo serviço de pré-natal de alto risco. Ao ultrassom morfológico de 2º trimestre não haviam sido observadas alterações fetais, porém, ao decorrer da internaçãõ, o feto evoluiu com discreto derrame pericárdico, crescimento intrauterino restrito classe I (peso fetal no percentil 2 e ACM vasodilatada), além de espessamento placentário. Realizada otimizaçãõ de anti-hipertensivos, com bom controle pressórico e estabilidade laboratorial até 35 semanas de gestaçãõ, quando foi indicado parto

cesariano devido a PE grave. A paciente intercorreu novamente com hemorragia puerperal, sendo necessária internação no Centro de Tratamento Intensivo por 6 dias para controle pressórico e melhora de padrão hematócrito. O RN nasceu sem sinais inicialmente sugestivos de SN e recebeu alta hospitalar juntamente com a mãe. Segue em acompanhamento pediátrico ambulatorial.

DISCUSSÃO/CONCLUSÕES

Este relato ressalta a necessidade de acompanhamento especializado em gestação de alto risco de gestantes com SN. Neste caso, observou-se desde complicações fetais que sugerem a doença até múltiplos acometimentos maternos, especialmente de sistema cardiovascular e hematológico (cardiopatia congênita, aneurismas de SNC e trombofilia). Por se tratar de uma doença de herança autossômica dominante, é fundamental o aconselhamento genético parental. A associação com PE grave elevou ainda mais o risco gestacional, sendo que o desfecho favorável da segunda gestação se deu graças a um cuidado multiprofissional e especializado, além do diagnóstico oportuno e precisão do tratamento estabelecido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mendez HM, Opitz JM. Noonan syndrome: a review. *Am J Med Genet* 1985; 21:493.
2. Roberts AE, Allanson JE, Tartaglia M, Gelb BD. Noonan syndrome. *Lancet* 2013; 381:333.
3. Croonen EA, Nillesen WM, Stuurman KE, et al. Prenatal diagnostic testing of the Noonan syndrome genes in fetuses with abnormal ultrasound findings. *Eur J Hum Genet* 2013; 21:936.
4. Prendiville TW, Gauvreau K, Tworog-Dube E, et al. Cardiovascular disease in Noonan syndrome. *Arch Dis Child* 2014; 99:629.
5. Artoni A, Selicorni A, Passamonti SM, et al. Hemostatic abnormalities in Noonan syndrome. *Pediatrics* 2014; 133:e1299.

RELATO DE CASO:

NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL E TRATAMENTO CONSERVADOR

Autores: Bárbara Carmita da Silva Silveira¹; Bruna Schettino Morato Barreira²; Camila Barreto Silvestre³; Isabela Benevenuto Teixeira⁴; Lais Loureiro Ticle⁵; Ana Livia Coelho Vieira⁶

¹ Médica pela Universidade Federal de São João del-Rei campus Centro-Oeste (UFSJ-CCO) e residente de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Dia e Maternidade Unimed Grajaú (HDMU)

² Médica pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG) e residente de Ginecologia e Obstetrícia do HDMU

³ Médica pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG) e residente de Ginecologia e Obstetrícia do HDMU

⁴ Médica pela Faculdade de Ciências Médicas da Saúde de Juiz de Fora (Suprema) e residente de Ginecologia e Obstetrícia do HDMU

⁵ Médica pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e residente de Ginecologia e Obstetrícia do HDMU

⁶ Médica pela Faculdade de Saúde e Ecologia Humana (FASEH) e residente de Ginecologia e Obstetrícia do HDMU

Descritores: gestational trophoblastic disease; gestational trophoblastic neoplasia.

INTRODUÇÃO: A doença trofoblástica gestacional (DTG) é definida como um grupo de tumores caracterizados pela proliferação trofoblástica anormal. As neoplasias trofoblásticas gestacionais (NTG) são as formas malignas, compostas pela mola invasora, coriocarcinoma, tumor trofoblástico de localização placentária e tumor trofoblástico epitelióide. Quando a NTG se desenvolve após uma gravidez molar, geralmente é do subtipo mola invasora ou coriocarcinoma. Após uma gravidez molar completa, 15% das pacientes podem apresentar doença local persistente com invasão e 5% poderão desenvolver doença metastática. O tratamento inclui curetagem, quimioterapia, histerectomia ou uma associação destas. A taxa de recorrência é de 2,9% na doença não metastática e 9,1% na metastática. A terapia com droga única (metotrexato ou dactinomicina) é utilizada na primeira e quimioterapia multiagentes (etoposídeo, metotrexato e actinomicina D alternados com ciclofosfamida e vincristina) é indicada na metastática de alto risco.

DESCRIÇÃO DO CASO: Paciente R.F.O., 28 anos, nuligesta, sem uso de métodos contraceptivos e sem doenças prévias, comparece ao serviço de urgência de uma maternidade apresentando sangramento vaginal volumoso e choque hipovolêmico após quadro de dor abdominal intensa. Realizadas medidas de estabilização com soroterapia e hemotransfusão. Após medidas iniciais, foi realizado ultrassom abdominal à beira-leito que identificou grande massa abdominal em contiguidade com o útero. Submetida a curetagem uterina com saída de grande quantidade de material de aspecto vesicular, além da administração do protocolo farmacológico para hemorragia e da passagem de balão intrauterino (insuflado 300ml). Sangramento controlado após os procedimentos. Apresentou tomografia prévia com massa pélvica 1996 cm³ e múltiplos nódulos pulmonares basais não calcificados, sugestivos de metástase. Na revisão laboratorial realizada no dia da admissão constava-se beta-HCG não reagente. Solicitado novo beta-HCG quantitativo igual a 693.770mUI/mL em 22/11/23.

Resultado anatomopatológico apresentou: mola hidatiforme completa com hiperplasia e atipia moderada e acentuada do trofoblasto. Após alta hospitalar, foi referenciada ao oncologista e iniciada quimioterapia injetável com Metotrexato. Beta-HCG de controle: 28/11/23 igual a 40.431mUI/mL; 30/11/23 igual a 32.259mUI/mL; 14/12/23 igual a 59.269mUI/mL; 12/01/24 igual a 134.766mUI/mL; 26/02/24 igual a 1.237mUI/mL. Ainda encontra-se em seguimento oncológico.

DISCUSSÃO: O caso em questão trata-se de uma NTG subtipo mola invasora metastática de baixo risco (escore prognóstico FIGO), classificada como estágio III (metástase pulmonar) no estadiamento FIGO, em uma paciente sem prole constituída. Foi optado pelo tratamento conservador com curetagem e quimioterapia com droga única (metotrexato), apresentando boa resposta, evidenciada pela queda do beta-HCG de seguimento.

CONCLUSÃO: O diagnóstico precoce de NTG e tratamento adequado são essenciais para uma resposta satisfatória e aumento da sobrevida, assim como a preservação do futuro reprodutivo da mulher.

REFERÊNCIAS:

1. Bruce S, Sorosky J. Gestational Trophoblastic Disease. 2023 Nov 12. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. PMID: 29261918.
2. AlJulaih GH, Muzio MR. Gestational Trophoblastic Neoplasia. 2023 Nov 12. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. PMID: 32965896.
3. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) – Gestational Trophoblastic Neoplasia Version 1.2024.

Gestação em paciente com distrofia muscular: um relato de caso

As distrofias musculares são um grupo de distúrbios genéticos que ocorrem pela ausência ou produção inadequada de proteínas essenciais para o funcionamento muscular. Ocorre enfraquecimento progressivo da musculatura esquelética, dificultando os movimentos, tendo como característica a distribuição proximal. É a quarta causa mais comum de fraqueza muscular, acomete de 2 a 10 indivíduos a cada 100.000. Inclui diversas doenças genéticas que variam em gravidade, fenótipo e idade de início. Os pacientes podem apresentar disfunção cardíaca e pulmonar associadas.

O caso trata da paciente ELS, 24 anos, G1, moradora de Araxá, acompanhada no ambulatório de distrofia do serviço de referência em doenças raras do hospital Júlia Kubitschek. Diagnosticada com distrofia muscular de cinturas / colágeno VI aos 13 anos. História pregressa: luxação de quadril com tratamento cirúrgico, atraso de desenvolvimento e fraqueza muscular proximal. Apresentava diversas infecções respiratórias virais e bacterianas, não realizava fisioterapia respiratória com AMBU, conforme prescrito, além de ser tabagista.

Paciente encaminhada ao PNAR com 21 semanas no mesmo hospital, mantendo seguimento multidisciplinar. Durante a gestação, apresentou piora gradual da função respiratória, com necessidade de uso de BIPAP e Trilogy e limitação de movimentação, passando a locomover-se por cadeira de rodas. A gestação transcorreu sem outras intercorrências.

Indicada resolução por cesariana com 37 semanas, intercorrendo com hemorragia pós parto, corrigida com medicações. RN nasceu deprimido, Apgar 4/7. Realizado dois ciclos de VPP, iniciado CPAP e encaminhado à UTIN. Apresentava face dismórfica e manteve-se hipotônico, com preensão palmar e plantar lentificados na internação. Avaliação neurológica e cardiológica (incluindo exames de imagem) sem alterações. Recebeu alta após 10 dias de internação, com hipótese diagnóstica de distrofia muscular à esclarecer e com proposta de seguimento ambulatorial com neurologista e geneticista. A paciente recebeu alta em bom estado geral.

O diagnóstico de distrofia muscular de cinturas se dá através de aumento de creatina quinase e alterações degenerativas progressivas musculares. A doença não tem cura e o tratamento é de suporte. Deve ser realizado diagnóstico diferencial com distrofia de Duchenne, Becker, miopatias tóxicas, metabólicas, endócrinas e autoimunes.

As alterações relacionadas à distrofia muscular apresentam piora importante no período gestacional, sendo necessário acompanhamento multidisciplinar em serviços especializados. A literatura sobre a patologia na gestação ainda é limitada, com necessidade de mais estudos acerca do aconselhamento genético e terapias de suporte.

Desafios Diagnósticos e Terapêuticos na Gestação Ectópica Cornual: Relato de Caso

A gravidez ectópica surge quando o blastocisto implanta-se fora do revestimento endotelial da cavidade uterina. Apesar de sua incidência ser baixa, representando de 1 a 2% de todas as gestações, ela figura como a principal causa de mortalidade materna no primeiro trimestre, contribuindo com 6 a 9% dos óbitos maternos relacionados à gestação. A localização mais prevalente da gravidez ectópica é a tubária, abrangendo 90 a 95% dos casos, embora também possa ocorrer na cicatriz da cesárea, cavidade abdominal, ovário, cérvix ou na porção intersticial da tuba, esta última denominada gravidez cornual. A gestação ectópica cornual é reconhecida por sua complexidade diagnóstica, muitas vezes requerendo laparoscopia para sua confirmação, embora aprimoramentos na Ultrassonografia Transvaginal (USTV) e na dosagem da fração beta da gonadotrofina coriônica humana (β -hCG) tenham permitido um diagnóstico mais preciso e antecipado. O grande desafio clínico reside em estabelecer o diagnóstico na sua fase mais precoce, isto é, antes da ocorrência da ruptura tubária, uma condição que pode resultar em choque hemorrágico e está associada a 2,5% das mortes maternas. Um fator importante na decisão terapêutica em pacientes com desejo reprodutivo é a reduzida probabilidade de gravidez subsequente. Embora a cirurgia seja a abordagem mais comum, o tratamento clínico com Metotrexato (MTX) emergiu como uma alternativa terapêutica para preservar a fertilidade, com ressecção cornual ou histerectomia reservadas para emergências ou casos refratários ao tratamento clínico. O propósito deste estudo é descrever o caso de uma paciente com gestação ectópica cornual que foi tratada por meio de abordagens cirúrgicas laparoscópica e laparotômica e que desenvolveu sinéquia uterina no período pós-operatório tardio, destacando assim as repercussões da intervenção cirúrgica sobre a saúde reprodutiva feminina. O caso descrito envolve uma paciente de 37 anos, primigesta, 7 semanas e 5 dias de idade gestacional pela cronologia, portadora de miomatose uterina, encaminhada assintomática ao hospital para propeidética devido imagem cornual uterina esquerda em USTV sugestiva de gestação ectópica cornual. À admissão o exame físico não apresentou alterações. Em monitoramento com USTV e curva de β -hCG foi observado um aumento progressivo nas dimensões da imagem, além de uma difícil definição de localização, bem como a curva de β -hCG demonstrou um aumento progressivo em um intervalo de 72 horas (8.865 - 10.187 - 13.475 mIU/ml), o que apontou para a necessidade de realização de laparoscopia diagnóstica. Durante a abordagem videolaparoscópica, foi confirmada uma lesão sugestiva de gestação ectópica cornual esquerda justaposta a um mioma uterino. Devido à dificuldade técnica cirúrgica, optou-se pela conversão para laparotomia. Durante o procedimento, fez-se exérese da lesão, miomectomia, salpingectomia esquerda e reconstrução uterina por meio

de metroplastia. Houve um sangramento aumentado, exigindo ligadura das Artérias Uterinas bilateralmente. Atualmente, a paciente está em propedêutica para infertilidade conjugal.

HISTERECTOMIA SIMPLES NO TRATAMENTO DO CÂNCER CERVICAL DE BAIXO RISCO: NOVA OPÇÃO TERAPÊUTICA CONSERVADORA?

Raíssa Êmily Andrade Souza¹, Victória Aparecida Limongi Horta Santos¹, Karla de Carvalho Schettino²

1. Acadêmicas de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais; rai.emily@outlook.com
2. Graduada em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais, Ginecologista pela Santa Casa de Belo Horizonte, Mestre pela Fiocruz; Hospital Felício Rocho

Introdução: O câncer cervical (CC) é o terceiro tipo mais incidente em mulheres brasileiras. Os programas de rastreamento têm possibilitado diagnóstico precoce, o que favorece um melhor prognóstico. A histerectomia radical (HR) associada à linfadenectomia pélvica continua sendo o principal método de tratamento para os cânceres em estágio inicial. Recentemente, a utilidade da parametrectomia em casos de CC estágio IA2 e IB1, com tumores menores que 2 cm, sem metástase linfonodal, tem sido questionada, pela pequena (inferior a 1%) possibilidade de infiltração parametrial nesse estágio¹. Logo, houve a necessidade de avaliar a abordagem conservadora como alternativa segura de tratamento, a fim de minimizar complicações e comorbidade. **Objetivo:** Descrever dados que atestam a não-inferioridade da HS no tratamento do CC de baixo risco, em relação à HR. **Métodos:** Revisão Narrativa com levantamento bibliográfico realizado no PubMed. Selecionou-se estudos randomizados e observacionais, publicados nos últimos 5 anos em inglês, relacionados a HS e a HR em pacientes com CC IA2 e IB1, de acordo com a FIGO 2009. Excluiu-se artigos que compararam técnicas cirúrgicas e que incluíam outros estadiamentos. **Resultados:** Em relação à recorrência pélvica, encontrou-se 2,52% na HS e 2,17% no HR em 3 anos, e 1,43% na HS e 1,43% na HR em 75 meses^{1,2}. Acerca da sobrevida global em 5 anos, observou-se 90%, 91% e 98,5% na HS e 91%, 93% e 100% na HR^{3,4,2}. No que diz respeito à taxa de sobrevida livre da doença, encontrou-se 98,5% na HS e 97,1% na HR². Sobre parâmetros intraoperatórios, tem-se menor tempo cirúrgico na HS, com média de 155 minutos, em contrapartida a 195 minutos na HR, e menor perda sanguínea, com média de 100,57 mL na HS e 224,29 mL na HR. Quanto à morbidade pós-operatória, disfunções vesicais foram relatadas em 6,4% na HS e 39,3% na HR⁵. Dentre elas, após 4 semanas, incontinência urinária foi vista em 4,7% na HS contra 11% na HR, e retenção urinária em 0,6% na HS e 9,9% na HR. Já a constipação esteve presente em 3,8% na HS e 5,5% na HR¹. **Discussão e conclusão:** A HR está relacionada à grande morbidade pela parametrectomia, que se associa a mais complicações perioperatórias, como hemorragia e lesões estruturais, além de morbidades pós-operatórias, especialmente as disfunções miccionais e intestinais. Destaca-se que a maioria das pacientes estudadas possuíam entre 30-50 anos, configurando uma parcela economicamente ativa, entendendo-se o impacto das comorbidades na funcionalidade e na qualidade de vida. Os resultados oncológicos foram similares entre as pacientes com CC inicial submetidas a HS e HR, com desfechos de recorrência, sobrevida e tempo livre de

doença em 5 anos sem diferença significativa entre os grupos, sugerindo que a HS é uma abordagem segura para o perfil de paciente analisado. Paralelamente, a HS apresentou vantagens operatórias, menor morbidade e maior índice de preservação das funções orgânicas. Ressalta que a National Comprehensive Cancer Network (NCCN) passou a recomendar, em 2024, a HS no tratamento do CC estágio IA2 e IB1, atendendo aos critérios do estudo ConCerv. Porém, com os achados do ensaio clínico SHAPE espera-se uma ampliação dos critérios de inclusão na diretriz. Assim, mais pacientes podem ser beneficiadas pelo tratamento conservador.

Palavras-chave: Histerectomia; Câncer de Colo do Útero; Oncologia Cirúrgica.

Referências bibliográficas:

PLANTE, M. *et al.* Simple versus Radical Hysterectomy in Women with Low-Risk Cervical Cancer. **N Engl J Med**, v. 390, n. 9, p. 819-929, fev. 2024. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2308900>. Acesso em: 12 abr. 2024.

WANG, W. *et al.* Class I versus Class III radical hysterectomy in stage IB1 (tumor \leq 2 cm) cervical cancer: a matched cohort study. **J Cancer**, v. 8, n. 5, p. 825-831, fev. 2017. Disponível em: <https://www.jcancer.org/v08p0825.htm>. Acesso em: 12 abr. 2024.

SCHMELER, K. M. *et al.* ConCerv: a prospective trial of conservative surgery for low-risk early-stage cervical cancer. **Int J Gynecol Cancer**, v. 31, p. 1317-1325, set. 2021. Disponível em: <https://ijgc.bmj.com/content/31/10/1317.long>. Acesso em: 12 abr. 2024.

CHEN, L. *et al.* Class I hysterectomy in stage Ia2-Ib1 cervical cancer. **Wideochir Inne Tech Maloinwazyne**, v. 13, n. 4, p. 494-500, jun. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6280091/>. Acesso em: 12 abr. 2024.

TALIENTO, C. *et al.* Simple hysterectomy versus radical hysterectomy in early-stage cervical cancer: A systematic review and meta-analysis. **Eur J Surg Oncol**, v. 50, n. 4, e:108252, mar. 2024. Disponível em: [https://www.ejso.com/article/S0748-7983\(24\)00304-4/fulltext](https://www.ejso.com/article/S0748-7983(24)00304-4/fulltext). Acesso em: 12 abr. 2024.

ÚLCERA DE LIPSCHUTZ COMO MANIFESTAÇÃO DA DENGUE – UM RELATO DE CASO

GOMES, FR¹; MIRANDA, RAP²; DIEL, FM¹; SOUZA, LG¹

¹Maternidade Odete Valadares/ ²Prefeitura Municipal de Itamarandiba

E-mail autor principal: fernanda.gomes@ufvjm.edu.br

Introdução: A úlcera de Lipschutz é caracterizada pelo aparecimento súbito de úlceras únicas ou múltiplas, necróticas e dolorosas na região vulvar, após uma infecção viral ou bacteriana não relacionadas a doenças sexualmente transmissíveis. As manifestações mucosas associadas a dengue são raras o que torna um grande desafio para o diagnóstico.

Caso clínico: JRG, 16 anos, previamente hígida, comparece em consultório com queixa de lesão em região genital há 3 dias muito dolorosa. Refere diagnóstico de dengue há 7 dias, realizado NS1 positivo no terceiro dia de sintomas. Nega sintomas gripais prévios. Nega vida sexual ativa. Ao exame apresentava hímen íntegro. Em região de introito vaginal havia úlceras bilaterais de cerca de 1 cm, profundas e bem delimitadas, com bordas vermelho-violáceas, base necrótica coberta com um exsudato acinzentado, com aparência simétrica (“úlceras que se beijam”), dolorosas ao toque. Não apresentava linfonodomegalias. Realizada testagem rápida para HIV e sífilis, não reagentes. Iniciado tratamento empírico com anestésico e corticoide tópicos por 5 dias. Solicitado pesquisa para Epstein Barr IgM e IgG, citomegalovírus IgM e IgG, herpes simples IgM e IgG e VDRL e retorno para reavaliação em sete dias. Paciente retorna com resultado de exames, todos negativos. Apresentou melhora considerável do quadro local. Diante da exclusão de outros diagnósticos, a principal hipótese foi úlcera de Lipschutz devido ao vírus da dengue.

Discussão: As úlceras genitais podem gerar muita ansiedade nas pacientes, uma vez que podem estar relacionadas com infecções sexualmente transmissíveis e seu diagnóstico etiológico muitas vezes não é dado no momento da primeira consulta. Não se sabe ao certo o mecanismo de surgimento das úlceras de Lipschutz, acredita-se que seja por mimetismo molecular, induzindo uma vasculite local ou uma reação de hipersensibilidade a uma infecção, com deposição de imunocomplexos nos vasos dérmicos, ativando complemento, gerando microtrombos e necrose tecidual. Seu diagnóstico é clínico e de exclusão. Com o aumento de número de casos de dengue no Brasil tem que ser pensado nesta possibilidade diagnóstica.

Palavras chave: úlcera, genital, vulva, Lipschutz, dengue

Melanoma in situ de vagina

Introdução: O melanoma maligno vaginal é um tumor raro com incidência em torno de 0,46 casos a cada milhão de mulheres/ano. Possui taxas de metástase e recorrência altas e sobrevida de até 25% em 5 anos. **Descrição do caso:** Paciente 71 anos, G1 P1n, menopausada aos 52 anos, com queixa de nodulação vaginal que evoluiu em 4 meses. Ao exame especular, notava-se presença de mácula enegrecida em paredes anterior e posterior, acometendo do terço médio ao distal da vagina. Toque vaginal com nodulação de 0,5cm em parede anterior. Submetida à biópsia incisional, o estudo patológico concluiu presença de melanoma invasivo do subtipo mucoso. Papanicolau negativo para malignidade. A tomografia computadorizada por emissão de pósitrons (PET-SCAN) confirmou a presença de lesão vaginal hipermetabólica de natureza primária com acometimento linfonodal secundário em cadeia inguinal. Indicada abordagem cirúrgica que fora realizada em dois tempos: primeiramente, em posição litotômica com secção de vagina no óstio externo com sua liberação circunferencial até o terço distal, seguida por acesso abdominal, no qual fora realizada ligadura dos ligamentos e vasos uterinos com ressecção completa de vagina, útero e anexos. Após aproximar reto e bexiga, fora posicionada sonda de Foley com 100ml de líquido sobre o plano de rafia, a fim de manter a pelve vazia e evitando aderências indesejadas em parede. O anátomo-patológico da peça concluiu que se tratava de um melanoma maligno de mucosa, invasor de vagina, retirado com margens livres para componente invasor, porém comprometida para componente in situ - pT4b. Dado o prognóstico reservado da morbidade e sua alta agressividade, exames de seguimento evidenciaram progressão após oito meses da abordagem cirúrgica, com acometimento local, cutâneo (glúteo), linfonodal e pulmonar. Paciente veio a óbito após 12 meses do diagnóstico. **Discussão:** O melanoma maligno de vagina é uma forma mucosa do melanoma, que acomete regiões não-expostas à radiação ultravioleta. A forma genital corresponde a 1,6% dos casos da doença no sexo feminino, sendo o vaginal mais agressivo que o vulvar. O melanócito, provável célula precursora, é encontrado na porção basal do epitélio vaginal em 3% das mulheres adultas híidas. O melanoma primário maligno foi referido pela primeira vez em 1887, apresenta-se tipicamente entre a 6^o e a 7^o década, ocorre com maior frequência no terço inferior da vagina e na parede anterior, afetando, em sua maioria, mulheres na pós-menopausa, como a referida paciente. Parece existir influência hormonal e do vírus papiloma humano (HPV), porém a literatura é escassa dada a raridade dos casos. Os sintomas mais comuns são sangramento, corrimento e sensação de massa na vagina, sendo este o motivador do atendimento do caso índice. A aparência do tumor, geralmente, é pigmentada e a morfologia nodular, tal qual o exame físico descrito. O curso natural dos melanomas malignos é marcado por recidiva local precoce e metástases frequentes por via linfática e menos recorrentes por via hematogênica, com acometimento de vísceras. A rápida evolução ao óbito dessa paciente condiz com o mau prognóstico. A escassez de informações sobre o tema torna difícil o manejo, fazendo do tratamento um desafio para especialistas.

Referências

PINTO, M. G. et al. Relato de caso: melanoma primário de vagina. HU Revista, v. 45, n. 1, p. 87–92, 2019.

Hu DN, Yu GP, McCormick SA. Population based incidence of vulvar and vaginal melanoma in various races and ethnic groups and comparison of other site specific melanoma. *Melanoma Res.* 2010; 20:153–8.2

Michael F, Mariano E, Charlotte CS, Pamela TS, Patricea JE, Charles FL, et al. Primary malignant melanoma of vagina. *Obstet Gynecol.* 2010; 116:1358–65.

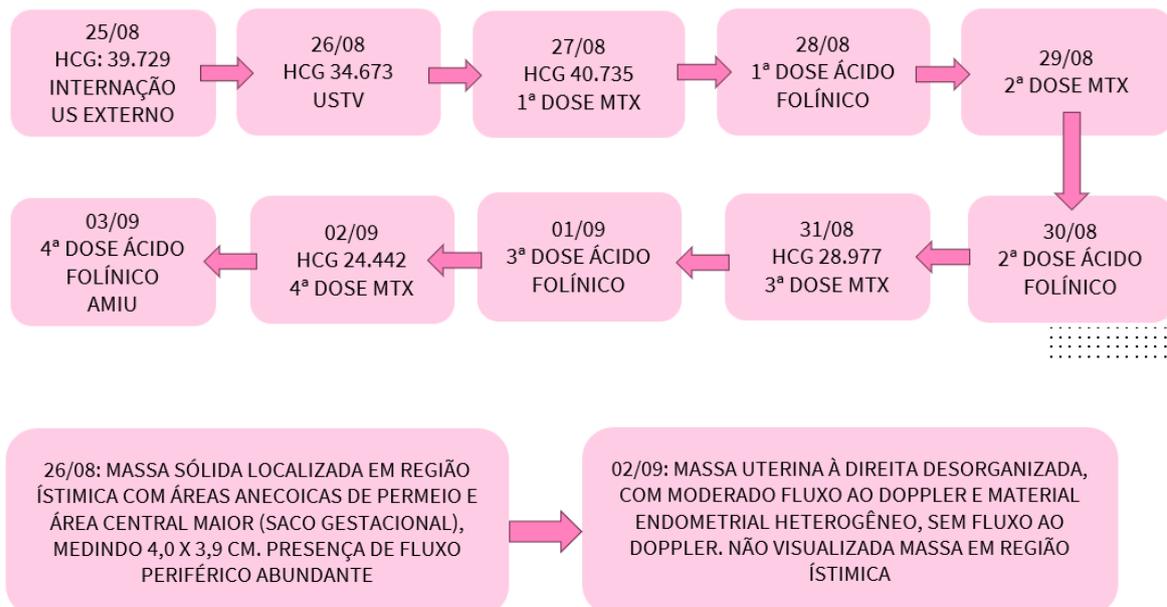
RELATO DE CASO - GRAVIDEZ ECTÓPICA EM CICATRIZ DE CESÁREA

AUTOR: MARIANA PINHEIRO FIGUEIREDO

COAUTORES: ROSÂNGELA LOPES MIRANDA RODRIGUES, ALÉXIA AQUINO DE BARROS, HUGO GONÇALVES DIAS, STEFANY OLIVEIRA MENDES, ANA LUIZA SILVA COSTA

Introdução: O primeiro caso ocorreu em 1978, e foi descrito por Larsen e Solomon . É a apresentação mais rara de gravidez ectópica. Possui elevada morbimortalidade e história natural pouco conhecida. Sua incidência vem aumentando nos últimos anos principalmente pelo número crescente de cesarianas, estimada em 1 para 1.800 em até 1 para 2.216 gravidezes. Corresponde a 6,1% de todas as gestações ectópicas em mulheres com antecedente de uma cesárea anterior. Idade gestacional (IG) média de diagnóstico é entre 5 a 12 semanas e 4 dias e o intervalo entre a última cesariana e a gravidez ectópica na cicatriz de cesárea foi de 6 meses a 12 anos. Importante a discussão a respeito destes casos principalmente pela raridade dos mesmos e a divergência literária em relação a condução desta patologia.

Caso clínico: M.L.S.P, 25 anos, G2PC1A0, GS: O+. Na admissão apresentou ultrasson externo realizado em 25/08/23 evidenciando gestação ectópica em cicatriz de cesárea (classificação IIIa) – presença de massa implantada em cicatriz medindo 48x40x41mm e fluxo exuberante ao doppler, miométrio anterior < 1mm, sem evidencia aparente de infiltração vesical..Dosagens de BetaHCG externos: 12/08 31.985, 19/08 40.722, 25/08 39.720. Internada no hospital Santa Casa de Montes Claros para avaliação especializada e conduta no dia 25/08.



Em 04/09 Beta hcg 6.706 – paciente recebe alta hospitalar e é orientada realizar beta hcg semanal até a negatização do exame. E retorno ao hospital se anormalidades. 06/09 Anatomopatológico apresentando restos ovulares (abortamento). Mantido seguimento ambulatorial com beta hcg seriados. Beta hcg negativado em 12 de dezembro de 2023. 4 meses após tratamento. Esta mesma paciente evoluiu após tratamento com mal formação arteriovenosa, outra condição rara, mantendo controle ultrassonográfico.

Discussão: A gravidez na cicatriz de cesárea possui dois tipos: Tipo I ou endogênica: progride para o espaço cervicóístico ou cavidade uterina ou tipo II ou exogênica: invade Profundamente o miométrio e a superfície da serosa no nicho cicatricial, podendo progredir inclusive para a bexiga e a cavidade abdominal. Principais complicações são ruptura uterina que causa uma grave hemorragia que pode evoluir com histerectomia e coagulação intravascular disseminada. O saco gestacional é completamente circundado pelo miométrio e pelo tecido fibroso cicatricial e, portanto, separado da cavidade endometrial. É considerado um evento mais agressivo devido a precocidade da invasão miometrial (1º trimestre). Sua fisiopatologia consiste na penetração miometrial do blastocisto através de uma deiscência microscópica presente na cicatriz uterina de cesárea anterior, principalmente quando a incisão foi realizada em segmento inferior ainda não totalmente desenvolvido. Mais raramente, pode também resultar de um defeito endometrial causado por trauma decorrente de procedimentos das técnicas de reprodução assistida ou outras cirurgias uterinas prévias. Apresenta como manifestação clínica o sangramento transvaginal indolor ou acompanhado de dor leve a moderada. 37% é assintomático. Os fatores de risco descritos na literatura são número de cesáreas prévias, Intervalo curto entre a cesariana e a gestação subsequente, indicação da cesárea anterior e o número de camadas de sutura utilizadas na histerorrafia, ruptura endometrial prévia. Os diagnósticos diferenciais são implantação baixa do saco gestacional, gravidez cervical e abortamento espontâneo em evolução. O diagnóstico consiste em Beta hcg, ultrassonografia endovaginal e em alguns casos ressonância magnética. Diagnóstico ultrassonográfico é baseado nos seguintes critérios: Cavidade uterina e canal endocervical vazios, placenta e/ou saco gestacional incorporados à cicatriz da histerotomia, nas gestações precoces (≤ 8 semanas), presença de saco gestacional triangular que ocupa o nicho da cicatriz, nas gestações com mais de 8 semanas, a forma pode tornar-se redonda ou oval, camada delgada (1 a 3 mm) ou ausente entre o saco gestacional e a bexiga (descontinuidade da parede anterior), canal cervical fechado e vazio, presença de pólo embrionário ou fetal e/ou vesícula vitelina, com ou sem atividade cardíaca e presença de um padrão vascular proeminente e intenso no local de cicatriz uterina de cesárea associado à positividade do teste de gravidez. A condução destes casos ainda não existe um consenso. O principal fator citado nas referências bibliográficas são a interrupção precoce da gravidez que visa eliminar o conteúdo gestacional. Sempre que desejável pela paciente deve-se buscar tratamentos que visam preservar a fertilidade. Ainda não há um protocolo bem estabelecido para condução desses casos Os principais tratamentos propostos são: AMIU guiada por ultrassom (realizado no 1º trimestre com o uso

de um cateter balão transcervical se ocorrer sangramento intenso), histerectomia gravídica (para pacientes com prole constituídas ou em caso de hemorragia com risco de vida) é a abordagem de escolha no segundo trimestre, injeção intragestacional de Metotrexate (MTX) guiada por ultrassom ou MTX Sistêmico – Usamos MTX sistêmico como complemento de todas as terapias médicas acima. Metotrexate: dose única é realizada administração sistêmica, dose 50 mg/m² por via intramuscular, especialmente quando o nível de β -hCG é inferior a 5.000 mUI/MI. Metotrexate doses múltiplas é indicado quando BetaHCG > 5000, localização atípica e ausência de embrião vivo. MTX 1mg/kg IM (0,2,4,6 dias alternados). Acido folínico 15 mg VO (1,3,5,7 dias alternados). Acompanhamento: queda > ou = 1% do beta hcg em 48h ou 4 doses de MTX. Pode ser realizada também conduta expectante quando confirmada morte embrionária, principalmente para pacientes no primeiro trimestre, pois pode ocorrer resolução espontânea da gravidez, o acompanhamento é realizado com dosagem semanal do beta hCG e ultrassonografia transvaginal (USTV), até que o hCG seja indetectável e a gravidez regrida completamente nos exames de imagem. Esta conduta tem como pontos negativos o fato de demorar meses para sua resolução completa, esta atrelada a malformações arteriovenosas uterinas e aumento do risco de rotura uterina, hemorragia e necessidade de histerectomia de emergência. A resolução nestes casos varia de 20 a 75 dias e a negativação do valor de β -hCG demora de 30 a 60 dias. Existe também a possibilidade dos tratamentos cirúrgicos: histeroscopia, laparoscopia e laparotomia. A histeroscopia é o procedimento utilizado com maior frequência, consiste na retirada da massa gestacional e o reparo simultâneo do defeito cicatricial, requer anestesia geral, habilidade cirúrgica e instalações adequadas, deve ser realizada quando a gestação esta se desenvolvendo em direção à cavidade uterina. A laparoscopia requer cirurgiões treinados, anestesia geral e instalações adequadas, indicação é mais apropriada quando ocorre crescimento no sentido da cavidade abdominal e da bexiga, o tecido gestacional é retirado em uma endobag, o sangramento pode ser minimizado pela injeção local de vasopressina (1 UI/mL; 5–10 mL), a hemostasia é obtida por eletrocoagulação e o defeito uterino fechado com sutura endoscópica. A laparotomia é a melhor opção terapêutica, reduz risco de recorrência ao permitir a retirada completa, possibilita a ressecção de todo o tecido trofoblástico, deve ser sempre considerada para as pacientes que apresentarem falhas no tratamento medicamentoso e das quais o diagnóstico foi muito tardio. Este método não exige alta tecnologia, pode ser executado em hospitais de diferentes níveis, permite o reparo simultâneo da cicatriz uterina e a normalização rápida (1 a 2 semanas) dos níveis séricos de β -hCG. Este tratamento pode ocasionar feridas cirúrgicas mais amplas, estadia hospitalar e tempo de recuperação mais longos, aumento do risco de acretismo placentário. Outra possibilidade de tratamento conservador descrito é a embolização da artéria uterina, procedimento de difícil acesso em algumas partes do país, tem como complicações: tromboembolismo, febre, dor abdominal, infecção pélvica, fistula vesical, atrofia endometrial e falência prematura ovariana. Possui índice de sucesso elevado quando associada à administração de metotrexato, ou apenas associada à curetagem pós embolização

Holoprosencefalia e hidranencefalia como diagnósticos diferenciais em feto com malformação de sistema nervoso central.

INTRODUÇÃO

As anomalias congênitas do sistema nervoso central podem ser graves e exigem tratamento de suporte. Assim, é imprescindível o diagnóstico e informação aos pais durante o pré-natal.

RELATO DE CASO

KNCM, 17 anos, G1, sem comorbidades (apenas traço de hemoglobinopatia C), vícios ou históricos de malformações/cromossomopatias. Apresentou alteração em US morfológico (22,5 semanas; PFE < P3; CA P3-10; CF P10; LAN; polo cefálico de dimensões reduzidas; dilatação do ventrículo lateral; difícil avaliação da fossa posterior da foice; cerebelo rechaçado em direção ao forame magno; ventrículo lateral 17,3mm; cisterna magna 7,2mm; prega nugal 4,1mm), levantando-se hipótese de holoprosencefalia.

Ecocardiografia fetal sem alterações. Ultrassonografias posteriores não demonstraram massa posterior à coluna fetal; visualizadas imagens anecóicas intracranianas; doppler fetal normal; substituição completa do parênquima cerebral, com cerebelo, tronco e ponte visualizados; exoftalmia bilateral e mão em garra.

Indicada interrupção da gestação devido a CIUR I. Realizada indução e parto vaginal com 37,4 semanas, nascendo RN com APGAR 7/9, admitido em CTI neonatal devido a desconforto respiratório. Realizados ecocardiograma fetal (sem alterações) e ultrassom transfontanela ("linha média centrada, ausência de diferenciação de linha média, grande volume de líquido em topografia de hemisférios cerebrais, que não são visualizados; tronco cerebral individualizado, quarto ventrículo sem alterações; cerebelo visualizado, com lesão cística em parte superior do hemisfério cerebelar esquerdo. HD: Hidranencefalia").

No 5º dia de internação no CTI neonatal, houve piora do padrão respiratório, evoluindo para óbito.

DISCUSSÃO

A hidranencefalia e holoprosencefalia são condições que afetam o desenvolvimento cerebral fetal. O diagnóstico é definido por exame de imagem (US, RM ou ecografia 3D).

Na hidranencefalia, a maior parte dos hemisférios cerebrais estão ausentes, substituídos por líquido cefalorraquidiano. Pode ser causada por danos aos vasos cerebrais ou por agenesia primária da parede neural. O cerebelo, mesencéfalo, tálamo e os gânglios da base geralmente são preservados. Algumas infecções (citomegalovírus e toxoplasmose) e substâncias tóxicas podem contribuir para o quadro. No US, observa-se bolsas de líquido substituindo os hemisférios cerebrais; formam-se estruturas da linha média. Há possibilidade de polidrâmnio no 2º trimestre, pois a anomalia leva à má deglutição fetal.

Já na holoprosencefalia, a falha na divisão do prosencéfalo resulta em fusão dos hemisférios cerebrais e ventrículos laterais, que se comunicam através da linha média. O

terceiro ventrículo geralmente é ausente. Relaciona-se a fatores genéticos (trissomia de cromossomo 13) e ambientais (medicamentos, toxinas). Pode cursar com malformações faciais, cardiovasculares e intestinais.

CONCLUSÃO

Tratando-se de malformações raras e graves, esse relato de caso corrobora com a importância do diagnóstico e do acolhimento aos pais no período pré-natal, com orientação adequada sobre prognóstico e manejo pós-natal.

Mulher com cariótipo 47,XXY e diagnóstico da Síndrome de Insensibilidade Androgênica.

INTRODUÇÃO

A síndrome de Klinefelter (SK) é um dos distúrbios cromossômicos congênitos mais comuns em homens (47,XXY), com incidência de 0,1–0,2%. Causa hipogonadismo, ginecomastia e infertilidade². Já a síndrome de insensibilidade androgênica (SIA) resulta da disfunção do receptor de andrógeno e é a causa mais comum de distúrbio do desenvolvimento sexual em indivíduos 46,XY. No fenótipo completo (SIAC), o indivíduo apresenta genitália externa feminina típica. Raríssimos casos de pacientes com SIA e cariótipo 47, XXY foram relatados até o momento. Estima-se que essa associação ocorra de 1 em 28 milhões de nascimentos.

RELATO DE CASO

Mulher, filha de casal não consanguíneo e saudável, possui 4 irmãs. A gestação transcorreu sem intercorrências, com parto normal, a termo. Dados antropométricos adequados. O desenvolvimento neuropsicomotor foi adequado e negou dificuldade de aprendizagem. Aos 20 anos de idade, avaliada por ginecologista devido a amenorreia primária. Ao exame físico apresentava características sexuais secundárias pouco desenvolvidas e estatura de 1,80m. Cariótipo: 47,XXY. Posteriormente, foi realizado diagnóstico de SIA em outras 4 mulheres (1 irmã, 3 sobrinhas).

A paciente recebeu o diagnóstico de SIA e cariótipo 47,XXY. Foi submetida a gonadectomia. Anatomopatológico: “testículo direito: tumor de células de Sertoli-Leydig, 2,0x2,0x2,0 cm; tecido testicular adjacente com aplasia de células germinativas”; “testículo esquerdo: aplasia de células germinativas”; “compatível com síndrome da feminização testicular”.

A paciente iniciou estrogênio terapia. Devido pouca adaptação, houve substituição por terapia com testosterona isolada (1 dose a cada 15 dias). Paciente no momento adaptada à medicação, com efeito colateral mínimo (queda de cabelo) e ausência de sinais e sintomas androgênicos.

DISCUSSÃO

Aqui relatamos caso raro de associação de cariótipo 47,XXY e SIA. Indivíduos com SK são quase exclusivamente homens. Até 2019, apenas 15 casos de SK com fenótipo feminino foram registrados em PubMed, sendo 8 considerados associação com SIA⁵.

Na literatura, a maioria dos relatos tratam de SK em associação com SIAC. Nesses casos, evidencia-se ao exame físico genitália típica. Por sua vez, os casos associados a SIAP podem apresentar-se com genitália atípica, como presença de hipospádia e clitoromegalia^{1,2}.

Devido ao risco aumentado de degeneração neoplásica gonadal em portadores de SIA, há indicação de gonadectomia, realizada após período em que há desenvolvimento de caracteres secundários⁴.

A reposição hormonal é indicada para prevenir perda de massa mineral óssea. Há poucos dados acerca de efeito positivo de testosterona para esse fim, embora estudo realizado em 2013 tenha apontado para possível benefício em pacientes com SK³.

CONCLUSÃO

Esse relato de caso vem ao encontro dos demais descritos na literatura, demonstrando a importância de diagnóstico e seguimento adequados. Ambos, embasados no acolhimento de pacientes e com auxílio de equipe multidisciplinar, determinam redução de riscos à saúde associados às síndromes (degeneração neoplásica, osteoporose, efeitos psicossociais) e, portanto, melhora de qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- ¹ Batista, R. L., Rodrigues, A. S., Nishi, M. Y., Feitosa, A. C. R., Gomes, N. L. R. A., Junior, J. A. F., ... de Mendonça, B. B. (2017). *Heterozygous Nonsense Mutation in the Androgen Receptor Gene Associated with Partial Androgen Insensitivity Syndrome in an Individual with 47,XXY Karyotype. Sexual Development, 11(2), 78–81.* doi:10.1159/000468957
- ² Acar S, Tuhan H, Bora E, Demir K, Onay H, Erçal D, Böber E, Abacı A. Identification of an AR mutation in Klinefelter syndrome during evaluation for penoscrotal hypospadias. *Hormones (Athens).* 2017 Jul;16(3):313-317. doi: 10.14310/horm.2002.1741. PMID: 29278518.
- ³ Jo DG, Lee HS, Joo YM, Seo JT. Effect of testosterone replacement therapy on bone mineral density in patients with Klinefelter syndrome. *Yonsei Med J.* 2013 Nov;54(6):1331-5. doi: 10.3349/ymj.2013.54.6.1331. PMID: 24142635; PMCID: PMC3809853.
- ⁴ Skalska K, Ziółkowski M, Skoczylas A, Teleon M, Grymowicz M, Pollak A, Smolarczyk R, Płoski R, Męczekalski B. 18-Year-old patient with Klinefelter syndrome (47, XXY) and complete androgen insensitivity syndrome (CAIS) - case report. *Gynecol Endocrinol.* 2021 Jun;37(6):572-575. doi: 10.1080/09513590.2021.1921139. Epub 2021 May 7. PMID: 33960260.
- ⁵ Hu L, Liu P, Ma L, Xin X, Chen J, Xie Q, Luo F, Xie X, Huang J. A 47,XXY Pregnant Woman without the SRY Gene. *Sex Dev.* 2019;13(2):83-86. doi: 10.1159/000496996. Epub 2019 Feb 16. PMID: 30799415.

RELATO DE CASO - HIPERÊMESE GRAVÍDICA SOBREPOSTA A NEUROPATIA PERIFÉRICA POR DEFICIÊNCIA DE VITAMINA B12

INTRODUÇÃO

A hiperêmese gravídica (HG) incide em 0.3 - 3% das gestações, sendo definida como quadro de náusea e vômitos intensos, com desidratação, distúrbio eletrolítico, desnutrição e perda de peso (> 5%). Complicações da HG: deficiência de vitaminas, desnutrição e quadros neurológicos (neuropatia, encefalopatia). A hipovitaminose B12 durante a gestação não é comum, apesar da redução da concentração sérica de B12, pela hemodiluição, transporte para o feto e redistribuição da cobalamina.

CASO CLÍNICO

Gestante de 21 anos (G2A1), acompanhada no PNAR por HAC, obesidade (IMC 46,4) e vulnerabilidade social. Com 22 semanas iniciou HG e perda de 30kg, sendo descartada etiologia biliar na internação. Manteve seguimento ambulatorial, mas ao longo de 2 meses evoluiu com fraqueza em MMII (região posterior, raízes L5-S1-S2) e dificuldade de locomoção. Devido à progressão do quadro, indicada por nova internação hospitalar e extensão da propeidêutica. Cursos com piora e redução de força em MMII e progressão para MMSS. Descartados distúrbios tireoidianos, eletrolíticos, reumatológicos, autoimunes e psicossomáticos. Evidenciada hipovitaminose B12 (137 ng/l), sem dosagem de tiamina. Iniciada reposição de B12, tiamina e ácido fólico com melhora na parestesia e, posteriormente da força em membros e de movimentação de MMII, porém com persistência da incapacidade de sustentar o próprio peso. Psiquiatria excluiu etiologia psicossomática novamente; Neurologia e Hematologia foram concordantes com a proposta terapêutica instituída e da provável etiologia de hipovitaminose B12. Evoluiu para parto vaginal com 39 semanas em março/2023, após indução de trabalho de parto, sem intercorrências.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

A HG se apresenta geralmente entre 9 e 20 semanas e a gestante relatada teve início com 22 semanas. A HG pode apresentar complicações graves agudamente e, se não houver diagnóstico e tratamento adequados, pode acarretar óbito. A hipovitaminose B12 é crônica e com potencial de gerar alterações hematológicas, neurológicas e cognitivas, sendo a anemia megaloblástica a mais comum. Porém, estudos evidenciaram que a suplementação de ácido fólico pode mascarar a anemia e há relatos de casos em que as alterações neurológicas podem ocorrer sem evidência de anemia. Não foram encontradas, no entanto, descrição de correlação entre HG e hipovitaminose B12, apenas entre deficiência de tiamina. Entretanto, a deficiência de B1 geralmente está associada com a deficiência de B12. Tendo em vista a morbidade que a hipovitaminose B12 pode causar, se faz importante a realização de estudos para avaliar a necessidade do rastreamento da deficiência de cobalamina em gestantes que apresentam fatores de risco para desenvolvimento de hipovitaminose.

REFERÊNCIAS

Clark SM, Zhang X, Goncharov DA. Inpatient Management of Hyperemesis Gravidarum. *Obstet Gynecol.* 2024 Feb 1. doi: 10.1097/AOG.0000000000005518. Epub ahead of print. PMID: 38301258.

De Haro K, Toledo K, Fonseca Y, Arenas D, Arenas H, Leonher K. Hiperemesis gravídica: manejo y consecuencias nutricionales; reporte de caso y revisión de literatura

[Hyperemesis gravidarum: management and nutritional implications; case report and review of literature]. *Nutr Hosp.* 2014 Oct 3;31(2):988-91. Spanish. doi: 10.3305/nh.2015.31.2.8143. PMID: 25617591.

Jennings LK, Mahdy H. Hyperemesis Gravidarum. 2023 Jul 31. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. PMID: 30422512.

Rashid S, Meier V, Patrick H. Review of Vitamin B12 deficiency in pregnancy: a diagnosis not to miss as veganism and vegetarianism become more prevalent. *Eur J Haematol.* 2021 Apr;106(4):450-455. doi: 10.1111/ejh.13571. Epub 2021 Feb 2. PMID: 33341967.

Síndrome da acardia fetal em gestação gemelar monocoriônica com manejo expectante inicial: relato de caso

INTRODUÇÃO:

A síndrome da acardia fetal ou da perfusão arterial reversa (“*Twin reversed arterial perfusion - TRAP*”) é uma complicação que ocorre em 1% das gestações gemelares monocoriônicas (MC)¹. É consequente a uma alteração na circulação fetoplacentária com desvio de sangue entre os gemelares por anastomoses na superfície placentária. O feto receptor, perfundido por sangue baixo em oxigênio pelo fluxo reverso, apresenta malformações incompatíveis com a vida extrauterina.^{2,3} O feto doador, por sua vez, evolui com sobrecarga cardiovascular.^{1,2}

DESCRIÇÃO:

S.A.S., primigesta, 31 anos, foi encaminhada à Maternidade Odete Valadares (MOV) com idade gestacional (IG) de 29 semanas e 6 dias por alterações em ultrassom (US). Trata-se de paciente hígida, acompanhada no pré-natal de alto risco de sua cidade de origem após US com 11/12 semanas mostrando gestação gemelar MC e possível sequência TRAP evidenciada pela divergência no comprimento cabeça-nádega (CCN) dos fetos (feto I com CCN de 44,8mm e feto II de 24,3mm), além de feto II com deformidade morfológica e ausência de batimentos cardíacos. Foi realizada conduta expectante e US seriado até a admissão na MOV, quando foi observado feto I morfolologicamente normal, mas com restrição de crescimento e onda A reversa em ducto venoso e o feto II com acardia. Paciente foi submetida a cesariana e feto I nasceu com bom padrão respiratório, tônus normal, com peso de 850 gramas e recebeu alta para domicílio com 88 dias de vida. Já o feto II foi natimorto.

DISCUSSÃO:

A fisiopatologia da síndrome da acardia fetal não é precisa, mas, entende-se que existe uma circulação vascular anormal devido a anastomoses arterioarteriais na superfície placentária, que causam perfusão reversa, ou seja, o sangue desvia do feto com desenvolvimento normal e perfunde o outro com malformação - razão pela qual o feto sem malformações é chamado de feto bomba.^{1,2,3} As malformações do feto acárdico são relacionadas ao fluxo sanguíneo pobre em oxigênio com consequente diminuição da resistência ao fluxo, ocasionando sobrecarga cardiovascular ao feto bomba.¹ Assim, o feto a princípio não afetado pode evoluir com quadro de insuficiência cardíaca com polidrâmnio, hidropsia e restrição de crescimento.¹

A escolha desse caso foi pela gravidade da condição. O feto acárdico não é compatível com a vida e a mortalidade intrauterina do feto bomba pode chegar a 55%.³

A suspeita diagnóstica é desde o US de primeiro trimestre: gestação gemelar MC e ausência cardíaca parcial ou completa em um dos fetos.⁴ Entretanto, o diagnóstico é confirmado após identificação do fluxo reverso na artéria umbilical pela dopplerfluxometria.¹ O manejo expectante consiste em acompanhamento, através de US seriado para avaliação de vitalidade fetal do feto bomba¹ e programar interrupção em tempo oportuno. No caso descrito, o seguimento adequado permitiu interrupção da gestação em tempo hábil de garantir a sobrevivência do gêmeo viável.

REFERÊNCIAS:

1. BEZZI, M. V. et al. Perfusão arterial reversa gemelar: revisão da literatura. FEMINA, p. 43–48, 2023.
2. SAMPAIO, D.O. et al. Síndrome da Acardia Fetal em Gêmeos Monozigóticos: Relato de Caso. Rev Med Minas Gerais, v. 30, n. Esp, p. 1–4, [s.d.] 2020.
3. ANH, N. D. et al. Twin reversed arterial perfusion sequence - a rare and dangerous complication form of monochorionic twins: A case report. World journal of clinical cases, v. 10, n. 28, p. 10214–10219, 2022.
4. AMER, S. A. et al. Ultrasound Doppler findings of a Twin Reversed Arterial Perfusion Sequence (TRAP). Pakistan journal of medical sciences quarterly, v. 40, n. 1, p. 242–246, 2023.

ASSOCIAÇÃO ENTRE ÁREA DE LESÃO COLPOSCÓPICA E RESPOSTA IMUNE EM PACIENTE COM NIC II E III

Introdução: O câncer cervical decorre da replicação celular anormal e irregular, relacionando-se principalmente com a infecção persistente por Papiloma Vírus Humano (HPV), cujos subtipos oncogênicos podem gerar lesões pré-neoplásicas, histologicamente classificadas como NIC II e III. **Objetivos:** O objetivo do estudo foi determinar se a área colposcópica da lesão está associada a aspectos imunológicos sistêmicos e locais, através da mensuração dos níveis séricos e vaginais das citocinas IL-1, IL-6, IL-8, IL-10, IL-12 e TNF- α . **Métodos:** Foram avaliadas 71 pacientes atendidas no ambulatório de Colposcopia e Oncologia Ginecológica da Universidade Federal do Triângulo Mineiro com diagnóstico histológico de Lesão Intraepitelial de Alto Grau (LIEAG) acompanhadas de 2018 a 2023. Todas as pacientes tiveram sua aceitação registrada em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foram submetidas à colposcopia, biópsia cervical, coleta de soro e secreção vaginal para a dosagem de citocinas. As imagens obtidas pela colposcopia foram analisadas pelo programa Image J, para a delimitação e aferição da área de lesão cervical em cm². As citocinas foram determinadas através do método ELISA. Curvas ROC foram calculadas para determinar se existia um valor de corte para citocinas séricas e vaginais em pacientes com área de lesão colposcópica menor vs. maior que 1 cm². **Resultados:** Para as citocinas vaginais, foram encontrados os seguintes valores de corte: IL-10 >120,6pg/ml (AUC=0,763 e p=0,002) e TNF- α >121,7pg/ml (AUC=0,767 e p=0,001). Para as citocinas séricas, foram encontrados os seguintes valores de corte: IL-1 >13,3pg/ml (AUC=0,67 e p=0,024) e IL-12 \leq 349,6pg/ml (AUC=0,663 e p=0,029). Posteriormente, esses valores foram comparados entre os 2 grupos de área de lesão: maior e menor que 1 cm². Para citocinas vaginais, a mediana de IL-10 foi maior em pacientes com área de lesão \geq 1cm² (299,1pg/ml vs 31,4pg/ml, p=0,0094), bem como para TNF- α (486,3pg/ml vs 63,1 pg/ml, p=0,0085). Para citocinas séricas, a mediana de IL-1 foi maior em pacientes com área de lesão \geq 1cm² (14,1pg/ml vs 10,7pg/ml, p=0,0442). Para IL-12 sérica, a mediana foi menor em pacientes com área de lesão \geq 1cm² no limiar de significância (304,5pg/ml vs 357,7pg/ml, p=0,05). **Discussão e conclusão:** Maiores valores de IL-1 encontrados em pacientes com maior área colposcópica de lesão podem representar uma pior evolução clínica, visto que esta citocina possui ação pró-inflamatória com papel na carcinogênese e progressão tumoral. A citocina anti tumoral IL-12, de fundamental papel na via Th1, esteve aumentada em pacientes com menor área de lesão colposcópica; o que sugere possibilidade de melhor evolução clínica. Apesar de considerarmos NIC II/III uma lesão precursora local do câncer cervical, já é

possível identificar resposta imunológica sistêmica, associada à de área de lesão colposcópica.

Referências Bibliográficas

CLERICI, M. et al. Cytokine production patterns in cervical intraepithelialneoplasia: association with human papillomavirus infection. **Journal of the National Cancer Institute**, v.89, n.3,p. 245-250, feb 1997. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/jnci/89.3.245>>

IWATA, T. et al. Cytokine profile in cervical mucosa of Japanese patients with cervical intraepithelial neoplasia. **International Journal of Clinical Oncology**, v. 20, n.1, p. 126-133, FEB. 2015; Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s10147-014-0680-8>>

MANTOANI, P.T.S. et al. Immune response in cervical intraepithelial neoplasms. **European Journal Gynaecological Oncology**, v.42, n.5, p.973-981, oct. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.31083/j.ejgo4205146>>

MANOTANI, P.T.S. et al. Cytokine expression profiles in cervical mucus from patients with cervical cancer and its precursor lesions. **Cytokine**,v.120, p. 210-219, aug. 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.cyto.2019.05.011>>

PEGHINI, B. C. et al. Local cytokine profiles of patients with cervicalintraepithelial and invasive neoplasia. **Human Immunology**, v.73, n.9, p. 920-926, sep. 2012.Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.humimm.2012.06.003>>

Acompanhamento extra-hospitalar da amniorrexe anteparto pré-termo

A ruptura anteparto de membranas (RAM) é definida como a perda da integridade das membranas ovulares antes do início do trabalho de parto. A conduta é determinada com base na idade gestacional (IG) em que ocorre a amniorrexe, podendo ser conservadora ou a interrupção da gestação. Dentre as possibilidades que envolvem a conduta conservadora, muito se discute quanto à abordagem intra ou extra hospitalar destas pacientes, visto que, em muitos dos casos, podem envolver internações prolongadas.

O caso relatado trata de BHRG, 24 anos, secundigesta, internada devido a RAM com IG 22 semanas. Diante de desejo materno por manter a gestação e ausência de infecção intrauterina, após orientação sobre os riscos, a paciente foi submetida a conduta expectante e protocolo de latência com antibioticoterapia. Paciente se manteve estável clinicamente durante todo seguimento intra hospitalar e, após discussão conjunta, optado por alta hospitalar com IG 24 semanas e 4 dias para condução ambulatorial, mantendo vigilância infecciosa domiciliar, consultas médicas e ultrassonografias seriadas semanalmente.

Em acompanhamento, manteve-se assintomática, apresentando oligodrômio, sem outras alterações ultrassonográficas. Entretanto, foi readmitida no hospital com 27 e 32 semanas por quadro de sangramento vaginal indolor, recorrente, de pequena monta, sem outros achados no exame clínico, sendo realizada, nestas internações, a corticoterapia.

Com 32 semanas e 1 dia, paciente evoluiu para parto vaginal espontaneamente, sem intercorrências. Recém-nascido (RN) foi assistido por pediatra, APGAR 5/7, com necessidade de ventilação com pressão positiva em sala de parto. Encaminhado ao CTI neonatal por prematuridade e necessidade de CPAP. Nas primeiras horas, intercorreu com hipertermia isolada, sendo iniciada antibioticoterapia, que foi suspensa após afastado o diagnóstico de sepse neonatal. RN acompanhado pela neurologia e equipe neonatal, sem diagnóstico de alterações sistêmicas. Recebeu alta do CTI com 13 dias e alta hospitalar com 21 dias de vida em excelentes condições clínicas.

O caso descrito refere-se a uma situação exitosa e pouco comum em nosso cotidiano. Por via de regra, diante do diagnóstico de RAM, as pacientes são mantidas internadas até o momento do parto. Contudo, estudos recentes comparando a assistência em caráter hospitalar e o seguimento ambulatorial não demonstraram diferença significativa na morbimortalidade materna e fetal para justificar que tal conduta seja realizada de maneira universal. Aventa-se uma possível redução do custo e de intervenções em caso de conduta ambulatorial, porém as evidências ainda são restritas para que se indique uma conduta como superior a outra.

Desta maneira, a assistência ambulatorial nestes quadros pode ser considerada, porém sempre individualizada. A indicação deve ser pautada nas particularidades de cada caso, no contexto social, acesso a serviços de saúde, compreensão de riscos e preferências da paciente, assim como no caso descrito. Todavia, são necessários maiores estudos para avaliação de segurança, riscos e benefícios associados a cada forma de acompanhamento, e para definições de protocolos cada vez mais baseados em evidência.

Referências bibliográficas:

- Thomson AJ; Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Care of Women Presenting with Suspected Preterm Prelabour Rupture of Membranes from 24+0 Weeks of Gestation: Green-top Guideline No. 73. BJOG. 2019 Aug;126(9):e152-e166. doi: 10.1111/1471-0528.15803. Epub 2019 Jun 17. PMID: 31207667.
- Carlan SJ, O'Brien WF, Parsons MT, Lense JJ. Preterm premature rupture of membranes: a randomized study of home versus hospital management. Obstet Gynecol. 1993 Jan;81(1):61-4. PMID: 8416463.
- Abou El Senoun G, Dowswell T, Mousa HA. Planned home versus hospital care for preterm prelabour rupture of the membranes (PPROM) prior to 37 weeks' gestation. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Apr 14;2014(4):CD008053. doi: 10.1002/14651858.CD008053.pub3. PMID: 24729384.

TÍTULO: CÂNCER DE COLO DE ÚTERO RAPIDAMENTE PROGRESSIVO E SUA RELAÇÃO COM A INFECÇÃO POR VÍRUS SARS-CoV-2: UM CASO RARO

Introdução: O câncer de colo do útero representa um grande problema de saúde pública, sendo a quarta neoplasia maligna mais frequente em mulheres, excluindo o de pele não melanoma, e está relacionado com a persistência da infecção pelo Papiloma vírus humano (HPV). A maioria das infecções por HPV são transitórias não evoluindo para neoplasia cervical, mas no casos persistentes, em torno de 5 a 15 anos pode-se desenvolver lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL) e, finalmente, câncer invasivo. Se diagnosticado precocemente, o câncer de colo uterino tem bom prognóstico. Apesar da história clínica de lenta evolução para o câncer, existem raros casos com rápida evolução. Este relato traz um caso de evolução rapidamente progressiva e invasiva de câncer de colo de útero em uma paciente que o único fator de risco apresentado foi a infecção pelo vírus SARS-CoV-2. O objetivo é discutir um assunto que carece de estudos na literatura, como a possível relação da COVID-19 no aumento do risco de progressão dos cânceres, como o do colo do útero.

Descrição do caso: Mulher, 44 anos, sem comorbidades ou uso de medicações contínuas, não tabagista, etilista ocasional, sem história familiar de câncer. Na história gineco-obstétrica, menarca aos 14 anos, sem uso de contracepção no momento, solteira, uma gestação de parto cesáreo, ultrassom endovaginal sem alterações, exames de rotina de teste rápido para infecções sexualmente transmissíveis sem alterações. Paciente havia realizado colpocitologia oncótica cervical nos anos de 2019, 2020 e 2021, todos sem alterações. De história clínica da paciente, a única alteração após a última colpocitologia, realizada em 2021, foi o diagnóstico de COVID-19 no mesmo ano, sendo tratada e evoluindo com melhora clínica. Em agosto de 2022, em consulta particular, a paciente apresentou ao exame especular lesão vegetante e sangrante em colo uterino, o qual foi realizado biópsia que evidenciou carcinoma de células escamosas pouco diferenciado e invasivo do colo uterino. Diante de lesões sugestivas de malignidade, paciente foi encaminhada para acompanhamento oncológico, realizando radioterapia e quimioterapia, com boa evolução do quadro. **Discussão/conclusões:** No caso apresentado, a infecção pelo HPV evoluiu diretamente para uma HSIL. Alguns estudos já discutem que as HSILs e o câncer cervical invasivo não progridem necessariamente de lesões intraepiteliais escamosas de baixo grau (LSILs) como acreditava-se anteriormente. Isso se deve às LSILs e HSILs se originarem de processos infecciosos por tipos virais distintos de HPV. Ainda não existem estudos que relacionem diretamente a COVID-19 ao câncer de colo de útero. No entanto, acredita-se que o SARS-CoV-2 pode propiciar surgimento de células estaminais cancerígenas em diferentes órgãos através da alteração das vias de supressão tumoral por proteínas virais não estruturais e do desencadeamento de cascatas inflamatórias por aumento da produção de citocinas sob forma de tempestade de citocinas. Ainda carecem de mais estudos, tanto sobre a rápida progressão de câncer de colo de útero, quanto sua possível relação com o COVID-19, temática importante a se discutir, pensando em um diagnóstico e janela terapêutica eficazes para essas mulheres.

TÍTULO: DENGUE MATERNA E ECLÂMPsia SOBREPOSTAS DURANTE GESTAÇÃO: RELATO SOBRE A DIFICULDADE DIAGNÓSTICA

Introdução: A Dengue é um problema de saúde global, sendo sua apresentação clínica variável, desde infecção assintomática até febre hemorrágica fatal e choque. O impacto da dengue na gestação ainda é pouco compreendido e as condutas costumam ser conservadoras, mesmo existindo possíveis riscos maternos-fetais, principalmente diante de apresentações atípicas. Os diagnósticos diferenciais a essa infecção na gestação são um desafio diante de clínicas tão semelhantes de condições específicas da gestação, como na pré-eclâmpsia, Síndrome Hellp e eclâmpsia.

Descrição do caso: Primigesta, 28 anos, idade gestacional 31 semanas e 5 dias, pré-natal de risco habitual. Encaminhada à maternidade no dia 13/02/24 devido a episódio de febre de 40,3 °C e dois episódios de crises convulsivas generalizadas, apresentando teste de dengue e COVID-19 positivos no serviço de origem. Durante o atendimento, a paciente relatou mialgia, febre e tosse iniciados há 3 dias, sangramento de pequena quantidade pela manhã e cefaléia leve, ao exame físico pressão arterial de 110 x 70 mmHg, colo uterino fechado, ausência de sangramento ativo e movimentação fetal presente. Procedeu-se com internação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), iniciado sulfato de magnésio e realizada propedêutica de investigação para Hellp, que evidenciou plaquetopenia de 60000. Não foi iniciada corticoterapia considerando a hipótese de manutenção da gestação e a causa convulsiva possivelmente não ser por eclâmpsia, devido à ausência de sinais de iminência. No dia seguinte, paciente intercorreu com nova crise convulsiva generalizada sem contexto de hipertermia, inicialmente estava estável, mas evoluiu com quadro de iminência de eclâmpsia, no pós ictal a pressão arterial estava 130 x 60 mmHg, foi realizada nova dose de ataque de sulfato de magnésio e optou-se por interrupção da gestação, considerado risco de vida materna diante do diagnóstico de eclâmpsia. Paciente submetida à cesariana de emergência, com riscos de hemorragia em situação de plaquetopenia, mas ato cirúrgico ocorreu sem intercorrência, recém nascido pré-termo do sexo feminino. Paciente evoluiu hemodinamicamente estável em pós operatório, com melhora pressórica e sem novas crises convulsivas.

Discussão/conclusões: O aumento crescente do número de casos de dengue no Brasil no ano de 2024 tem contribuído para que manifestações atípicas da doença, como as neurológicas, tornem-se mais frequentes, como dor de cabeça, alteração da consciência e convulsão. Tais sinais e sintomas, como até mesmo os parâmetros laboratoriais, vão ao encontro dos achados do quadro clínico da eclâmpsia, o que pode propiciar o subdiagnóstico de quando ambas estão sobrepostas em uma mesma gestação, retardando a terapêutica, potencializando os riscos de morbimortalidade materno fetal. A ausência de literatura que associe dengue na gestação e seus diagnósticos diferenciais, como eclâmpsia e síndrome Hellp, ou que aborde suas concomitâncias na gravidez, dificulta o diagnóstico precoce e conduta efetiva, como o momento oportuno para interrupção da gestação com desfecho positivo ao binômio materno fetal. Assim, publicações de casos como este podem contribuir e orientar a conduta médica em casos semelhantes, além de instigar estudos sobre a temática.

TÍTULO: ANÁLISE CLÍNICA-EPIDEMIOLÓGICA DO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO REFERÊNCIA DO ALTO VALE DO JEQUITINHONHA

Introdução e/ou Fundamentos: Gestações de alto risco ocorrem devido a alterações ou doenças que acometem a gestante no período gestacional ou periparto, e podem levar a um aumento importante da morbimortalidade materno fetal. São muito prevalentes em nosso meio e devem ser diagnosticadas precocemente para um melhor acompanhamento e prevenção de desfechos negativos. Para isso, é imprescindível a realização de um bom pré-natal, onde a gestante seja reavaliada e tenha seu risco reclassificado desde o início da gestação e em cada consulta, através do rastreio de fatores de risco associados. **Objetivo:** Analisar o perfil clínico-epidemiológico e fatores de risco prevalentes nas gestantes atendidas no Pré-Natal de Alto Risco (PNAR) no município de Diamantina/Minas Gerais. **Métodos:** Este estudo tem caráter transversal observacional, sendo secundário à pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, protocolado pelo CAAE 58690622.9.0000.5108. Propôs-se a analisar, no período de janeiro a dezembro de 2022, os prontuários das gestantes maiores de 18 anos atendidas no PNAR da cidade de Diamantina, no Vale do Jequitinhonha. A coleta de dados identificou idade, renda familiar, antecedentes familiares, antecedentes pessoais, planejamento da gravidez e fatores de risco e comorbidades das gestantes em acompanhamento. A partir disso, identificou-se a prevalência de determinados perfis clínico-epidemiológicos no Alto Vale do Jequitinhonha e correlacionou-se as variáveis analisadas. **Resultados:** Foram analisados 300 prontuários, dos quais 49% das gestantes tinham de 18 a 29 anos, e 44% 30 a 39 anos. Sobre a renda familiar, 32% ganhavam até um salário mínimo, e 48% de 3 a 5 salários. 37% das gestações foram planejadas. Quanto aos antecedentes familiares, houve predominância de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), respectivamente, 51% e 32%. Nos antecedentes pessoais, identificou-se que 14% e 4% das gestantes tinham diagnóstico de HAS e de DM, respectivamente. Os principais fatores de risco da gestação atual foram DM gestacional (DMG) (44%), obesidade (37%), hipertensão arterial crônica (HAC) (18%), gemelaridade (9%), hipotireoidismo (8%), hipertensão arterial gestacional (HAG) (3%), pré-eclâmpsia (1%) e hipertireoidismo (1%). **Conclusão:** Dentre os fatores de risco mais prevalentes nas gestantes do PNAR, destacam-se DMG, obesidade e HAC. Ademais, o não planejamento da gravidez, apontado por 63% das mulheres entrevistadas, pode ser fator desencadeante de complicações durante a gestação. Paralelamente, a renda insuficiente e a presença de antecedentes familiares para doenças crônicas auxiliam a explicar o motivo do desenvolvimento de DMG e HAG, já que esses problemas relacionam-se intrinsecamente ao contexto biopsicosocial em que estão inseridas. Assim, conhecer os principais fatores de risco e o perfil clínico-epidemiológico das gestantes de PNAR é importante para desenvolver estratégias de prevenção e controle da morbimortalidade perinatal.

TÍTULO: ANOMALIA DE BODY STALK EM GESTAÇÃO ÚNICA, UM CASO RARO

Introdução: A Anomalia de Body Stalk (ABS) é uma condição rara caracterizada por múltiplas malformações congênitas graves, comprometendo parede abdominal e membros do feto. O comprometimento extenso da parede abdominal é visto por evisceração de órgãos torácicos e/ou abdominais. Sua fisiopatologia é pouco conhecida, sendo a ruptura precoce do âmnio antes da obliteração do celoma a teoria mais aceita. A prevalência da ABS é de 1,8 por 100.000 nascidos vivos e alguns fatores de risco são gemelaridade e abuso de substâncias, principalmente, cocaína. O diagnóstico é ecográfico e o tratamento mais empregado é a conduta expectante com cuidados paliativos, pois na maioria dos casos, são fetos incompatíveis com a vida. **Descrição do caso:** Primigesta, 17 anos, gestação única, encaminhada ao pré-natal de alto risco com idade gestacional (IG) de 20 semanas e 2 dias devido à Ultrassonografia (US) com malformação fetal. Sem antecedentes pessoais relevantes, mas com história familiar de gemelaridade. Foi solicitado US morfológico de segundo trimestre, exames laboratoriais e encaminhamento à Medicina Fetal. A paciente retornou ao serviço com 29 semanas, apresentando US obstétrica que indicava IG de 22 semanas e 4 dias, cordão umbilical curto, artéria umbilical única questionada, imagens sugestivas de brida amniótica, múltiplas malformações, sendo defeito extenso de fechamento de parede abdominal com herniação de fígado, estômago, alças intestinais, cifoescoliose importante, agenesia sacral e pé torto congênito, mais acentuado à esquerda. Foi sugerido considerar como diagnósticos diferenciais Síndrome de brida amniótica e ABS, além de complementação com Ressonância Magnética (RM) fetal. À RM fetal, polidrâmnio acompanhado de não identificação do cordão umbilical e múltiplas alterações morfológicas corporais fetais, sugerindo diagnóstico de Body Stalk. A paciente progrediu ao parto vaginal com idade gestacional de 34 semanas e 4 dias, o recém nascido evoluiu para óbito logo após o parto e foi confirmado o diagnóstico da síndrome ABS. Dois meses após o parto, a adolescente retornou para inserção de dispositivo intrauterino. **Discussão/conclusões:** Achados de imagem corroboram para o diagnóstico dessa condição rara de defeito de parede abdominal anterior, sendo possível reclassificar em Body Stalk III, que consiste em feto com defeito da coluna e cordão umbilical, abdominosquise, atresia anal e/ou outros defeitos estruturais dos órgãos internos e dos membros. Este caso retrata ABS em feto único e sem fatores de risco, reforça a importância da identificação precoce e acompanhamento no pré-natal de alto risco, evitando complicações maternas. É uma condição esporádica e não recorrente, de prognóstico geralmente ruim. A conduta adotada neste caso foi expectante, a gestante esteve em acompanhamento psicológico durante toda a gestação. Por fim, como se tratava de uma paciente adolescente, também foi instruída quanto a importância do planejamento familiar para evitar uma nova gravidez não planejada.

TÍTULO: CASO ATÍPICO DE CÂNCER DE MAMA EM JOVEM DE 23 ANOS: UM RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO: O câncer de mama é uma doença multifatorial e heterogênea resultante de mutações no material genético celular com proliferação recorrente de células anormais. Corresponde a neoplasia mais frequente no sexo feminino, excetuando o tumor de pele não melanoma, e é responsável pelas maiores taxas de mortalidade por câncer em mulheres brasileiras. A incidência aumenta com a idade, sendo extremamente rara em mulheres jovens, com equivalência a 5% dos casos em menores de 35 anos. **DESCRIÇÃO DO CASO:** Mulher, 23 anos, nuligesta, retorna ao serviço de Mastologia para apresentar exames solicitados referentes a quadro de nódulo na mama direita. A paciente não possui comorbidades e não faz uso de medicamentos contínuos. Sem história de cirurgias de mama e sem história familiar ou fatores de risco para câncer. Menarca aos 12 anos e uso de Condom como método contraceptivo. Ao exame físico, observou-se mamas simétricas, sem retrações e/ou abaulamentos, presença de nódulo macio e móvel palpável em região retroareolar às 7h em mama direita com diâmetro de aproximadamente 4 cm, descarga papilar negativa, axilas e fossas supra e infraclaviculares livres. À Ultrassonografia de mamas: nódulo microlobulado e orientação não paralela a pele em mama direita às 7h com dimensões de 3,0 x 2,5 x 2,1 cm, categorizando BI-RADS 4B. À *Core biopsy*: achados de difícil interpretação que podem corresponder a lesões como adenose esclerosante, mas não afastam a possibilidade de carcinoma tubular ou mesmo carcinoma ductal bem diferenciado. Para seguimento foram solicitadas imuno-histoquímica, mamografia e nova ultrassonografia de mamas. A paciente foi orientada sobre sua condição, encaminhada à comissão oncológica para avaliação de tratamento ou procedimento cirúrgico e requerido novo retorno para acompanhamento. **DISCUSSÃO/CONCLUSÃO:** Apesar da dificuldade no diagnóstico de câncer de mama em mulheres jovens, tem-se notificado aumento da incidência em faixas etárias cada vez menores, atrelado a maior agressividade e pior prognóstico da doença. O conjunto de informações obtidas no exame clínico e radiológico, ultrassonografia e mamografia, orientam o diagnóstico, sendo definitivo com o estudo anatomopatológico que tem a imuno-histoquímica como exame auxiliar. Logo, a abordagem prática sobre a conduta apresentada neste caso corrobora para a atenção ao diagnóstico precoce do câncer de mama, uma vez que há potencialidade de cura de até 95% diante de um rápido reconhecimento e intervenção apropriada.

TÍTULO: DIAGNÓSTICO DESAFIADOR DE GRAVIDEZ ECTÓPICA TUBÁRIA: RELATO DE CASO

Introdução: A gravidez ectópica (GE) é a implantação do blastocisto fora da cavidade uterina, principalmente na tuba uterina em 90-95% dos casos. É a principal causa de mortalidade materna durante o primeiro trimestre de gravidez, com incidência de 1-2%. Pode ser assintomática ou se manifestar com dor abdominal, sangramento genital, atraso menstrual e até abdome agudo hemorrágico. O diagnóstico é feito por meio da dosagem da fração beta do hormônio gonadotrófico coriônico (beta-hCG) e ultrassonografia, havendo possibilidade de abordagem terapêutica clínica ou cirúrgica. **Descrição do caso:** H.L.S, 20 anos, G2PN1A0, gestante de 6 semanas + 6 dias, previamente hígida, compareceu ao Pronto Socorro (PS) com queixa de dor em baixo ventre e sangramento vaginal iniciado há 03 dias. Ao exame, abdome livre, discretamente doloroso em fossa ilíaca esquerda (FIE), sem sinais de peritonite, colo fechado e sangramento resquicial. Recebeu alta com solicitação de ultrassonografia (USG) e medicações sintomáticas. No dia seguinte, retornou ao PS com piora importante da dor abdominal e USG evidenciando conteúdo sólido em cavidade uterina, moderado volume de líquido livre em anexo direito e cisto funcional em ovário esquerdo, sendo interrogado aborto incompleto e gestação ectópica. Procedeu-se a internação da paciente que evoluiu com sangramento vaginal vivo com coágulos e colo entreaberto ao toque vaginal. Nova USG evidenciou endométrio fino (4,5 mm), evoluindo com melhora clínica e alta hospitalar com solicitação de beta HCG quantitativo. Retornou ao PS após 12 dias com queixa de dor pélvica e em FIE e sangramento vaginal leve, sendo internada para realização de curetagem por manutenção de níveis elevados de hCG (1044 mUI/mL, 1156 mUI/mL e 842,2 mUI/mL). Recebeu alta hospitalar clinicamente estável. Retornou com febre e mialgia iniciada há 5 dias, sangramento vaginal e dor abdominal importante, ao exame, pressão arterial de 70x60mmHg, abdome sem sinais de peritonite, dor à mobilização do colo com presença de pequena secreção serosanguinolenta de odor fétido, sendo procedida internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). A paciente cursou com queda hematimétrica, plaquetopenia, piora do estado geral e instabilidade hemodinâmica, necessitando de hemotransfusão, tomografia de abdome revelou leve espessamento endometrial, área amorfa hipodensa em região anexial esquerda, sem realce significativo. Submetida a laparotomia exploradora de urgência que revelou GE em trompa esquerda com coágulo volumoso, procedendo a salpingectomia e ooforectomia à esquerda, evoluindo posteriormente com estabilização hemodinâmica e melhora clínica. **Discussão/Conclusões:** O diagnóstico e tratamento precoce são essenciais para a sobrevivência de pacientes com GE. Apesar do quadro clínico citado evidenciar alguns sinais e sintomas que

inferissem uma GE, o aumento dos valores do hCG na fase inicial da investigação tornou-se fator importante de dúvida diagnóstica. Tendo em vista que as literaturas destacam como imperativo valores do hCG para diagnóstico diferencial, no caso citado, a ausência de declínio nos títulos deste hormônio, associado à melhora algica da paciente e o laudo inconclusivo da USG, postergaram o diagnóstico definitivo.

TÍTULO: GESTAÇÃO EM PACIENTE RENAL CRÔNICO DIALÍTICA: UM CASO DESAFIADOR NA OBSTETRÍCIA

Introdução: A gestação é um período caracterizado por uma série de transformações fisiológicas complexas que afetam os sistemas do organismo materno. Entre essas mudanças, destaca-se a significativa influência sobre o sistema renal, evidenciada por alterações na taxa de filtração glomerular, volemia, aumento de fluxo e de ritmo plasmático, entre outros parâmetros. No entanto, a presença de Doença Renal Crônica (DRC) e, conseqüentemente, danos estruturais renais, compromete severamente tais processos fisiológicos, os quais desempenham um papel fundamental para uma gestação livre de complicações e para o adequado desenvolvimento fetal. A exemplo desse cenário observa-se desafios significativos como prevalência de doenças hipertensivas da gravidez, progressão da doença renal, infecção de sítio dialítico com risco de sepse, polidrâmnio, restrição do crescimento fetal, prematuridade e morte neonatal/natimorto.

Descrição do caso: Primigesta, 34 anos, com Idade Gestacional (IG) de 23 semanas e 3 dias, com DRC estágio V em diálise diária e lúpus eritematoso sistêmico (LES), com falha prévia em transplante renal, comparece ao serviço com relato de dor em baixo ventre e sangramento vaginal. Ao exame, apresentava colo intermediário, 8 cm de dilatação, 50% apagado e bolsa protusa em canal vaginal. Foi procedida internação em leito de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para realização de assistência e diálise diária. Após 4 dias de internação, em repouso absoluto, evoluiu com taquicardia sinusal e dor abdominal durante hemodiálise e persistência de sangramento vaginal de leve intensidade. Neste mesmo dia, com IG 24 semanas, foi iniciado corticoide para maturação pulmonar fetal, sulfato de magnésio para neuroproteção e penicilina profilática. Com IG 24 semanas e 4 dias apresentou contrações intermitentes e intensas, sendo evidenciado dinâmica uterina presente e efetiva, colo uterino com 10 cm de dilatação, feto alto e bolsa rota, evoluindo para parto vaginal sem intercorrências e recém-nascido entregue aos cuidados da UTI neonatal. Um dia após o parto, a paciente foi submetida a curetagem uterina com saída de material ovular e restos placentários, se mantendo com boa estabilidade clínica até o momento.

Discussão/conclusão: A evolução para parto prematuro precoce, embora não desejado, foi inevitável e aceitável, devidas às condições materno-fetal, de forma a evitar complicações mais graves, como infecções intra-amnióticas ou insuficiência placentária, que poderiam resultar em um desfecho não desejado, incluindo morte fetal. Após o parto, a paciente foi submetida a curetagem uterina, indicando a presença de material ovular e restos placentários, o que é comum após partos prematuros. A estabilidade clínica da paciente pós-parto é imprevisível e singular, mas será necessário acompanhamento clínico de forma integral e contínua para monitoração da função renal e gerenciamento de seu estado de saúde geral, especialmente considerando a história prévia de falha em transplante renal. Em conclusão, este caso destaca os desafios clínicos associados à gestação em mulheres com DRC e LES, ressaltando a importância da vigilância pré-natal intensiva, manejo multidisciplinar e pronta intervenção para garantir os melhores resultados maternos e neonatais possíveis. Além disso, ratifica a importância do planejamento familiar e de orientações quanto aos riscos de uma gravidez para pacientes em situação de diálise.

TÍTULO: GESTAÇÃO QUÁDRUPLA EM ÚTERO DIDELFO: UM CASO DUPLAMENTE RARO

Introdução: O útero didelfo é uma malformação uterina rara, em que o útero é formado por dois colos e dois corpos uterinos. Tal anomalia ocorre em decorrência de uma falha da fusão lateral dos canais müllerianos entre 12 e 16 semanas de vida fetal e seu diagnóstico se dá por meio da ultrassonografia (US) e ressonância magnética. Assim, a gestação quádrupla em útero didelfo é uma condição rara e pouco estudada na literatura e que apresenta as suas peculiaridades a serem discutidas. **Descrição do caso:** Secundigesta, 33 anos, idade gestacional de 19 semanas, portadora de hipoplasia renal e útero didelfo, menarca aos 12 anos com ciclos irregulares, aborto espontâneo prévio em maio de 2023, em uso de cálcio, ácido acetilsalicílico, polivitamínico e sulfato ferroso. Compareceu ao serviço de pré-natal de alto risco no dia 20/02/24 encaminhada pela atenção primária com exames laboratoriais de pré-natal sem alterações e US obstétrico de primeiro trimestre (06/02/24) evidenciando gestação múltipla eutópica trigemelar dicoriônica e triamniótica em saco gestacional 2 (SG 2) e gestação simples em saco gestacional 1 (SG 1), correspondendo a 9 semanas e 5 dias, apresentando boa evolução de embriões com batimentos cardíacos, além de útero didelfo com dois colos (medindo 3,3 e 3,4) e dois corpos uterinos. Ademais, visualizou-se placenta corporal anterior, com cordões em placenta única em cada saco gestacional. Foi solicitado novo US no pré-natal de alto risco, que evidenciou gestação de 13 semanas (28/02/24), de 3 fetos viáveis e uma involução de um dos fetos do SG 2, que estava sem evidências de batimento cardíaco. Paciente segue em acompanhamento pelo pré-natal de alto risco e bem orientada quanto ao seu quadro raro e possíveis riscos. **Discussão/conclusões:** No contexto obstétrico, o útero didelfo está relacionado pela literatura a maior risco de aborto espontâneo e partos prematuros, sendo considerada gestação de alto risco. Ainda, a gestação quádrupla, evento raro que ocorre em maior número em casos de fertilizações in vitro, acrescenta morbidade e mortalidade para mãe e fetos e complicações como partos prematuros, alterações cromossômicas, hemorragias, polidrâmnio e distúrbios hipertensivos. A anomalia uterina do tipo didelfo isolada não é indicação para tratamento cirúrgico ou interrupção da gravidez por cesariana, apenas nos casos em que há septo vaginal espesso. Já diante de uma gestação quadrigemelar, a cesariana é o método escolhido, já que gestações múltiplas com mais de 2 fetos são critérios de escolha para via alta. Aconselha-se conduta expectante até 34 semanas na ausência de complicações maternas e vitalidade fetal preservada. O caso relatado traz a associação de dois diagnósticos raros, com incidências difíceis de serem estabelecidas na literatura quando em conjunto, nesse caso, o serviço especializado e o manejo multidisciplinar impactam diretamente no desfecho do binômio materno-fetal.

TÍTULO: HEMORRAGIA TARDIA PÓS CESÁREA: RELATO DE CASO

Contexto: A Hemorragia pós-parto é a principal causa de mortalidade e morbidade materna no mundo, sendo definida como perda de pelo menos 1.000 mL de sangue, independente da via de parto, com sinais de hipovolemia em até 24 horas do nascimento. Já a hemorragia pós-parto tardia é definida como sangramento após 24 horas até 6 a 12 semanas pós parto, com pico de ocorrência na 2ª semana. **Descrição do caso:** Puérpera, 30 anos, sem comorbidades prévias, com quadro de hipertensão arterial gestacional sem uso de medicação pós parto, retorna a maternidade, pois evoluiu com hemorragia após 7 dias de parto cesária devido a falha na indução e com inserção imediata de dispositivo intrauterino de cobre. Foi internada na Unidade de Terapia Intensiva, onde apresentava-se consciente, hipocorada, desidratada, abdome livre, com útero contraído, sem sangramento à expressão uterina, mas com compressa cheia em perineo. Em exames laboratoriais admissionais, apresentou hemoglobina (Hb) de 6,0 g/dL, hematócrito (Ht) de 17,5% e plaquetas (Plq) de 185.000 mL³ com queda progressiva para 4,4 g/dL, 12,9% e 84.000ml³, respectivamente, no último exame do dia. Apresentou ainda queda de global de leucócitos (GL) de 14.500 mm³ para 8.600 mm³ nesse primeiro dia. Foi realizada curetagem, protocolo de hemotransfusão maciça, ocitocina endovenosa de manutenção e misoprostol 800 mcg via retal. No dia seguinte, encontrava-se estável hemodinamicamente, com útero abaixo da cicatriz umbilical, colo fechado e diminuição do sangramento em compressa. Apresentou melhora em todos os parâmetros no hemograma após a hemotransfusão (Hb 7,1 g/dL, Ht 21,6%, Plq 103.000 mL³), ademais apresentou proteína C reativa (PCR) de 71 mg/dL, bilirrubinas direta de 0,6 mg/dL e total de 1,7 mg/dL, tempo de protrombina/RNI de 1,5, tempo de protrombina parcial ativado 38s e lactato desidrogenase de 633 UI/L. No terceiro dia de internação, a paciente manteve-se estável hemodinamicamente, com redução importante do sangramento, além de progressiva melhora laboratorial (Hb 7,6 g/dL, Ht 22,4%, Plq 169.000 mL, GL 8.100 mm³ e PCR 27 mg/dL). No quarto dia, a paciente obteve alta hospitalar e foi orientada a continuar investigação de coagulopatia ambulatorialmente. **Discussão/conclusões:** Trata-se de um caso de hemorragia pós-parto tardia, com boa evolução hemodinâmica revelada por parâmetros clínicos e laboratoriais ao longo da internação em UTI. Os casos tardios não possuem relação muito expressiva com mortalidade materna, sendo suas causas mais comuns a retenção de restos placentários, as infecções e as discrasias de coagulação hereditária. Pode também decorrer da subinvolução de leito placentário, anormalidades da aderência placentária, miomas uterinos, inversão uterina subaguda e crônica, deiscência da cicatriz de cesária e coagulopatias. A respeito das principais causas, a paciente em questão, apresentava normalidade à cicatriz da cesária, com ausência de sinais flogísticos e boa involução uterina. Ressalta-se a importância do acompanhamento pós alta da paciente, com investigação continuada de coagulopatia, fator de risco importante para o quadro relatado.

TÍTULO: POSIÇÕES ANÔMALAS DO DIU: RELATO DE CASOS

Introdução: O dispositivo intrauterino (DIU) é uma estrutura utilizada como método contraceptivo e pode ser de dois tipos: hormonal (sistema intrauterino de levonorgestrel (SIU-LNG)) e não hormonal (DIU de cobre). É uma alternativa bem tolerada, com alta eficácia e seu uso vem aumentando nos últimos anos. Ele fica posicionado em cavidade uterina, acima do orifício interno (OI) do colo, com distância do ápice do DIU e o fundo uterino não ultrapassando 2,5 cm. Entretanto, em 10-25% dos casos, o DIU pode ser encontrado em posições anômalas, geralmente com implantação baixa, avaliado em ultrassonografia transvaginal (USTV), considerada como padrão ouro. **Descrição do caso:** Esse relato de caso conta com duas pacientes que apresentaram posições anômalas do DIU e precisaram passar por intervenção para resolução do quadro. Paciente um: a USTV evidenciou fratura do DIU sugestiva de quebra do dispositivo. Foi realizada histeroscopia para retirada do mesmo, que se mostrou dobrado em cavidade uterina, com falha do cobre na haste com visualização de duas porções da haste inferior do dispositivo. Paciente dois: apresentou na USTV a presença do DIU penetrando toda a parede do lábio anterior do colo em toda sua extensão. Foi removido após puxar o fio guia que se encontrava para fora da cavidade uterina. **Discussão/conclusões:** Os casos demonstram a necessidade de informação das mulheres acerca da importância do acompanhamento regular do DIU, da clareza quanto às possíveis complicações e da formação de médicos qualificados, capazes de identificar com precisão possíveis deslocamentos do método contraceptivo em questão e a melhor conduta a ser tomada em cada quadro. Dor pélvica ou abdominal persistentes, alteração drástica no fluxo menstrual, sangramentos incomuns, dificuldades em sentir os fios do DIU no canal vaginal e desconfortos durante relação sexual são sintomas que podem indicar que o dispositivo está mal posicionado. As anormalidades podem ser classificadas de acordo com a maneira que ocorreu o deslocamento do DIU: rodado mais de 90 graus na cavidade uterina, baixo mas ainda acima do orifício interno do colo uterino e no colo uterino. É dever do profissional de saúde avaliar o quadro clínico da paciente e solicitar exames complementares para determinar a conduta mais apropriada, podendo variar entre reposicionamento, retirar e inserir novamente o dispositivo ou remoção completa.

TÍTULO: PRÉ-ECLÂMPسيا COM CRITÉRIO DE GRAVIDADE E MIOCARDIOPATIA PERIPARTO: UM RELATO DE CASO

Introdução: A pré-eclâmpسيا (PE) é uma doença hipertensiva gestacional (DHG) responsável por 10 a 15% da mortalidade materna no mundo, das quais 99% se localizam em países subdesenvolvidos. A PE possui uma incidência de 1,5 - 7% no país, porém se mantém ainda como uma doença subdiagnosticada, indicando uma falha no rastreio dessa condição no pré-natal. Esse relato tem por objetivo apresentar um caso de pré-eclâmpسيا com critério de gravidade, com possível desdobramento em um quadro de miocardiopatia periparto.

Descrição do caso: Primigesta, 32 anos, Idade Gestacional (IG) de 29 semanas e 2 dias, previamente hígida, encaminhada à maternidade devido à descontrole pressórico e pico de pressão arterial (PA) de 190x110mmHg, assintomática, sem outras alterações ao exame físico e laboratorial. Diagnosticada com pré-eclâmpسيا com critério de gravidade (PEG) e internada para assistência com uso de metildopa, nifedipino, sulfato de magnésio e solicitação de propedêutica HELLP que não evidenciou alterações. Realizado ultrassonografia (USG) com doppler que revelou feto com Crescimento Intrauterino Restrito (CIUR 1) severo, oligodramnia, aumento de resistência das artérias uterinas e centralização de fluxo. Sucessivos picos pressóricos foram registrados ao longo da internação, todos assintomáticos, sendo associada hidralazina à prescrição. Paciente evoluiu infecção de foco pulmonar, estando febril, hipocorada, anasaracada, taquidispneica, com estertores, mantendo PA limítrofe e sem sinais de iminência de eclâmpسيا, sendo medicada com sintomáticos, ceftriaxona e furosemida, realizada investigação infecciosa e nova propedêutica HELLP que revelou plaquetopenia. Houve piora clínica da paciente com registro de dessaturação e repercussão fetal com presença de desacelerações cardíaca na ausculta ao sonar doppler e cardiocografia categoria 2 do Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG), sendo realizada cesárea de urgência devido a estado fetal não tranquilizador, com IG 31 semanas. Após o parto, foi internada no Centro de Terapia Intensiva (CTI), diagnosticada miocardiopatia periparto devido a alteração de contratilidade segmentar não respeitando território coronariano e disfunção ventricular esquerda leve. Evoluiu com condições clínicas estáveis e recebeu alta hospitalar. **Discussão/conclusão:** No caso apresentado, o diagnóstico de pré-eclâmpسيا associada a critérios de gravidade teve por base os sinais de disfunção placentária (CIUR), alteração do doppler da artéria umbilical e pressão arterial $\geq 160 \times 110$ mmHg. A miocardiopatia periparto é uma forma rara de insuficiência cardíaca, em mulheres sem doença cardíaca prévia, que surge entre o último mês de gestação até o quinto mês

pós-parto. É verificada uma disfunção sistólica de ventrículo esquerdo em ecocardiograma, sendo uma condição de etiologia multifatorial e tem DHG como um dos fatores de risco. Apesar de rara, a sua importância se relaciona a alta taxa de mortalidade e na diversidade de formas clínicas, desde normalização da função cardíaca até o óbito. Dessa forma, é notável a importância do diagnóstico precoce das doenças hipertensivas gestacionais, visando o tratamento precoce para a prevenção de complicações tanto maternas, quanto fetais.

TÍTULO: SÍNDROME NEFRÓTICA DURANTE GESTAÇÃO: UM RELATO DE CASO

Introdução: As síndromes hipertensivas da gravidez apresentam-se como a principal causa de mortalidade materna e perinatal. Vários exames laboratoriais são utilizados como marcadores diagnósticos e prognósticos nestas síndromes, em especial, a proteinúria, pois a sua positividade é demonstrada no diagnóstico da pré-eclâmpsia. Já a síndrome nefrótica é caracterizada por proteinúria maciça, associada à hipoalbuminemia, hiperlipidemia e edema generalizado. **Descrição do caso:** A.L.T.S., G2P1A0, encaminhada do município de origem a maternidade de referência da região com 27 semanas de gestação, devido a cefaleia e edema generalizado. Há aproximadamente 15 dias antes da internação, iniciou-se um quadro de anasarca significativo, evoluindo há 5 dias com quadro de aumento pressórico e cefaléia. Em sua última gestação, em 2018, apresentou hipertensão arterial gestacional, sem pré-eclâmpsia ou outras intercorrências. A paciente nega comorbidades, estava em uso de sulfato ferroso e não fazia uso de hipotensores anteriormente à internação. Chega ao hospital sem o cartão de pré-natal e os resultados de ultrassom. Apresentou no exame físico bom estado geral, pressão arterial de 150 x 100 mmHg, edema generalizado, altura uterina de 31cm, batimentos cardíacos fetais de 133 BPM e colo com orifício externo fechado. Aos exames laboratoriais, paciente apresentou proteinúria de 24 horas de 9.999g/24h e relação proteinúria/creatininúria de 9,09. Os exames de bilirrubina, LDH, hemoglobina, hematócrito, global de leucócitos, plaquetas, TGO, TGP e creatinina apresentaram-se dentro dos parâmetros normais. Em seguida, apresentou colesterol total de 491 mg/dL, HDL de 90mg/dL, LDL de 319g/dL, não HDL de 401mg/dL, albumina de 3,0 g/dL. Por fim, foi solicitado Anti-DNA, Anti Anca, esquistossomose e FAN, todos não reagentes. Foi iniciado tratamento com Nifedipino 20mg 6/6h, Metildopa 500mg 6/6h, Furosemida 2 ampolas de 8/8h, Ácido Acetilsalicílico 100 mg/dia, Enoxaparina 40mg 24/24h, Omeprazol 20mg 12/12h e Sertralina 50mg 24/24h. A paciente respondeu com satisfatório volume urinário e perda de peso progressiva, mas pelo risco de morte fetal, a gestação foi interrompida por parto cesárea com 29 semanas, estando a mãe e o recém-nascido estáveis em cuidados intensivos. Prevê-se segmento de investigação do quadro por biópsia renal após alta hospitalar. **Discussão/conclusão:** A presença de uma doença renal durante a gestação é fator de pior prognóstico materno e fetal, como aumento do risco de pré-eclâmpsia, parto prematuro, restrição de crescimento intrauterino e morte fetal, devido a redução da função renal, proteinúria e hipertensão. Neste caso, ainda não está claro se a síndrome nefrótica é de causa primária, que piorou com a gestação, ou secundária. De maneira semelhante, a gravidez também afeta a progressão da doença renal com as suas alterações fisiológicas. A pré-eclâmpsia é a principal hipótese diagnóstica diante dessa apresentação clínica, contudo o acometimento renal é causa diferencial do aumento pressórico e da proteinúria. Ademais, a coexistência da doença renal e da gravidez alteram negativamente o curso de ambas, necessitando de orientações sobre

planejamento familiar e, caso ocorra gestações futuras, um acompanhamento especializado.

CATEGORIA: Revisão sistemática

IMPACTO DA REDUÇÃO DO TEMPO DE JEJUM PRÉ-OPERATÓRIO NA REALIZAÇÃO DE CESARIANAS: Uma Revisão Sistemática

Brunno Andrade Soares ¹, Isabelly Silva de Oliveira¹, Mariana Seabra Praça Leite ², Claudia Lourdes Laranjeira Soares ²

¹ Acadêmico do curso de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais

² Docente da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG-Brasil. Email: cls.larangeira@gmail.com

RESUMO

Introdução: A frequência crescente de cesarianas destaca a importância de considerar seus desafios perioperatórios, como náuseas e vômitos, que persistem como preocupações significativas. O jejum prolongado pré-operatório pode resultar em sensação de sede e fome, desidratação, cetoacidose, recuperação retardada, ansiedade, agitação e diminuição da satisfação do paciente. Estudos ressaltam a necessidade de permitir a ingestão de líquidos claros até duas horas antes da cirurgia e de uma refeição leve até seis horas antes. Essas medidas visam otimizar a segurança e os resultados para as pacientes submetidas à cesariana, promovendo uma abordagem mais abrangente e cuidadosa em relação à nutrição e hidratação durante o período pré-operatório. **Objetivo:** Avaliar o impacto da redução do tempo de jejum pré-operatório em mulheres submetidas a cesarianas eletivas. **Método:** Com base nas diretrizes do PRISMA foi conduzido uma revisão sistemática nas bases de dados PubMed, Cochrane Library, LILACS, Scielo e Web of Science, utilizando os descritores “fasting” e “cesarean”. Foram incluídos todos os ensaios clínicos já publicados que compararam o jejum convencional com redução do jejum, focando em desfechos como náuseas, vômitos, aspiração pulmonar e satisfação do paciente. Foi utilizada a escala PEDro para avaliar a qualidade dos estudos. **Resultados:** Foram incluídos quatro estudos que sugeriram que a ingestão de líquidos claros ou soluções de carboidratos pré-cirurgia pode melhorar o bem-estar das pacientes, diminuindo a sede e a fome antes da cesariana. Além disso, não foram observadas diferenças significativas nos eventos adversos anestésicos, como náuseas, vômitos e pneumonia aspirativa, entre os grupos que seguiram um período reduzido de jejum e aqueles que aderiram ao protocolo convencional. **Discussão/Conclusão:** Os estudos revisados apoiam a redução do tempo de jejum pré-operatório em cesarianas para melhorar o bem-estar e reduzir complicações relacionadas à náusea e vômito. No entanto, é crucial conduzir pesquisas adicionais com metodologias mais robustas para confirmar esses benefícios e fornecer orientações claras às práticas clínicas, visando garantir a segurança das pacientes por meio de diretrizes padronizadas.

Descritores: Abreviação do jejum; Jejum; Cesariana

REFERÊNCIAS

1. Wendling AL, Byun SY, Koenig M, Vasilopoulos T. Impact of oral carbohydrate consumption prior to cesarean delivery on preoperative well-being: a randomized interventional study. *Arch Gynecol Obstet* [Internet]. Jan 2020 [citado 13 abr 2024];301(1):179-87. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00404-020-05455-z>
2. He Y, Liu C, Han Y, Huang Y, Zhou J, Xie Q. The impact of oral carbohydrate-rich supplement taken two hours before caesarean delivery on maternal and neonatal perioperative outcomes -- a randomized clinical trial. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 7 out 2021 [citado 13 abr 2024];21(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04155-z>
3. Mokhtari M, Arab S, Yaghmaei M. The effect of various pre-cesarean fasting times on maternal and neonatal outcomes. *Adv Biomed Res* [Internet]. 2022 [citado 13 abr 2024];11(1):104. Disponível em: https://doi.org/10.4103/abr.abr_118_22
4. Kotfis K, Wojciechowska A, Zimny M, Jamioł-Milc D, Szylińska A, Kwiatkowski S, Kaim K, Dołęgowska B, Stachowska E, Zukowski M, Pankowiak M, Torbé A, Wischmeyer P. Preoperative Oral Carbohydrate (CHO) Supplementation Is Beneficial for Clinical and Biochemical Outcomes in Patients Undergoing Elective Cesarean Delivery under Spinal Anaesthesia—A Randomized Controlled Trial. *J Clin Med* [Internet]. 28 jul 2023 [citado 13 abr 2024];12(15):4978. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/jcm12154978>

CATEGORIA: Revisão narrativa

QUALIDADE DE VIDA APÓS O PARTO EM MULHERES SUBMETIDAS A EPISIOTOMIA

Brunno Andrade Soares¹, Isabelly Silva de Oliveira¹, Mariana Seabra Praça Leite², Claudia Lourdes Laranjeira Soares²

¹Acadêmico do curso de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais

²Docente da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG-Brasil. Email: cls.larangeira@gmail.com

RESUMO

Introdução: A gestação, o parto e o puerpério, são períodos significativos na vida da mulher que acarretam grandes mudanças em sua qualidade de vida devido às repercussões físicas, psíquicas e sociais. A episiotomia é um dos procedimentos de parto mais frequentemente realizados, e que causam maiores desconfortos no pós-parto. Atualmente o uso rotineiro de tal procedimento passa a ser questionado devido às diversas consequências provocadas ao assoalho pélvico feminino, pois a realização desta incisão não garante menores chances de morbidade no puerpério. **Objetivo:** Analisar a relação entre a qualidade de vida e a realização da episiotomia em mulheres após o parto. **Método:** Foi realizada uma revisão narrativa conduzida nas bases de dados LILACS, PubMed/MEDLINE e Scielo, com os descritores “Episiotomy”, “Quality of life” e “Postpartum period”. **Resultados:** A adoção de boas práticas durante o trabalho de parto, conforme recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pode diminuir a probabilidade de intervenções desnecessárias, gerando efeitos positivos na experiência de parto das mulheres. São apontadas diversas complicações associadas à episiotomia, como hemorragia, infecção, problemas de cicatrização, dor pós-parto e a possível rejeição materna ao neonato devido ao desconforto. Essas complicações impactam consideravelmente o sistema de saúde, resultando em custos elevados, taxas de ocupação de leitos aumentadas e, sobretudo, efeitos negativos significativos na qualidade de vida da parturiente e na relação materno-fetal. Estudos indicam que a realização da episiotomia tem um impacto significativo na qualidade de vida das mulheres, resultando na diminuição da libido, orgasmos e satisfação sexual, além de provocar dispareunia, distúrbios emocionais, dor perineal e disfunções do assoalho pélvico, como incontinência fecal e urinária. **Conclusão:** A episiotomia é um procedimento que gera grande debate sobre sua realização na prática médica devido às repercussões físicas e psicológicas geradas pela realização do procedimento. Dessa forma, sua realização, de forma rotineira e indiscriminada, em toda e qualquer parturiente não é benéfica, devendo ser realizada de forma restritiva.

Descritores: Episiotomia; Qualidade de vida; Período Pós-Parto

REFERÊNCIAS

1. Ejegård H, Ryding EL, Sjögren B. Sexuality after delivery with episiotomy: A long-term follow-up. *Gynecol Obstet Invest*. 2008 Jul;66(1):1–7.
2. Guerino M, Lima DE, Benavides M, Da Silva A, Alves T, Souza DE, et al. A episiotomia e o retorno à vida sexual pós-parto. 2013 [cited 2024 Jan 24];16(2):33–7. Available from: <http://www.mastereditora.com.br/review>
3. Sartorato Beleza C, Homsí C, Ferreira Ii J, De Sousa L, Márcia Spanó A, Iv N, et al. Mensuração e caracterização da dor após episiotomia e sua relação com a limitação de atividades. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2024 Jan 24];65(2):264–8. Available from: <https://www.scielo.br/j/reben/a/3RP53q6RCZjBgjrR3r8vz9k/>
4. Martínez-Galiano JM, Hernández-Martínez A, Rodríguez-Almagro J, Delgado-Rodríguez M. Quality of Life of Women after Giving Birth: Associated Factors Related with the Birth Process. *Journal of Clinical Medicine* 2019, Vol 8, Page 324 [Internet]. 2019 Mar 7 [cited 2024 Jan 24];8(3):324. Available from: <https://www.mdpi.com/2077-0383/8/3/324/htm>
5. Aguiar BM, Silva TP, Pereira SL, Sousa AM, Guerra RB, Souza KV, Matozinhos FP. Factors associated with the performance of episiotomy. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2020 [citado 18 abr 2024];73(suppl 4). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0899>

DIRETRIZES DO CONSENSO SOBRE FISIOTERAPIA PÉLVICA OU TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA SINTOMAS DECORRENTES DE PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS E PROLAPSO RETAL.

Introdução: Prolapso de Órgãos Pélvicos (POP) e Prolapso Retal (PR) são herniações naturais de órgãos pélvicos e podem coexistir com incidência de relevância mundial. **Objetivo:** A American Society of Colo-Rectal Surgeons (ASCRS) e a International Urogynecological Association (IUGA) desenvolvem atualmente um consenso sobre manejo multidisciplinar conservador ou cirúrgico em pacientes com POP e PR. O consenso envolve membros especialistas da ASCRS e IUGA com programa de Iniciação Científica (IUGA fellow membership, acadêmica de medicina, autora do trabalho. **Métodos:** Revisão de metanálises, ensaios clínicos randomizados, diretrizes de sociedades especializadas, foi aprovada pela ASCRS e IUGA, e realizada via PubMed, MEDLINE, LILACs para “Rectal Prolapse” AND “Pelvic Organ Prolapse” AND “Management (2010 e 2022). Dos 561 artigos encontrados, 97 foram selecionados, com classificação da qualidade de evidência, inseridos para formar as recomendações consensuais, endossados e em edição pela ASCRS e IUGA. **Resultados:** Prevalências entre mulheres: POP e PR 2,0% a 27%; sintomas urinários associados à gravidade do POP (30-50%) com dificuldade para urinar e micção obstruída; intestinais 15-53% (defecação obstruída); 26-73% sexuais (evitar relações sexuais) e 16% dor pélvica. A cirurgia proctológica oportuna é recomendada como tratamento de primeira linha para PR externo (procidência), associada à cirurgia de correção de POP. A Fisioterapia Pélvica deve ser considerada no pós-operatório para pacientes com sintomas persistentes, e pode ser considerada no pré-operatório se não atrasar a cirurgia, em casos de

procidência ou em pacientes com intussuscepção intestinal de alto grau e sintomas de obstrução defecatória. **Conclusões:** O consenso estabelece inter-relação entre Fisioterapia Pélvica e cirurgia multidisciplinar uroginecológica e proctológica para distúrbios combinados do compartimento pélvico posterior (POP e PR). Dentre as recomendações destacam-se visitas terapêuticas mínimas, técnicas de terapia e momento ideal para a cirurgia multidisciplinar. Os autores sugerem direções futuras para expandir e aprimorar o treinamento multidisciplinar em disfunções de assoalho pélvico nas escolas de saúde e pós-graduação.

Email contato: giselemarquini@gmail.com

Efetividade de uma intervenção de contracepção com método de implante de etonogestrel na taxa de gravidez indesejada em sistema público de saúde.

Introdução: Sociedades médicas mundiais recomendam Long-Acting Reversible Contraception (LARC) devido à alta eficácia, com impacto positivo na prevenção de gravidez não planejada. Entretanto, há a necessidade de superar o desafio de disponibilização em larga escala em sistemas públicos de saúde.

Objetivos: Avaliar as taxas de partos entre a população assistida em um sistema público de saúde, antes e depois da intervenção de disponibilização de um método LARC de contracepção (implante subcutâneo de etonogestrel).

Métodos: Coleta e análise dos dados foram realizadas após aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (CEP/UFU) em parceria com a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), sob o número CAAE:69744422.5.0000.5152. **Resultados:** Análise estatística por testes independentes (t de Student; d de Cohen) comparou taxas de partos (1442 pacientes), na menacme, com foco em adolescentes, idade menor que 14 anos (3,73%); entre 15 a 19 anos (96,32%), nos períodos ANTES da intervenção do implante contraceptivo subcutâneo de etonogestrel, em sistema público de saúde, e DEPOIS na mesma faixa etária, em menores que 14 anos (3,00%); e entre 15 e 19 anos (68,93%). Houve redução estatisticamente significativa da gravidez nessa população em ambas as idades ($p=0,042$;

$p=0.003$). **Conclusões:** O implante subcutâneo de etonogestrel impacta positivamente na redução da taxa partos na idade reprodutiva, e em especial em adolescentes, quando disponibilizado amplamente por sistemas públicos de saúde. Esses resultados se alinham às diretrizes de sociedades especializadas

na área, que recomendam os LARCs como primeira escolha para as mulheres em idade reprodutiva, assim como em adolescentes, que não desejam ter filhos em um determinado momento.

Palavras-chave. Agentes contraceptivos; Contracepção hormonal; contracepção reversível de longa duração; Gravidez na adolescência; Serviços de saúde reprodutiva para adolescentes; Práticas clínicas baseadas em evidências; Implantes subdérmicos.

Efetividade de uma intervenção de contracepção com método de implante de etonogestrel na taxa de mortalidade materna em sistema público de saúde.

Introdução: Sociedades médicas mundiais recomendam Long-Acting Reversible Contraception (LARC) devido à alta eficácia, com impacto positivo na prevenção de gravidez não planejada e complicações como mortalidade materna. Entretanto, há a necessidade de superar o desafio de disponibilização em larga escala em sistemas públicos de saúde. **Objetivos:** Avaliar a taxa de mortalidade materna decorrente de complicações de gestações não planejadas, entre a população assistida em um sistema público de saúde, antes e depois da intervenção de disponibilização de um método LARC de contracepção (implante subcutâneo de etonogestrel). **Métodos:** Coleta e análise dos dados foram realizadas após aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (CEP/UFU) em parceria com a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), sob o número CAAE:69744422.5.0000.5152. **Resultados:** Análise estatística por testes independentes (t de Student; d de Cohen) comparou taxas de partos (1442 pacientes), na menacme, com foco em adolescentes, idade menor que 14 anos (3,73%); entre 15 a 19 anos (96,32%), nos períodos ANTES da intervenção do implante contraceptivo subcutâneo de etonogestrel, em sistema público de saúde, e DEPOIS na mesma faixa etária, em menores que 14 anos (3,00%); e entre 15 e 19 anos (68,93%). Houve redução estatisticamente significativa da gravidez nessa população em ambas as idades ($p=0,042$; $p=0,003$) com dados praticamente inalterados na taxa de mortalidade materna. **Conclusões:** Taxas de mortalidade materna podem não apresentar diferenças estatisticamente significativas após disponibilização de

um LARC devido à adequada assistência às complicações de gestações. Entretanto, o implante subcutâneo de etonogestrel impacta positivamente na redução da taxa partos na idade reprodutiva, e em especial em adolescentes, quando disponibilizado amplamente por sistemas públicos de saúde, o que pode resultar em controle de mortalidade materna decorrente de complicações de gestações não planejadas.

Efetividade de uma intervenção de contracepção com método de implante de etonogestrel nas taxas de abortamentos decorrentes de gestações não planejadas em sistema público de saúde.

Introdução: Sociedades médicas mundiais recomendam Long-Acting Reversible Contraception (LARC) devido à alta eficácia, com impacto positivo na prevenção de gravidez não planejada e consequentemente perdas gestacionais. Entretanto, há a necessidade de superar o desafio de disponibilização em larga escala em sistemas públicos de saúde. **Objetivos:** Avaliar as taxas de abortamentos (perdas gestacionais ou óbitos fetais) consequentes a gestações não planejadas, entre a população assistida em um sistema público de saúde, antes e depois da intervenção, que durou 3 anos, entre 2015 a 2018. **Métodos:** A intervenção consistiu na disponibilização de um método LARC de contracepção (implante subcutâneo de etonogestrel) na rede pública de saúde no período citado. Coleta e análise dos dados foram realizadas após aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (CEP/UFU) em parceria com a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), sob o número CAAE:69744422.5.0000.5152. **Resultados:** Análise estatística por testes independentes (t de Student; d de Cohen) comparou as taxas de óbitos fetais para cada 100.000 nascidos vivos, em 1442 pacientes, nos períodos ANTES e DEPOIS da intervenção do implante contraceptivo subcutâneo de etonogestrel em sistema público de saúde, na menacme, com foco em adolescentes. Houve redução das taxas de abortamentos de 72,3% para 67,7% nos períodos ANTES e DEPOIS da intervenção, consequente à redução estatisticamente significativa nas taxas de gestações não planejadas (<14 anos

p=0,042; entre 15-19 anos p=0.003), na população estudada. **Conclusão:** O implante subcutâneo de etonogestrel pode impactar positivamente na redução das taxas de abortamentos na idade reprodutiva, decorrentes de gestações não planejadas, e em especial em adolescentes, quando disponibilizado amplamente por sistemas públicos de saúde. Esses resultados se alinham às diretrizes de sociedades especializadas na área, que recomendam os LARCs como primeira escolha para as mulheres em idade reprodutiva, assim como em adolescentes, para prevenção de gravidez indesejada e seus possíveis desfechos negativos de perdas gestacionais.

SÍNDROME DE MEIGS EM ASSOCIAÇÃO A FIBROTECOMA OVARIANO BILATERAL – RELATO DE CASO

Autor(a) principal: DIEL, F.M.

Coautores: GOMES, F.R., NOVAES, V., SOUTO, T.I., SOUZA, L.G., BUENO, M.L.P.

Introdução

A síndrome de Meigs é caracterizada por uma tríade, em que coexistem um tumor ovariano benigno, ascite e derrame pleural. Os principais tipos de tumores benignos do ovário englobam fibromas, tecomas e fibrotecomas. São originados do estroma do cordão sexual e constituem 1 a 4% de todos os tumores ovarianos. Ocorrem com mais frequência em mulheres após a menopausa e de acordo com Chen et al. (2016), cerca de 91% das lesões ocorrem de forma unilateral, diferentemente do caso clínico que será exposto.

Caso clínico

Feminina, 65 anos, admitida no serviço de cirurgia ginecológica devido massa retrouterina de crescimento lento associado a dor pélvica crônica. Apresentava múltiplos exames de seguimento com a hipótese de miomatose uterina, porém, ao realizar ressonância magnética (RM), esta demonstrou lesão nodular expansiva retrouterina em região anexial esquerda medindo 8,3 x 7,1 x 8,1 cm, de contornos lobulados, heterogênea, com áreas de alto e baixo sinal em T2 e áreas internas de leve restrição à difusão. Ovários não foram visualizados e vasos ovarianos esquerdos se direcionavam à lesão. Havia líquido livre em cavidade abdominal e derrame pleural leve. Os exames laboratoriais apresentavam marcadores tumorais dentro dos valores de referência, com exceção do CA-125 que se apresentava levemente aumentado.

Foi submetida a laparotomia exploradora sendo visualizado grande quantidade de líquido ascítico em cavidade peritoneal e massa em anexos bilateralmente, sólida, de 8 cm à esquerda e 4 cm à direita. Realizada anexectomia bilateral. Posteriormente, o resultado do anatomopatológico descreveu fibrotecoma em ambos os ovários. Paciente recebeu alta para seguimento ginecológico habitual, sem tratamentos adicionais.

Discussão

Os fibrotecomas são compostos por uma mistura de elementos fibrosos e tecomatosos. Histologicamente são caracterizadas por células ovais e fibroelásticas, contendo colágeno e lipídios. Em geral, tais tumores são sólidos, móveis, possuem tamanhos variados, sendo difíceis de ser avaliados por exames de imagem, confundidos muitas vezes com miomatose uterina, disgerminomas ou tumores malignos. A RM é considerada um dos melhores exames auxiliares, contribuindo para uma melhor avaliação pré-operatória, porém o diagnóstico definitivo baseia-se na histopatologia.

Thanasa et al. (2023) descreve que níveis séricos elevados de CA-125 são pouco frequentes nesses casos, podendo ser associados com fibromas ovarianos maiores que 10cm ou a presença de Síndrome de Meigs. No caso clínico descrito neste trabalho, houve a presença de dois tumores, ambos menores que 10 cm, porém que juntos possuem tamanho que ultrapassam tal valor. Ademais, a paciente do caso apresentou ascite peritoneal, derrame pleural leve e aumento laboratorial de CA-125. Tais achados conjuntamente caracterizam a Síndrome de Meigs.

A ressecção cirúrgica do tumor é o tratamento de escolha. Em geral, apesar do caráter benigno da patologia, opta-se por salpingo-oforectomia e raramente é necessário tratamento complementar. Em casos de mulheres jovens que desejam preservar a fertilidade, tratamentos conservadores com ressecção do fibroma podem ser considerados, apresentando taxa de recidiva de aproximadamente 2%.

PERFIL DA INDICAÇÃO DE CESÁREAS EM UMA MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL NO MUNICÍPIO DE OURO PRETO, INTERIOR DE MINAS GERAIS, SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON

INTRODUÇÃO

A Classificação de Robson foi criada no ano de 2001 com o intuito de classificar as gestantes em grupos mutuamente exclusivos e totalmente inclusivos e, desse modo, avaliar, monitorar e comparar as taxas de cesáreas de diferentes maternidades e de um mesmo hospital ao longo dos anos. No ano de 2011, foi recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como instrumento padrão a ser utilizado pelas instituições de assistência ao parto. Na Classificação de Robson, as informações básicas utilizadas são: idade gestacional (IG) (termo, independente ou pré-termo), número de fetos (único ou múltiplos), apresentação (cefálica, pélvica, independente ou transversa), paridade (nulípara, múltipara ou independente), cesárea prévia (não, sim ou independente) e início do trabalho de parto (TP) (espontâneo, induzido ou cesárea eletiva, ou independente).

OBJETIVO

Analisar o perfil da indicação de cesáreas na maternidade do município de Ouro Preto, Minas Gerais, no ano de 2022, de acordo com a Classificação de Robson e, com isso, identificar o grupo de mulheres em que políticas de saúde obstétricas serão benéficas.

MÉTODOS

Estudo epidemiológico descritivo, transversal e quantitativo, desenvolvido a partir de dados secundários obtidos por meio do departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Ministério da Saúde (DATA-SUS) referentes ao ano de 2022.

RESULTADOS

A soma dos grupos propostos pela Classificação de Robson de partos e de cesáreas coincide com o número total fornecido, de 776 e 444, respectivamente, o que corresponde a uma taxa de 57,22% de cesáreas em Ouro Preto, no ano de 2022. A taxa de cesárea do grupo 5 (múltiparas, com pelo menos uma cesárea anterior, feto único, cefálico \geq 37 semanas) foi de 85,19% e do grupo 10 (feto único, cefálico, $<$ 37 semanas, incluindo aquelas com cesárea (s) anterior (es), foi de 56,90%. Os grupos que mais contribuíram relativamente com a taxa global de cesáreas foram o 1 (nulíparas, feto cefálico, único, ID \geq 37 semanas, TP espontâneo), 2 (nulíparas, feto cefálico, único, ID \geq 37 semanas, TP induzido ou cesárea antes do início do TP) e 5, com taxas de 15,09%, 18,47% e 31,08%, respectivamente.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

A soma dos grupos ser igual ao total fornecido demonstra qualidade da coleta de dados. Altas taxas do grupo 5 (>60%), como observado no estudo, tendem a refletir o grupo 5.2 (mulheres com ≥ 2 cesáreas prévias) e também pode ser decorrente de política de agendamento de cesárea com mulheres com 1 cesárea prévia sem a tentativa de parto vaginal. Taxas maiores do que 30% no grupo 10 demonstram muitos casos de alto risco; na maternidade em questão, a taxa de 56,90% demonstra que, mesmo sendo uma maternidade de risco habitual, a assistência aos partos pré-termos é feita quando necessário. A soma da contribuição relativa dos grupos 1, 2 e 5, em geral, contribui com cerca de 66% das taxas de cesáreas, dado que é similar ao analisado por este estudo, de 65,45%. Com isso, tais grupos devem ser o foco do investimento de políticas públicas obstétricas para tentar diminuir a taxa de cesárea da maternidade.

Adenocarcinoma em paciente com ausência de sexarca: um relato de caso

INTRODUÇÃO:

O câncer vaginal primário é uma neoplasia incomum, representando cerca de 2% de todos os casos de neoplasia maligna do sistema reprodutor feminino. Ele ocorre majoritariamente após a sétima década de vida, tendo como principal fator de risco a infecção pelo papilomavírus humano (HPV). O diagnóstico é raro, visto que a maior parte das neoplasias de vagina são de origem metastática.

DESCRIÇÃO DO CASO:

Sexo feminino, 75 anos, solteira, ex-tabagista, em investigação de sangramento pós menopausa associado à dor intermitente em região pélvica há 2 anos. Nega sexarca. Relata já ter realizado reposição hormonal para redução do espessamento endometrial, hipótese diagnóstica inicial para o quadro apresentado. Solicitou-se histeroscopia diagnóstica, na qual foi identificado massa friável e sangrante localizada na vagina. Todavia, a paciente iniciou quadro de sangramento agudo intenso durante a realização do exame, o que impossibilitou o seu término. A análise histológica do fragmento colhido na biópsia constatou fragmentos de tecido conjuntivo denso, hialinizado, permeado por células epiteliais atípicas formando estruturas glandulares, com células em formato de anel de sinete, que favorecem o diagnóstico de infiltração por adenocarcinoma.

DISCUSSÃO:

O adenocarcinoma de vagina é uma neoplasia rara, que corresponde a menos de 10% dos tumores malignos vaginais e geralmente manifesta-se com sangramento vaginal anormal, secreção e dispareunia, embora muitos casos inicialmente sejam assintomáticos. A exposição ao HPV é um dos principais fatores de risco, sendo a transmissão primária relacionada ao contato sexual. Contudo, para pacientes que ainda não iniciaram a vida sexual, os exames especulares de rastreio não devem ser realizados de rotina, o que pode dificultar o diagnóstico precoce. Terapias de reposição hormonal em mulheres na pós-menopausa também devem ser consideradas como fator de risco para essa neoplasia vaginal. A identificação e diagnóstico do adenocarcinoma vaginal podem ser desafiadores, especialmente em estágios iniciais ou em pacientes assintomáticos. Alterações não facilmente identificáveis por outros métodos diagnósticos podem ser detectadas por meio da histeroscopia, o que torna fundamental a realização desse exame. Ademais, a biópsia é essencial para confirmar o diagnóstico de

adenocarcinoma, permitindo a análise histológica do tecido, determinando presença e o subtipo das células cancerígenas. No caso em estudo, a presença de células em formato de anel de sinete indicou um tipo de adenocarcinoma potencialmente agressivo, ressaltando a importância de um diagnóstico precoce e preciso que possa direcionar para uma abordagem terapêutica imediata e adequada.

CONCLUSÃO:

Os exames de rastreio especulares, juntamente com os sinais e sintomas referidos pela paciente são sinalizadores para iniciar uma investigação para possíveis lesões cancerígenas vaginais. No caso da paciente, tendo em vista ausência da sexarca, não é preconizado a realização de exames de rastreio especulares de rotina. Ademais, associado à não exposição ao HPV, principal fator de risco para o desenvolvimento do câncer vaginal, há uma dificuldade ainda maior para a determinação do diagnóstico.

REFERÊNCIAS:

KALTENECKER B;DUNTON CJ;TIKARIA R. Vaginal Cancer. Disponível em:

<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32644552/>>. Acesso em: 10 abr. 2024.

UpToDate. Disponível em:

<https://www.uptodate.com/contents/vaginal-cancer?search=adenocarcinoma%20vaginal&source=search_result&selectedTitle=1%7E8&usage_type=default&display_rank=1#H1>.

Acesso em: 10 abr. 2024.

TÍTULO: AVALIAÇÃO DAS INSERÇÕES AMBULATORIAIS DO SISTEMA INTRAUTERINO LIBERADOR DE LEVONORGESTREL EM PACIENTES COM HIPERTENSÃO PULMONAR

INTRODUÇÃO

A hipertensão pulmonar (HP) é definida por uma pressão arterial pulmonar média (PAPm) superior a 20 mmHg em posição supina e repouso, avaliada por estudo hemodinâmico por cateterismo cardíaco direito (CCD). Embora relativamente rara (15 casos a cada 1 milhão de pessoas), a HP pode acometer mulheres jovens, destacando-se tanto pela sua gravidade quanto pelos desfechos negativos para a mãe e o feto durante a gestação. Ela está associada a um aumento de 25 a 56% da mortalidade materna, sendo esse risco ainda maior durante o parto e o período pós-parto imediato. Os métodos contraceptivos de longa duração (LARC) são os preferenciais para essas mulheres devido à sua longa duração, alta eficácia contraceptiva e poucos eventos adversos, geralmente limitados ao procedimento de inserção. Os dispositivos intrauterinos (DIUs) são classificados, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), como categoria 2 para essas mulheres. Apresentam o risco teórico de reflexo vaso vagal durante a sua inserção, sendo recomendadas medidas que minimizem o desconforto durante o procedimento. Diferentes sociedades recomendam que a inserção dos DIUs em mulheres com HP seja realizada em bloco cirúrgico sob anestesia.

OBJETIVO

Foi proposto um estudo prospectivo para avaliar a inserção ambulatorial do Sistema Intrauterino de Levonorgestrel (SIU-LNG) em mulheres com HP.

MÉTODOS

Foram convidadas a participar do estudo mulheres portadoras de HP entre 18 e 49 anos que desejassem utilizar o SIU-LNG para contracepção, controle da menorragia, tratamento de dismenorreia, etc. O estudo foi aprovado pela Plataforma Brasil (CAAE: 68483223.0.0000.5149).

RESULTADOS

Foram avaliadas sete pacientes. As inserções foram realizadas ao longo de um ano. A principal razão para a escolha do método foi o controle do fluxo menstrual (4 pacientes). As outras quatro pacientes tiveram seus SIU-LNG inseridos com o objetivo de contracepção. A idade média neste grupo foi de 37,8 anos e a histerometria média de 7,8 cm. A média de dor durante a inserção foi de 5,3 e a mediana de 5,5 (mínimo de 0 e máximo de 10). Quatro pacientes tiveram seus SIUs inseridos com a utilização de bloqueio cervical com lidocaína sem vasoconstritor. Apenas um SIU foi inserido com dificuldade. Nenhuma das pacientes apresentou complicações durante a inserção (reflexo vasovagal). Três pacientes apresentaram expulsão dos SIU-LNG, sendo realizadas novas tentativas de inserção em cada uma das pacientes, com nova expulsão dos dispositivos. As expulsões foram associadas a cólica e sangramento.

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

O aconselhamento contraceptivo e planejamento reprodutivo devem ser cuidados de rotina para pacientes com HP, uma vez que a doença pode ocorrer em mulheres em idade fértil, sendo que a gravidez estaria contraindicada na maioria dos casos. O uso de métodos LARC é altamente indicado. Apesar de muitas sociedades orientarem que a inserção do SIU-LNG deve ser realizada em bloco cirúrgico, este pequeno estudo demonstra a possibilidade de inserção ambulatorial do mesmo, uma vez que nem sempre a inserção em bloco cirúrgico está prontamente disponível.

Gestação gemelar com mola completa: um caso raro

Introdução: A gestação gemelar de uma mola hidatiforme completa e um feto com placenta normal é uma entidade clínica rara e com poucos casos descritos na literatura. Estima-se que a incidência seja de 1 caso a cada 20.000-100.000 gestações. Está relacionada a diversas complicações materno-fetais como abortamento, parto prematuro, hemorragia, pré-eclâmpsia grave, hiperemese, crises tireotóxicas e transformação maligna. **Relato de Caso:** V.C.C., 28 anos, primigesta, sem comorbidades, encaminhada ao Ambulatório de Doença Trofoblástica Gestacional do Hospital das Clínicas da UFMG em 23/10/23 com idade gestacional (IG) de 20 semanas e 1 dia por suspeita de mola hidatiforme parcial. Apresentou ultrassonografia (USG) de 18/10/23 evidenciando cavidade amniótica com padrão vesiculoso, sem fluxo ao doppler e beta-HCG de 18/10/23 de 220.742 mUI/ml. Repetido USG no serviço em 23/10/23 que evidenciou provável gestação gemelar sendo uma mola completa e um feto sem alterações morfológicas. Submetida à amniocentese em 30/10/23, a fins de excluir mola parcial, que teve como resultado cariótipo 46 XY. Diante da estabilidade clínica e laboratorial e após orientação sobre riscos e benefícios da manutenção da gestação do feto normal, foi decidido em conjunto com o casal, seguir acompanhamento em pré-natal de alto risco. Em 26/12/2023, com IG de 29 semanas e 2 dias, evoluiu com sangramento vaginal volumoso e hipertonia uterina. Devido à hemorragia, foi submetida à cesariana de urgência, com extração de recém-nascido único, Apgar 3/8, encaminhado para neonatologia. Identificadas duas placentas, uma normal e outra com múltiplas vesículas. Resultado de estudo anatomopatológico confirmou a hipótese diagnóstica de uma placenta compatível com terceiro trimestre gestacional sem alterações histológicas relevantes e outra com achados histopatológicos sugestivos de mola hidatiforme completa. Paciente recebeu alta em 28/12/23, em boas condições clínicas. Mantém seguimento com beta-HCG, obtendo primeiro resultado normal em 23/01/24 e último HCG normal em 23/03/24. O recém-nascido teve alta em boas condições 20/02/24. **Discussão:** A gestação molar concomitante a uma gestação viável é uma condição obstétrica rara, que exige acompanhamento por especialista em centro de referência, devido às suas potenciais complicações graves. O caso descrito possui particularidades interessantes que tornaram o diagnóstico e a conduta desafiadores. Os principais diagnósticos diferenciais são mola hidatiforme parcial e displasia mesenquimal placentária. Neste caso, o cariótipo normal foi de suma importância para a decisão de manter a gestação. No entanto, a conduta deve ser baseada na estabilidade clínica e na presença ou não de complicações, em decisão compartilhada com a paciente. O seguimento puerperal/pós-molar deve ser realizado até 6 meses após o parto pelo risco de evolução para neoplasia trofoblástica gestacional (NTG). A literatura, até o momento, não demonstrou maior risco de NTG para esses casos. O presente relato abre novas perspectivas ao tema, frente ao bom desfecho materno e perinatal obtido, dentro dos limites da prematuridade extrema.

Referências:

- Braga A, Obeica B, Werner H, Sun SY, Amim Júnior J, Filho JR, Araujo Júnior E. A twin pregnancy with a hydatidiform mole and a coexisting live fetus: prenatal diagnosis, treatment, and follow-up. *J Ultrason*. 2017 Dec;17(71):299-305. doi: 10.15557/JoU.2017.0044. Epub 2017 Dec 29. PMID: 29375907; PMCID: PMC5769672.

- Sebire NJ, Foskett M, Paradinis FJ, et al. Outcome of twin pregnancies with complete hydatidiform mole and healthy co-twin. *Lancet* (London, England). 2002 Jun;359(9324):2165-2166. DOI: 10.1016/s0140-6736(02)09085-2. PMID: 12090984.

TÍTULO Impacto do uso do Sistema Intrauterino Liberador de Levonorgestrel no ganho de peso em mulheres jovens durante cinco anos de uso: um estudo prospectivo

INTRODUÇÃO

O uso de métodos contraceptivos hormonais tem sido muitas vezes responsabilizado pelo ganho de peso em mulheres jovens. Uma revisão sistemática da Cochrane avaliou a associação entre o uso de métodos contraceptivos somente de progesterona e alterações no peso corporal. A média de ganho de peso em um período de seis a 12 meses foi de dois quilos, sendo um ganho de peso adicional notado após um período de dois ou três anos. Porém, esse ganho de peso pode estar associado a outros fatores do que ao uso do método contraceptivo em si. Outro estudo que analisou dados do projeto CHOICE mostrou que 34% das mulheres que usavam o Sistema Intrauterino Liberador de Levonorgestrel (SIU-LNG) perceberam um ganho de peso no primeiro ano de uso do método, mas quando o fator idade foi ajustado, a percepção de ganho de peso pelas mulheres que usavam quaisquer métodos hormonais, inclusive o SIU-LNG, não foi diferente daquelas que usavam o dispositivo intrauterino (DIU) de cobre.

OBJETIVO

Avaliar o ganho ponderal em pacientes jovens após cinco anos de uso do SIU-LNG.

MÉTODOS

Foram incluídas na análise 47 mulheres saudáveis, entre 15 e 24 anos, que tiveram seus SIUs-LNG inseridos no período de março a novembro de 2017, com objetivo principal de contracepção. Foi descrita a variação de peso nesse grupo de mulheres no dia da inserção dos dispositivos e cinco anos após. O estudo foi aprovado pela Plataforma Brasil (CAAE: 65138816.8.0000.5149).

RESULTADOS

A média de idade das pacientes no momento de inserção dos SIUs-LNG foi de 22,2 anos e a média de peso foi de $59,2 \pm 9,7$ kg (Mín 44 kg; Máx 99 kg). Após cinco anos do uso do SIU-LNG, a média de peso dessas mulheres foi de $63,7 \pm 12,9$ Kg (Mín 43,9 Kg; Máx 120 Kg). Houve um ganho final de peso médio nesse grupo de 4,4 kg, variando de perda de 7,5 kg até ganho ponderal de 26,1 kg. Nas pacientes onde houve ganho significativo de peso, em uma delas foi diagnosticado hipotireoidismo (ganho de 21 kg) e a outra apresentava um quadro de depressão grave em uso de antidepressivos (ganho de 26,1 kg). Nenhuma delas atribuiu o ganho de peso ao uso do SIU-LNG, mas às condições clínicas associadas.

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

A média de ganho de peso anual para uma mulher jovem é variável, dependendo de fatores, como idade, altura, nível de atividade física, metabolismo, hábitos alimentares, etc. Em geral, espera-se um ganho de peso modesto ao longo dos anos, com uma média de cerca de 0,5 a um quilo por ano, no adulto jovem. Um estudo australiano acompanhou a variação do peso médio ($\pm DP$) em mulheres ao longo dos anos. Entre 18 e 23 anos, a média de peso deste grupo foi de $62,5 (\pm 12,7)$ kg. Após 16 anos de acompanhamento, o peso médio da mesma coorte foi de $72,6 (\pm 17,9)$ kg. É importante ressaltar que durante o seguimento das nossas pacientes (2017-2022) convivemos com a pandemia de COVID-19, que teve um impacto significativo no ganho de peso da população. O aumento do estresse, mudanças nos hábitos alimentares e redução da atividade física contribuíram para isso. Desse modo, os autores consideram que o ganho de peso de 4,4 kg ao longo dos cinco anos em nossa coorte está dentro da faixa esperada, não podendo estar atribuído ao uso do SIU-LNG, mas a uma série de outras variáveis e ao processo de envelhecimento da mulher.

Paciente de 56 anos com sangramento vaginal e β -HCG excessivamente elevado: gravidez molar?

Introdução: A gravidez após os 50 anos é incomum e com maior frequência resulta em desfechos anormais como aborto espontâneo e gravidez molar¹. Identificar a doença trofoblástica gestacional (DTG) em mulheres nessa idade é desafiador devido à expectativa da menopausa, o que pode levar à negligência da possibilidade de gravidez². **Descrição do caso:** Paciente do sexo feminino, 56 anos, com histórico de quatro gestações prévias com partos vaginais, procurou atendimento médico com quadro de dor abdominal súbita intensa localizada em região suprapúbica. Relata ciclo menstrual regular com atraso atual de 3 meses. Apresentava sangramento vaginal em pequena quantidade à avaliação. Apresentou abdome doloroso à palpação na região inferior, sem sinais de irritação peritoneal e com útero palpável em altura média entre a cicatriz umbilical e a sínfise púbica, doloroso a mobilização. β -HCG de 305.000 mIU/mL. À ultrassonografia, foi identificado útero globoso com volume de 736 cm³ e conteúdo heterogêneo com imagens anecóicas sugestivas de vesículas e compatíveis com saco gestacional sem embrião. Raio-X de tórax sem alterações. Paciente negava desejo reprodutivo. Foi aventada a hipótese de mola parcial e realizada histerectomia total com salpingectomia direita e anexectomia esquerda devido a ovário com tumor cístico. Peça cirúrgica sugestiva de gestação molar à macroscopia. O período intra e pós-operatório transcorreu sem intercorrências. A paciente encontra-se em seguimento com diminuição do nível sérico de β -HCG: 3293 (7º dia), 352 (14º dia), 103 (21º dia), 40 (28º dia) e nenhuma evidência de doença residual. O exame anatomopatológico (AP) apresentou útero compatível com restos ovulares e vilosidades coriônicas sem atipia na cavidade endometrial, sem sinais de degeneração molar e ausência de malignidade em útero e anexos. Mesmo sem confirmação AP, mantido seguimento da paciente. **Discussão:** Níveis séricos crescentes de β -HCG maiores que 100.000 mIU/mL indicam crescimento excessivo de tecido trofoblástico e levantam a suspeita de DTG³. Dependendo da idade, do desejo de fertilidade e da disponibilidade para o seguimento do esvaziamento pós-molar, o tratamento pode ser curetagem, quimioterapia ou histerectomia⁴. As pacientes correm maior risco de neoplasia trofoblástica gestacional pós-molar (NTG) se apresentarem idade superior a 40 anos, β -HCG pré-evacuação maior que 100.000 mIU/mL, aumento uterino excessivo ou cistos tecaluteínicos maiores que 6 cm⁵. Dessa forma, a histerectomia é o procedimento de escolha em mulheres sem desejo reprodutivo após os 40 anos, ao reduzir o risco de NTG. Entretanto, mesmo após o procedimento é essencial manter o seguimento da paciente e a análise AP deve ser realizada para confirmação diagnóstica. No caso em questão, a DTG não foi confirmada, embora altamente sugestiva, e resultou em um bom prognóstico para a paciente. **Conclusão:** Embora a prevalência de gravidez e DTG seja baixa após os 50 anos, é essencial manter um alto nível de suspeita e as incluir no diagnóstico diferencial para evitar atrasos no diagnóstico e tratamento. Mesmo com a clínica sugestiva de DTG, é essencial avaliar o resultado AP.

Referências:

1. Miletic T, Aberle N, Mikwandra F, et al. Perinatal outcome of pregnancies in women aged 40 and over. *Coll Antropol* 2002;26:251–8. [PubMed] [Google Scholar]
2. Bandy LC, Clarke-Pearson DL, Hammond CB. Malignant potential of gestational trophoblastic disease at the extremes ages of reproductive life. *Obstet Gynecol* 1984;64:395–9. [PubMed] [Google Scholar]
- 3 SUN, Sue Yazaki et al. Changing presentation of complete hydatidiform mole at the New England Trophoblastic Disease Center over the past three decades: does early diagnosis alter risk for gestational trophoblastic neoplasia?. *Gynecologic oncology*, v. 138, n. 1, p. 46-49, 2015.
4. Lurain JR. Gestational trophoblastic disease I: Epidemiology, pathology, clinical presentation and diagnosis of gestational trophoblastic disease, and management of hydatidiform mole. *Am J Obstet Gynecol*. 2010;203:531–9. [PubMed] [Google Scholar]
- 5- Abu-Rustum NR, Yashar CM, Bean S, et al. Gestational Trophoblastic Neoplasia, Version 2.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw*. 2019;17(11):1374-1391. doi:10.6004/jnccn.2019.0053

TÍTULO: TUMOR DE SACO VITELÍNICO OVARIANO EM ADOLESCENTE RECIDIVADO APÓS CIRURGIA COM PRESERVAÇÃO DA FERTILIDADE E QUIMIOTERAPIA ADJUVANTE: UM RELATO DE CASO

Introdução: Tumor de saco vitelínico é uma neoplasia, não hereditária, que acomete principalmente adolescentes e mulheres no início da segunda década de vida. É o segundo tumor ginecológico de origem embrionária mais comum, sendo responsável por 1% dos casos de tumor maligno ovariano, ficando atrás apenas do disgerminoma. É considerado uma neoplasia rara.

Descrição do caso: trata-se de paciente de 17 anos, procurou pronto atendimento devido a crescimento progressivo abdominal em 4 meses, associado a dor e sangramento uterino anormal. O ultrassom pélvico evidenciou formação expansiva de provável origem anexial com volume de 340cc. Solicitado marcadores tumorais, com os seguintes achados: alfa feto proteína (AFP) de 38442,6, CA 125 91,7, restante dos marcadores e tomografia de tórax sem alterações. Submetida laparotomia e notado grande volume ascítico e massa anexial à esquerda. Optado por ooforectomia a esquerda, omentectomia infracólica, coleta de líquido ascítico, preservando-se útero e anexo direito devido prole não constituída e desejo reprodutivo futuro da paciente. Não havia sinais de carcinomatose peritoneal. Anatomopatológico evidenciou tumor de células da granulosa juvenil/tumor de saco vitelínico, omento e análise da ascite sem acometimento neoplásico. A Imunohistoquímica demonstrou que o tumor era constituído 100% de tumor do saco vitelínico. Após abordagem cirúrgica, AFP caiu para 140 e CA 125 para 28. Em acompanhamento com a oncologia, a paciente realizou 3 ciclos de quimioterapia com carboplatina e etoposide (VB) evoluindo com AFP: 3,2. Porém, após 4 meses de quimioterapia alfa feto proteína apresentou aumento para 3486,8. Durante o seguimento, ressonância magnética de pelve mostrou imagem nodular para aórtica à esquerda e lesões expansivas sólidas sem plano de clivagem com ovário direito e retouterina. Em decisão conjunta com oncologista, optado por realização de novo ciclo de quimioterapia e programação de nova abordagem cirúrgica para exérese dos focos de recidiva.

Discussão e conclusões: Esse relato possui relevância devido a precocidade na recidiva da doença tumoral, mesmo diante da cirurgia com exérese da massa tumoral primária sem evidências de focos de metástases e tratamento quimioterápico adjuvante. Tumores do saco vitelino são considerados neoplasias de células germinativas, que caracterizam-se por sua agressividade e crescimento rápido. 2/3 dos casos são diagnosticados em estágios iniciais, sendo o acometimento bilateral considerado extremamente raro, o que possibilita a cirurgia com preservação da fertilidade, garantindo à paciente futuro reprodutivo. A terapia moderna com quimioterápico tornou-se um aliado que possibilitou controle adequado da doença devido a boa resposta dos tumores ovarianos a eles, propiciando aumento de sobrevida do paciente. A sobrevida hoje de mulheres com diagnóstico de tumor de seio endodérmico é de 5 anos e o achado desta paciente nos leva a refletir sobre a possibilidade de resposta inadequada à terapia adjuvante, assim como a possibilidade de lesão residual mesmo com seguimento satisfatório.

REFERENCIAS:

- 1.Euscher ED. Germ cell tumors of the female genital tract. Surg Pathol Clin. 2019.
- 2.Allmen DV. Ovarian tumors. In: Coran A, Caldamone A, Adzick,NS, Kurummel MT, Laberge MJ,

Shamberger R, editors. Pediatric Surgery. Philadelphia: WB Saunders; 2012. p. 529–48.

3. Jamshidi P, Taxy JB. Educational case: yolk sac (endodermal sinus) tumor of the ovary. Acad Pathol. 2020.

Displasia tanatofórica: relato de caso e diagnóstico pré-natal

HUEBRA, Patrícia Pacheco¹; WERNER, Bruna Destro²; GUITTON, Débora da Silva Nora Henri³; BASTOS, Gabrielle Miranda de Almeida⁴.

INTRODUÇÃO

Gestante M.M.R.I., 34 anos, natural de Santa Margarida - MG, iniciou pré-natal de alto risco (PNAR) com 34 semanas (s) e 4 dias (d), devido alterações em ultrassonografia (USG) morfológica do 2º trimestre e diabetes gestacional, mantendo mau controle glicêmico. Encurtamento de ossos longos [percentil (p) < 1] e polidramnia são os primeiros achados anormais descritos em USGs do 2º trimestre. Apresenta USG de 21/12/23 com 24s + 6d, que descreve displasia esquelética letal, sendo os principais achados: membros extremamente curtos bilaterais, relação Circunferência torácica (CT) / Circunferência abdominal (CA) = 0,31 e Comprimento do Fêmur (CF)/CA = 0,09; além de fronte proeminente, edema nuczal, parede torácica estreita em forma de pêra, coluna com hemivértebra e escoliose, estômago colapsado, rins displásicos, pés em mataborrão e polidramnia; Hipótese diagnóstica: Displasia Tanatofórica tipo 1. Em 27/02/24, 34s+5d, admissão hospitalar com proposta de transferência para unidade de referência, sendo os marcos do exame físico obstétrico da admissão: fundo uterino - 58cm; batimentos cardíofetais e movimentação fetal normais. USG doppler (28/02/24) inferindo centralização. Amniorrexe prematura seguida de óbito fetal em 01/03/24, sendo realizado parto cesariana devido a iteratividade, sem intercorrências. O fenótipo fetal pós nascimento é condizente com os achados sugeridos em USG.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

A displasia tanatofórica pertence ao grupo das osteocondrodisplasias congênitas. Tem incidência de 1/35000 a 1/50000 e é definida por nanismo, micromelia e insuficiência respiratória nas primeiras horas de vida. É autossômica dominante, letal, sem predomínio por sexo, relacionada com gene FGFR3 e fatores extrínsecos, como mau controle glicêmico em pacientes diabéticas. Há duas classificações: tipo I, com “fêmur em telefone”; e tipo II, com “crânio em folha de trevo” e ossos longos retos.

O diagnóstico pré-natal depende de achados ultrassonográficos. Após 12 semanas de gestação, avalia-se o CF (curto se $p < 5$ para idade gestacional). Outras alterações possíveis: redução de ossos longos e aumento de translucência nuczal (1º trimestre) e polidramnia, crânio em folha de

trevo, deficiência no crescimento e comprimento de ossos abaixo do percentil 5 (2º/3º trimestre). Após o parto, são realizados exames físico, radiológico e anatomopatológico.

É importante diferenciar em letal ou não letal no pré-natal, visto que há o direito de interrupção da gravidez ou evitar o parto cesáreo, caso confirmada a letalidade. O determinante mais importante é o grau de hipoplasia pulmonar, definido por: $CT < p5$, relação $CT/CA < 0,6$, costelas que circundam $< 70\%$ da CT, relação $(CF)/CA < 0,16$ associada à polidramnia, entre outros.

Assim, o diagnóstico precoce de uma de uma displasia letal é muito importante para um seguimento adequado em PNAR como também para que haja programação do parto com equipe especializada. Além disso, o casal necessitará de aconselhamento e planejamento gestacional futuro devido ao risco de recorrência da displasia óssea.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Clapp VG, Meirelles M, Nabuco PVO. **Displasia Tanatofórica: avaliação diagnóstica pré natal e cuidados paliativos neonatais**. Residência Pediatria. 2020. Disponível em: [pprint693.pdf \(gn1.link\)](#).
2. BACINO, C. A. **Displasias esqueléticas: abordagem à avaliação**. UpToDate, 05 de Julho de 2022. Disponível em: [Skeletal dysplasias: Approach to evaluation - UpToDate](#)
3. GLANC, Phyllis, FRCPC, FACR, David Chitayat, MD, FACMG, FCCMG, FRCPC. **Abordagem ao diagnóstico pré-natal das displasias esqueléticas letais (limitantes da vida)**. Uptodate, 03 de Janeiro de 2022. Disponível em: [Approach to prenatal diagnosis of the lethal \(life-limiting\) skeletal dysplasias - UpToDate](#)

Amenorreia primária associada a Hipertensão arterial sistêmica em paciente jovem: A deficiência de 17-hidroxilase é rara, mas não pode ser esquecida.

Mariana Godinho Almeida, Marcela de Oliveira Paiva, Letícia Ferreira Gontijo Silveira

Serviço de Endocrinologia, Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil

Introdução: A Hiperplasia Adrenal Congênita (HAC) por deficiência de 17alfa-hidroxilase/17,20-liase (17OHD) é uma desordem autossômica recessiva rara causada por mutações no gene *CYP17A1*, que provoca bloqueio da síntese de cortisol e de esteroides sexuais, estimulando a secreção hipofisária de ACTH, gerando aumento da produção de precursores, incluindo progesterona e mineralocorticoides. **Relato de caso:** Mulher, 24 anos, com queixa de amenorreia primária e histórico de hipertensão (HAS) de difícil controle, além de hipocalcemia persistente. Irmã com HAS e hipocalcemia desde os 10 anos, pais não consanguíneos. Ao exame: PA 160/100 mmHg, mamas Tanner 1, pelos pubianos Tanner 1, vulva hipoestrogenizada. Exames: FSH 72,8UI/L, Estradiol 18 pg/mL, K⁺ 3,5 mEq/L Cariótipo 46, XX; USG pélvica: útero hipoplásico, OD 0,8 cm³, OE 1,3 cm³. Inicialmente, foi feito o diagnóstico de falência ovariana prematura (FOP) e iniciada terapia de reposição hormonal com 17B-estradiol gel 1mg/dia. A paciente evoluiu com desenvolvimento mamário, porém manteve HAS de difícil controle. Devido à HAS precoce e hipocalcemia, levantou-se a hipótese de 17OHD. Novos exames após suspensão de TRH mostraram progesterona 21,58 ng/mL, FSH 86,4UI/L e LH 37,41UI/L, SDHEA 3mg/dL, androstenediona 0,3ng/dL, 17-beta estradiol < 20pg/mL, 17-hidroprogesterona 44ng/dL, cortisol basal 1,1 ug/dL, atividade de renina plasmática 0,2 ng/mL/h e K⁺ 3,5 mEq/L. O achado de progesterona elevada em contexto de FOP com HAS levou ao diagnóstico de 17OHD, apesar da indisponibilidade do teste genético. Atualmente, aos 35 anos, está em uso de adesivos transdérmicos de estradiol hemi-hidratado/ noretisterona 3,2/ 11,2 mg transdérmico (System Conti®), enalapril 20mg/dia, espironolactona 50mg/dia, prednisona 2,5 mg/dia com bom controle da HAS e desenvolvimento puberal M4P5, vida sexual ativa. **Discussão:** A 17OHD é responsável por apenas 1% dos casos de hiperplasia adrenal congênita e apresenta maior prevalência no Brasil e na China devido à presença de mutações no *CYP17A1* atribuídas a um efeito fundador. As mutações p.W406R e P.R362C são as mais comuns no Brasil. Seu diagnóstico em mulheres é geralmente feito na puberdade, quando pacientes se apresentam com amenorreia primária com perfil de hipogonadismo hipergonadotrófico e HAS, em geral, associado à hipocalcemia. Dados de literatura mostram que a principal manifestação é amenorreia primária e ausência de desenvolvimento puberal, a maioria com HAS. Progesterona basal está sempre elevada e o potássio sérico reduzido na maioria dos casos. O tratamento é feito com a reposição de glicocorticoides, que suprime a produção excessiva de ACTH e a produção de mineralocorticoides, melhorando a hipertensão e a caliurese, além da reposição de esteroides sexuais. Alternativamente, pode-se utilizar antagonistas mineralocorticoides. **Conclusão:** Deve-se sempre suspeitar de 17OHD em casos de FOP associada à HAS, indicando-

se a dosagem de progesterona, a qual não é rotineiramente solicitada em quadros de FOP. Níveis basais elevados de progesterona são indicativos do diagnóstico.

Referências bibliográficas:

- 1- Fontenele R et al. 17 α -HYDROXYLASE DEFICIENCY IS AN UNDERDIAGNOSED DISEASE: HIGH FREQUENCY OF MISDIAGNOSES IN A LARGE COHORT OF BRAZILIAN PATIENTS. *Endocr Pract.* 2018 Feb;24(2):170-178.
- 2- Carvalho LC et al. CLINICAL, HORMONAL, OVARIAN, AND GENETIC ASPECTS OF 46,XX PATIENTS WITH CONGENITAL ADRENAL HYPERPLASIA DUE TO CYP17A1 DEFECTS. *FERTIL STERIL.* 2016 Jun;105(6):1612-9.
- 3- Breder ISS et al. THREE NEW BRAZILIAN CASES OF 17A-HYDROXYLASE DEFICIENCY: CLINICAL, MOLECULAR, HORMONAL, AND TREATMENT FEATURES. *J Pediatr Endocrinol Metab.* 2018 Aug 28;31(8):937-942.
- 4- Auchus RJ. THE UNCOMMON FORMS OF CONGENITAL ADRENAL HYPERPLASIA. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes.* 2022 Jun 1;29(3):263-270.

Gestação ectópica em istmocele associada à malformação arteriovenosa: relato de caso

Introdução: O Brasil ocupa o 2º lugar dentre os países que mais realizam cesarianas no mundo, o que nos alerta para o aumento das complicações associadas a essa cirurgia, que implicam em alta morbimortalidade materna e neonatal. Uma delas é a ocorrência de istmocele, um defeito em forma de cunha, com descontinuação miometrial, localizado na parede uterina anterior, ao nível do istmo, topograficamente relacionado à incisão uterina de cesariana prévia. A gestação ectópica em istmocele (GEI) é a forma mais rara e potencialmente grave de gestação ectópica em função do risco de sangramento e ruptura uterina. Com isso, esse estudo visa relatar um caso de gestação ectópica em cicatriz de cesariana em paciente com diagnóstico ecográfico prévio de istmocele. A singularidade do caso relatado ocorre pela suspeita de malformação arteriovenosa (MAV) associada à topografia da implantação, o que levou à opção de tratamento farmacológico com doses múltiplas de metotrexato (MTX).

Descrição do caso: Paciente de 37 anos, G5PC1A2GE1, 5 semanas de idade gestacional. Portadora de adenomiose, histórico de salpingectomia à direita por gestação ectópica e duas perdas gestacionais. Apresenta-se com queixa de sangramento vaginal e queda da curva de dosagem sérica de Beta-hCG (BHCG), inicialmente em ascensão. Ao primeiro ultrassom obstétrico visualiza-se saco gestacional na transição corpo/cervical, e ausência de embrião, sugerindo abortamento retido (*missed abortion*). Em nova ultrassonografia realizada, com 6 semanas e um dia, confirmou-se interrupção da gestação pela ausência de BCE, mas com visualização do saco gestacional de 27,4mm de diâmetro médio em topografia de cicatriz de cesariana prévia com exuberante captação ao Doppler. A vascularização e o fluxo profuso sugeriram associação com MAV. Pelo maior risco de sangramento abundante e visando melhor efetividade no processo, optou-se pela administração de múltiplas doses (0, 2, 4, 6) de MTX, alternados com ácido fólico (1, 3, 5, 7) e seguimento com Desogestrel 75mg após a negatização do BHCG, obtido em 23 dias (4175,8 mUI/ml → 8,6 mUI/ml). Em rigoroso seguimento clínico e ultrassonográfico observou-se involução completa do saco gestacional e da suspeita de MAV na ultrassonografia após 88 dias do início do tratamento, sugerindo resolução completa da gestação ectópica. Ao final do seguimento, houve persistência de imagem heterogênea e triangular, de descontinuidade miometrial, em região de cesariana prévia, compatível com istmocele.

Conclusão: A GEI é uma complicação obstétrica rara, mas em crescente incidência: 1:2000 gestações e 6% de todas gestações ectópicas pós-cesarianas, que pode evoluir com importantes danos obstétricos se não identificada e abordada ainda no primeiro trimestre. A administração sistêmica de MTX é uma estratégia terapêutica em gestações de até 8 semanas sem batimento cardíofetal, bem descrita em diversos estudos. No caso descrito, além da GEI, pela provável associação com MAV, optou-se pela realização de múltiplas doses de MTX visando reduzir o risco de sangramento abundante. Ademais, observa-se que a contribuição da istmocele nas perdas gestacionais da paciente é incerta.

Associação de achados ultrassonográficos com parâmetros hematológicos, citocinas e sobrevida no câncer de ovário

Introdução e/ou Fundamentos: A resposta inflamatória está envolvida em quase todos os estágios do desenvolvimento do câncer. O câncer de ovário e sua progressão podem estar relacionados com citocinas e alterações hematológicas relacionadas a inflamação.

Objetivo: Avaliar a associação de achados ultrassonográficos com parâmetros hematológicos, marcadores tumorais e citocinas séricas em neoplasias anexais malignas e tumores borderline; e avaliar a associação desses achados com sobrevida global (SG) e sobrevida livre de doença (SLD).

Métodos: O estudo incluiu 33 pacientes com diagnóstico patológico confirmado de tumor ovariano borderline (n = 10) e neoplasia ovariana/tubária maligna (n = 23). Os parâmetros anatomopatológicos, marcadores tumorais, parâmetros hematológicos, níveis séricos de citocinas (IL-2, IL-5, IL-6, IL-8, IL-10 e TNF-alfa) e achados ultrassonográficos (volume e maior diâmetro da massa anexial, vegetação, áreas sólidas, septações, espessura da cápsula, vascularização no Doppler) foram avaliados. A comparação dos valores entre os grupos foi realizada utilizando o teste de Mann-Whitney. A sobrevida foi avaliada usando curvas de Kaplan-Meier e teste de log-rank. O nível de significância foi 0,05.

Resultados: Em relação ao volume tumoral e à morte, um valor de corte >245ml teve sensibilidade de 100% e especificidade de 61,5% (AUC = 0,769 e p = 0,013) em tumores malignos. A curva de Kaplan-Meier demonstrou menor SG em pacientes com volume tumoral maior que 245ml (p=0,031). Em relação ao volume tumoral e à SLD, um valor de corte >245ml teve sensibilidade de 100% e especificidade de 57,1% (AUC = 0,726 e p = 0,059, no limiar de significância) em tumores malignos. Com esse valor de corte foi criada uma curva de Kaplan-Meier, mostrando menor SLD em pacientes com volume tumoral maior que 245ml (p=0,024). Houve associação entre valores mais elevados de RDW e a presença de septos espessos (p=0,0355). Também houve associação do volume tumoral > 245ml com níveis mais baixos de hemoglobina (p=0,0102), níveis mais baixos de hematócrito (p=0,0095), níveis mais elevados de IL-8 sérica (p=0,0453) e níveis mais altos de RNL (p=0,0227). A presença de vascularização ao Doppler foi associada a valores mais altos de plaquetas (p=0,0339). Em relação aos

tumores *borderline*, não foi demonstrada associação entre ultrassonografia, parâmetros laboratoriais e sobrevida.

Discussão e Conclusão: Esse é o primeiro estudo na literatura que relaciona os achados ultrassonográficos com um amplo painel de parâmetros hematológicos, inflamatórios, imunológicos e sobrevida em neoplasias ovarianas. Achados ultrassonográficos em massas anexiais podem refletir parâmetros de resposta inflamatória e imunológica sistêmica no câncer de ovário. Em especial, um maior volume tumoral está associado a menores SG e SLD. Nossos achados podem auxiliar novos estudos que possam definir outros fatores prognósticos e preditores de sobrevida no câncer de ovário, ajudando os oncologistas clínicos a definir melhor o tratamento adjuvante.

Referências Bibliográficas

Ceran MU, Tasdemir U, Colak E, Güngör T. Can complete blood count inflammatory parameters in epithelial ovarian cancer contribute to prognosis? - a survival analysis. **J Ovarian Res.** 2019;12(1):16. doi: 10.1186/s13048-019-0491-7.

Li Z, Hong N, Robertson M, Wang C, Jiang G. Preoperative red cell distribution width and neutrophil-to-lymphocyte ratio predict survival in patients with epithelial ovarian cancer. **Sci Rep** 2017; 7:43001. doi: 10.1038/srep43001.

Nomelini RS, Carrijo Chiovato AF, Abdulmassih FBF, da Silva RC, Tavares-Murta BM, Murta EFC. Neutrophil-to-lymphocyte ratio and platelet count as prognostic factors in ovarian malignancies. **J Cancer Res Ther** 2019; 15(6):1226-1230. doi: 10.4103/jcrt.JCRT_304_17.

Polat M, Senol T, Ozkaya E, Ogurlu Pakay G, Cikman MS, Konukcu B, Ozten MA, Karateke A. Neutrophil to lymphocyte and platelet to lymphocyte ratios increase in ovarian tumors in the presence of frank stromal invasion. **Clin Transl Oncol** 2016; 18(5):457-63. doi: 10.1007/s12094-015-1387-7.

Sanguinete MMM, Oliveira PH, Martins-Filho A, Micheli DC, Tavares-Murta BM, Murta EFC, Nomelini RS. Serum IL-6 and IL-8 Correlate with Prognostic Factors in Ovarian Cancer. **Immunol Invest** 2017; 46(7):677-688. doi: 10.1080/08820139.2017.1360342.

O USO DO INOSITOL NO TRATAMENTO DA SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS: UMA REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

Débora Rodrigues Tolentino¹, Nayara Gomide de Resende², Mariana Karolina de Oliveira Carvalho²,
Letícia Caroline Oliveira Sasseron², Daiany Rodrigues Tolentino³ Marina Neves Rocha¹,

1. Ginecologia e Obstetrícia Hospital Belo Horizonte.
2. Acadêmica em Medicina pela Universidade Professor Edson Antônio Velano (UNIFENAS-BH).
3. Acadêmica em Medicina pelo Centro Universitário de Belo Horizonte (UNIBH)

Palavras-chave: Síndrome dos ovários policísticos; inositol; mulheres em idade reprodutiva.

RESUMO:

INTRODUÇÃO: A Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) é um distúrbio multigênico que acarreta desordem endócrina comum em mulheres em idade reprodutiva, caracterizada por hiperandrogenismo, anovulação crônica e anormalidades metabólicas¹. O inositol é um composto natural, com vários estereoisômeros, o qual se mostrou promissor no tratamento da SOP, melhorando vários parâmetros clínicos, endócrinos e metabólicos da doença². **OBJETIVO:** Realizar uma revisão bibliográfica para analisar e discutir a utilização do inositol e seus estereoisômeros no tratamento da SOP em mulheres na idade reprodutiva. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão narrativa de literatura. A busca dos artigos foi realizada na base de dados do Medline através do PubMed sendo utilizando os termos em inglês “Síndrome dos ovários policísticos”; “inositol”; “mulheres em idade reprodutiva”. Além disso, foi feita uma busca no Scispace, utilizado como pergunta: “o uso do inositol para tratamento da síndrome dos ovários policísticos?”. Foram selecionados os estudos a partir de sua qualidade e relevância para responder a pergunta de pesquisa. **RESULTADO E DISCUSSÕES:** A SOP é uma condição que está associada a anormalidade no eixo neuroendócrino reprodutor, o qual leva a manifestações como hiperandrogenismo, hiperinsulinemia, anovulação crônica e infertilidade¹. Apresenta uma prevalência de 6% a 20% em mulheres na menacme. Sua etiologia envolve uma complexa interação de predisposição genética e fatores ambientais, levando a secreção prejudicada de

gonadotrofinas, disfunção ovariana e resistência à insulina. Estudos indicam que o inositol e seus estereoisômeros como: mio inositol (MIO) e o D-qui-ro-inositol, podem melhorar a regularidade do ciclo menstrual, diminuir os níveis de testosterona, melhorar as taxas de ovulação, e reduzir a resistência à insulina em pacientes com SOP³. Tal medicamento, emerge como uma opção de tratamento benéfico oferecendo potenciais melhorias no gerenciamento da doença e também na melhora da fertilidade⁴. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Tendo em vista todas essas informações a respeito da SOP junto aos resultados dos estudos analisados, concluímos que ainda são necessários mais estudos para cientificamente comprovar que, uma vez diagnosticada a SOP, podemos tratar as pacientes com inositol pela possibilidade de apresentar melhoras efetivas nos sintomas da doença.

REFERÊNCIAS:

1. Dorina, Greff., A., E., Juhász., Szilárd, Vánca., Alex, Váradi., Zoltán, Sipos., Julia, Szinte., Sunjune, Park., Péter, Hegyi., Péter, Nyirády., Nándor, Ács., Szabolcs, Várbíró., D., Horvath. (2023). Inositol é um tratamento eficaz e seguro na síndrome dos ovários policísticos: uma revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados. *Biologia Reprodutiva e Endocrinologia*, 21(1) doi: 10.1186/s12958-023-01055-z
2. Jonas, C. Universidade Federal do Rio Grande do Sul Faculdade de Medicina Graduação em Nutrição. Uso terapêutico de mio-inositol como tratamento em pacientes com síndrome do ovário policístico. Porto Alegre [s.l: s.n.]. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/204272/001109117.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 10 abr. 2024.
3. SHOKRPOUR, Maryam et al. Comparison of myo-inositol and metformin on glycemic control, lipid profiles, and gene expression related to insulin and lipid metabolism in women with polycystic ovary syndrome: a randomized controlled clinical trial. *Gynecological Endocrinology*, v. 35, n. 5, p. 406-411, 2019.
4. Viet, Nguyen, Sa, Le., Minh, Tam, Le., Thi, Quynh, Anh, Tran., Ngoc, Thanh, Cao. (2023). Effectiveness of Inositol on clinical features, endocrine and metabolic profiles in infertile patients with polycystic ovary syndrome. *Tạp chí Phụ sản*, 21(1):73-79. doi: 10.46755/vjog.2023.1.1559

UMA CONEXÃO OCULTA ENTRE DENGUE E ÚLCERA DE LIPSCHUTZ: RELATO DE CASO

Débora Rodrigues Tolentino¹, Nayara Gomide de Resende², Victoria Alane Ferreira Maia²,
Daiany Rodrigues Tolentino³, Talvanes Ferrari Parizio¹

1. Ginecologia e Obstetrícia no Hospital Belo Horizonte (HBH //PGCM-MG // FELUMA)
2. Acadêmica em Medicina pela Universidade Professor Edson Antônio Velano (UNIFENAS-BH)
3. Acadêmica em Medicina pelo Centro Universitário de Belo Horizonte (UNIBH)

Palavras-Chave: Dengue, mulheres jovens, úlceras genitais agudas, úlcera de Lipschutz.

INTRODUÇÃO: A úlcera de Lipschutz, concomitantemente à dengue é uma condição rara com apresentações distintas. A úlcera de Lipschutz afeta mulheres jovens, sexualmente inativas, origem idiopática, com cicatrização espontânea. Enquanto a dengue apresenta sintomas típicos como febre, rash e trombocitopenia, mas pode apresentar sintomas atípicos, incluindo úlceras genitais. Portanto, embora essa associação seja incomum, é essencial que os profissionais de saúde estejam cientes das diversas manifestações que podem ocorrer em doenças como a dengue. **OBJETIVO:** Relatar um caso de dengue associado ao aparecimento de úlcera de Lipschutz em adolescente. **METODOLOGIA:** Elaborou-se um relato de caso a partir do atendimento hospitalar de uma jovem no setor de ginecologia. **DESCRIÇÃO DO CASO:** Paciente, 14 anos, sexualmente inativa, diagnosticada com dengue há 2 dias, no qual iniciou quadro de dengue clássica. Evoluiu com dor, edema, hiperemia e aparecimento de úlceras em região vulvar. Exame físico: regular estado geral, febril (39,5°C), anictérica e acianótica, abdome livre, sem sinais de irritação perineal. Ao exame ginecológico notou-se edema em pequenos lábios, úlceras de profundidade variadas com bordas elevadas de fundo limpo, dolorosas, hímen íntegro e presença de linfadenomegalia inguinal bilateral. Paciente e responsável foram orientadas quanto ao provável diagnóstico, sendo prescrito clobetasol. Foi reavaliada em 3 dias com regressão parcial das lesões e melhora algica importante, sendo necessário a prescrição adicional de banho de assento com cloridrato de benzidamina. Em 14 dias foi reexaminada e teve regressão completa das lesões. **DISCUSSÃO:** A úlcera de Lipschutz é uma doença incomum caracterizada por úlceras genitais dolorosas, de surgimento abrupto e com pontos de necrose na região vulvar. Nos casos mais graves da dengue, podem surgir complicações que afetam a circulação sanguínea e o sistema imunológico da paciente, aumentando o risco de desenvolver ulcerações, especialmente se houver danos aos vasos sanguíneos ou comprometimento da integridade da pele. A etiopatogenia da úlcera ainda não é clara, mas acredita-se que seja uma manifestação decorrente da reação de hipersensibilidade a infecções, tanto virais

como bacterianas, com deposição de imunocomplexos nos vasos da derme, ativação do sistema complemento, posteriormente microtrombos, levando a necrose tecidual. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Embora a dengue não seja uma causa direta do aparecimento de úlcera de Lipschutz, suas complicações e o comprometimento da circulação podem estar associadas ao aumento do risco das ulcerações. Assim, como o desenvolvimento das úlceras ainda não foi esclarecido, faz-se necessário pesquisas adicionais para elucidar sua etiologia e aprimorar o manejo clínico desta condição.

REFERÊNCIAS:

1. ARELLANO J, FUENTES E, MORENO P, Corredoira Y. Úlcera de Lipschütz, un diagnóstico para considerar en la población pediátrica. Arco Argent Pediatr. 1 de junho de 2019; 117(3):e305-e308. Espanhol. DOI: 10.5546/aap.2019.e305. PMID: 31063323.
2. SANTANA, Francielle Silva; DIAMANTINO, Taiza de Castro Costa; SILVA, Patrícia Mameluque e; RODRIGUES, Luisa Toledo Silva; DIAMANTINO, Tatiana Costa. Úlcera genital aguda em adolescente. **Sociedade Brasileira de Pediatria**, v. 12, n. 3, p. 432, 2022. Acesso em: 06 abr. 2024.
3. SOUZA, Renata Jardim; DA CRUZ, Felipe Mactavisch; SILVA NAZARÉ, Alice Cristina. ÚLCERA DE LIPSCHÜTZ: Patologia, diagnóstico e tratamento. **Simposio**, [S.l.], n. 11, p. 6, maio 2023. ISSN 2317-5974. Disponível em: <<http://revista.ugb.edu.br/ojs302/index.php/simposio/article/view/2699>>. Acesso em: 09 abr. 2024.
4. SIDBURY R Acute genital ulceration (Lipschutz ulcer). Up to date Março 2024. Acesso em: 08 abr. 2024.

HEMORRAGIA PÓS-PARTO TARDIA: RECONHECIMENTO PRECOCE E MANEJO ADEQUADO DO PSEUDOANEURISMA DE ARTÉRIA UTERINA

Autores: Paula Alves Melo de Souza¹, Isabela Benevenuto Teixeira², Júlia Di Sabatino Santos Guimarães³, Bruna Roque Ribeiro⁴, Paula Ester Mendes Barros⁵, Bruna Schettino Morato Barreira⁶

1 Médica pela Faculdade de Itaúna e Ginecologista e Obstetra pelo Hospital-Dia e Maternidade Unimed-BH

2 Médica pela Faculdade de Ciências Médicas da Saúde de Juiz de Fora (Suprema) e residente de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital-Dia e Maternidade Unimed-BH

3 Médica pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG) e residente de Cirurgia Ginecológica pelo Hospital Felício Rocho

4 Médica pela Universidade Federal de Ouro Preto e residente de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital-Dia e Maternidade Unimed-BH

5 Médica pela Faculdade de Ciências Médicas da Saúde de Belo Horizonte e Ginecologista e Obstetra do Hospital-Dia e Maternidade Unimed-BH

6 Médica pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG) e residente de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital-Dia e Maternidade Unimed-BH

INTRODUÇÃO: A hemorragia pós-parto tardia (HPPT) refere-se a um sangramento uterino significativo que ocorre entre 24 horas e 12 semanas após o parto. Acometem 0,2 a 2% das puérperas, tendo como principais causas a retenção de produtos da concepção, a infecção e a subinvolução do leito placentário. Entre as causas raras de HPPT destaca-se o pseudoaneurisma de artéria uterina (PAAU), incomum, porém de tratamento eficaz e menos invasivo quando identificado precocemente.

OBJETIVOS: Destacar a importância da suspeição diagnóstica e do reconhecimento precoce do PAAU, como causa de HPPT, para seu manejo rápido e adequado.

METODOLOGIA: Revisão de literatura utilizando as bases de dados Scielo, Pubmed e UpToDate.

DISCUSSÃO: O PAAU é uma malformação vascular, decorrente da lesão da íntima da artéria uterina evoluindo com dilatação sacular, acúmulo de sangue entre o espaço perivascular e dissecação de tecidos adjacentes. Acontece em decorrência de gravidez, curetagem, trauma vaginal e perineal ocorrido durante parto vaginal ou cesariana. Quando rompe, produz sangramento profuso, quase sempre intermitente, uma vez que seus limites atuam como válvulas. Manobras habituais no tratamento da HPPT, como a curetagem uterina tendem a ser ineficazes e a piorarem o quadro hemorrágico. Podem culminar em histerectomia, complicações cirúrgicas e grande morbidade à puerpera. O PAAU pode ser assintomático ou cursar com dor, efeito de massa, sangramento, ruptura, trombose ou embolização distal. Ele pode ser responsável por múltiplos atendimentos nas urgências obstétricas, muitas vezes com abordagens ineficazes e iatrogênicas, devido a não suspeição diagnóstica. A ultrassonografia pélvica, após a estabilização hemodinâmica e tratamento de suporte da hemorragia, podem ajudar na avaliação diagnóstica. Seus achados podem incluir lesão intra-uterina hipoecóica, vascularização ao estudo Doppler colorido e fluxo turbilhonar. A angiografia pélvica, padrão ouro para diagnóstico, porém pouco disponível, permite diagnóstico correto e terapia adequada no mesmo procedimento, utilizando uma técnica de baixo risco, com conservação da fertilidade, alta taxa de efetividade de controle de hemorragia e prevenção de morbimortalidade materna.

CONCLUSÃO: O PAAU é uma complicação grave e pouco frequente do puerpério, sendo que sinais e sintomas precoces devem entrar sempre no diagnóstico diferencial das HPPT afim de diminuir a morbimortalidade associada à moléstia.

REFERÊNCIAS

1. Fernández BM, Fernández MA, Domitrovic L, Balboa AÓ, Diagnóstico e embolização com cianoacrilato de pseudoaneurismas de origem ginecológica. *Jornal Radiología* (jornal em internet) .Julho a agosto de 2017. 59(4), 355–358. Acesso em 27 de abril de 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0033833816301813>
2. Fernandez CG, Sáenz LSJ, Gómez MV, Laguna MO, Ruiz ACP, Hernández JH. Rotura de pseudoaneurisma de arteria uterina tras cesárea. *Revista chilena de obstetrícia y ginecología*. [Revista em Internet]. 2019. Acesso em 27 de abril de 2020. 84 (4): 320-325. Disponível em: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262019000400320&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262019000400320>
3. Belfort MA. Postpartum hemorrhage: Medical and minimally invasive management. 2019. [Acesso em 27 de abril de 2020]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/postpartum-hemorrhage-medical-and-minimally-invasive-management?search=pseudoaneurysm%20of%20uterine%20artery&source=search_result&selectedTitle=9~150&usage_type=default&display_rank=9
4. Belfort MA. Secondary (late) postpartum hemorrhage. 2020. [Acesso em 27 de abril de 2020]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/secondary-late-postpartum-hemorrhage?search=hemorragia%20puerperal%20tardia&source=search_result&selectedTitle=1~17&usage_type=default&display_rank=1
- 5-Sumpio B. Treatment of visceral artery aneurysm and pseudoaneurysm. 2019. [Acesso em 27 de abril de 2020]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-visceral-artery-aneurysm-and-pseudoaneurysm?search=pseudoaneurysm%20of%20uterine%20artery&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4

HEMORRAGIA PÓS-PARTO TARDIA: RECONHECIMENTO PRECOCE E MANEJO ADEQUADO DO PSEUDOANEURISMA DE ARTÉRIA UTERINA

Autores: Paula Alves Melo de Souza¹, Isabela Benevenuto Teixeira², Júlia Di Sabatino Santos Guimarães³, Bruna Roque Ribeiro⁴, Paula Ester Mendes Barros⁵, Bruna Schettino Morato Barreira⁶

1 Médica pela Faculdade de Itaúna e Ginecologista e Obstetra pelo Hospital-Dia e Maternidade Unimed-BH

2 Médica pela Faculdade de Ciências Médicas da Saúde de Juiz de Fora (Suprema) e residente de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital-Dia e Maternidade Unimed-BH

3 Médica pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG) e residente de Cirurgia Ginecológica pelo Hospital Felício Rocho

4 Médica pela Universidade Federal de Ouro Preto e residente de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital-Dia e Maternidade Unimed-BH

5 Médica pela Faculdade de Ciências Médicas da Saúde de Belo Horizonte e Ginecologista e Obstetra do Hospital-Dia e Maternidade Unimed-BH

6 Médica pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG) e residente de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital-Dia e Maternidade Unimed-BH

INTRODUÇÃO: A hemorragia pós-parto tardia (HPPT) refere-se a um sangramento uterino significativo que ocorre entre 24 horas e 12 semanas após o parto. Acometem 0,2 a 2% das puérperas, tendo como principais causas a retenção de produtos da concepção, a infecção e a subinvolução do leito placentário. Entre as causas raras de HPPT destaca-se o pseudoaneurisma de artéria uterina (PAAU), incomum, porém de tratamento eficaz e menos invasivo quando identificado precocemente.

OBJETIVOS: Destacar a importância da suspeição diagnóstica e do reconhecimento precoce do PAAU, como causa de HPPT, para seu manejo rápido e adequado.

METODOLOGIA: Revisão de literatura utilizando as bases de dados Scielo, Pubmed e UpToDate.

DISCUSSÃO: O PAAU é uma malformação vascular, decorrente da lesão da íntima da artéria uterina evoluindo com dilatação sacular, acúmulo de sangue entre o espaço perivascular e dissecação de tecidos adjacentes. Acontece em decorrência de gravidez, curetagem, trauma vaginal e perineal ocorrido durante parto vaginal ou cesariana. Quando rompe, produz sangramento profuso, quase sempre intermitente, uma vez que seus limites atuam como válvulas. Manobras habituais no tratamento da HPPT, como a curetagem uterina tendem a ser ineficazes e a piorarem o quadro hemorrágico. Podem culminar em histerectomia, complicações cirúrgicas e grande morbidade à puerpera. O PAAU pode ser assintomático ou cursar com dor, efeito de massa, sangramento, ruptura, trombose ou embolização distal. Ele pode ser responsável por múltiplos atendimentos nas urgências obstétricas, muitas vezes com abordagens ineficazes e iatrogênicas, devido a não suspeição diagnóstica. A ultrassonografia pélvica, após a estabilização hemodinâmica e tratamento de suporte da hemorragia, podem ajudar na avaliação diagnóstica. Seus achados podem incluir lesão intra-uterina hipoecóica, vascularização ao estudo Doppler colorido e fluxo turbilhonar. A angiografia pélvica, padrão ouro para diagnóstico, porém pouco disponível, permite diagnóstico correto e terapia adequada no mesmo procedimento, utilizando uma técnica de baixo risco, com conservação da fertilidade, alta taxa de efetividade de controle de hemorragia e prevenção de morbimortalidade materna.

CONCLUSÃO: O PAAU é uma complicação grave e pouco frequente do puerpério, sendo que sinais e sintomas precoces devem entrar sempre no diagnóstico diferencial das HPPT afim de diminuir a morbimortalidade associada à moléstia.

REFERÊNCIAS

1. Fernández BM, Fernández MA, Domitrovic L, Balboa AÓ, Diagnóstico e embolização com cianoacrilato de pseudoaneurismas de origem ginecológica. *Jornal Radiología* (jornal em internet) .Julho a agosto de 2017. 59(4), 355–358. Acesso em 27 de abril de 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0033833816301813>
2. Fernandez CG, Sáenz LSJ, Gómez MV, Laguna MO, Ruiz ACP, Hernández JH. Rotura de pseudoaneurisma de arteria uterina tras cesárea. *Revista chilena de obstetrícia y ginecología*. [Revista em Internet]. 2019. Acesso em 27 de abril de 2020. 84 (4): 320-325. Disponível em: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262019000400320&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262019000400320>
3. Belfort MA. Postpartum hemorrhage: Medical and minimally invasive management. 2019. [Acesso em 27 de abril de 2020]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/postpartum-hemorrhage-medical-and-minimally-invasive-management?search=pseudoaneurysm%20of%20uterine%20artery&source=search_result&selectedTitle=9~150&usage_type=default&display_rank=9
4. Belfort MA. Secondary (late) postpartum hemorrhage. 2020. [Acesso em 27 de abril de 2020]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/secondary-late-postpartum-hemorrhage?search=hemorragia%20puerperal%20tardia&source=search_result&selectedTitle=1~17&usage_type=default&display_rank=1
- 5-Sumpio B. Treatment of visceral artery aneurysm and pseudoaneurysm. 2019. [Acesso em 27 de abril de 2020]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-visceral-artery-aneurysm-and-pseudoaneurysm?search=pseudoaneurysm%20of%20uterine%20artery&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4

Minimizando Invasividade, Maximizando Resultados: Sling de Uretra Média de Incisão Única na Incontinência Urinária

Autores: Isabela Benevenuto Teixeira ¹ ; Matheus Eduardo Soares Pinhati ² ; Sérgio Augusto Triginelli ³ ; Camila Barreto Silvestre ⁴ ; Bárbara Carmita da Silva Silveira ⁵ ; Agnaldo Lopes da Silva Filho ⁶

1 Médica pela Faculdade de Ciências Médicas da Saúde de Juiz de Fora (Suprema) e residente de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital-Dia e Maternidade Unimed-BH

2 Acadêmico pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

3 Médico pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Cirurgião Ginecológico do Hospital-Dia e Maternidade Unimed-BH

4 Médica pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG) e residente de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital-Dia e Maternidade Unimed-BH

5 Médica pela Universidade Federal de São João del-Rei campus Centro-Oeste (UFSJ-CCO) e residente de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital-Dia e Maternidade Unimed-BH

6 Médico pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Professor Titular da Faculdade de Medicina da UFMG

Introdução: A prevalência da incontinência urinária de esforço é de aproximadamente 40% com uma tendência a aumentar com o envelhecimento populacional. Nos últimos anos o tratamento cirúrgico tem evoluído no sentido de ser cada vez menos invasivo a partir da descrição da Teoria Integral e com o princípio do uso da faixa vaginal com menor tensão. Hoje existem diferentes tipos de sling de uretra média desde o retropúbico, transobturatório e mais recentemente, o sling de uretra média de incisão única, com menor tempo de hospitalização, dor pos-operatória menos intensa, menor tempo operatório, menos sangramento intraoperatório e menos disfunção vesical pós-operatória.

Objetivo: Análise retrospectiva do uso do sling de uretra média com incisão única.

Métodos: Foram realizadas 317 cirurgias para tratamento de incontinência urinária de esforço no período de 2018 a 2023 no Hospital-Dia e Maternidade Unimed-BH. As pacientes foram selecionadas através da análise clínica, física, laboratorial e estudo

urodinâmico. Foi utilizado o dispositivo com tela sintética de polipropileno macroporo em cujas extremidades apresenta um arpão para fixação na membrana do músculo obturatório de cada lado. Cada tela apresenta uma marca central arredondada para regular a colocação simétrica da tela. Após anestesia loco regional em posição ginecológica regular foi realizado uma incisão de 1-2cm na parede vaginal anterior suburetral e inserção da tela na porção fascial do forame obturatório de cada lado. Fechamento da parede vaginal anterior com sutura com fio vicryl 3-0 com pontos separados. Em seguida colocação de sonda vesical de Foley nº12. Alta hospitalar com 24hs após diurese espontânea. Controle pós-operatório com 30 dias, 3, 6 e 12 meses.

Resultados: De um total de 317 pacientes incluídas, 83,3% apresentavam incontinência urinária de esforço (IUE) e 16,7% tinham incontinência mista. Este estudo contemplou pacientes com idade mínima de 20 anos e máxima de 86 anos. O Índice de massa magra médio das mulheres submetidas a cirurgia foi de 28,8. Ao avaliar sobre histórico obstétrico progresso, 315 mulheres tiveram alguma gestação, sendo 297 dessas gestações, partos via vaginal. Nos estudos urodinâmicos, 12,3% das pacientes apresentaram pressão de perda urinária abaixo de 60 cmH₂O, 25,9% entre 60 e 90 cmH₂O, e 61,8% acima de 90 cmH₂O. Adicionalmente, 12,9% já haviam sido submetidas a cirurgias pélvicas anteriores como perineoplastia, histerectomia, Fothergill, e 3,5% relataram incontinência recorrente após outras intervenções cirúrgicas ou procedimentos com sling. As complicações foram observadas em 3,8% das pacientes, incluindo três casos de complicações imediatas pós-operatórias como a retenção urinária sendo a principal queixa nesses casos. Estes achados são consistentes com os relatados na literatura atual.

Conclusão: Os resultados sugerem que o sling de uretra média de incisão única representa uma opção cirúrgica promissora e eficiente para tratar a incontinência urinária em mulheres, oferecendo melhorias significativas nos sintomas com um perfil de baixa incidência de complicações que está de acordo com a literatura atual. Ainda são necessários melhores estudos para elucidação do seu uso no manejo cirúrgico da IUE.

REFERÊNCIAS

1. Lau HH, Davila GW, Chen YY, Sartori MGF, Jármay-Di Bella ZIK, Tsai JM, Liu YM, Su TH; FIGO Urogynecology and Pelvic Floor Committee. FIGO recommendations: Use of midurethral slings for the treatment of stress urinary incontinence. *Int J Gynaecol Obstet.* 2023 May;161(2):367-385. doi: 10.1002/ijgo.14683. Epub 2023 Feb 14. PMID: 36786495.
2. Abdel-Fattah M, Ford JA, Lim CP, Madhuvrata P. Single-incision mini-slings versus standard mid-urethral slings in surgical management of female stress urinary incontinence: a meta-analysis of effectiveness and complications. *Eur Urol* 2011;60:468-80
3. Medina CA, Costantini E, Petri E, Mourad S, Singla A, Rodríguez-Colorado S, Ortiz OC, Doumouchtsis SK. Evaluation and surgery for stress urinary incontinence: A FIGO working group report. *Neurourol Urodyn.* 2017 Feb;36(2):518-528. doi: 10.1002/nau.22960. Epub 2016 Mar 7. PMID: 26950893.
4. Guillot-Tantay C, Van Kerrebroeck P, Chartier-Kastler E, Dechartres A, Tubach F. Long-term Safety of Synthetic Midurethral Sling Implantation for the Treatment of Stress Urinary Incontinence in Adult Women: A Systematic Review. *Eur Urol Open Sci.* 2023 Jun 10;54:10-19. doi: 10.1016/j.euros.2023.05.013. PMID: 37334402; PMCID: PMC10276216.

ADENOCARCINOMA MUCIOSO EM PACIENTE JOVEM COM ABORDAGEM CIRÚRGICA CONSERVADORA E PRESERVAÇÃO DA FERTILIDADE

O Adenocarcinoma Mucinoso é um tipo histológico de neoplasia de ovário, sendo consensual a inexistência de um método de rastreio para detecção da doença. O tratamento envolve cirurgia, quimioterapia e imunoterapia. Embora o acometimento de jovens por essa neoplasia seja raro, é importante a discussão sobre preservação de fertilidade nessas pacientes. Este relato mostra o caso de uma paciente de 28 anos, G1A1, com quadro de infertilidade secundária após interrupção da contracepção em 2018. Ultrassonografia endovaginal evidenciou massa cística suspeita, com conteúdo espesso e homogêneo, em anexo direito. Ressonância magnética de pelve mostrou lesão expansiva sólido-cística altamente vascularizada suspeita de neoplasia ovariana primária. Marcadores tumorais (CEA, CA125 e alfa-fetoproteína) apresentaram valores normais. Após discussão multidisciplinar foi optado por abordagem cirúrgica conservadora, com coleta de lavado peritoneal, salpingooforectomia direita, biópsia de ovário esquerdo, omentectomia, apendicectomia e linfadenectomia pélvica. O anatomopatológico evidenciou carcinoma mucinoso com diferenciação neuroendócrina, grau 2, em ovário direito, com ausência de neoplasia nas demais peças e no lavado peritoneal (FIGO IA). Após imunoistoquímica o sítio primário ovariano foi confirmado e a diferenciação neuroendócrina não caracterizou componente neuroendócrino do tipo pequenas ou grandes células, mas, sim expressão do padrão intestinal com células mucinosas e endócrinas. Cirurgia e recuperação pós-operatória ocorreram sem complicações. O seguimento foi realizado com exame físico, exames de imagem e dosagem de CA-125, todos sem alterações, em consultas semestrais. A paciente engravidou em 2019 e 2021, sem intercorrências nas gestações, ambos os partos vaginais e a termo. A paciente permanece em remissão completa após 5 anos do tratamento cirúrgico conservador. O subtipo histológico mucinoso representa menos de 3% dos cânceres epiteliais de ovário, cerca de 83% dos casos são confinados ao ovário no momento do diagnóstico e a sobrevida global no estadio I é próxima de 90%. Os dados sobre segurança da preservação da fertilidade são limitados, sem um claro aumento do risco de recorrência ou morte. Embora as pacientes devam ser aconselhadas sobre possibilidade de recorrência, para pacientes estadiadas cirurgicamente, cirurgias preservadoras da fertilidade podem ser consideradas em pacientes jovens com desejo reprodutivo.

ENDOMETRIOMA EM PACIENTE PRÉ-MENACME: RELATO DE CASO

1) INTRODUÇÃO

Endometriose é uma doença crônica, benigna, estrogênio-dependente e de natureza multifatorial. Ocorre por proliferação anormal de tecido uterino fora do útero^{1,2}. O sintoma mais comum é dor pélvica e pode causar infertilidade^{3,4}. Os endometriomas são lesões císticas que derivam da endometriose e contêm líquido endometrial marrom escuro conhecidos como "cistos achocolatados". Podem causar dor intensa e são mais comumente encontrados nos ovários, embora possam ser encontrados em outros locais^{2,5}.

2) CASO CLÍNICO

Este relato descreve o caso de uma paciente de 13 anos com quadro de dor pélvica crônica iniciada há 6 meses, refratária ao uso de analgésicos, com períodos de agudização, sem alterações dos hábitos intestinais e urinários. Menarca ausente e história de neurocirurgia aos 3 meses de vida para implantação de válvula cefálica para tratamento de hidrocefalia. Ao exame, abdômen globoso doloroso à palpação em fossa ilíaca direita, sem irritação peritoneal. Caracteres sexuais adequados para idade, Turner M2P2. Ressonância de pelve mostrou ovário direito com volume de 9,5cm³ apresentando formação cística, multilobulada com finos septos O-RADS 5, moderada quantidade de líquido livre na pelve, sem demais alterações. Marcadores tumorais normais. Indicada videolaparoscopia, que evidenciou pequenos focos suspeitos de endometriose em peritônio, ovário direito aumentado de volume, pequena quantidade de líquido livre abdominal. Realizadas biópsias de peritônio, anexectomia direita (removido por endobag), coleta de líquido abdominal. Citologias sem alterações. Anatomopatológico ovário esquerdo: presença de focos de endometriose e corpo lúteo hemorrágico. Paciente não apresentou intercorrências e segue em acompanhamento ambulatorial.

3) DISCUSSÃO / CONCLUSÃO

Várias teorias tentam explicar a fisiopatologia da endometriose^{2,5}, entre elas a hipótese de que a endometriose manifestada no período pré-menarca pode se desenvolver a partir de células-tronco endometriais presentes no derramamento endometrial que ocorre infreqüentemente em recém-nascidos^{1,3}. Os endometriomas se desenvolvem com a estimulação do fator de crescimento do endotélio vascular da angiogênese associada à atividade ovariana anterior à menarca³.

O objetivo do tratamento é a melhora no quadro clínico^{2,4} e o tratamento de escolha pode ser a cirurgia. Em pacientes jovens a preservação do futuro reprodutivo deve ser uma preocupação e a cirurgia deve ser a mais conservadora possível².

Embora o câncer de ovário em crianças e adolescentes seja raro, os endometriomas ovarianos antes da menarca também são. A ocorrência de endometriose é maior após a puberdade, devido ao estímulo estrogênico². Considerando isto e o fato de que o diagnóstico da endometriose antes e durante a cirurgia inclui dados clínicos como idade, sintomas e exames de imagem², o caso mostra a dificuldade da diferenciação entre tumores benignos e malignos em casos raros antes do resultado anatomopatológico e a importância da preservação de futuro reprodutivo nessas pacientes.

4) REFERÊNCIAS

1. Rolla, E. (2019). Endometriosis: advances and controversies in classification, pathogenesis, diagnosis, and treatment. **F1000Research**, 8, 529. doi:10.12688/f1000research.14817.1. Acesso em: 8 abr 2024.
2. Koninckx PR, Fernandes R, Ussia A, Schindler L, Wattiez A, Al-Suwaidi S, Amro B, Al-Maamari B, Hakim Z, Tahlak M. Pathogenesis Based Diagnosis and Treatment of Endometriosis. **Front Endocrinol**, Lausanne, 2021 Nov 25;12:745548. doi: 10.3389/fendo.2021.745548. PMID: 34899597; PMCID: PMC8656967. Acesso em: 8 abr 2024.
3. Brosens, I., Gordts, S., & Benagiano, G. Endometriosis in adolescents is a hidden, progressive and severe disease that deserves attention, not just compassion. **Human Reproduction**, 2013, 28(8), 2026–2031. doi:10.1093/humrep/det243. Acesso em: 10 abr 2024.
4. Organização Mundial da Saúde. Endometriose [Internet]. Organização Mundial da Saúde. [Data de atualização 24/03/23; data de acesso 07/04/2024]. Disponível em: https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/endometriosis/?gad_source=1&gclid=CjwKCAjwwr6wBhBcEiwAfMEQs8Ht8ou9nHN7xZd3Fg91n2GKv5PsUXkvCAengQy52LqdlhU6ubAsTBoCGDQQAvD_BwE
5. Hoyle AT, Puckett Y. Endometrioma. 2023 Jun 5. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): **StatPearls Publishing**; 2024 Jan. PMID: 32644656. Acesso em: 11 abr 2024.

O USO DA IMUNO-HISTOQUÍMICA NO DIAGNÓSTICO DA ENDOMETRITE CRÔNICA: UMA REVISÃO NARRATIVA DE LITERATURA

A endometrite crônica (EC) é uma doença inflamatória persistente do endométrio caracterizada pela presença de infiltração de células plasmáticas no estroma endometrial. De início leva à promoção de mudanças na imunocompetência das células endometriais, afeta a produção de citocinas inflamatórias, impacta negativamente na decidualização e modifica a expressão dos receptores de esteroides sexuais, ou seja, determina um aumento dos receptores estrogênicos e a proliferação celular, levando à diminuição da apoptose e tendo como consequência atraso na diferenciação endometrial no meio da fase secretora, o que afeta a receptividade endometrial. Isso pode acarretar um impacto na vida reprodutiva, pois a EC pode ocasionar uma infecção endometrial subclínica, levando à ocorrência de falhas de implantação após fertilização *in vitro* (FIV), abortamentos espontâneos de repetição e prematuridade. O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão de literatura sobre EC e os métodos de diagnóstico, principalmente o uso da imuno-histoquímica (CD138). Para isso, quatro pesquisadores realizaram uma busca nas bases de dados Pubmed/Medline e UpToDate, de artigos publicados nos últimos dez anos que avaliaram a sensibilidade dos métodos diagnósticos da EC. Foram considerados estudos publicados nos idiomas português, inglês e espanhol. Quanto à prevalência da EC, há estimativas de 10 a 11% da população feminina. Considerando que, em média, 25% das pacientes com EC são assintomáticas e, quando presentes os sintomas, são leves e inespecíficos, o diagnóstico clínico ainda é um desafio para os ginecologistas. De acordo com a literatura, métodos diferentes têm sido utilizados para diagnóstico de EC, como: histeroscopia, histologia, cultura microbiana e imuno-histoquímica para quantificação de células plasmáticas CD138+. Geralmente estão presentes na cavidade uterina da EC bactérias comuns, como: *Enterococcus faecalis*, *Streptococcus spp.*, *Staphylococcus spp.*, *Escherichia coli*, *Corynebacterium*, *Klebsiella pneumoniae* e *Mycoplasma / Ureaplasma spp.*, as quais são detectadas em testes de reação em cadeia da polimerase para DNA de

Mycoplasma/Ureaplasma ou culturas microbianas. Foi introduzido recentemente o estudo imuno-histoquímico, com análise do marcador CD138 (Syndecan-1) – proteoglicano encontrado especificamente na superfície celular de plasmócitos –, com objetivo de aumentar a sensibilidade e a especificidade diagnóstica da EC, levando à diminuição do viés do examinador e facilitando uma melhor comparação de trabalhos. Apesar disso, devido à falta de critérios padronizados para a classificação da EC, o diagnóstico histopatológico permanece subjetivo, podendo sofrer variações entre diferentes centros, mesmo com a imuno-histoquímica. Os resultados evidenciam que o exame histológico endometrial com identificação de plasmócitos por imuno-histoquímica (CD138) é considerado um teste de maior precisão para diagnóstico da endometrite crônica. No entanto mais estudos são necessários para que seja estabelecida a padronização dos critérios para diagnósticos, como número de plasmócitos a serem considerados por campo de aumento, fase do ciclo menstrual para coleta de biópsia e meio de coleta.

REFERÊNCIAS

1. Kimura F, Takebayashi A, Ishida M, Nakamura A, Kitazawa J, Morimune A, *et al.* Review: Chronic endometritis and its effect on reproduction. J. Obstet. Gynaecol. Res. 2019; 45(5): 951-960.
2. Park HJ, Kim YS, Yoon TK, Lee WS. Chronic endometritis and infertility. Clin Exp Reprod Med. 2016;43(4):185-92.
3. Kitaya K, Takeuchi T, Mizuta S, Matsubayashi H, Ishikawa T. Endometritis: new time, new concepts. Fertil Steril. 2018;110(3):344-50.
4. Crosera AMLV, Schor E, Ueno J. A influência da endometrite crônica nas pacientes com falhas de implantação recorrentes após fertilização *in vitro*. FEMINA. 2012;40(6): 319-324.
5. Grando LB. Endometrite crônica e infertilidade. FEMINA 2021;49(2):109-14.

PAPEL DO LINFONODO SENTINELA NO CÂNCER DE ENDOMÉTRIO: REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

Introdução: O câncer de endométrio (CE) é o nono câncer mais diagnosticado no Brasil; e as taxas de incidência são crescentes devido a mudanças epidemiológicas e ambientais que afetam a população feminina brasileira, segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA). Os principais sintomas de CE são sangramento pós-menopausa, desconforto pélvico e sangramento uterino anormal. A maioria das pacientes apresenta-se no estágio I ao diagnóstico e tem bom prognóstico, com uma taxa de sobrevivência global superior a 90-95%. O tratamento padrão do CE é cirúrgico e consiste em histerectomia total com salpingooforectomia bilateral, podendo incluir a linfadenectomia pélvica e para-aórtica, que traz como consequência maior morbidade para as pacientes. Nesse sentido, o mapeamento do Linfonodo Sentinela (LS) surgiu como uma alternativa em relação à linfadenectomia sistemática, por oferecer informações prognósticas precisas ao mesmo tempo que evita as possíveis complicações e morbidade da linfadenectomia clássica. **Metodologia:** Foi feita uma Revisão Sistemática de Literatura em que, por meio de buscas realizadas por quatro pesquisadores, ocorridas entre março e novembro de 2023, nas bases de dados PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), foram eleitos 89 estudos. Para composição das expressões de busca, foram utilizados os descritores “linfonodo sentinela” OR “sentinel lymph node” OR “biópsia linfonodo sentinela” OR “sentinel lymph node biopsy” AND , “câncer de endométrio” OR “endometrial neoplasms”, obtidos a partir do vocabulário controlado Medical Subject Headings (MeSH). A leitura do título e resumo foi realizada por quatro autores e foram incluídos oito estudos na formulação da revisão. Como critério de elegibilidade dos artigos, foram incluídos ensaios clínicos randomizados com pacientes adultas submetidas ao tratamento cirúrgico de CE comparando a linfadenectomia sistemática com o linfadenectomia seletiva por meio do linfonodo sentinela e que avaliaram a sensibilidade dos métodos para identificação de metástases e micrometástases. **Desenvolvimento:** A classificação da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetria (FIGO) 2023 para estadiamento do CE considera grau de invasão tumoral, acometimento do espaço linfovascular, metástase, incluindo a linfonodal e, como novidade, a classificação molecular (POLEmut, EEC, SCNA-alta e SNCA-baixa). Esses fatores são diretamente ligados ao prognóstico e às condutas a serem tomadas. A biópsia do LS, na qual utiliza-se a injeção cervical de Indocianina Verde (ICG) considerada o marcador mais eficaz devido à simplicidade técnica e alta taxa de detecção (sensibilidade superior a 90%), permite que seja identificado o primeiro linfonodo e examinado histologicamente quanto ao envolvimento com células cancerígenas e avalia sua imuno-histoquímica. **Conclusão:** Apesar da avaliação dos linfonodos pélvicos e paraaórticos participarem do estadiamento cirúrgico do CE, os resultados evidenciaram que os LS possuem alta sensibilidade para detecção de metástase do CE, com menor morbidade. Entretanto são necessários estudos prospectivos para esclarecer os impactos no resultado oncológico a longo prazo em pacientes submetidas ao mapeamento de LS em CE de alto grau.

REFERÊNCIAS

1. Kumar S, Podratz KC, Bakkum-Gamez JN, Dowdy SC, Weaver AL, McGree ME, et al. /Prospective assessment of the prevalence of pelvic, paraaortic and high paraaortic lymph node metastasis in endometrial cancer. *Gynecol Oncol.* 2014;132(01):38-43.
2. Rocha LLS, Lira DL, Adorno SS, Belém GLS, Rocha Júnior AJF, Saback MC. Linfonodo sentinela no câncer de endométrio: Revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde.* 2019;11(5):302.
3. Eva – Grupo Brasileiro de Tumores Ginecológicos. Dia Mundial do câncer: Câncer de colo do útero, ovário e endométrio respondem por 13% dos casos nas brasileiras. 2023. [Acesso em 16 abr. 2023]. Disponível em: <https://eva.org.br/dia-mundial-do-cancer-cancer-de-colo-do-utero-ovario-eendometrio-respondem-por-13-dos-casos-nas-brasileiras/>.
4. Sawicki S, Lass P, Wydra D. Sentinel lymph node biopsy in endometrial cancer–comparison of 2 detection methods. *Int J Gynecol Cancer: Off J Int Gynecol Cancer Soc.* 2015;25(6): 1044-50.
5. Bodurtha Smith AJ, Fader AN, Tanner EJ. Sentinel lymph node assessment in endometrial cancer: a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* 2017;216(5):459-76.

TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA OCULTA NA CORREÇÃO DO PROLAPSO GENITAL: REVISÃO DE LITERATURA

INTRODUÇÃO: O prolapso dos órgãos pélvicos (POP) é uma condição que ocorre devido a uma perda dos níveis de sustentação do assoalho pélvico. Muitas vezes pode associar-se à incontinência urinária de esforço (IUE), definida como toda perda urinária decorrente de algum esforço físico. Ambas essas condições apresentam fatores de risco semelhantes, e estudos estimam que até 62,7% das pacientes com POP apresentam IUE. Entretanto até 80% das pacientes com POP não apresentam queixa de perda urinária, uma vez que seus sintomas se encontram ocultos em decorrência da compressão extrínseca da uretra pelo prolapso. Nesse contexto, considera-se que parte das pacientes com POP apresentam incontinência urinária oculta (IUO), condição que frequentemente só é diagnosticada após o surgimento de sintomas de IUE no pós-operatório do tratamento cirúrgico do prolapso. Assim, o objetivo deste estudo é discutir a aplicabilidade da realização de procedimentos antiincontinência durante a correção cirúrgica de um POP, avaliando sua efetividade na prevenção de sintomas de IUE no pós-operatório.

METODOLOGIA: O percurso metodológico utiliza o protocolo Preferred Reporting Items for Systematic Reviews (Prisma). Foi realizada uma busca nas bases de dados Pubmed, BVS e UpToDate, entre os meses de março e novembro de 2020. Os termos de indexação principais foram baseados nos Descritores em Ciências da Saúde/Medical Subject Headings (DeCS/MeSH): “Urinary Incontinence” AND “Pelvic Organ Prolapse”. Inicialmente foram identificados 105 artigos. Foram aplicados os critérios de elegibilidade, ensaios clínicos randomizados que avaliaram a correção da IUE no mesmo tempo cirúrgico da correção do POP e a não correção para avaliar a ocorrência de IUE no pós-operatório, sendo 25 estudos incluídos na pesquisa.

RESULTADOS: Observou-se que não há consenso na literatura acerca dos benefícios da correção da IUE concomitante ao POP e da técnica específica que deve ser utilizada. Dentre as técnicas analisadas, o *sling* retropúbico (TVT) foi a que mais reduziu a incidência de IUE no pós-operatório, sendo que um dos autores recomendou que essa técnica só deve ser utilizada em pacientes que se encontrem sintomáticas no pré-operatório. Já a colposuspensão de Burch foi associada tanto a maiores quanto a menores taxas de IUE no pós-operatório, a depender do estudo analisado. Constatou-se também que a inserção de tipoia simultaneamente à cirurgia de POP é uma técnica questionável.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO: As evidências acerca da correção da IUE concomitante ao POP são limitadas, de forma que ainda são necessários ensaios clínicos randomizados e multicêntricos para uma avaliação precisa dos riscos e benefícios dessa correção dupla. Atualmente, recomenda-se uma abordagem multidisciplinar e individualizada, em que o aconselhamento adequado da paciente é essencial para a indicação ou não de tal correção concomitante e para a prevenção de potenciais sintomas urinários após o tratamento cirúrgico de um POP.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Marinkovic SP, Stanton SL. Incontinence and voiding difficulties associated with prolapse. *J Urol*. 2004;171(3):1021-8.
- 2- Minassian VA, Drutz HP, Al-Badr A. Urinary incontinence as a worldwide problem. *International Journal Of Gynecology And Obstetrics*. 2003 Sep;82(3):327-38.
- 3- Woodman PJ, Swift SE, O'Boyle AL, Valley MT, Bland DR, Kahn MA, et al. Prevalence of severe pelvic organ prolapse in relation to job description and socioeconomic status: a multicenter cross-sectional study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2006;17(4):340-45.
- 4- Mant, J.; Painter, R.; Vessey, M. Epidemiology of genital prolapse: observations from the Oxford Family Planning Association study. *Br J Obstet Gynecol* 1997; 104:579-585. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9166201>>. Acesso em: dez de 2020
- 5- Ismail, S.I.; Bain, C.; Hagen, S. Oestrogens for treatment or prevention of pelvic organ prolapse in postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;CD007063. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20824855/>>. Acesso em: dez 2020

Alternativas não-farmacológicas para analgesia no trabalho de parto: revisão sistemática da literatura

A dor do parto apresenta componente visceral e somático, podendo ser um dos momentos de maior dor física na vida das mulheres, demandando, portanto, a melhor escolha de analgesia dentre os métodos farmacológicos e não farmacológicos, de forma individualizada. As contraindicações, as preferências da paciente, a indisponibilidade de medicações e a falha técnica são alguns dos elementos que devem ser considerados para melhor abordagem analgésica da paciente, pois, evidências indicam que o alívio da dor não é o único elemento associado a índices elevados de satisfação materna. Esta revisão sistemática visa identificar os métodos não-farmacológicos utilizados no trabalho de parto e a eficácia destas técnicas no controle da dor. Foram selecionados 16 artigos por meio das bases Medline e LILACS. Os descritores utilizados foram: *labor analgesia; labor pain; nonpharmacologic; pain management; labor*. Os critérios de inclusão foram: últimos cinco anos, língua inglesa ou portuguesa, além de análise do título, resumo e leitura dos artigos na íntegra. Os principais métodos descritos foram: a massagem intraparto, que é uma alternativa ainda controversa, mas que apresentou resultados positivos em ensaios clínicos recentes, como a redução da quantidade de mulheres que solicitaram anestesia peridural em comparação ao grupo controle; a acupuntura, que trouxe desfechos positivos em ensaios clínicos randomizados, aumentando a satisfação com alívio da dor do parto e reduzindo a necessidade de analgésicos; os exercícios na bola suíça, os quais se mostraram eficazes tanto no objetivo analgésico, quanto no auxílio da progressão do trabalho de parto, facilitando a obtenção da posição vertical do feto; a realidade virtual imersiva, que é outra alternativa que apresenta potencial para manejo da dor do parto, visto que tem demonstrado resultados promissores na redução dos escores de dor antes da realização da anestesia peridural, sendo um método que pode ser um complemento para melhor experiência da parturiente; as técnicas de relaxamento, as quais englobam diferentes métodos como ioga, hipnoterapia e musicoterapia, sendo que a utilização dessas técnicas mostrou uma possível ação analgésica em estudos randomizados, ainda com baixa evidência e a eletroestimulação transcutânea, técnica que usa corrente elétrica de baixa voltagem para ativar sistemas inibitórios descendentes no sistema nervoso central, a qual demonstrou resultados positivos em comparação a placebo no alívio da dor, mesmo horas após seu uso, além de poder reduzir a duração da fase ativa do parto. Pode-se concluir que os métodos farmacológicos, embora tradicionalmente eficazes na redução da dor, podem apresentar efeitos colaterais negativos, enquanto os não-farmacológicos, embora ainda

necessitem de evidências mais robustas e protocolos mais bem delineados, tem demonstrado promover vínculo e satisfação com a experiência do parto.

Referências:

1. BALJON, K. et al. Effectiveness of Breathing Exercises, Foot Reflexology and Massage (BRM) on Maternal and Newborn Outcomes Among Primigravidae in Saudi Arabia: A Randomized Controlled Trial. **International Journal of Women's Health**, v. Volume 14, p. 279–295, fev. 2022.
2. BEYABLE, A. A.; BAYABLE, S. D.; ASHEBIR, Y. G. Pharmacologic and non-pharmacologic labor pain management techniques in a resource-limited setting: A systematic review. **Annals of Medicine and Surgery**, v. 74, p. 103312, fev. 2022.
3. CARUS, E. G. et al. Immersive virtual reality on childbirth experience for women: a randomized controlled trial. **BMC Pregnancy Childbirth**, p. 354–354, 2022.
4. GRIBEL, G. P. C.; COCA-VELARDE, L. G.; MOREIRA DE SÁ, R. A. Influence of non-pharmacological obstetric interventions on adverse outcomes of childbirth under regional analgesia. **J Perinat Med**, p. 495–503, 2020.
5. LAI, C. et al. Effectiveness of a childbirth massage programme for labor pain relief in nulliparous pregnant women at term: a randomized controlled trial. **Hong Kong Medical Journal**, 17 dez. 2021.
6. LIM, G. et al. A Systematic Scoping Review of Peridelivery Pain Management for Pregnant People With Opioid Use Disorder: From the Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology and Society for Maternal Fetal Medicine. **Anesthesia & Analgesia**, v. 135, n. 5, p. 912–925, 22 set. 2022.
7. MASCARENHAS, V. H. A. et al. Evidências científicas sobre métodos não farmacológicos para alívio a dor do parto. **Acta Paul. Enferm. (Online)**, p. 350–357, 2019.
8. MELILLO, A. et al. Labor Analgesia: A Systematic Review and Meta-Analysis of Non-Pharmacological Complementary and Alternative Approaches to Pain during First Stage of Labor. **Critical Reviews in Eukaryotic Gene Expression**, v. 32, n. 2, p. 61–89, 2022.
9. NJOGU, A. et al. The effects of transcutaneous electrical nerve stimulation during the first stage of labor: a randomized controlled trial. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 21, n. 1, 24 fev. 2021.

10. REIS, C. C. S. DOS et al. Transcutaneous Nerve Electrostimulation (TENS) in Pain Relief During Labor: A Scope Review. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics**, v. 44, n. 02, p. 187–193, fev. 2022.
11. SANTANA, L. S. et al. Applying a physiotherapy protocol to women during the active phase of labor improves obstetrical outcomes: a randomized clinical trial. **AJOG Glob Rep**, p. 100125–100125, 2022.
12. SMITH, C. A. et al. Acupuncture or acupressure for pain management during labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 2, 7 fev. 2020.
13. THOMSON, G. et al. Women's experiences of pharmacological and non-pharmacological pain relief methods for labour and childbirth: a qualitative systematic review. **Reproductive Health**, v. 16, n. 1, 2019.
14. WONG, M. S.; SPIEGEL, B. M. R.; GREGORY, K. D. Virtual Reality Reduces Pain in Laboring Women: A Randomized Controlled Trial. **American Journal of Perinatology**, 2 jun. 2020.
15. YEUNG, M. P. S. et al. Birth ball for pregnant women in labour research protocol: a multi-centre randomized controlled trial. **BMC Pregnancy Childbirth**, p. 153–153, 2019.
16. ZUAREZ-EASTON, S. et al. Pharmacological and Non-Pharmacological Options for Pain Relief During Labor: an Expert Review. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 228, n. 5, mar. 2023.

Anemia falciforme e contracepção: revisão sistemática da literatura

Anemia falciforme (AF) é uma condição genética autossômica recessiva, a partir da mutação única no gene da globina beta da hemoglobina, com produção de hemácias falciformes, as quais são suscetíveis à hemólise e menos deformáveis, condições que impactam nas manifestações clínicas da doença. Em mulheres portadoras de AF, a escolha da contracepção deve ser feita avaliando os efeitos adversos indesejáveis e o risco de exacerbação da doença. Para aquelas que possuem o desejo de engravidar, não há contra-indicações, no entanto, cuidados específicos são necessários para evitar potenciais riscos maternos: eventos tromboembólicos, vaso-oclusão dolorosa, hemólise e morte materna; e riscos fetais: crescimento intrauterino restrito, baixo peso ao nascer, prematuridade e morte fetal. Essa revisão sistemática da literatura objetiva identificar os principais desafios do planejamento familiar de mulheres portadoras de AF. Os descritores utilizados foram: *Sickle cell anemia*, *Contraception*, *Intrauterine Devices*, *Oral Contraceptives*, *Women 's Health*. A combinação desses por operadores booleanos ocorreu nas bases de dados LILACS, SciELO e PUBMED. Os critérios de inclusão adotados foram: últimos cinco anos; língua inglesa ou portuguesa; análise do título, resumo e, posteriormente, leitura dos artigos na íntegra. Foram incluídos 14 artigos, entre os quais estão estudos primários e secundários que se enquadram no escopo da pesquisa. De acordo com os critérios de elegibilidade para uso de contraceptivos da Organização Mundial da Saúde, não existem contra-indicações para mulheres falcêmicas, uma vez que todos são considerados categoria 1 ou 2. Porém, na literatura, destaca-se o fator da desinformação entre os profissionais de saúde e as pacientes no manejo contraceptivo o que se corrobora pela constatação que mulheres falcêmicas apresentam altas taxas de gravidez indesejada, baixo conhecimento da eficácia contraceptiva e baixo uso de contracepção reversível de longa ação. Da mesma forma, um estudo qualitativo em Recife/Brasil, constatou que 11 de 15 mulheres (73%) portadoras de AF avaliadas nunca tiveram o acesso a informações de contracepção. Entre os contraceptivos, atualmente os mais utilizados por essa população são: injeção de medroxiprogesterona e sistema intrauterino de levonorgestrel, porém foi observada uma menor taxa de uso entre as mulheres com AF do que a população geral (44% e 65%, respectivamente). Segundo tal estudo, as prioridades estabelecidas pelas mulheres falcêmicas na escolha do método são: eficácia, ausência de efeitos colaterais e opções que atuem na melhora da dismenorreia. Cerca de 50% das mulheres no estudo descrevem episódios de crise de dor falciforme associadas ao período menstrual, o que já é descrito por literatura prévia, sugerindo que a contracepção hormonal pode ser utilizada para

diminuir as crises. Conclui-se, portanto, que os principais desafios do planejamento familiar em mulheres portadoras de AF englobam tanto o cuidado anticoncepcional quanto o gestacional, visto que é uma patologia com graves complicações potenciais, devendo o profissional responsável estar atento às necessidades e aos desejos da paciente.

Referências bibliográficas:

1. ASKEW, M. A. et al. Pediatric hematology providers' contraceptive practices for female adolescents and young adults with sickle cell disease: A national survey. **Pediatric blood & cancer**, v. 69, n. 10, p. e29877, 2022.
2. DAY, M. E. et al. Contraceptive Methods and the Impact of Menstruation on Daily Functioning in Women with Sickle Cell Disease. **Southern Medical Journal**, v. 112, n. 3, p. 174-179, 2019.
3. GROS, M. et al. Sexual health of French adolescents with sickle cell disease. **The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care**, v. 25, n. 4, p. 293-298, 2020.
4. LEROY-MELAMED, M. et al. Provider attitudes, preferences, and practices regarding sexual and reproductive health for adolescents and young adults with sickle cell disease. **Journal of Adolescent Health**, v. 69, n. 6, p. 970-975, 2021.
5. LINTON, E. A. et al. Family planning needs of young adults with sickle cell disease. **Ejhaem**, v. 4, n. 3, p. 587-594, 2023.
6. PECKER, L. H. et al. Women with sickle cell disease report low knowledge and use of long acting reversible contraception. **Journal of the National Medical Association**, jun. 2021.
7. PECKER, L. H.; KUO, K. H. M. Go the Distance: Reproductive healthcare for people with sickle cell disease. **Hematology/Oncology Clinics of North America**, n. 36, v. 6, p. 1255-1270, dez. 2022.
8. PECKER, L. H. et al. Knowledge gaps in reproductive and sexual health in girls and women with sickle cell disease. **British journal of haematology**, v. 194, n. 6, p. 970-979, 2021.
9. PEDROSA, E. N. et al. Contracepção e planejamento reprodutivo na percepção de mulheres com doença falciforme. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, p. e20200109, 16 jul. 2021.

10. ROE, A. H. et al. Contraceptive use and preferences among females with sickle cell disease. **Contraception**, v. 105, p. 42-45, 2022.
11. SCOTT, N.; MASLYANSKAYA, S.. Contraceptive needs of adolescents with chronic illness. **Pediatric annals**, v. 48, n. 2, p. e78-e85, 2019.
12. SHANKAR, D. et al. Contraception, pregnancy, and STI counseling and care among transitioning young adults with sickle cell disease. **Blood Advances**, v. 7, n. 21, p. 6668-6671, 2023.
13. SOLLERS III, J. J. et al. Menstrual type, pain and psychological distress in adult women with sickle cell disease (SCD). **Journal of the National Medical Association**, v. 113, n. 1, p. 54-58, 2021.
14. STANEK, C. J. et al. Reproductive health counseling among youth with sickle cell disease. **Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology**, v. 36, n. 4, p. 393-398, 2023.

CERCLAGEM DO COLO UTERINO NA INCOMPETÊNCIA ISTMOCERVICAL: REVISÃO NARRATIVA

INTRODUÇÃO: A incompetência istmocervical (IIC) é a incapacidade do colo uterino de preservar a gestação na ausência de sinais e sintomas clínicos de trabalho de parto no decorrer do segundo ou início do terceiro trimestre de gestação. A IIC acomete pacientes com anormalidades congênitas, adquiridas ou pós-traumáticas do colo uterino. Existem métodos não-cirúrgicos e cirúrgicos para o tratamento da IIC. Entre os métodos cirúrgicos, destacam-se a cerclagem transvaginal (TVC) e a cerclagem laparoscópica (LAC). **OBJETIVO:** O objetivo desta pesquisa é comparar a TVC e a LAC no tratamento da incompetência istmocervical. **MÉTODOS:** Nesta revisão narrativa foram realizadas buscas nas bases Pubmed, BVS e UpToDate utilizando os seguintes descritores: “cerclagem cervical” OR “*cervical cerclage*” AND “incompetência” OR “*incompetence*” AND “istmocervical” OR “*isthmocervical*” AND “laparoscópica” OR “*laparoscopic*”. Na busca inicial, foram encontrados 114 artigos. Deste total, 36 eram duplicados e 68 não se enquadravam nos critérios de elegibilidade. Assim, foram incluídos um total de 1º artigos. **RESULTADOS:** A partir dos estudos analisados, ficou evidente que a LAC é mais segura e eficaz quando comparada a TVC, pois proporciona melhor preservação do comprimento do colo uterino no período gestacional e previne de forma mais eficaz o trabalho de parto prematuro (TPP). Além disso, a LAC também reduz a incidência de recém-nascidos pequenos para a idade gestacional e aumenta significativamente a taxa de sobrevivência fetal, promovendo, assim, melhores desfechos obstétricos. **DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:** É evidente que a cerclagem laparoscópica é um método cirúrgico mais eficaz do que a cerclagem transvaginal para o tratamento da incompetência istmocervical. Entretanto, a cerclagem laparoscópica é um método com maior custo e com maior complexidade técnica, o que limita a sua realização fora de grandes centros de ginecologia minimamente invasiva. Nesse contexto, independentemente da técnica empregada, é de extrema importância que o manejo das pacientes com incompetência istmocervical seja individualizado e multidisciplinar e leve em consideração os aspectos clínicos, e sociodemográficos. Por fim, é de extrema importância difundir a cerclagem laparoscópica no Brasil para maximizar a ocorrência de melhores desfechos obstétricos.

REFERÊNCIAS:

1. American College of Obstetricians and Gynecologists – ACOG. Practice bulletin no.142: cerclage for the management of cervical insufficiency. *Obstet Gynecol.* 2014;123(2Pt1): 372-379.
2. Brown R, Gagnon R, Delisle M-F. Cervical insufficiency and cervical cerclage. *J Obstet Gynaecol Can.* 2013;35(12):1115-1127.
3. Alves APVD. Associação entre fatores genéticos e risco aumentado de prematuridade em pacientes com antecedente de incompetência cervical. Dissertação. [Mestrado em Ciências]. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo; 2016.
4. Gomes ALFM. Incompetência istmo-cervical: atualização. *Rev Med Minas Gerais.* 2012; 22(Supl 5): S67-S70.
5. Thakur M, Mahajan K. Cervical Incompetence. (Acesso em 25 jul. 2022). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK525954/>.

Posicionamento do Paciente em Cirurgia Ginecológica Minimamente Invasiva: Estratégias para Prevenir Lesões e Melhorar Desfechos

Introdução e Fundamentos O correto posicionamento do paciente durante cirurgias ginecológicas minimamente invasivas (MIGS) é crucial para prevenir complicações e melhorar os desfechos cirúrgicos. Esta prática assegura o acesso adequado à pelve, reduz riscos de lesão intraoperatória e maximiza a segurança e conforto do paciente.

Objetivo Este artigo visa elucidar a importância do posicionamento estratégico em MIGS, abordando técnicas apropriadas e discutindo as consequências de um posicionamento inadequado, incluindo lesões nervosas, síndrome compartimental e úlceras de pressão.

Métodos Revisamos literatura pertinente, incluindo estudos de caso e revisões sistemáticas, focando em técnicas de posicionamento para diferentes tipos de MIGS, com ênfase na posição de Trendelenburg e suas variações, além de estratégias para prevenção de lesões relacionadas ao posicionamento.

Resultados Identificamos que o posicionamento correto envolve a estabilização da cabeça e do pescoço, proteção adequada dos braços e pernas e utilização de dispositivos específicos para prevenir deslizamentos e pressões nocivas. Estudos indicam uma diminuição significativa de complicações neurológicas e de tecidos moles quando o posicionamento é otimizado, especialmente em procedimentos de longa duração.

Discussão e Conclusão O posicionamento adequado é um fator crítico no sucesso das MIGS. É necessária uma abordagem sistematizada e a colaboração de toda a equipe cirúrgica para adaptar o posicionamento às necessidades individuais do paciente. Estratégias preventivas devem ser implementadas, como a revisão periódica do posicionamento durante o procedimento e a utilização de materiais específicos para redução de pressão. Concluímos que o investimento em tempo e recursos no posicionamento correto antes da cirurgia é vital para a redução de riscos e melhoria dos desfechos cirúrgicos.

Referências

1. Takmaz O, Asoglu MR, Gungor M. Patient positioning for robot-assisted laparoscopic benign gynecologic surgery: a review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2018;223:8-13. doi: 10.1016/j.ejogrb.2018.02.002
2. Das D, Propst K, Wechter ME, Kho RM. Evaluation of positioning devices for optimization of outcomes in laparoscopic and robotic-assisted gynecologic surgery. *J Minim Invasive Gynecol.* 2019;26(2):244-252.e1. doi: 10.1016/j.jmig.2018.08.027

3. Fleisch MC, Bader W, Balzer K, Bennefeld L, Boeing C, Bremerich D, et al. The prevention of positioning injuries during gynecologic surgery. Guideline of the DGGG, OEGGG and SGGG (S2k Level, AWMF Registry Number 015/077, October 2020). *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 2021;81(4):447-68. doi: 10.1055/a-1378-4209
4. Shveiky D, Aseff JN, Iglesia CB. Brachial plexus injury after laparoscopic and robotic surgery. *J Minim Invasive Gynecol.* 2010;17(4):414-20. doi: 10.1016/j.jmig.2010.02.010
5. Abdalmageed OS, Bedaiwy MA, Falcone T. Nerve injuries in gynecologic laparoscopy. *J Minim Invasive Gynecol.* 2017;24(1):16-27. doi: 10.1016/j.jmig.2016.09.004

TRAQUELECTOMIA RADICAL ROBÓTICA E BIÓPSIA DE LINFONODOS SENTINELA PARA PRESERVAÇÃO DE FERTILIDADE EM PACIENTE COM CÂNCER CERVICAL: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

Gabriel Lage Neves¹, Matheus Eduardo Soares Pinhati², Ana Júlia Resende Rocha¹, Guilherme Reis Romualdo², Eduardo Batista Cândido³, Agnaldo Lopes da Silva Filho⁴

¹ Acadêmico de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais

² Acadêmico da Faculdade de Medicina da UFMG

³ Professor Adjunto de Ginecologia e Obstetrícia do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da UFMG

⁴ Professor Titular de Ginecologia e Obstetrícia do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da UFMG

INTRODUÇÃO: em 2022, o câncer de colo uterino foi responsável por aproximadamente 17.010 novos casos e 6.627 mortes no Brasil. Além disso, a idade média do diagnóstico de câncer cervical é mais precoce do que a de outros cânceres ginecológicos. Nesse contexto, a preservação da fertilidade é um desejo de muitas pacientes e constitui um grande desafio para médicos ginecologistas. Este relato de caso e revisão de literatura apresenta a história de uma paciente com câncer de colo uterino que foi submetida a uma traquelectomia radical robótica e biópsia de linfonodos sentinela. A técnica cirúrgica empregada é discutida, juntamente com as opções de tratamento disponíveis e os resultados obtidos. **RELATO DE CASO:** Paciente de 36 anos, G0P0A0, apresentou sintomas de sinusorragia e sangramento uterino irregular a partir de janeiro de 2023. Resultado de citologia oncológica revelou células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGC). O exame clínico mostrou uma tumoração no lábio posterior do colo uterino, sem acometimento do reto, da bexiga e dos paramétrios. Após encaminhamento para a colposcopia, a biópsia de colo uterino foi compatível a presença de um adenocarcinoma endocervical. A ressonância magnética (RM) revelou a presença de um tumor de 21,4 mm em topografia cervical. Após aconselhamento multidisciplinar, a paciente manifestou desejo de preservação da fertilidade. Assim, foi realizada uma traquelectomia radical robótica seguida de uma anastomose entre o colo uterino remanescente e a vagina. Também foram realizadas uma cerclagem permanente e uma biópsia de linfonodos sentinela com utilização de indocianina verde e da tecnologia Firefly. O ato cirúrgico ocorreu sem intercorrências e com boa evolução pós-operatória. O exame anatomopatológico confirmou o diagnóstico de adenocarcinoma cervical bem diferenciado estágio IB1 (FIGO – 2018) e as margens cirúrgicas e os linfonodos sentinelas direito e esquerdo estavam livres de neoplasia. A paciente está em seguimento

oncológico, assintomática, sem sinais de recidiva e com perspectiva de gravidez futura.

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO: Este relato destaca a traquelectomia radical como opção cirúrgica para preservação de fertilidade em pacientes com diagnóstico de câncer cervical. Demonstra como a plataforma robótica e a utilização da indocianina verde e da tecnologia Firefly podem contribuir para o sucesso do ato cirúrgico. Elucida, ainda, a importância de uma abordagem multidisciplinar e individualizada para que haja sucesso terapêutico.

Relato de caso: Rotura uterina antes de trabalho de parto com protrusão de bolsa amniótica e membro inferior fetal, desafio diagnóstico e tratamento.

Introdução: Rotura uterina é uma emergência obstétrica rara, com alta morbimortalidade materna e fetal tendo como principal fator de risco cirurgias uterinas prévias. O quadro clínico é inespecífico e deve ser suspeitado em toda gestante com dor abdominal intensa, sendo o tratamento cesariana de urgência. **Caso Clínico:** Gestante de 32 anos, G4Pn2A1, idade gestacional de 25 semanas e 3 dias, deu entrada em pronto atendimento com dor abdominal intensa em FID associada a náuseas, vômitos e febre há cerca de 4 dias, ao exame físico BCF positivo, movimentação fetal ativa, ausência de perdas vaginais, dinâmica uterina ausente. Solicitado USG abdominal e revisão laboratorial todos sem alterações. Realizada TC de abdômen no dia 13/04/2024, com achado sugestivo de rotura uterina em região fúndica lateral direita através da qual havia herniação parcial de bolsa amniótica e membro inferior fetal. Paciente encaminhada para cesariana, na qual foi identificada bolsa amniótica íntegra contendo membro inferior de feto exteriorizando da cavidade uterina através de orifício cicatrizado de aproximadamente 4 cm, configurando lesão antiga. Extraído feto vivo e após realizada histerorrafia em incisão de cesariana. Durante revisão de região de rotura, identificada trompa direita adentrando cavidade uterina, fortemente aderida à região endometrial; realizada salpingectomia direita e rafia de rotura uterina, material enviado para anatomopatológico. O caso teve evolução benigna para a mãe e RN encaminhado para CTI neonatal, mãe teve alta hospitalar 2 dias após o ato cirúrgico e RN evoluiu para óbito decorrente de complicações da prematuridade. Como fator de risco foi identificado realização em janeiro de 2022, curetagem uterina 20 dias pós parto normal devido hemorragia puerperal. **Discussão:** Como principal fator de risco é a presença de cicatriz no útero causada por cesariana prévia ou procedimentos cirúrgicos uterinos. Existem várias classificações para a ruptura uterina, entre elas completa e incompleta; a primeira é considerada a ruptura de todas as camadas uterinas e na segunda condição, a camada serosa se mantém íntegra, podendo progredir para uma ruptura completa. Uma cesariana de urgência é necessária para a extração fetal, seguida de inspeção da cavidade abdominal. A decisão entre histerorrafia e histerectomia depende das condições das paredes uterinas lesadas, localização da ruptura, condições de choque da paciente, assim como idade e paridade. **Conclusão:** O caso descrito é uma raridade no meio obstétrico, na qual a lesão uterina ocorreu na ausência de trabalho de parto, sendo uma lesão uterina cicatrizada previamente à gestação atual configurando em exteriorização de bolsa amniótica e membro fetal, reforçando o fator de risco de procedimentos cirúrgicos uterinos.

Referências

Feitosa FE, Feitosa ES. Rotura uterina: da suspeita ao tratamento. *Femina*. 2022;50(9):568-71.

Mendes N, Torres R, Campos A, Serrano F. Uterine rupture in vaginal birth after cesarean section. *Acta Obstet Ginecol Port* 2014;8(4):377-384.

Machado L de O, Moraes FRR de. Rotura uterina: uma revisão de literatura. *Rev Pat Tocantins [Internet]*. 2017;4(4):65-72.

ARTRITE SÉPTICA PUERPERAL: UMA ASSOCIAÇÃO AO TOCOTRAUMATISMO - RELATO DE CASO

RESUMO

Introdução: A artrite séptica (AS) é uma complicação rara na gravidez e no puerpério. Sua fisiopatologia é pouco esclarecida, mas acredita-se que as alterações fisiológicas da gestação, ao produzirem redução significativa da resistência das articulações, tornariam essas estruturas mais susceptíveis à lesões microscópicas e à invasão bacteriana. As vias de contaminação mais comuns são a hematogênica e por extensão direta. O acometimento das articulações sacroilíacas manifesta-se através de febre, dor local e limitação de movimento. O presente relato de caso tem como objetivo o estudo efetivo dessa doença e avaliar o manejo adequado para esse quadro. **Relato de caso:** Paciente L.G.P.F, 14 anos, sexo feminino, puérpera pós-parto vaginal induzido por pós-datismo, foi admitida em centro de tratamento intensivo com quadro de choque séptico de foco uterino. Os exames laboratoriais revelaram leucocitose, elevação de marcadores inflamatórios e disfunção hepática. A paciente foi mantida em antibioticoterapia com ceftriaxona e clindamicina. À análise de ultrassonografia abdominal e pélvica, não foram evidenciadas alterações significativas. Após a admissão, a paciente evoluiu com dor incapacitante em articulação sacroilíaca à esquerda e coxofemoral ipsilateral, apresentando restrição de movimento. Foram suspensos os sintomáticos fixos para melhor observação. Desenvolveu picos febris após essa medida, mesmo em vigência de antibioticoterapia. Evidenciou-se em ressonância magnética, sinais de artrite séptica sacroilíaca esquerda complicada com piomiosite e formação de abscesso em fibras medial e profunda dos glúteos médio/máximo e ilíaco. Foi mantida em antibioticoterapia por 5 semanas, sendo abordada pela equipe de ortopedia da referência. Evoluiu com remissão completa dos sintomas, sem prejuízos articulares. **Discussão:** Aventa-se que alterações fisiológicas da gestação, em conjunto com as possíveis lesões pélvicas ocultas originadas durante o trabalho de parto, levaram a danos microvasculares, favorecendo a ascensão bacteriana a partir do foco infeccioso uterino e o desenvolvimento de artrite séptica. O agente etiológico mais comum nesses casos é o *S. aureus*. O tratamento para artrite séptica consiste na antibioticoterapia endovenosa por 4 a 6 semanas e abordagem cirúrgica quando necessária. **Conclusão:** A AS é uma complicação multifatorial e rara. A atualização constante das medidas de assistência às gestantes e puérperas são essenciais, evitando períodos expulsivos prolongados, estresse articular e reduzindo a ocorrência de lesões pélvicas. O tratamento direcionado das complicações desses eventos é importante para garantir o desfecho favorável para essas pacientes.

DETERMINAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS EM GESTANTES COM DENGUE: RELATO DE CASO

Introdução: A dengue é uma arbovirose comum em países tropicais, principalmente no Brasil. O número de casos de dengue em gestantes aumentou mais de 345% em 2024 em relação ao ano de 2023, configurando-se como uma epidemia. As gestantes e puérperas têm maior risco de complicações e formas graves da doença, devido às alterações fisiológicas às quais estão submetidas. A dengue constitui-se como diagnóstico diferencial de inúmeras doenças gestacionais e sua caracterização é decisiva para o manejo adequado dessas pacientes. **Relato de caso:** Trata-se de EGS, 41 anos, G4PN3. Com 34+4 semanas de gestação, apresentou quadro de mialgia, exantema maculopapular, cefaleia, prostração e febre, associada a epistaxe volumoso. A paciente foi admitida no Centro de Tratamento Intensivo por dengue grupo C, com 34+6 semanas. Os exames da admissão revelaram pancitopenia e NS1 positivo. No 8º dia da doença, demonstrou relação proteína/creatinina na urina positiva (0,72 mg/dL), subsequente proteinúria de 24 horas também positiva [0,56 g/24 horas (volume urinário: 1.120 ml)] e aumento progressivo das enzimas hepáticas; sem piora da função renal, da curva pressórica ou da vitalidade fetal. Foram aventados como diagnósticos diferenciais a pré-eclâmpsia e a síndrome HELLP. Sua adequada definição era essencial, uma vez que essas afecções poderiam indicar interrupção imediata da gestação. Em contrapartida, o melhor momento para finalizar a gestação de pacientes com diagnóstico de dengue é fora do período de viremia e das complicações da fase de defervescência. Portanto, foi optado por manter observação clínica e laboratorial. A alta do CTI para a enfermaria de Alto Risco Obstétrico ocorreu com 35+6 semanas. Obteve alta hospitalar após 10 dias de internação. Manteve-se normotensa após a alta, com normalização da proteinúria. Foi admitida em hospital terciário com 41 semanas para indução de trabalho de parto, que decorreu sem complicações. **Discussão:** A inflamação sistêmica causada pela dengue, em sinergismo com as alterações fisiológicas da gestação, provoca aumento importante da permeabilidade capilar, levando a eventos hemorrágicos, desidratação e danos celulares diretos e indiretos. Estes podem se manifestar através da proteinúria, elevação de transaminases e dano à medula óssea. Em conjunto com a sintomatologia, esses achados mimetizam doenças obstétricas de alto risco. **Conclusão:** A análise fidedigna dos critérios diagnósticos é essencial para diferenciar os quadros obstétricos das alterações provocadas pela dengue, permitindo o manejo efetivo dessa afecção com a estabilização materna e evitando a interrupção da gestação em fases críticas da doença.

Título: O impacto do uso do Sistema Intrauterino Liberador de Levonorgestrel na incidência de acne em adolescentes e mulheres jovens

INTRODUÇÃO: O sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU-LNG) possui elevadas taxas de manutenção e satisfação entre mulheres jovens e adolescentes. O aconselhamento das candidatas sobre possíveis padrões de sangramento e efeitos adversos, tais como acne, poderia levar a menores taxas de descontinuação do mesmo. Alguns estudos demonstraram que participantes com idade entre 16 e 35 anos, no momento da inserção do SIU-LNG, foram mais propensas a relatar aparecimento de acne ou piora da acne pré-existente. Uma vez que a acne possui um impacto na qualidade de vida de algumas mulheres, ela pode ser uma razão para descontinuação do uso do SIU-LNG. Assim, durante o aconselhamento contraceptivo, o risco de acne deve ser discutido com a paciente.

OBJETIVO: Avaliar o impacto do uso do SIU-LNG na incidência de acne em adolescentes e mulheres jovens.

MÉTODOS: Foi realizada uma busca abrangente e sistemática sobre o impacto do uso do SIU-LNG na incidência de acne em adolescentes e mulheres jovens nas bases de dados *online* (PubMed, Embase, Cochrane e SciELO), utilizando os seguintes termos: ('adolescent'/exp OR 'adolescent' OR 'teenager' OR 'young adult'/exp) AND ('intrauterine devices' OR 'intrauterine devices, medicated' OR 'hormone releasing intrauterine device' OR 'hormone realeasing intrauterines devices' OR 'intrauterine device, hormone releasing' OR 'intrauterine device, medicated' OR 'intrauterine device, progesterone releasing' OR 'intrauterine devices, progesterone releasing' OR 'intrauterine contraceptive device'/exp) AND ('acne').

RESULTADOS: Oitenta e nove artigos tiveram seus títulos e resumos lidos pelos autores. Após a leitura dos títulos e resumos, 15 artigos foram selecionados e lidos em sua íntegra, sendo nove artigos incluídos nesta revisão. Dois estudos transversais avaliaram a incidência de acne em mulheres usuárias de quaisquer métodos contraceptivos, sendo a incidência de acne de 36% em mulheres entre 17 e 47 anos usuárias de SIU-LNG em um estudo. Em outro estudo, a incidência de acne foi de 2 a 8% em mulheres usuárias de quaisquer métodos contraceptivos, com taxas mais altas em

mulheres mais jovens e nas usuárias de SIU-LNG. A incidência de acne é variável entre os diferentes estudos prospectivos avaliados, sendo que participantes entre 16 e 35 anos foram mais propensas a relatar nova acne ou piora da acne pré-existente. Em um estudo prospectivo, com mulheres entre 15 e 24 anos, a acne foi um efeito adverso comum do SIU-LNG, com 44% das pacientes relatando essa queixa no primeiro ano de uso. O risco de acne foi maior em pacientes que usavam previamente anticoncepcional oral (RR 1,68; IC 95% 1,60-2,62).

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO: A acne é uma condição clínica comum que afeta especialmente adolescentes e mulheres jovens. Mulheres mais jovens usuárias do SIU-LNG foram mais propensas a relatar acne em comparação com mulheres adultas, sendo que esta queixa pode levar à descontinuação do mesmo. Desse modo, a acne deve ser discutida como um possível efeito adverso do uso do SIU-LNG, especialmente em adolescentes e mulheres jovens. Caso a paciente já apresente acne, com repercussão sobre sua autoestima, o uso de outros métodos deve ser discutido, bem como as alternativas de tratamentos para acne nas que desejam usar o SIU-LNG.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Barbieri JS, Mitra N, Margolis DJ, Harper CC, Mostaghimi A, Abuabara K. Influence of Contraception Class on Incidence and Severity of Acne Vulgaris. *Obstet Gynecol.* 2020;135(6):1306-12.
- Gemzell-Danielsson K, Schellschmidt I, Apter D. A randomized, phase II study describing the efficacy, bleeding profile, and safety of two low-dose levonorgestrel-releasing intrauterine contraceptive systems and Mirena. *Fertil Steril.* 2012;97(3):616-22.e1-3.
- Eisenberg DL, Schreiber CA, Turok DK, Teal SB, Westhoff CL, Creinin MD; ACCESS IUS Investigators. Three-year efficacy and safety of a new 52-mg levonorgestrel-releasing intrauterine system. *Contraception.* 2015;92(1):10-6.
- Fan G, Kang S, Ren M, Weisberg E, Lukkari-Lax E, Roth K, Shin S. A single-arm phase III study exploring the efficacy and safety of LNG-IUS 8, a low-dose levonorgestrel intrauterine contraceptive system (total content 13.5 mg), in an Asia-Pacific population. *Contraception.* 2017;95(4):371-7.
- Lortscher D, Admani S, Satur N, Eichenfield LF. Hormonal Contraceptives and Acne: A Retrospective Analysis of 2147 Patients. *J Drugs Dermatol.* 2016;15(6):670-4.

- Nelson A, Apter D, Hauck B, Schmelter T, Rybowski S, Rosen K, et al. Two low-dose levonorgestrel intrauterine contraceptive systems: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2013; 122:1205–13.
- Oliveira ECF, Baêta T, Cotta RCF, Rocha ALL. Use of 52-mg Levonorgestrel-Releasing Intrauterine System in Adolescents and Young Adult Women: 3-Year Follow-Up. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2023;36(1):45-50.
- Suhonen S, Haukkamaa M, Jakobsson T, Rauramo I. Clinical performance of a levonorgestrel-releasing intrauterine system and oral contraceptives in young nulliparous women: a comparative study. *Contraception*. 2004;69(5):407-12.
- Teal SB, Turok DK, Chen BA, Kimble T, Olariu AI, Creinin MD. Five-Year Contraceptive Efficacy and Safety of a Levonorgestrel 52-mg Intrauterine System. *Obstet Gynecol*. 2019;133(1):63-70.

DESORDENS HIPERTENSIVAS DA GESTAÇÃO SÃO CAPAZES DE INFLUENCIAR A ESTABILIDADE DA MEMBRANA DE ERITRÓCITOS?

RESUMO: Os distúrbios hipertensivos da gestação são processos complexos associados a alterações placentárias e incluem elevações de enzimas hepáticas, alterações no perfil lipídico e na membrana eritrocitária. **Objetivo:** Avaliar a existência de alterações na estabilidade da membrana eritrocitária (*EMS*) nas doenças hipertensivas da gravidez. **Métodos:** Uma população de 32 gestantes foi estratificada em grupo controle, hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica e pré-eclâmpsia grave. A estabilidade osmótica da membrana eritrocitária foi representada pelos valores mínimo (*A_{min}*) e máximo (*A_{max}*) da absorbância da hemoglobina livre, o inverso da concentração de NaCl que pode promover 50% de hemólise (*1/H50*) e a variação na concentração de NaCl necessário para causar 100% de lise (*dX*). **Resultados:** Observou-se aumento significativo ($p < 0,05$) de *1/H50* no grupo com hipertensão gestacional, embora na pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica tenha ocorrido redução limítrofe ($0,05 < p < 0,10$) nesta variável. Além disso, foi observada diminuição significativa ($p < 0,01$) nos valores de *A_{min}* entre gestantes com pré-eclâmpsia grave. **Conclusão:** Todas as doenças hipertensivas da gestação consideradas neste estudo estiveram associadas a algum tipo de alteração na estabilidade da membrana eritrocitária.

Palavras-chave: Hipertensão; Pré-eclâmpsia; Glóbulos vermelhos; Membrana celular

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA TOXOPLASMOSE ADQUIRIDA NA GESTAÇÃO EM 2023 NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA (HC-UFU)

Introdução e/ou fundamentos

A toxoplasmose é uma das zoonoses mais prevalente em todo o mundo, estima-se que a soroprevalência no Brasil esteja entre 40 a 80% (FRANCISCO, 2006), a infecção em grávidas geralmente é assintomática e apenas 10% dos casos apresentam sintomas (CÂMARA, 2015), geralmente inespecíficos, mas pode ter graves consequências para o feto quando contraída durante a gravidez, especialmente quando adquirida durante o 1º trimestre. A toxoplasmose congênita é uma das principais causas de doenças infecciosas congênitas em todo o mundo, podendo causar aborto espontâneo, natimorto, parto prematuro, manifestações neurológica e coriorretinite para o recém-nascido, sendo seu diagnóstico realizado através de pesquisa de anticorpos igG e igM contra o T.gondii.

Objetivo

O objetivo deste estudo consiste em realizar uma avaliação abrangente do perfil epidemiológico da toxoplasmose adquirida durante a gestação em pacientes que receberam atendimento no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU) durante o ano de 2023.

Métodos

Trata-se de um estudo epidemiológico, retrospectivo, descritivo, transversal com abordagem quantitativa. O estudo aborda o perfil epidemiológico da toxoplasmose gestacional das pacientes atendidas no HC-UFU em 2023, contando com uma amostra de 44 (N=44) de 14 diferentes cidades..

Resultados:

- Procedência das pacientes:
 - Uberlândia: 37,20%

- Outras 13 cidades: 62,80%
- Idade gestacional na chegada:
 - Menos de 22 semanas: 52,27%
 - Entre 22 e 28 semanas: 27,27%
 - Mais de 28 semanas: 20,46%
- Medicação em uso pela gestante chegada ao serviço:
 - Espiramicina: 51,16%
 - Sulfadiazina + Pirimetamina + Ácido Fólico: 37,22%
 - Sem medicação: 6,98%
 - Sulfametoxazol + Trimetoprima: 2,32%
 - Azitromicina + Pirimetamina + Ácido Fólico: 2,32%^{20e}

Discussão e conclusão:

Os resultados obtidos revelam algumas informações importantes sobre o perfil das pacientes atendidas no serviço do HC-UFU em relação à toxoplasmose durante a gestação. A análise da procedência das pacientes mostra que uma parcela significativa é proveniente de Uberlândia, enquanto a maioria vem de outras 15 cidades distintas. Isso sugere que o serviço desempenha um papel crucial na oferta de cuidados especializados para uma área geográfica mais ampla, além da cidade sede.

Em relação à idade gestacional na chegada, observa-se que a maioria das pacientes (52,27%) chega com menos de 22 semanas de gestação. Esse dado é relevante, indicando que a detecção e o acompanhamento precoce da infecção estão ocorrendo desde o primeiro semestre da gravidez, permitindo intervenções e tratamentos adequados para proteger a saúde materno-fetal.

No que diz respeito à medicação em uso pelas gestantes na chegada ao serviço, destaca-se que a espiramicina é o medicamento mais utilizado (51,16%),

seguido pela combinação de sulfadiazina, pirimetamina e ácido fólico (37,22%). Esses resultados sugerem que a abordagem terapêutica adotada está em conformidade com as diretrizes para o tratamento da toxoplasmose em gestantes, visando reduzir os riscos de transmissão vertical para o feto.

Referências bibliográficas:

CÂMARA, J. T.; SILVA, M. G. DA .; CASTRO, A. M. DE .. Prevalência de toxoplasmose em gestantes atendidas em dois centros de referência em uma cidade do Nordeste, Brasil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 37, n. 2, p. 64–70, fev. 2015.

FRANCISCO, F. DE M. et al.. Seroprevalence of toxoplasmosis in a low-income community in the São Paulo municipality, SP, Brazil. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*, v. 48, n. 3, p. 167–170, maio 2006.

RESUMO PARA SUBMISSÃO - CMGO 2024

Especialidade: Obstetrícia

Área de atuação: Assistência ao pré-natal, parto e puerpério

Impactos do diagnóstico das anomalias congênitas na saúde mental materna: revisão integrativa da literatura

Gabriela Souza de Andrade¹, Angélica Lemos Debs Diniz²

¹ Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia.

² Docente do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal de Uberlândia.

Introdução: Anomalias congênitas (AC) são alterações do desenvolvimento fetal, que podem ser detectadas antes, durante ou pós-parto, sendo relacionadas à morbimortalidade e impactos nos âmbitos individual, familiar e socioeconômico. A identificação e o registro das AC são essenciais para a gestão da saúde e a criação de políticas públicas. Os impactos do diagnóstico na saúde mental materna merecem destaque, haja vista que estimativas indicam altas taxas de ansiedade e depressão entre gestantes e puérperas, sendo as com diagnóstico de AC consideradas grupo de risco. **Objetivo:** Identificar a associação entre diagnóstico das AC e impactos na saúde mental materna, além de possíveis ações de promoção ou fatores de proteção. **Métodos:** Realizada revisão integrativa da literatura, de novembro a dezembro de 2023, nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde, PubMed e Scopus, com os descritores (maternal mental health) AND (diagnosis of congenital malformations). Incluídos os artigos com texto completo disponível; em inglês, português e/ou espanhol; publicados entre 2017-2022; que relacionam saúde mental materna ao diagnóstico de alguma malformação congênita; e excluídos artigos duplicados; não relacionados às temáticas; apontam transtornos mentais como fator de risco para a AC; comentam apenas sobre a anomalia; possuem como foco as crianças; discutem apenas saúde mental paterna. Selecionados, por fim, 28 artigos. **Resultados:** O diagnóstico provoca o rompimento da maternidade idealizada e, como efeito, sentimentos de ansiedade, depressão, luto e ideação suicida. Os impactos são diferentes a depender do período da gestação e prognóstico, acesso aos cuidados especializados e multidisciplinares, tempo até o contato com profissionais de saúde mental, forma de comunicação do diagnóstico e problemas com a rede de apoio. Busca por informações, habilidade de comunicar notícias difíceis, identificação precoce do sofrimento com encaminhamento aos profissionais da saúde mental dentro do ambiente obstétrico e/ou pediátrico, tomada de decisão compartilhada, fortalecimento das redes de apoio e autocuidado são citadas como estratégias de enfrentamento. **Discussão e conclusão:** A abordagem da saúde mental nas políticas públicas é essencialmente patológica, deixando à margem os aspectos emocionais, afetivos e/ou psicológicos, além de considerarem, erroneamente, assistência humanizada e psicológica, sinônimos. O PL 1567/23, em tramitação na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania, e a Lei 14.721/23, que entrará em vigor em maio/2024, buscam, considerando as diretrizes do Sistema Único de Saúde e o conceito ampliado de saúde, proporcionar um cuidado integral por meio da conscientização e promoção da saúde mental materna. Considerando a atualidade e relevância da temática para a saúde materno-

infantil, é essencial acompanhar e avaliar os avanços e desafios relacionados à promoção da saúde mental .

Referências bibliográficas:

- Biber et al. Current research status on the psychological situation of parents of children with congenital heart disease. *Cardiovasc Diagn Ther.* 2019 Oct;9(Suppl 2):S369-S376. doi: 10.21037/cdt.2019.07.07. PMID: 31737543; PMCID: PMC6837930.
- Blakeley et al. Women's lived experiences of a prenatal diagnosis of fetal growth restriction at the limits of viability: An interpretative phenomenological study. *Midwifery.* 2019 Sep;76:110-117. doi: 10.1016/j.midw.2019.05.015. Epub 2019 May 29. PMID: 31195219.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Saúde Brasil 2020/2021: anomalias congênitas prioritárias para a vigilância ao nascimento.** Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 414p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_anomalias_congenitas_prioritarias.pdf
- Brasil. Lei Nº 14.721, de 8 de novembro de 2023. Altera os arts. 8º e 10º da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para ampliar a assistência à gestante e à mãe no período da gravidez, do pré-natal e do puerpério. Brasília, DF: Diário Oficial da União - Seção 1 - 2023a, Página 1. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2023/lei-14721-8-novembro-2023-794913-publicacaooriginal-169968-pl.html>
- Brasil. Projeto de Lei nº 1567/2023. Institui, em âmbito nacional, o “Maio Furta-Cor” como mês dedicado às ações de conscientização, incentivo ao cuidado e à promoção da saúde mental materna. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2023b. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2254014
- Bratt et al. Parental reactions, distress, and sense of coherence after prenatal versus postnatal diagnosis of complex congenital heart disease. *Cardiology in the Young.* Cambridge University Press. 2019; 29(11):1328-1334. doi: 10.1017/S1047951119001781. Epub 2019 Sep 16. PMID: 31522698.
- Carlsson et al. The emotional process from diagnosis to birth following a prenatal diagnosis of fetal anomaly: A qualitative study of messages in online discussion boards. *Midwifery.* 2017 May; 48: 53-59. doi: 10.1016/j.midw.2017.02.010. Epub 2017 Mar 2. PMID: 28324810.
- Cunha ACB, Pereira Junior JP, Caldeira CLV, Carneiro VMSP. Diagnóstico de malformações congênitas: impactos sobre a saúde mental de gestantes. **Estudos de Psicologia.** Campinas. 33 (4), 601 – 611, out. – dez. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/cxjYptNKWwT3VwpQqgYN3nB/?format=pdf&lang=pt>
- Demianczyk et al. Coping strategies used by mothers and fathers following diagnosis of congenital heart disease. *Child Care Health Dev.* 2022 Jan; 48(1):129-138. doi: 10.1111/cch.12913. Epub 2021 Oct 1. PMID: 34519072; PMCID: PMC9007227.
- Donofrio et al. Diagnosis and Treatment of Fetal Cardiac Disease. American Heart Association Scientific Statement. Volume 129, Issue 21, 2014; Pages 2183 - 2242. doi: <https://doi.org/10.1161/01.cir.0000437597.44550.5d>
- Eyerly-Webb et al. Understanding the Care Journey and Needs of Advanced Fetal Care Center Patients. *The Permanente Journal.* 2022 Jun 29;26(2):11-20. doi: 10.7812/TPP/21.189. Epub 2022 Jun 15. PMID: 35933663; PMCID: PMC9662245.
- Fernandes et al. On the way to interrupting the gestation or not: experiences of pregnant women with anencephalic fetuses. *Ciência e Saúde Coletiva.* 2020 Feb;25(2):429-438. Portuguese, English. doi: 10.1590/1413-81232020252.14812018. Epub 2018 Jun 17. PMID: 32022184.
- Fontoura et al. Ansiedade de mães de recém-nascidos com malformações congênitas nos períodos pré e pós-natal. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2018;26:e3080. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2482.3080>.
- Freitas et al. How do mothers feel? Life with children with congenital Zika syndrome. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 2020 Jan;148 Suppl 2(Suppl 2):20-28. doi: 10.1002/ijgo.13044. PMID: 31975400; PMCID: PMC7065199.

Hamad GBNZ, Souza KV síndrome congênita do Zika vírus: conhecimento e forma da comunicação do diagnóstico. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2020; 29:e20180517. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0517>

Harris et al. Uncertainty of Prenatally Diagnosed Congenital Heart Disease: A Qualitative Study. *JAMA Network Open*. 2020 May 1;3(5):e204082. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.4082. PMID: 32369178; PMCID: PMC7201310.

Hodgson, J. e McClaren, BJ. Experiências dos pais após diagnóstico pré-natal de anomalia fetal. *Seminários em Medicina Fetal e Neonatal*, 23 (2), 150-154. Abril 2018. <https://doi.org/10.1016/j.siny.2017.11.009>

Kaasen et al. Maternal psychological responses during pregnancy after ultrasonographic detection of structural fetal anomalies: A prospective longitudinal observational study. *PLoS One*. 2017 Mar 28;12(3):e0174412. doi: 10.1371/journal.pone.0174412. PMID: 28350879; PMCID: PMC5369773.

Kassa AM, Engstrand LH, Engvall G. From crisis to self-confidence and adaptation; Experiences of being a parent of a child with VACTERL association - A complex congenital malformation. *PLoS One*. 2019 Apr 19;14(4):e0215751. doi: 10.1371/journal.pone.0215751. PMID: 31002700; PMCID: PMC6474607.

Kovacevic et al. Counseling for fetal heart disease-current standards and best practice. *Translational Pediatrics*. 2021. Aug;10(8):2225-2234. doi: 10.21037/tp-20-181. PMID: 34584893; PMCID: PMC8429860.

Lazar J, Hylarides MJ. Analysis of the psychosocial impact of caretaking on the parents of an infant with severe congenital heart defect. *BMJ Case Rep*. 2017 Mar 16;2017:bcr2016218351. doi: 10.1136/bcr-2016-218351. PMID: 28302658; PMCID: PMC5372187.

Lumsden MR., Smith DM., Wittkowski A. Coping in Parents of Children with Congenital Heart Disease: A Systematic Review and Meta-synthesis. *Journal of Child and Family Studies* (2019) 28:1736–1753. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01406-8>

Marques LC, Silva WRV, Lima VP, Nunes JT, Ferreira AGN, Fernandes MNF. Saúde mental materna: rastreando os riscos causadores da depressão pós-parto. **Journal Health NPEPS**. 2016; 1(2): 145 – 159. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/03/1052312/1588-5512-2-pb-1.pdf>

McKechnie et al. An exploration of co-parenting in the context of caring for a child prenatally diagnosed and born with a complex health condition. *J Adv Nurs*. 2018 Feb;74(2):350-363. doi: 10.1111/jan.13415. Epub 2017 Oct 4. PMID: 28792608; PMCID: PMC8650808.

Medeiros et al. Sentimento materno ao receber um diagnóstico de malformação congênita. *Psicologia em estudo*, v. 26, e45012, 2021. doi: 10.4025/psicoestud.v26i0.45012

Mendes IC, Jesuino RSA, Pinheiro DS, Rebelo AC. Anomalias congênicas e suas principais causas evitáveis: uma revisão. **Revista Médica de Minas Gerais**. 2018; 28: e-1977. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/2329>

Moncrieff G, Finlayson K, Cordey S, McCrimmon R, Harris C, Barreix M, et al. First and second trimester ultrasound in pregnancy: A systematic review and metasynthesis of the views and experiences of pregnant women, partners, and health workers. *PLoS One*. 2021 Dec 14;16(12):e0261096. doi: 10.1371/journal.pone.0261096. PMID: 34905561; PMCID: PMC8670688.

Nakazuru et al. Stress and coping in Japanese mothers whose infants required congenital heart disease surgery. *International Journal of Nursing Practice*. 2017 Jun;23 Suppl 1. doi: 10.1111/ijn.12550. PMID: 28635060.

Oftedal et al. The impact of diagnosed fetal anomaly, diagnostic severity and prognostic ambiguity on parental depression and traumatic stress: a prospective longitudinal cohort study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2022 Nov;101(11):1291-1299. doi: 10.1111/aogs.14453. Epub 2022 Sep 14. PMID: 36106375; PMCID: PMC9812208.

Öst et al. Parenting stress among parents of children with congenital diaphragmatic hernia. *Pediatr Surg Int*. 2017 Jul;33(7):761-769. doi: 10.1007/s00383-017-4093-4. Epub 2017 May 19. PMID: 28527042; PMCID: PMC5486636.

Pereira PK, Lima LA, Legay LF, Santos JFC, Lovisi GM. Malformação congênita do bebê e risco de transtornos mentais maternos durante o período gravídico-puerperal: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Colet.**, 2011, Rio de Janeiro, 19 (1): 2 – 10. Disponível em: https://siat.ufba.br/sites/siat.ufba.br/files/CSC_v19n1_2-10.pdf

Salvador M, Vilaregut A, Moyano R et al. Psychological distress, dyadic adjustment and family dynamics after prenatal diagnosis of congenital heart disease. *Anales de Pediatría*. 2022 Sep; 97(3):179-189. doi: 10.1016/j.anpede.2021.08.001. Epub 2021 Sep 17. PMID: 34544666.

Schiavo RA, Rodrigues OMPR, Santos JS, Campos BC, Nascimento LMB, Dornelas LMCS. Saúde emocional materna e prematuridade: influência sobre o desenvolvimento de bebês aos três meses. **Pensando Famílias**, 25(2), dez. 2021, (98 – 113). Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v25n2/v25n2a08.pdf>

Shakes P, Cashin A. Mental health nursing and the prenatal diagnosis of a congenital anomaly; a narrative of experience. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2021 Apr;28(2):271-277. doi: 10.1111/jpm.12645. Epub 2020 May 21. PMID: 32365419.

Sood et al. Mothers and Fathers Experience Stress of Congenital Heart Disease Differently: Recommendations for Pediatric Critical Care. *Pediatr Crit Care Med*. 2018 Jul;19(7):626-634. doi: 10.1097/PCC.0000000000001528. PMID: 29533356; PMCID: PMC6037564.

Souza et al. Apego materno-fetal e transtornos psiquiátricos em gestantes com fetos malformados. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2022; 71(1): 40-9. DOI: 10.1590/0047-20850000000339

Vale et al. Bad news: Families' experiences and feelings surrounding the diagnosis of Zika-related microcephaly. *Nurs Inq*. 2019 Jan;26(1):e12274. doi: 10.1111/nin.12274. Epub 2018 Nov 18. PMID: 30450789.

Vescovi et al. Saúde mental na gestação, no nascimento e na primeira infância: análise crítica de políticas públicas brasileiras. *Cad Saúde Colet*, 2022; 30(4) 525-537. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230040502>

Woolf-King et al. Mental Health Among Parents of Children With Critical Congenital Heart Defects: A Systematic Review. *Journal of the American Heart Association*. 2017 Feb 1;6(2):e004862. doi: 10.1161/JAHA.116.004862. PMID: 28151402; PMCID: PMC5523775.

Woolf-King et al. "There's no acknowledgement of what this does to people": A qualitative exploration of mental health among parents of children with critical congenital heart defects. *J Clin Nurs*. 2018 Jul;27(13-14):2785-2794. doi: 10.1111/jocn.14275. Epub 2018 Mar 13. PMID: 29345005; PMCID: PMC6013337.

World Health Organization (WHO). **Mental health: strengthening our response** [Internet]. Genève: WHO; 2016. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Neurofibromatose Tipo 1 e Síndrome de Klippel-Trenaunay-Weber com comprometimento geniturinário em adolescente: Relato de caso

Introdução: A Neurofibromatose tipo 1 (NF1) é um distúrbio hereditário que causa tumores benignos e malignos no sistema nervoso central (SNC) e sistema nervoso periférico (SNP). Já a Síndrome de Klippel-Trenaunay-Weber (SKTW) é caracterizada por anomalias vasculares, hipertrofia óssea ou de tecidos moles e manchas de nascimento. **Caso:** F.V.O.S, sexo feminino, 15 anos, atendida com quadro de neurofibroma plexiforme difuso do sistema geniturinário, apresentando condição rara caracterizada pela coexistência de NF1 e SKTW. História prévia de clitoromegalia aos 3 anos com diagnóstico de neurofibromatose (envolvimento de pelve e abdome), sendo que o crescimento tumoral na pelve resultou em comprometimento vascular dos membros inferiores e vulva por obstrução da circulação linfática regional. Aos 10 anos, um neurofibroma vesical causou lesão tecidual com necessidade de cistectomia radical e cistostomia. Aos 14 anos, uma trombose venosa profunda (TVP), por complicações da SKTW levou à amputação do membro inferior esquerdo. Neste contexto, a paciente foi encaminhada ao ambulatório de ginecologia da Universidade Federal de Uberlândia, aos 15 anos, com relato de menarca há 1 mês, para avaliar necessidade de intervenção medicamentosa e/ou cirúrgica devido neurofibromas na pelve. Ao exame físico: escala de Tanner M3P3, grandes e pequenos lábios com importante aumento de volume, dificuldade de visualização do introito vaginal. Presença de linfedema importante em membro inferior direito. À ressonância de pelve observou-se alterações de hiperrealce difuso em regiões de óstio uretral, grandes lábios e vulva, sugestivos de neurofibromatose genital. Sendo assim, optou-se por bloqueio ovulatório e tentativa de indução de amenorréia com desogestrel 75 mcg (contra-indicação à estrogênio por TVP anterior), pelo risco potencial de hematométrio futuro devido à neurofibromatose genital. Paciente evoluiu com boa adaptação ao método, mantendo-se em amenorreia há 6 meses. **Discussão/ Conclusão:** O envolvimento generalizado do sistema geniturinário na NF1 é raro; uma vez que o diagnóstico é confirmado, a vigilância a longo prazo é essencial para monitorar o crescimento e desenvolvimento do tumor, cuja evolução pode suscitar complicações como sangramento, infertilidade e problemas urológicos. Neste caso, a NF1 associada às malformações vasculares da SKTW colaboram com um caso extremamente raro e de manejo cuidadoso. A indução de amenorreia na paciente foi uma medida para mitigar o risco de hematométrio por obstrução ao trato de saída genital associado aos tumores genitais. Este caso enfatiza a importância do acompanhamento multidisciplinar a longo prazo em pacientes com NF1, visando identificar precocemente complicações e garantir melhor qualidade de vida.

ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL DE PACIENTE COM ANGIOEDEMA HEREDITÁRIO: O QUE PRECISA SER FEITO?

Introdução: O angioedema hereditário (AEH) é uma doença genética com transmissão autossômica dominante que apresenta como característica crises súbitas, com edema localizado, não inflamatório e limitado na pele e nas mucosas, mas com gravidade variável. É uma doença rara, potencialmente fatal e subdiagnosticada, cujas crises acometem a derme e o subcutâneo, órgãos internos, principalmente o trato gastrointestinal e as vias aéreas superiores, sendo o edema de laringe o desfecho mais grave. **Objetivo:** Discutir a profilaxia com inibidor de C1 (C1-INH) por via endovenosa, antes da indução anestésica para o parto em gestantes, para evitar crises do angioedema hereditário (AEH) tipo III. **Detalhamento de caso:** Primigesta, 33 anos, relata história de edema facial desfigurante, recorrente com surgimento após a adolescência. No primeiro trimestre evoluiu sem crises e as ultrassonografias apresentaram resultados morfolologicamente normais até o segundo trimestre. No terceiro trimestre apresentou crescimento intrauterino restrito tardio (CIUR tardio) identificando no feto o peso percentil 3 e com o doppler da cerebral média no limite inferior da normalidade. Realizou-se cesariana, com prescrição do C1-INH antes da indução anestésica. O parto transcorreu bem, a paciente e o bebê receberam alta após 48 horas de internação. Nos exames identificaram C4 no limite inferior da normalidade, com C3 normal e C1 normal. A classificação da paciente foi AEH tipo III e ela segue em controle e mantém-se assintomática. **Considerações finais:** A grande preocupação do angioedema hereditário tipo III é que em geral, as dosagens de complemento podem estar normais em pacientes assintomáticos e pode apresentar como gatilho o estresse e trauma. Portanto, a profilaxia com C1-INH por via endovenosa, antes da indução anestésica, pode mostrar-se importante estratégia para o controle das crises.

ASSOCIAÇÃO ENTRE A DOSAGEM SÉRICA DE VITAMINA B12 EM GESTANTES E A ASSOCIAÇÃO COM DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

Juliana Barroso Zimmermann, Débora Kevllyn Sousa Pereira, Maria Clara Correa Dias, Marina Fernandes Carvalho, Flávia de Souza Pinheiro, Lorena Cândida Ferreira Paixão.

Faculdade de Medicina da UFJF, Faculdade de Medicina de Barbacena, High Risk Prenatal Care Group – CNPq.

Introdução: O uso de folato em excesso na gravidez pode estar associado ao desenvolvimento de diabetes gestacional, pela desregulação na proporção entre folato e vit. B12 e aumento da resistência insulínica. **Objetivos:** Avaliar se existe associação entre a dosagem de vit. B12 e diabetes gestacional. **Métodos:** Tratou-se de um estudo, longitudinal, com 79 pacientes atendidas em regime de pré-natal que foram submetidas à dosagem sérica de vit. B12 e homocisteína no primeiro, segundo e terceiro trimestres. **Resultados:** A média da dosagem de vitamina B12 foi de 374 ± 190 pg/ml, 321 ± 191 pg/ml e 302 ± 222 pg/ml no primeiro, segundo e terceiro trimestres. Realizou-se associação entre a dosagem de vit. B12 e hipertensão arterial, mas não houve significância estatística ($p > 0,05$). Entretanto, houve associação entre a dosagem sérica de vit. B12 e diabetes gestacional ($p = 0,01$). **Discussão:** Sendo assim, aquelas pacientes com menores níveis de B12 no terceiro trimestre, foram aquelas que tiveram maior frequência de diabetes gestacional. Outros estudos vem mostrando essa associação. A explicação para tal parece estar associada ao metabolismo de carbonos. No entanto, os mecanismos patológicos desta relação não são claros, mas sugere-se que a relação folato/B12 alterada prejudica a remetilação da homocisteína e a regeneração de folatos para a síntese e reparação do DNA, disfunção endotelial, estresse oxidativo e comprometimento da conversão de metilmalonil-CoA em succinil-CoA, que tem sido associada à resistência à insulina. **Conclusão:** Existe associação entre o déficit de vit. B12 e o desenvolvimento de diabetes gestacional.

DOSAGEM DE VITAMINA B12 EM GESTANTES: VALE A PENA RASTREAR NO PRÉ-NATAL?

Juliana Barroso Zimmermann, Ana Carolina da Silva Frizoni, Bruna Mayrink Heringer, Endrew Yaan Mendes Rosa, Gabriela Azevedo de Souza Siqueira, Jade Vargas Ferreira Teixeira.

Faculdade de Medicina da UFJF, Faculdade de Medicina de Barbacena, High Risk Prenatal Care Group – CNPq.

RESUMO

Introdução: A vitamina B12 é crucial para a divisão e diferenciação celular normal e necessária para o desenvolvimento e mielinização do sistema nervoso central. As gestantes quando em locais com poucos recursos correm o risco de ter um baixo nível de vitamina B12 o que pode prejudicar o crescimento e neurodesenvolvimento na infância. **Objetivo:** Avaliar a dosagem sérica de vitamina B12 em gestantes e a importância do rastreio no pré-natal. **Métodos:** Tratou-se de um estudo piloto, longitudinal, com 79 pacientes atendidas em regime de pré-natal. **Resultados:** A média de idade das pacientes foi de $31,4 \pm 7,4$ anos, com média de $2,3$ gestações $\pm 1,3$, $0,9 \pm 1,0$ partos e $0,3 \pm 0,7$ abortos. A média da dosagem de vitamina B12 foi de 374 ± 190 pg/ml, sendo considerada normal em 75% das gestantes estudadas, limítrofe em 16,7%, baixa em 6,9% e alta 1,4%. No segundo trimestre, a média de B12 foi de 321 ± 191 pg/ml, com 20,8% com dosagem baixa, 39,6% normal e 37,5% limítrofe. No terceiro trimestre, a média de B12 foi de 302 ± 222 pg/ml, com 28,2% com dosagem baixa, 28,2% normal, 38,5% limítrofe e 5,1% elevada. Não houve associação entre as dosagens de vitamina B12 e o consumo de carne, leite e ovos ao longo dos trimestres gestacionais ($p > 0,05$). Não houve casos de confusão, demência, perda de sensibilidade ou formigamento em membros. **Discussão:** Os resultados deste estudo mostram que ao longo dos trimestres gestacionais, a dosagem de vit. B12 no sangue materno diminuiu e, portanto, pode haver necessidade de suplementação. Alguns estudos associaram o déficit ao aumento de parto prematuro, baixo peso ao nascer e alteração cognitiva em bebês, o que pode corroborar para seu rastreio no pré-natal. **Conclusões:** Considerando a queda da vitamina B12 ao longo do pré-natal, o grande número de dosagens limítrofes e inúmeras consequências descritas na literatura que influenciam no desfecho obstétrico, sugere-se que o rastreio no pré-natal deva ser considerado.

EFEITOS COLATERAIS DO USO DE CONTRACEPTIVOS REVERÍSVEIS DE LONGA DURAÇÃO.

Juliana Barroso Zimmermann, Laisla Natiele da Silva Oliveira, Rayane Mara Guimarães Souza, Raienne Luisa Moraes Dias, Sarah Oliveira Figueiredo, Sophia Lara Guerra Souza.

Introdução: Os contraceptivos reversíveis de longa duração (LARC) são uma alternativa que promove autonomia e praticidade na vida das mulheres, tendo eficácia superior a outros métodos (incluindo pílula, adesivo ou anel vaginal) e taxas de falhas extremamente baixas, sendo alguns considerados superiores a laqueadura tubárea e vasectomia, como é o caso do implante subdérmico. Entretanto, os efeitos colaterais podem acontecer e devem ser avaliados nas usuárias. **Objetivo:** Avaliar a frequência de efeitos colaterais de usuárias de contraceptivos reversíveis de longa duração (LARC). **Métodos:** Tratou-se de um estudo piloto, longitudinal, com prontuários de 86 pacientes atendidas em uma clínica particular, usuárias de LARC (T Cu 380A, Mirena, Implanon ou Kyleena). **Resultados:** A média de idade das pacientes foi de 32,1 + 6,61 anos. Dentre os LARCs identificaram-se o uso do Diu T Cu 380 A (30,2%), Implanon (20,9%), Mirena (46,5%), Kyleena (2,3%). Dentre os efeitos colaterais identificados pelas pacientes destacaram-se o sangramento menstrual irregular (n=19; 22,1%), cólica abdominal (n=5; 5,8%), ganho de peso (n=5; 5,8%) e acne (n=3; 3,9%). O Implanon foi associado ao sangramento irregular (p=0,01; $X^2= 10,6$), o ganho de peso foi associado ao Mirena (p=0.01; $X^2= 9,9$) e a acne foi comum em todos os métodos com progestágeno. Houve um caso de gravidez com o DIU TCu 380 A. **Discussão/ Conclusões:** O sangramento irregular foi associado ao Implanon e o ganho de peso ao uso do Mirena, por isso, as pacientes devem ser orientadas no momento da escolha do contraceptivo de longa duração.

TOLERABILIDADE DAS USUÁRIAS EM RELAÇÃO AOS EFEITOS COLATERAIS DOS CONTRACEPTIVOS REVERSÍVEIS DE LONGA DURAÇÃO

Juliana Barroso Zimmermann, Lavínia Adriana Afonso, Danielle Barbosa de Santis, Poliana Cristina Ferreira dos Santos.

Introdução: Os LARCs são métodos contraceptivos reversíveis de longa duração que auxiliam na autonomia da mulher. Entretanto, alguns efeitos colaterais têm sido citados na literatura, como, o aparecimento de acnes, irregularidade menstrual, aumento do volume menstrual, dependendo do LARC utilizado. Dessa forma, optou-se por avaliar a tolerabilidade ao uso desses métodos. **Objetivo:** Avaliar a tolerabilidade aos efeitos colaterais de usuárias de LARCs. **Métodos:** Tratou-se de um estudo piloto, longitudinal, com prontuários de 86 pacientes atendidas em uma clínica particular, usuárias de LARC (T Cu 380A, Mirena, Implanon ou Kyleena). Como tolerabilidade convencionou-se a manutenção do método contraceptivo mesmo na vigência do efeito colateral. **Resultados:** A média de idade das pacientes foi de $32,1 \pm 6,61$ anos. Dentre os LARCs identificaram-se o uso do Diu T Cu 380 A (30,2%), Implanon (20,9%), Mirena (46,5%), Kyleena (2,3%). Das usuárias que usavam implante hormonal (n=18; 20,9%), 9 tiveram sangramento desfavorável (50%) e oito optaram pela retirada do implante (88,8%) e apenas uma (11,12%) manteve o uso, apesar do efeito colateral. Não houve casos de retirada do implante por ganho de peso ou acne. A tolerabilidade aos efeitos colaterais do implante hormonal foi de 55,6%. Com o Diu TCu 380 A foram identificados 4 casos de sangramento irregular (n=4; 4,6%), tendo sido retirado por gravidez (1,2%) e DIP (1,2%), e, portanto, a tolerabilidade foi de 97,6%. Com o sistema intrauterino de levonogestrel (n=42), a retirada do endoceptivo foi associada ao ganho de peso (n=5; 11,90%) e acne de difícil controle (n=4; 9,5%), de forma que a tolerabilidade foi de 78,60%. A gravidez foi identificada em apenas um caso, de uma paciente usuária de TCu 380A, que estava bem-posicionado na cavidade uterina, desta forma não houve falha de posição, sendo considerado falha do método. **Discussão/ Conclusões:** O Implanon foi o LARC com menor tolerabilidade que determinou a retirada do método, especialmente por sangramento irregular. O método com maior tolerabilidade foi o DIU TCu 380 A, neste estudo.

Relato de caso

Aborto em paciente com coagulopatia rara associada a mioma parido: um caso desafiador.

Introdução: A malformação arteriovenosa (MAV) uterina constitui-se por uma comunicação anormal entre os vasos miometriais, formada por múltiplas fístulas entre as artérias intramurais e o plexo venoso miometrial. A etiologia dessa condição pode ser congênita ou adquirida e os principais sintomas são sangramento uterino anormal (SUA), dispareunia e anemia. Além disso, os leiomiomas uterinos submucosos encontram-se no corpo uterino e subjacentes ao endométrio, podendo exteriorizar-se pelo canal cervical, denominados “mioma parido”. Clinicamente, ambas condições podem resultar em SUA, o que pode ser intensificado por uma coagulopatia.

Caso clínico: Mulher, 41 anos, G1P1A0 (parto cesariana sem intercorrências, porém desenvolveu anemia puerperal), em uso de desogestrel e ansiolíticos, procurou serviço médico de urgência por sangramento uterino volumoso. Durante a curetagem intercorreu com choque hipovolêmico após perfuração de artéria uterina, sendo realizada rafia do vaso e hemotransfusão. Após o episódio realizou consulta ambulatorial com ginecologista e apresentou achado ultrassonográfico sugestivo de MAV (aumento difuso da vascularização com presença de fístulas arteriovenosas de permeio), resultado anatomopatológico evidenciando restos ovulares (vilosidades coriônicas revestidas por células sinciciais) e a fotografia de conteúdo exteriorizado pelo canal vaginal sugestivo de mioma parido. Portanto, devido ao contexto apresentado, foi encaminhada para avaliação pré-operatória para realização de histerectomia eletiva. Todavia, por meio da análise de exames subsequentes, identificou-se a deficiência do fator VII (FVII) de coagulação e na ressonância de pelve não havia sinais sugestivos de MAV e sim de adenomiose. Dessa forma, optou-se pelo cuidado multidisciplinar com seguimento no Hemominas, além de uma equipe de ginecologistas, enquanto realiza-se o controle clínico e anticoncepção com desogestrel.

Discussão/conclusão: No que tange à hemorragia apresentada pela paciente, pode-se observar sua multifatorialidade, tendo em vista que o FVII é uma glicoproteína sintetizada no fígado e atua na formação de fibrina, por meio da via extrínseca da cascata de coagulação. A deficiência deste fator é uma coagulopatia rara que cursa com tempo de protrombina alargado e as pacientes acometidas podem apresentar menometrorragia, com uma apresentação clínica semelhante ao encontrado na MAV e no mioma submucoso. Além disso, distúrbios hematológicos podem aumentar os riscos de um abortamento. Desse modo, é notória a complexidade do caso, sendo imprescindível uma maior elucidação acerca destas condições, com o intuito de identificar se há uma causalidade entre elas ou uma exacerbação da sintomatologia.

Referências Bibliográficas:

Alcântara, A. **Hemofilia: Fisiopatologia e tratamentos. 2019.** Trabalho de conclusão de curso (graduação em Biomedicina) – Centro Universitário de Brasília. Brasília, 2019.

LIAO, Adolfo Wenjaw et al. **Ginecologia e obstetrícia Febrasgo para o médico residente.** 2. ed., rev. e ampl. Barueri [SP]: Manole, 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual das coagulopatias hereditárias raras**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_coagulopatias_hereditarias_raras.pdf. Acesso em: 15/04/2024.

TORRES, Mariana Alcalde. **Malformação arteriovenosa uterina como causa de hemorragia pós parto: relato de caso e revisão de literatura**. 2022. X p. Trabalho de Conclusão de Curso – Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia – Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, 2022.

Título: Saúde Cardiovascular e Reposição Hormonal na Menopausa

Introdução: Estudos apontam que mulheres pós-menopausa enfrentam maior risco de doença cardiovascular (DCV) devido à queda dos níveis de estrogênio. A terapia hormonal na menopausa (THM) surgiu como uma estratégia para atenuar esse risco, mas divergências nos resultados apontam para a necessidade de ampliar pesquisas.

Método: Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, cuja pesquisa foi realizada nas bases de dados Pubmed e BVS, com os descritores obtidos no Decs: "*hormone replacement therapy*", "*menopause*" e "*cardiovascular diseases*", utilizados de maneira simultânea. Foram selecionados artigos em inglês, português e espanhol, entre os anos 2019 e 2024. Os critérios de exclusão foram: publicações há mais de 5 anos e/ou com metodologias que não fossem robustas. A busca ocorreu em abril de 2024 e resultou na seleção de 44 artigos, dos quais, após leitura pelos autores, 14 estudos foram incluídos nesta revisão.

Resultados:

A maioria dos estudos analisados não correlacionam de forma direta a THM com desfechos cardiovasculares negativos. Contudo, a incidência do tromboembolismo venoso (TEV) pode ser associada a THM, embora sem ligação entre o tempo de tratamento e o risco descrito. Além disso, com relação a influência da THM no infarto agudo do miocárdio (IAM), alguns estudos revelam não haver relação e outros demonstram a diminuição do risco da ocorrência. Em muitos estudos não houve diferença nos eventos cardiovasculares gerais, entretanto apontaram aumento do risco de TEV e acidente vascular cerebral no grupo de mulheres no período pós-menopausa. Ao avaliar o tempo de início do tratamento, foi demonstrado que mulheres que iniciaram a THM antes de completarem 10 anos do início da menopausa tiveram menor frequência de morte devido a DCV, fato não observado na amostra que iniciou após esse período.

Discussão:

Embora muitos estudos não tenham estabelecido uma correlação direta entre a THM e DCV foram encontradas divergências nos resultados em relação ao impacto da THM no IAM. Além disso, a possível associação entre THM e a incidência de TEV, foi evidente especialmente em mulheres após a menopausa. Possivelmente isso pode ser explicado pelas diferenças nas doses de hormônios administradas, na época do início e na duração do tratamento. Destaca-se assim a importância de uma avaliação individualizada dos riscos e benefícios da THM para cada paciente, considerando seu perfil de risco cardiovascular, ponderando fatores tais como idade, estilo de vida e histórico clínico para a tomada de decisão sobre o uso de THM.

Conclusão:

Foi observado a complexidade da relação entre a THM e DCV. Diante das evidências conflitantes é essencial que os ginecologistas avaliem cuidadosamente os potenciais riscos e benefícios da THM para cada paciente, considerando sua história médica e o perfil de risco cardiovascular. A personalização do tratamento é essencial para garantir uma abordagem eficaz e segura da THM na prevenção e manejo da DCV em mulheres após a menopausa.

ÚLCERAS GENITAIS E ARBOVIROSE: MAIS UM DESAFIO?

1. INTRODUÇÃO

As úlceras genitais podem ter causas infecciosas ou não. Entre essas, destacam-se as infecções sexualmente transmissíveis (IST). O desafio para o médico é determinar a patogênese, a fim de instituir a terapia apropriada e reduzir o risco de transmissão, logo, as IST devem sempre ser descartadas. No entanto, elucidar outras etiologias esbarra em limitações de testes diagnósticos e no fato de que mais de uma infecção pode coexistir.

A presente série de casos tem relevância ao associar o surgimento de úlceras genitais com as arboviroses dengue e chikungunya, relação pouco descrita na literatura.

2. DESCRIÇÃO DOS CASOS CLÍNICOS

2.1. CASO 1

Mulher, 53 anos, referiu fadiga, mialgia e sonolência progressivas, além de febre. No 3º dia do quadro, à higiene da região vulvar, notou 3 grandes úlceras de bordas avermelhadas e com secreção branca e inodora, sendo 2 delas espelhadas, porém sem dor ou prurido local. As lesões regrediram espontaneamente após 5 dias.

2.2. CASO 2

Mulher, 13 anos, relatou sensação de “garganta arranhando” e coriza há 4 dias, que cederam, mas surgiram mialgia e febre nos 2 dias seguintes. No 3º dia do quadro, teve disúria e evoluiu com desconforto na genitália. A mãe examinou e notou 2 úlceras na face interna dos pequenos lábios. Foi à UPA, onde lhe foi prescrito antibioticoterapia por 21 dias.

Ao exame físico havia 2 úlceras na face interna do pequeno lábio esquerdo e uma úlcera em fúrcula vaginal, associadas a uma grande úlcera na face interna do pequeno lábio direito. As lesões regrediram espontaneamente após 4 dias.

2.3. CASO 3

Mulher, 26 anos, iniciou quadro de mialgia, febre, manchas na pele, prurido, náuseas, diarreia e hiporexia. No 5º dia do quadro percebeu lesões na vulva que incomodavam à micção e ao toque. Apresenta fotos que mostram 5 úlceras (um par espelhado), sendo duas maiores, de

limites precisos e avermelhados e fundo branco. As lesões cederam espontaneamente em 5 dias.

3. PROPEDEÚTICA E ORIENTAÇÃO

A propedêutica laboratorial das pacientes revelou: sorologia positiva para Dengue (IgG e IgM) nos casos 1 e 2; sorologia positiva para Chikungunya (IgG e IgM) no caso 3; sorologias negativas para Citomegalovírus/ Epstein Barr Vírus/Sífilis/HIV/Hepatites B e C; ausência de anemia e trombocitopenia.

Todas foram tranquilizadas quanto à benignidade do quadro e nenhuma medicação foi prescrita, apenas higiene local.

4. DISCUSSÃO

As arboviroses têm uma longa história de surgimento, mas durante as últimas décadas têm se espalhado mais amplamente, manifestando-se de formas diversas. Nesse contexto, embora existam poucos estudos sobre as manifestações cutaneomucosas associadas a elas, não há como afirmar a ausência de associação, uma vez que doenças virais podem apresentar novas manifestações inusitadas que motivam novas pesquisas.

Na série de casos analisados, todas as sorologias para IST foram negativas, o que deslegitima uma das principais etiologias infecciosas. Ademais, ficou clara a concomitância entre úlceras genitais e arboviroses. Apesar da escassez de relatos e estudos na literatura para corroborar tal correlação, é uma possibilidade factível supor tais infecções sistêmicas causadas por vírus como causas menos comuns de úlceras genitais e, portanto, subdiagnosticadas.

REFERÊNCIAS

1. PATTERSON, J.; SAMMON, M.; GARG, M. Dengue, Zika and Chikungunya: Emerging Arboviruses in the New World. **Western Journal of Emergency Medicine**, v. 17, n. 6, p. 671–679, 1 nov. 2016.
2. WEAVER, S. C. et al. Zika, Chikungunya, and Other Emerging Vector-Borne Viral Diseases. **Annual Review of Medicine**, v. 69, n. 1, p. 395–408, 29 jan. 2018.
3. EIZAGUIRRE, F. J. et al. Úlcera genital aguda no relacionada con enfermedad de transmisión sexual. **Anales de Pediatría**, v. 76, n. 3, p. 170–172, mar. 2012.
4. Tuddenham, S. (2022). Approach to the patient with genital ulcers. *UpToDate*. Literature review current through Mars 2024 from

https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-patient-with-genital-ulcers?search=ulcera%20genital&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1

Deleção do braço longo do cromossomo 15 como causa de amenorreia primária: um relato de caso

INTRODUÇÃO:

A insuficiência ovariana prematura (IOP) é uma condição em que há hipoestrogenismo com consequências importantes sobre a massa óssea e o risco cardiovascular (RCV). A IOP de etiologia genética ocorre em 10% dos casos, prevalecendo nas mulheres com amenorreia primária. A microdeleção do braço longo do cromossomo 15 é uma condição rara, existindo poucos casos descritos na literatura e, menos ainda, relacionando-a à IOP.

DESCRIÇÃO DO CASO:

Paciente do sexo feminino, 43 anos, amenorreia primária e menarca aos 17 anos, após uso hormonal; pubarca e telarca aos 20 anos. Ao exame: estatura elevada (1,78 metros), índice de massa corporal de 30,7 kg/m² e circunferência abdominal 96 centímetros; fronte curta com fendas palpebrais inclinadas para baixo; palato alto; cúbito valgo e hipoplasia de quarto e quinto metacarpos em ambas as mãos; geno valgo, pés planos e cifose toracolombar; mamas simétricas e pelos pubianos M3P3; vulva atrófica, impedindo a realização do exame especular. Os exames iniciais mostraram hormônio folículo estimulante (FSH) de 54,2 UI/L, hormônio luteinizante (LH) 21,54 mUI/mL, prolactina 5,99 ng/ml, estradiol 24 pg/mL, testosterona total 27 ng/dL, hormônio tireoestimulante (TSH) 1,88 µUI/mL. Cariótipo 46, XX e hibridização genômica com deleção de braço longo do cromossomo 15 (locus 15q25.2). Densitometria com baixa massa óssea em fêmur proximal (T-score -1.4). Ao ultrassom de abdome, hepatomegalia com aspecto sugestivo de doença de depósito. No rastreamento de doença cardiovascular, a dosagem de triglicérides estava elevada (217 mg/ml), sem outras alterações. Desde o diagnóstico de amenorreia, aos 17 anos, a paciente fez uso irregular e inconstante de terapia hormonal, totalizando menos de 5 anos de tratamento.

DISCUSSÃO:

Na avaliação da amenorreia primária é importante a realização de um exame físico minucioso, visando identificar a presença de estigmas somáticos. Os casos relatados de microdeleções no locus 15q25.2 são muito raros, sendo que as características clínicas fenotípicas incluem atraso no desenvolvimento intelectual, baixa estatura, deformidades craniofaciais, hérnia diafragmática congênita, anemia - características não observadas na paciente do caso. O atraso da propedêutica, ainda na infância, retarda o diagnóstico e, conseqüentemente, o início da terapia hormonal, impactando no futuro cardiovascular da paciente. Nas pacientes com quadro de amenorreia primária devido a IOP, a terapia hormonal está indicada desde a adolescência - para desenvolvimento de caracteres sexuais secundários - e deve ser mantida até os 50 anos de idade, com o objetivo de preservação da massa óssea e redução do RCV.

CONCLUSÃO:

Frente a um quadro de amenorreia primária hipergonadotrófica, o cariótipo é indicado para pesquisa de anomalias cromossômicas. Entretanto, causas genéticas podem estar envolvidas no processo da IOP, que não são detectadas por esse método. A investigação oportuna pode interferir diretamente na qualidade de vida da paciente na senilidade, já que proporciona a possibilidade de início precoce da terapia hormonal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BURGESS, T. et al. Characterization of core clinical phenotypes associated with recurrent proximal 15q25.2 microdeletions. *American journal of medical genetics. Part A*, v. 164, n. 1, p. 77–86, 21 nov. 2013.

BENETTI-PINTO, CL. et al. Premature ovarian insufficiency: A hormonal treatment approach. *FEBRASGO position statement, FPS*, n.2, ago. 2020.

CHEN, Z. et al. A 15q25.2 microdeletion phenotype for premature ovarian failure in a Chinese girl: a case report and review of literature. *BMC medical genomics*, v. 13, n. 1, 7 set. 2020.

PALUMBO, O. et al. An emerging phenotype of interstitial 15q25.2 microdeletions: Clinical report and review. *American journal of medical genetics. Part A*, v. 158A, n. 12, p. 3182–3189, 19 nov. 2012.

YUAN, K. et al. Autosomal chromosome microdeletions in three adolescent girls with premature ovarian insufficiency: a case report. *The turkish journal of pediatrics/Turkish Journal of pediatrics*, v. 64, n. 4, p. 729–729, 1 jan. 2022.

GESTAÇÃO APÓS MÚLTIPLAS MIOMATOSSES UTERINAS: UM RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO: Os miomas são nódulos benignos que se desenvolvem no útero por estímulo estrogênico sobre um único miócito. Acometem cerca de 35-77% das mulheres na menacme, embora sua real prevalência seja maior do que a estimada, por sua apresentação assintomática ser a mais comum. No que tange à sua localização, podem ser classificados como subseroso, intramural ou submucoso, componente crucial para determinação da sintomatologia. Na vigência de sintomas, prevalecem o sangramento uterino anormal, dispareunia, dor pélvica incapacitante e possibilidade de comprometimento da fertilidade, condições que impactam significativamente na qualidade de vida da mulher e demandam condutas terapêuticas. Como possibilidades de manejo, existem estratégias medicamentosas e cirúrgicas. O método de eleição se dá de forma individualizada, avaliando as características do tumor e respeitando os desejos da paciente. **DESCRIÇÃO DO**

CASO: Mulher, 38 anos, sem prole definida, tentando engravidar, procura atendimento queixando-se de menorragia, associada à dismenorreia, dispareunia, dor pélvica em baixo ventre e astenia há 3 anos, com progressão dos sintomas. Ao exame, apresentava dor à mobilização do fundo de saco, volume abdominal aumentado, com massa palpável em região pélvica que alcançava 2cm acima da cicatriz umbilical, sugestivo de útero miomatoso. Ressonância da pelve confirmou a hipótese de volumosa miomatose uterina, com múltiplos nódulos subserosos e intramurais de componente submucoso. Foi evidenciado útero com volume de 1320 cm³. Optou-se por miomectomia para preservar a capacidade reprodutiva da paciente. A fim de viabilizar a abordagem cirúrgica, foi feito uso do analógo do GnRH (GnRH-a) subcutâneo no mês anterior ao procedimento. No intraoperatório, retirou-se 16 leiomiomas sem atipias, confirmado por histopatológico. Foram preservados pequenos nódulos próximos às trompas e à artéria uterina, com intuito de não comprometer a perviedade tubária. Após um ano, paciente engravidou e, com 36 semanas de gestação apresentou descolamento de placenta, submetida à cesariana de urgência com sucesso. Mãe e filho passam bem.

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO: A histerectomia seria a abordagem inicial de escolha devido a quantidade, localização e tamanho dos tumores, pois os riscos de

complicações após a miomectomia aumentam conforme as características desfavoráveis dos nódulos. Como a paciente almejava gestar, utilizou-se GnRH-a como estratégia medicamentosa, uma vez que leva à redução de cerca de 35-60% do volume dos miomas, favorecendo a realização de uma técnica que preserve os órgãos reprodutivos. Todavia, muitos profissionais não se beneficiam de seu efeito por não usarem habitualmente na prática clínica. É essencial enfatizar a importância de inteirar-se que o uso deste fármaco é seguro, eficaz e benéfico para a abordagem cirúrgica conservadora. Portanto, constata-se que a conduta individualizada e assertiva, junto a uma equipe capacitada culminou na evolução favorável do caso descrito. Assim, tornou-se viável atender ao desejo da paciente de ser mãe, promovendo melhor qualidade de vida e quebrando o paradigma de que múltiplos miomas só se resolvem com a retirada completa do útero.

AVC HEMORRÁGICO INTRAPARTO EM GESTANTE COM COLESTASE - RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO: A gravidez e o puerpério, por si só, conferem um risco três vezes maior de Acidente Vascular Cerebral (AVC) se comparado à mulheres não grávidas, isso ocorre devido a alterações hemodinâmicas, vasculares e do sistema de coagulação, que persistem após o parto. Entre o hemorrágico (AVCh) e o isquêmico, o primeiro tem maior incidência. Este trabalho tem como objetivo descrever o caso de AVC hemorrágico intraparto em gestante com Colestase Gravídica (CG).

RELATO DE CASO: Mulher, 39 anos, sem comorbidades prévias, primigesta, admitida com idade gestacional de 36 semanas para indução de parto por CG, diagnosticada no terceiro trimestre, através de quadro clínico de prurido palmo-plantar, associado à alterações laboratoriais (Ácidos Biliares: 103 µmol/L). Fazia uso de Ácido ursodesoxicólico 300mg/dia além de Cálcio e Ácido acetilsalicílico para profilaxia de pré-eclâmpsia (PE), medicações suspensas dois dias antes o parto. Paciente optou por cesariana durante a indução, realizado procedimento, com dados vitais estáveis durante todo ato cirúrgico e ausência de sangramento aumentado. Após extração de recém-nascido, paciente apresentou cefaléia intensa, movimentos tônicos em membro superior e perda da responsividade, sendo necessário sedação, intubação orotraqueal e encaminhamento ao Centro de Terapia Intensiva para acompanhamento com a Neurocirurgia. Revisão laboratorial identificou relação proteína/creatinina na urina de 0,3 mg/dL. Angiotomografia de crânio evidenciou Hemorragia Intraparenquimatosa (HIP) e a de pescoço não identificou malformações vasculares. Foi demonstrado na Tomografia Computadorizada de crânio HIP com moderado efeito de massa e pequeno desvio de linha média. Puérpera evoluiu com disartria e hemiparesia à direita, sendo necessário acompanhamento multidisciplinar com Fonoaudiologia e Fisioterapia. Optada por conduta conservadora com TC seriada, que manteve-se inalterada. Recebeu alta após 31 dias, ainda em acompanhamento multidisciplinar ambulatorial. Retorno em 45 dias após o evento com estabilização da TC e melhora parcial da disartria e paresia.

DISCUSSÃO: Trata-se de um raro caso de AVCh intraparto, que apresentou-se inicialmente com cefaleia intensa e déficit neurológico focal. O AVCh, apesar de pouco frequente na gravidez, possui causas variadas, como PE, síndrome de vasoconstrição cerebral reversível, ruptura de malformação arteriovenosa e aneurisma cerebral. Os fatores de risco mais importantes incluem idade materna avançada, distúrbios hipertensivos da gestação, raça negra, coagulopatia e tabagismo. Os diagnósticos diferenciais neste caso são diversos, e incluem eclâmpsia, ruptura de aneurisma e malformação arteriovenosa. Em associação, há o quadro de CG, que também pode estar ligado ao aumento do risco de PE, corroborando tal hipótese. Além dos fatores de risco clássicos, a cesariana também pode entrar como um fator de confusão, tendo em vista o risco aumentado de coagulação do próprio procedimento cirúrgico. **CONCLUSÃO:** O relato demonstrou que o AVC intraparto, apesar de raro, deve ser considerado em casos de cefaleia súbita associado a déficit neurológico, na presença de fatores de risco.

Referências bibliográficas

1. Camargo, E. C., & Singhal, A. B. (2021). Stroke in Pregnancy: A Multidisciplinary Approach. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 48(1), 75–96. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2020.11.004>
2. Mingjuan Luo, Mengyang Tang, Feng Jiang, Yizhen Jia, Robert Kien Howe Chin, Wei Liang, Hu Cheng, "Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy and Associated Adverse Maternal and Fetal Outcomes: A Retrospective Case-Control Study", *Gastroenterology Research and Practice*, vol. 2021, Article ID 6641023, 9 pages, 2021. <https://doi.org/10.1155/2021/6641023>
3. Swartz RH, Cayley ML, Foley N, et al. The incidence of pregnancy-related stroke: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Stroke*. 2017;12(7):687-697. doi:10.1177/1747493017723271
4. Bushnell, Cheryl, et al. "Guidelines for the prevention of stroke in women: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association." *Stroke* 45.5 (2014): 1545-1588

Hiperplasia endometrial atípica em usuárias de implantes hormonais – relatos de casos

Máximo 2800 caracteres (sem espaço)

Introdução: A hiperplasia endometrial atípica é uma lesão precursora do câncer de endométrio, que configura como o sexto tumor mais frequente em mulheres no mundo. O uso de terapia hormonal (TH) de estrogênio sem contraposição progestagênica é fator de risco para seu surgimento. Atualmente, vem-se difundindo o uso de diferentes classes de implantes hormonais subcutâneos (IHS), cuja segurança é incerta quanto à proteção endometrial. Este estudo analisa dois casos de mulheres que usaram IHS e desenvolveram hiperplasia endometrial atípica. **Descrição dos casos:** Paciente VALR, 56 anos, fez uso de TH transdérmica com estradiol e acetato de noretisterona (System Conti®) no período de 2017-2020. De 2021 a 2022 utilizou IHS (estradiol + gestrinona), removidos por desejo da paciente. Buscou atendimento em 2023 por déficit de memória e sangramento vaginal, sendo observada espessura endometrial de 10,1mm. Encaminhada para histeroscopia, onde foram identificadas duas imagens polipoides e duas áreas de espessamento, uma delas com ponto de sangramento. O anatomopatológico evidenciou hiperplasia endometrial atípica/neoplasia intraepitelial endometriode. Foi submetida a histerectomia, com salpingooforectomia bilateral e linfadenectomia, sem evidências de lesão residual. No segundo caso, VLMS, 64 anos, fez uso de IHS por cerca de 10 anos (interrompido em 2019), com composição de estradiol + gestrinona. Buscou atendimento em 2022 por sangramento vaginal, sendo observado endométrio de 7,7mm à ecografia. Realizada histeroscopia, biópsia sem alterações. Foi mantida com promestrieno, quando em 2023, apresentou novo episódio de sangramento. O endométrio mostrava-se então com 5,5 mm, sendo novamente encaminhada para investigação. À histeroscopia, observado espessamento endometrial, cujo resultado de anatomopatológico evidenciou hiperplasia endometrial atípica. Aguarda histerectomia. **Discussão:** O uso de progestagênios para proteção endometrial na TH combinada em mulheres com útero intacto é uma conduta consagrada. A gestrinona é um progestagênio sintético derivado da nandrolona, que possui ações de esteróide anabolizante e inibidora do eixo hipotálamo-hipófise-ovário. Embora seja da classe das progestinas, não há estudos que confirmem a capacidade de proteção endometrial da gestrinona quando utilizada na TH combinada, posto que sua ação mais se assemelha à dos androgênios. Quanto ao potencial de carcinogênese dos androgênios no tecido endometrial, pouco é conhecido. Sabe-se que a 5- α -redutase, bem como receptores androgênicos estão presentes no tecido endometrial. Em análises comparativas, observou-se níveis de androgênios séricos mais elevados em mulheres com neoplasia endometrial, assim como sua correlação com IMC elevado, que já é considerado classicamente como fator de risco para este tipo tumoral. **Conclusão:** Embora não possamos afirmar relação causal entre hiperplasia endometrial atípica e IHS nesses dois casos, eles alertam para a notória falta de evidências na literatura quanto à capacidade de proteção endometrial da gestrinona em mulheres que fazem essa opção de TH. É essencial que a prescrição indiscriminada dos IHS seja interrompida até que estudos de segurança estejam disponíveis para sustentar seu uso.

HISTERECTOMIA TOTAL VÍDEOLAPAROSCÓPICA: ANÁLISE RETROSPECTIVA DE 587 CASOS

Bruna Schettino Morato Barreira¹; Matheus Eduardo Soares Pinhati²; Camila Barreto Silvestre¹; Bárbara Carmita da Silva Silveira³; Sérgio Augusto Triginelli⁴; Agnaldo Lopes da Silva Filho⁵

¹Médica pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais e Residente de Ginecologia e Obstetrícia da Unimed Belo Horizonte (HDMU)

²Acadêmico de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais

³Médica pela Universidade Federal de São João Del-Rei campus Centro-Oeste e Residente de Ginecologia e Obstetrícia da Unimed Belo Horizonte (HDMU)

⁴Preceptor da Residência de Ginecologia e Obstetrícia da Unimed Belo Horizonte (HDMU)

⁵Professor Titular do curso de Medicina Universidade Federal de Minas Gerais

Introdução: A histerectomia é um dos procedimentos cirúrgicos mais comuns na Ginecologia. Nos Estados Unidos, são realizadas em média 600.000 histerectomias por ano. Já no Brasil, a prevalência de histerectomia é de 17,8% em mulheres com idade superior a 50 anos. Estudos mais antigos que compararam histerectomia laparoscópica e vaginal demonstraram tempo operatório mais prolongado, maiores custos e taxas de complicações na via laparoscópica. No entanto, estudos mais recentes evidenciaram que a videolaparoscopia tem diversos benefícios quando comparada à histerectomia vaginal ou abdominal, desde que realizada por uma equipe experiente.

Objetivo: Avaliar a eficácia e segurança da histerectomia total videolaparoscópica em nosso serviço de cirurgia ginecológica e descrever a técnica utilizada pela equipe cirúrgica.

Métodos: 587 pacientes foram submetidas à histerectomia laparoscópica no período de fevereiro/2017 a março/2024. Todas as cirurgias foram realizadas pela mesma equipe cirúrgica. Os 300 casos iniciais foram comparados aos 287 casos subsequentes através do teste de Fisher. O valor $p < 0,05$ foi considerado

significativo. Durante este período, com o aperfeiçoamento da curva de aprendizado, foram introduzidas modificações técnicas com o intuito de melhorar os resultados, reduzir taxas de complicação e tempo cirúrgico.

O 1º passo é a colocação do elevador uterino via vaginal. O 2º passo é a realização do pneumoperitônio e demais punções. O 3º passo é a fixação dos portais laparoscópicos. O 4º passo é a colpotomia anterior. O 5º passo é a secção do ligamento redondo com tesoura coaguladora e secção da lâmina anterior do ligamento largo até o pedículo vascular uterino, com selagem e secção deste. O 6º passo é a salpingectomia, secção do ligamento próprio do ovário e da lâmina posterior do ligamento largo até o pedículo vascular uterino. O 7º passo é a finalização da colpotomia, intercalando o uso da energia monopolar e bipolar. O 8º passo é a sutura contínua em plano único da cúpula vaginal com posterior peritonização. O 9º passo é a avaliação da integridade vesical com infusão de soro fisiológico. O 10º passo é a revisão da hemostasia e retirada dos trocarteres sob visão.

Resultados: A média de idade das pacientes é de $45,2 \pm 6,7$ anos e o IMC médio de $27,1 \pm 3,6$ kg/m². Com relação ao tempo operatório, 30% das cirurgias foram realizadas em um tempo inferior a 2 horas, 46% entre 2 e 3 horas e 24% em mais 3 horas. As taxas de complicação e conversão para laparotomia foram de 2,2% e 1,8%, respectivamente. Comparando os 300 primeiros casos com os 287 casos subsequentes, houve redução no tempo operatório ($p < 0,0001$) e na incidência de conversões (OR: 9,8; IC 95%: 1,7-107,7; $p=0,011$). A taxa de complicações não diferiu entre os dois grupos (OR: 3,2; IC 95%: 0,9-11,1; $p=0,09$).

Discussão e Conclusão: A experiência acumulada e as melhorias técnicas contribuíram para os resultados positivos e abaixo dos dados apresentados na literatura, que apontam taxas de complicação de 4 a 14% e conversão de 3,9%. A redução no tempo operatório e nas conversões destaca a curva de aprendizado e a eficiência do método. A técnica de histerectomia total laparoscópica apresentada é segura e eficiente. O aprimoramento contínuo das técnicas é crucial para melhorar os resultados cirúrgicos.

Referências:

Pepin KJ, Cook EF, Cohen SL. Risk of complication at the time of laparoscopic Hysterectomy: a prediction model built from the National Surgical Quality Improvement Program database. *Am J Obstet Gynecol* 2020; 223:555.e1.

Catanzarite T, Saha S, Pilecki MA, et al. Longer Operative Time During Benign Laparoscopic and Robotic Hysterectomy Is Associated With Increased 30-Day Perioperative Complications. *J Minim Invasive Gynecol* 2015; 22:1049.

Madhvani K, Garcia SF, Fernandez-Felix BM, et al. Predicting major complications in patients undergoing laparoscopic and open hysterectomy for benign indications. *CMAJ* 2022; 194:E1306.

Aarts JW, Nieboer TE, Johnson N, et al. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; :CD003677.

Lim CS, Mowers EL, Mahnert N, et al. Risk Factors and Outcomes for Conversion to Laparotomy of Laparoscopic Hysterectomy in Benign Gynecology. *Obstet Gynecol* 2016; 128:1295.

RELATO DE CASO: ANGIOSSARCOMA DE MAMA

Autores: Camila Barreto Silvestre ¹; Bárbara Carmita da Silva Silveira ²; Bruna Schettino Morato Barreira ³; Isabela Benevenuto Teixeira ⁴; Lúcio Márcio Perri de Resende ⁵; Raphaella Fernanda Reis⁶

1 Médica pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG) e residente de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Dia e Maternidade Unimed Grajaú (HDMU)

2 Médica pela Universidade Federal de São João del-Rei campus Centro-Oeste (UFSJ-CCO) e residente de Ginecologia e Obstetrícia do HDMU

3 Médica pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG) e residente de Ginecologia e Obstetrícia do HDMU

4 Médica pela Faculdade de Ciências Médicas da Saúde de Juiz de Fora (Suprema) e residente de Ginecologia e Obstetrícia do HDMU

5 Médico pela Universidade Federal de Minas Gerais e Mastologista do Hospital Alberto Cavalcanti; Fhemig e Unimed - Belo Horizonte

6 Acadêmica de medicina da Faculdade de Minas – Belo Horizonte (FAMINAS BH)

INTRODUÇÃO: O angiossarcoma de mama é um tumor maligno raro e agressivo originado no endotélio vascular. Constitui menos de 1% dos casos de câncer de mama e geralmente afeta mulheres entre 14 a 82 anos. Erros diagnósticos atrasam o tratamento adequado, destacando a importância deste caso.

DESCRIÇÃO DO CASO: MSOR, 50 anos, sexo feminino, G2P2A0, hipertensa e sem histórico familiar para neoplasias. Desde 2015, a paciente realizava anualmente controles clínicos e de imagem regulares na mama sem anormalidades.

Em março de 2023, procurou o ambulatório de mastologia com queixas de edema em mama direita. Ao exame físico, notou-se uma massa macia de cerca de 10cm em quadrante superior medial de mama direita retro areolar, sem sinais flogísticos. Novos exames foram solicitados com os seguintes resultados: Mamografia de 17/03/23: Bi-Rads 0. Ultrassonografia de mamas e axilas de 17/03/23: grande área não nodular predominando na UQM MD (união de quadrantes mediais de mama direita) de 8x6cm, com parênquima infiltrativo - Bi-Rads 4.

Foi solicitado a punção biópsia com agulha grossa (*core biopsy*), realizada em 03/04/23 que revelou angiossarcoma de mama, com imuno-histoquímica positiva para CD34, CD31 e ERG, e negativa para CITOQUERATINA 7 e D2-40.

A paciente foi submetida a tratamento cirúrgico em 13/05/23, incluindo adenomastectomia com preservação do complexo aréolo-papilar da mama direita, ressecção de linfonodo sentinela ipsilateral e reconstrução mamária com expansor de silicone. O anátomo patológico confirmou angiossarcoma de grau intermediário de 8,0cm de diâmetro com margens cirúrgicas livres e linfonodos sentinelas negativos. O tratamento foi completado na oncologia com 6 ciclos de doxorubicina e ifosfamida de 07/08/23 a 29/12/23.

Durante o tratamento, a paciente enfrentou complicações, incluindo embolia pulmonar em junho de 2023, necrose superficial na mama direita e deiscência da ferida operatória em julho de 2023 e abscesso no local do expansor, que foi removido em 29/08/23. Atualmente, ela está sendo acompanhada semestralmente por mastologistas e oncologistas e não apresenta evidências de doença ativa.

DISCUSSÃO: O Angiossarcoma de mama é um tumor maligno de células endoteliais neoplásicas dos vasos sanguíneos ou linfáticos, com rápida disseminação nos tecidos conjuntivos circundantes. A exposição prévia à radioterapia é um fator de risco significativo. Nesse caso, o angiossarcoma foi um tumor primário de mama, sem histórico de radioterapia, o que é ainda mais raro. O diagnóstico não foi típico, já que a paciente apresentava apenas uma massa palpável amolecida, sem outros sinais como espessamento ou alteração na cor da pele, placa ou nódulos violáceos, ou úlcera. O diagnóstico foi desafiador e só foi confirmado após exame anatomopatológico e painel imuno-histoquímico. O tratamento é multidisciplinar, sendo o principal a cirurgia ampla, seguida de terapia adjuvante devido à alta taxa de recorrência e disseminação metastática.

CONCLUSÃO: Essa neoplasia apresenta desafios diagnósticos e prognóstico reservado devido às metástases frequentes. Reconhecer aspectos clínicos e radiológicos é crucial para diagnóstico e tratamento eficaz, visando melhorar resultados clínicos e qualidade de vida das pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Freire, F., Barra, F. R., Camelo, R. E. F. A., Ribeiro, A. C. de O., Farage, L., & Andrade, L. F. (2017). Angiossarcoma primário de mama: desafio diagnóstico. *Revista Brasileira De Mastologia*, 27(1), 47–49. Recuperado de 2016. <https://revistamastology.emnuvens.com.br/rbm/article/view/199>.
2. Young, R. J.; Brown, N. J.; Reed, M. W.; Hughes, D.; Woll, P. J. (2010) Angiosarcoma. *The Lancet Oncology*. 11(10):983–991. doi: 10.1016/S1470-2045(10)70023-1
3. Caldas, M.L.; et, al. Angiossarcoma de mama: relato de caso. *Society and Development*, v. 9, n.3, e179932654, 2020(CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i3.2654>
4. Viviani, R.S.O; et al. Angiossarcoma de Mama - Relato de Caso. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 22 (7). Ago 2000. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032000000700009>



AMAMENTAÇÃO É RESPONSABILIDADE DE TODOS – ORIENTAÇÃO ATIVA DURANTE O PRÉ-NATAL

Artigo Original
Assistência ao Pré-natal, Parto e Puerpério

Beatriz Frazão Martinez¹; Júlia Cerqueira Maranhão¹; Isabella Constância de Faria Monteiro²;
Paulo Roberto Mendes de Carvalho¹; Ana Maura Teixeira Santos³; Patrícia Gonçalves Teixeira¹.

¹ Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG
² Faculdade da Saúde e Ecologia Humana – FASEH
³ Universidade Professor Edson Antônio Velano – UNIFENAS

INTRODUÇÃO

Como parte estruturante e integrante da sociedade é de responsabilidade de todos a proteção, promoção e apoio a amamentação, como estratégia para reduzir a morbimortalidade infantil. No Brasil houve uma ascensão da prevalência de amamentação materna continuada na primeira hora de vida e do aleitamento materno exclusivo (AME) entre as crianças de até quatro meses (60%), delineando-se um cenário adjacente da meta global, que segundo a OMS deve ser de 90%. Em nosso ambulatório reforçamos o terceiro passo, dos *Dez passos para o sucesso do Aleitamento Materno* - através de estratégia ativa de orientação individual das gestantes e acompanhantes, visando retomada de ações educativas em decorrência de desmontagem de grupos de gestantes decorrente da pandemia-COVID-19.

OBJETIVOS

Orientar ativamente gestantes e acompanhantes sobre o processo de amamentação e identificar dificuldades individuais prévias para melhorar a adesão ao aleitamento materno.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de ações longitudinais para gestantes de ambulatório público de pré-natal abordadas em qualquer idade gestacional através de módulos. O primeiro módulo abordou a importância da AME; mudanças fisiológicas das mamas; características do leite humano e direitos legais. O segundo foi dirigido para ações práticas que favorecem a amamentação no parto e puerpério. O terceiro módulo abordou dificuldades mais frequentes, ordenha manual, armazenamento e doação de leite excedente. Para a aplicação das orientações em módulos utilizou-se material digital e manequins como simuladores. Formulário do Google foi utilizado para coleta e análise de dados.

RESULTADOS

Entre fevereiro e dezembro de 2023, 265 gestantes participaram de pelo menos um módulo de orientação, sendo que o de maior interesse foi o módulo 3. As dificuldades listadas foram fissuras mamilares (33,3%), “leite fraco” ou “pouco leite” (26,2%) e dores na amamentação (10%).

As gestantes tinham em média 28 anos e 32% tinha experiência prévia em amamentação, dessas 23% relataram dificuldades. As primigestas foram 45% do grupo e 49,5% delas frequentavam o pré-natal de alto risco.

A maioria estava desempregada, sem renda ou em trabalho informal (67%). A renda familiar de 72,5% era de 1 a 3 salários mínimos e 14,2% viviam com renda mensal inferior a um salário mínimo. Trabalhar mais de 40h semanais foi relatado por 26% das gestantes. Estavam matriculadas no pré-natal de alto risco 46,2% delas.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

O processo de aleitamento ainda é cercado de mitos e desinformações. Esse estudo mostrou que muitas gestantes que amamentaram tiveram dificuldades, tal que ações educativas precisam ser reforçadas no pré-natal. O perfil socioeconômico encontrado reforça a importância da amamentação como meio de redução da morbimortalidade infantil. As intervenções ativas realizadas foram adaptadas para atender às necessidades individuais das gestantes em um ambiente de aprendizado humanizado. No entanto, cabe ressaltar a necessidade contínua de avaliação e de ajuste das estratégias de orientação, a fim de garantir que todas as gestantes recebam informações e apoio adequados para o sucesso da amamentação.

Literacia em Saúde: onde falha a contracepção?

Vitor Neves Batista² Anne Caroline Magalhaes Oliveira²; Ana Maria Guedes²; Eura Martins Lage¹; Patrícia Gonçalves Teixeira¹

1. Professor(a) do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da UFMG
2. Acadêmico(a) de Medicina da Faculdade de Medicina da UFMG

Introdução: Apesar da disponibilidade gratuita de métodos contraceptivos e das orientações individuais e em programas educativos, mulheres brasileiras entre 16 e 45 anos já tiveram pelo menos uma gestação e mais de 60% delas não foi planejada. Há uma lacuna entre a oferta de métodos contraceptivos, o entendimento da informação e o uso real pelas mulheres. A essência da prescrição de medicamentos é garantir a descrição correta da formulação e a posologia, garantindo a compreensão correta pelo paciente visando a autoadministração. No entanto, erros e falhas no entendimento de prescrições são comuns e, na maioria, seriam evitáveis. Neste contexto, a literacia em saúde, definida como a habilidade de acessar, entender e aplicar informações médicas, varia consideravelmente entre indivíduos quando levamos em conta as diferenças culturais e sociais. A efetividade do planejamento reprodutivo configura um desafio que segue os preceitos da literacia em saúde.

Objetivo: Identificar fragilidades no uso de contraceptivos e a ocorrência da gestação em curso, visando direcionar intervenções eficazes de planejamento familiar

Métodos: Trata-se de estudo transversal realizado entre julho e dezembro de 2023, onde foram entrevistadas 206 gestantes matriculadas no pré-natal do setor público. Utilizou-se o Formulário Google Forms com dados das gestantes, da gravidez, dos métodos contraceptivos e aceitação da gravidez. Para análise estatística utilizou-se o MINITAB[®] versão 14.

Resultados: A idade das gestantes variou de 15 a 43 anos (média de 23 anos) e a idade gestacional foi de 7 a 41 semanas de gravidez. Em relação à escolaridade, consideramos para análise: ensino fundamental completo (2.4%) e incompleto, ensino médio completo (62.1%) e incompleto (17%) e ensino superior (15,5%). A renda familiar da maioria (72.3%) era de menos de 3 salários-mínimos, sendo que 65% estavam desempregadas ou em trabalho informal. A gravidez não foi planejada para 135 (65%), mas bem aceita pelas gestantes, parceria e familiares. Em relação aos contraceptivos prévios a gravidez, 63% não estavam em uso de nenhum, cerca de 20,4% consideravam estar em uso correto, 3,4% estavam em troca de método, 1,3% relatou efeitos colaterais e a falha ocorreu em menos de 1%. Contracepção de emergência foi opção de 68% das gestantes em algum momento e 47% fizeram essa prática por mais de duas vezes.

Discussão e conclusões: No estudo foi notável a proporção de mulheres que alegaram ocorrência de gravidez em uso correto do método contraceptivo. A maioria das gestantes eram alfabetizadas e capazes de fazer reflexões, interpretações e com habilidade para compreender. Os dados obtidos apontam duas prováveis falhas: viés de informação e percepção inadequada sobre o que é, de fato, o uso correto do método contraceptivo. Para melhorar a eficácia da contracepção, é essencial implementar estratégias que abordem essas deficiências na literacia em saúde e promovam melhorias na saúde reprodutiva.

BLOQUEIO ATRIOVENTRICULAR TOTAL COM DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL EM FETO DE GESTANTE COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO: UM RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO: O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença autoimune inflamatória associada ao acúmulo de complexo antígeno-anticorpo, frequentemente associado à positividade do FAN (fator antinuclear), queda dos níveis de complemento, DNA de fita dupla positivo e anticorpo antifosfolípide. De acordo com a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), entre as gestantes, a incidência de LES varia entre 1:660 e 1:2.952. Durante a gestação, o LES está associado à importante morbidade fetal e materna, sendo o bloqueio atrioventricular total (BAVT) congênito a manifestação clínica mais comum e grave.

RELATO DE CASO: Gestante, 39 anos, G2PV1A0, portadora de LES, com diagnóstico há 3 anos conforme os critérios da Sociedade Americana de Reumatologia: rash malar, poliartrite, FAN positivo 1:320 nuclear homogêneo, leucopenia, proteinúria 24h de 1060mg, Anti DNA dupla fita positivo 1:80, consumo do complemento C3 e C4, Anti-Ro 240, Anti-La 189, Anticardiolipina IgG 30, Anticoagulante lúpico positivo, Anti-Sm e Anti-RNP negativos. Em tratamento imunossupressor com bom controle em uso de Azatioprina 150mg/dia, Hidroxicloroquina 400mg/dia, Prednisona 5mg/dia. Após diagnóstico da gestação, iniciou uso de Enoxaparina 40mg/dia, AAS 150mg, Vitamina D e Carbonato de Cálcio. Durante pré natal de alto risco, detectada bradiarritmia fetal desde o primeiro ultrassom obstétrico. Em ecocardiograma fetal realizado com 28 semanas, evidenciou-se BAVT, derrame pericárdico, regurgitação tricúspide, regurgitação mitral e aumento de câmaras esquerdas, com proposta de inserção de marcapasso ao nascimento. Paciente admitida com 32/33 semanas em hospital de alta complexidade para avaliação da equipe de cirurgia cardiovascular pediátrica e realização de ecocardiograma fetal e ultrassom obstétrico seriados. Ao exame da admissão: BCF 42bpm. Iniciado Salbutamol 10mg 8/8h VO (beta-adrenérgico) visando aumento da frequência cardíaca (FC) fetal. Em USG obstétrico com Doppler com 33 semanas e 4 dias, observada alteração do fluxo de artéria umbilical e ducto venoso, indicada interrupção da gestação. Recém nascido com necessidade de marca-passo transcutâneo em sala de parto devido a FC de 37bpm ao nascimento. Levado ao bloco cirúrgico no segundo dia de vida para implante do marcapasso definitivo com boa resposta e estabilidade hemodinâmica, permanecendo em UTI neonatal para ganho de peso. Recebeu alta hospitalar com acompanhamento ambulatorial da cardiologia pediátrica.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO: A etiologia do BAVT secundária ao LES materno é principalmente por passagem de auto anticorpos maternos pela barreira transplacentária, principalmente Anti Ro, La e RNP, podendo ser diagnosticado através de ecocardiograma fetal, como apresentado. Tratamentos intrauterinos podem ser utilizados para o BAVT, como simpaticomiméticos, esteróides e imunoglobulina intravenosa. O marcapasso está indicado se recém-nascido

sintomático, bradicardia fetal e baixo débito cardíaco. O acompanhamento multidisciplinar cuidadoso de gestantes portadoras de LES tem o potencial de reduzir o risco de complicações fetais e maternas, sendo o acompanhamento adequado em pré-natal de alto risco fundamental para o manejo adequado.

REFERÊNCIAS:

DALAL, D. S.; PATEL, K. A.; PATEL, M. A. Systemic Lupus Erythematosus and Pregnancy: **A Brief Review. Journal of obstetrics and gynecology of India**, v. 69, n. 2, p. 104–109, 12 mar. 2019.

CASTRO-GUTIERREZ, A.; YOUNG, K.; BERMAS, B. L. Pregnancy and Management in Women with Rheumatoid Arthritis, Systemic Lupus Erythematosus, and Obstetric Antiphospholipid Syndrome. **Rheumatic diseases clinics of North America**, v. 48, n. 2, p. 523–535, 1 maio 2022.

MARCUS RAMOS FILHO et al. Prenatal diagnosis of complete atrioventricular block secondary to maternal lupus: a case report. **Residência Pediátrica**, v. 13, n. 1, 1 jan. 2023.

TAN, Y. et al. Pregnancy-related complications in systemic lupus erythematosus. **Journal of autoimmunity**, v. 132, p. 102864–102864, 1 out. 2022.

TEDESCHI, S. K. et al. Organ-specific systemic lupus erythematosus activity during pregnancy is associated with adverse pregnancy outcomes. **Clinical rheumatology**, v. 35, n. 7, p. 1725–1732, 11 maio 2016.

ANÁLISE DA ADESÃO À VACINAÇÃO CONTRA HPV EM INDIVÍDUOS ACIMA DE 14 ANOS NO MUNICÍPIO DE IPATINGA-MG ENTRE 2014 E 2023

Introdução: a infecção pelo papilomavírus humano (HPV) está associada a doenças neoplásicas malignas tanto em homens quanto em mulheres, sendo a vacinação uma importante forma de prevenção ao desenvolvimento de cânceres HPV-induzidos. O imunizante está disponível gratuitamente no Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com o Programa Nacional de Imunização. Objetivos: analisar a incidência e as motivações para a vacinação contra o HPV entre a população da cidade de Ipatinga, Minas Gerais com idade superior a 14 anos na rede pública. Métodos: estudo observacional, transversal, quantitativo e analítico, realizado por meio de dados disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Ipatinga. Foram incluídas e analisadas as variáveis: faixa etária, motivação e doses da vacina contra o HPV em indivíduos acima de 14 anos imunizados no município entre os anos de 2014 e 2023. Resultados: dos 3539 indivíduos de 14 anos ou mais que receberam pelo menos a primeira dose da vacina, 56,3% eram do sexo masculino e a idade média foi de 19,8 (DP 6,5 anos). Para todo o grupo, observou-se um pico de incidência no ano de 2017 totalizando 0,74%. Avaliando entre os sexos, até o ano de 2017 a incidência era maior no público feminino, com inversão para o sexo masculino a partir de 2018. Apenas 976 (21,6%) dos pacientes tomaram a segunda dose em um intervalo inferior a 6 meses da primeira dose. Discussão e conclusão: as estratégias de vacinação contra o HPV são essenciais para a prevenção do desenvolvimento de neoplasias malignas e de outras lesões não-cancerígenas. Esta abordagem se torna ainda mais significativa nos grupos prioritários de pacientes considerados de alto risco, como homens e mulheres imunossuprimidos, transplantados ou pacientes oncológicos até 45 anos. É necessário reconhecer que a pandemia de COVID-19 desencadeou um impacto significativo na adesão à vacinação contra o HPV, especialmente entre os jovens que hoje se encontram na faixa etária com idade superior a 14 anos.

CONTEXTO SOCIAL E VACINAÇÃO CONTRA HPV: ENTENDENDO AS DINÂMICAS DE ACEITAÇÃO E RESISTÊNCIA

Introdução: o papilomavírus humano (HPV) é considerado a causa de infecção de transmissão sexual mais comum no mundo, que infecta o epitélio escamoso e pode induzir a formação de uma grande variedade de lesões cutaneomucosas. A infecção pelo HPV é, na maioria das vezes, assintomática e autolimitada. No entanto, ela é de grande importância para a saúde pública, visto que está associada a doenças neoplásicas malignas tanto em homens quanto em mulheres. **Objetivos:** analisar o contexto socioeconômico e cultural relacionado a vacinação contra o HPV e suas consequências. **Métodos:** revisão narrativa de literatura, foi realizada busca nas bases de dados PubMed, LILACS e SciELO, utilizando os termos "HPV", "vacinação" e "contexto social". Foram incluídos artigos publicados entre 2019 e 2024, em português e inglês. Os critérios de inclusão foram estudos que abordaram fatores socioeconômicos e culturais relacionados ao HPV. **Resultados:** a condição social pode afetar de forma significativa a vacinação contra o HPV, uma vez que indivíduos que residem em áreas com menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) têm uma probabilidade significativamente menor de iniciar e completar o esquema vacinal. Esta associação é consistente em diferentes regiões geográficas e comunidades, com uma menor adesão à vacina entre os jovens oriundos da periferia ou filhos de mães com níveis de escolaridade mais baixos. As condições étnicas e culturais também têm impacto na adesão à vacina, com menor aceitabilidade entre as minorias étnicas, mesmo depois de controlados os fatores socioeconômicos. As crenças e conhecimentos individuais desempenham um papel crucial. Os adolescentes têm baixo conhecimento sobre o vírus, especialmente sobre a ligação entre comportamento sexual, HPV e câncer. Há, ainda, diferença entre os gêneros, em que os homens apresentam menor grau de conhecimento em detrimento às mulheres. Para a população masculina, há menos preocupação do que para a feminina com relação ao uso do preservativo e o comportamento sexual, existindo, ainda, uma correlação entre os hábitos de risco em outros domínios, como o abuso de álcool, tabagismo e uso de drogas ilícitas, que resulta em maior prevalência de patologias que cursam com necessidade de vacinação por imunodeficiência, como infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e outras condições de saúde. **Discussão e conclusão:** ações de educação em saúde e conscientização da população, aliadas a políticas públicas eficazes e campanhas de informação adequadas, são fundamentais para superar os obstáculos socioeconômicos e culturais. A abordagem deve ser inclusiva, respeitando as diversidades, e promovendo uma comunicação clara, transparente e baseada em evidências científicas. Assim, para alcançar uma cobertura vacinal adequada e eficaz contra o HPV, é essencial considerar todos os aspectos que influenciam a decisão e o comportamento das pessoas em relação à vacinação. Ações integradas focadas na promoção da saúde e prevenção de doenças, são fundamentais para o sucesso das estratégias de vacinação.

EVOLUÇÃO DAS RECOMENDAÇÕES DE VACINAÇÃO CONTRA HPV: O CONTEXTO BRASILEIRO EM COMPARAÇÃO COM AS RECOMENDAÇÕES DA OMS

Introdução: a vacina contra o papilomavírus humano (HPV) está disponível gratuitamente no Sistema Único de Saúde (SUS) e é usada na prevenção de doenças HPV-induzidas. **Objetivos:** identificar convergências e divergências entre as recomendações brasileiras e as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS), bem como as implicações para a saúde pública e estratégias de implementação da vacina contra o HPV. **Métodos:** revisão narrativa de literatura, foi realizada busca nas bases de dados PubMed, LILACS e SciELO, utilizando os termos "HPV", "vacinação", "Brasil" e "OMS". Foram incluídos artigos, diretrizes e relatórios publicados entre 2020 e 2024, em português e inglês. Os critérios de inclusão foram estudos que abordaram as recomendações de vacinação contra HPV no Brasil e as diretrizes da OMS. **Resultados:** em 2024, o Ministério da Saúde (MS) publicou uma nota técnica em que anuncia a adoção de dose única do imunizante, mantendo a recomendação de faixa etária de 9 a 14 anos para ambos os sexos. Além disso, discorre sobre a realização de estratégia de resgate de adolescentes de até 19 anos não vacinados e inclusão de pessoas portadoras de papilomatose respiratória recorrente como grupo prioritário. A OMS divulgou em 2022 que a imunização em uma única dose seria suficiente para a prevenção do câncer do colo uterino, especialmente em países em desenvolvimento, na faixa etária de 9 a 20 anos. No Brasil, para a população acima de 14 anos, ainda permanece a recomendação de 2 doses com intervalo de 6 meses cada. Em mesmo documento, o MS enfatiza os desafios enfrentados para atingir a meta de cobertura vacinal de 80% recomendada pela OMS e descreve a importância dos grupos populacionais prioritários, incluindo homens e mulheres vítimas de abuso sexual entre 15 e 45 anos, indivíduos que vivem com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), receptores de transplantes e pacientes com câncer entre os 9 e os 45 anos. É relevante observar que para a OMS, as recomendações entre 15 a 20 anos se resumem a uma ou duas doses e maiores de 21 anos com duas doses com intervalo de 6 meses, ressaltando que um mínimo de 2 doses e, quando possível, 3 doses continuam necessárias para imunocomprometidos e/ou infectados pelo HIV. **Discussão e conclusão:** as alterações no calendário de imunização abriram oportunidade para aumentar a cobertura vacinal no Brasil. Estima-se que a utilização de uma dose única da vacina contra o HPV irá desempenhar um papel importante na remissão de prevalência de câncer do colo uterino pela expectativa de ampliar a cobertura vacinal.

HIPERPLASIA PSEUDOANGIOMATOSA DE MAMA NA GESTAÇÃO (PASH)

INTRODUÇÃO/ DESCRIÇÃO DO CASO

A hiperplasia estromal pseudoangiomatosa (PASH) é uma lesão benigna da mama (1). Caracteriza-se pela proliferação de fibroblastos e miofibroblastos dispostos em canais anastomosados. Esse padrão arquitetural pode ser confundido com espaços vasculares à microscopia justificando sua denominação (2).

Clinicamente, apresenta-se como uma massa ou espessamento mamário e seus achados radiológicos são inespecíficos (1,2,5). Habitualmente o diagnóstico da PASH é feito de forma incidental à biopsia de nódulos suspeitos para malignidade (1,4). A presença de massa com crescimento progressivo rápido resultando em ulceração da pele é rara (2,3). Considerando a baixa incidência de tal acometimento nessa proporção, relatamos o caso que se segue.

J.R.N.C., 29 anos, G2PN1, procurou o serviço de saúde em maio de 2023 devido a queixa de aumento excessivo do volume mamário, associado a hiperemia e calor local, quando foi realizado o diagnóstico de gestação de 13 semanas. À propedêutica radiológica mamária, não foram identificados achados suspeitos de malignidade.

Em julho de 2023 foi internada com diagnóstico de gigantomastia gestacional associada a mastalgia e desenvolvimento de lesões ulceradas bilateralmente e encaminhada ao nosso serviço em setembro de 2023 às 29 semanas e 3 dias de gestação. Foi submetida ao uso de cabergolina sem qualquer redução dos sintomas.

Após o diagnóstico de PASH realizado na instituição, foi indicada ressecção cirúrgica. Em 27/09/2023 foi submetida a mastectomia bilateral com sangramento volumoso e evolução para choque hipovolêmico com necessidade de expansão volêmica e recuperação em UTI.

Anatomopatológico da peça cirúrgica evidenciou mama direita com peso de 3600g e mama esquerda com peso de 4100g, presença de úlceras bilaterais sendo a maior medindo 4,5 x 3,5cm. À microscopia foi feito diagnóstico de adenose florida e hiperplasia pseudoangiomatosa do estroma, compatíveis com macromastia/gigantomastia da gravidez.

Paciente recebeu alta e seguiu acompanhamento em alto risco com evolução para trabalho de parto às 38 semanas de gestação com parto cesáreo por estado fetal não tranquilizador. Puerpério sem intercorrências e atualmente em programação de reconstrução mamaria após período puerperal.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Apesar de ser uma doença benigna, a PASH das mamas apresenta altas taxas de recidiva. Com isso, muitas vezes são necessárias cirurgias mutilantes como a mastectomia para controle da doença (2). Nossa abordagem foi semelhante ao relato de caso de Krawczyk et al em 2016 de proceder mastectomia (2). No entanto, diferente do estudo citado que realizou cirurgia poupadora de pele com reconstrução mamaria imediata, optamos por reconstrução tardia devido ao período gestacional (3º trimestre) e a repercussão hemodinâmica durante abordagem cirúrgica.

A PASH gigante em si já é uma doença rara, principalmente quando se considera o período gestacional e nas proporções observadas (2,3). Seu tratamento é feito com a ressecção cirúrgica ampla com margens, comprometendo o resultado estético (1). Em situações como a gestação, deve ser considerado o risco-benefício para estabelecer o período em que será realizada a reconstrução.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. LIMA, P. T. S.; COTTA, F. M.; SILVA, L. C. R. da; LAURIA, P. B. M.; SANTOS, G. A. BILATERAL DIFFUSE PSEUDOANGIOMATOUS STROMAL HYPERPLASIA IN A PREGNANT WOMAN: CASE REPORT. *Mastology*, Rio de Janeiro, v. 30, p. 6, 2020. Disponível em: <https://revistamastology.emnuvens.com.br/revista/article/view/368>. Acesso em: 30 jan. 2024.
2. KRAWCZYK N, FEHM T, RUCKHÄBERLE E, MOHRMANN S, RIEMER J, BRAUNSTEIN S, HOFFMANN J. BILATERAL DIFFUSE PSEUDOANGIOMATOUS STROMAL HYPERPLASIA (PASH) CAUSING GIGANTOMASTIA IN A 33-YEAR-OLD PREGNANT WOMAN: CASE REPORT. *BREAST CARE (BASEL)*. 2016 Oct;11(5):356-358. doi: 10.1159/000450867. Epub 2016 Oct 24. PMID: 27920630; PMCID: PMC5123024.
3. SURACE A, LIBERALE V, D'ALONZO M, PECCHIO S, BAÙ MG, BIGLIA N. PSEUDOANGIOMATOUS STROMAL HYPERPLASIA (PASH) OF THE BREAST: AN UNCOMMON FINDING IN AN UNCOMMON PATIENT. *Am J Case Rep*. 2020 Jan 16;21:e919856. doi: 10.12659/AJCR.919856. PMID: 31941879; PMCID: PMC6979473.
4. DENIZ S, VARDAR E, ÖZTÜRK R, ZIHNI İ, YAĞCI A, TAŞLI F. PSEUDOANGIOMATOUS STROMAL HYPERPLASIA OF THE BREAST DETECTING IN MAMMOGRAPHY: CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE. *Breast Dis*. 2014;34(3):117-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.3233/BD-130360>
5. ALIKHASSI A, SKARPATHIOTAKIS M, LU FL, CURPEN B. PSEUDOANGIOMATOUS STROMAL HYPERPLASIA OF THE BREAST, IMAGING AND CLINICAL PERSPECTIVE: A REVIEW. *Breast Dis*. 2023;42(1):147-153. doi: 10.3233/BD-220072. PMID: 37154175.

TUMOR OVARIANO DE CÉLULAS DE LEYDIG, UM IMPORTANTE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE HIPERANDROGENISMO NA MULHER: RELATO DE CASO.

Mariana Martins Pires¹, Gabriela Santos Perez¹, Letícia Pereira Mendonça¹, Ana Beatriz Campos Gomes¹, Pedro Corradi Sander²

¹ Residente de Ginecologia e Obstetrícia da Rede Mater Dei de Saúde - Unidade Santo Agostinho

² Preceptor da Residência Médica e Cirurgião Ginecológico da Rede Mater de Saúde

INTRODUÇÃO

Hiperandrogenismo é uma queixa comum na prática ginecológica e deve ser sempre valorizada e investigada. O tumor ovariano de células de Leydig é uma neoplasia rara, do grupo dos tumores de cordão sexual, correspondente a menos de 0,5% dos tumores primários do ovário. É importante diagnóstico diferencial nos casos de hiperandrogenismo.

DESCRIÇÃO DO CASO

A. M. d. S., 67 anos, hígida, tabagista, menopausa aos 55 anos, G3PC3A0, encaminhada pelo endocrinologista devido a hirsutismo há 2 anos. Ao exame, apresentava pelos escuros em face, abdômen, coxas, dorso e braços, sem outros sinais de virilização. Propedêutica laboratorial mostrou níveis de testosterona e androstenediona aumentados (Testosterona 251 - VR 60; Androstenediona 4,2 - VR 3,7; alfa-hidroxiprogesterona 194; SDHEA 135; Cortisol pós dexametasona 2). Ressonância magnética (RNM) mostrou espessamento adrenal bilateral, de aspecto regular e maior à esquerda, com queda de sinal na sequência fora de fase caracterizando conteúdo lipídico, favorecendo a hipótese de hiperplasia adrenal. Tal achado foi diagnosticado por equipe de endocrinologia como provável incidentaloma, encaminhando paciente ao serviço de ginecologia para realização de ooforectomia. RNM mostrava pequenas lesões nodulares em ovários, homogêneas e de contornos regulares, hipointensas na ponderação T2, sem restrição a difusão e com realce leve e homogêneo pelo meio de contraste endovenoso, medindo 18x12 mm à direita e 19x16 mm à esquerda. Paciente foi submetida a ooforectomia e salpingectomia bilateral videolaparoscópica, sem intercorrências. Anatomopatológico da peça mostrou-se negativo para malignidade, cortes múltiplos revelaram tumor de células de Leydig ovariano de 0,8 cm de diâmetro, restrita ao ovário direito, ausência de atividade mitótica visível, ausência de invasão angiolinfática ou invasão perineural, superfície ovariana livre. No retorno, definida proposta de manter seguimento para reavaliação das queixas e acompanhar queda dos níveis hormonais.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

O hiperandrogenismo manifesta-se como hirsutismo, alopecia, acne, ou em casos graves, com clitoromegalia, mudança na voz e hirsutismo severo. Os níveis de androgênio podem não apresentar queda por longo período após a menopausa. Porém, os níveis de testosterona costumam se manter dentro do valor normal, normalmente entre 40-60 mg/dL. Em pacientes com níveis altos de testosterona é importante levantar a hipótese de tumores ovarianos e adrenais secretores de androgênio, incluindo o tumor de células de Leydig.

O tumor ovariano de células de Leydig é um tumor raro, encontrado em pacientes na 2ª e 3ª décadas de vida, sendo 75% em mulheres com menos de 40 anos. 1/3 das pacientes irão apresentar sintomas de virilização. Pode ser classificado como bem, moderadamente ou pouco diferenciado ou retiforme. À microscopia as células de Leydig são observadas como agrupamentos de células maiores, com citoplasma amplo e eosinófilo, podendo estar acompanhadas ou não por células em cordão com núcleos monótonos, citoplasma escasso e mitoses infrequentes,

correspondentes ao componente de Sertoli. O tratamento dos tumores bem diferenciados consiste na retirada cirúrgica do tumor, sem necessidade de terapia quimioterápica adjuvante.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Markopoulos MC, Kassi E, Alexandraki KI, Mastorakos G, Kaltsas G. Hyperandrogenism after menopause. *Eur J Endocrinol.* 2015 Feb;172(2):R79-91. doi: 10.1530/EJE-14-0468. Epub 2014 Sep 15. PMID: 25225480.
2. Geherson, David M. Sex cord-stromal tumors of the ovary: Epidemiology, clinical features, and diagnosis in adults. Uptodate. Last update March 30, 2022. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/sex-cord-stromal-tumors-of-the-ovary-epidemiology-clinical-features-and-diagnosis-in-adults?search=leydig%20cell%20tumor&topicRef=126385&source=see_link
3. Geherson, David M. Sex cord-stromal tumors of the ovary: Epidemiology, clinical features, and diagnosis in adults. Uptodate. Last update March 05, 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/sex-cord-stromal-tumors-of-the-ovary-management-in-adults?search=leydig%20cell%20tumor&source=search_result&selectedTitle=5%7E150&usage_type=default&display_rank=5#H3155856669
4. Departamento de anatomia patológica UNICAMP. Imagem disponível em: <https://anatpat.unicamp.br/liliana/caso151.html#:~:text=Coment%C3%A1rio%3A%20Os%20tumores%20de%20Sertoli,com%20menos%20de%2030%20anos.>

Câncer de colo de útero no Brasil: Um desafio social

Introdução: No Brasil, a incidência de câncer cervical envolve aproximadamente 17.000 novos casos e 6.600 mortes por ano. Apesar da queda na incidência nos últimos anos, as taxas de mortalidade permanecem inalteradas, indicando uma necessidade urgente de investigar os aspectos socioeconômicos e de saúde que persistem no contexto brasileiro. Compreender esses aspectos é fundamental para possibilitar a criação de intervenções efetivas visando a redução da mortalidade por essa doença.

Objetivo: Este estudo visa avaliar principalmente como diferentes parâmetros socioeconômicos, e de saúde, estão associados com as taxas de mortalidade por câncer cervical. Além do impacto desses mesmos parâmetros na prevenção e tratamento da doença nas cinco macrorregiões e 27 unidades federativas (UFs) do Brasil.

Métodos: Foram utilizados dados de taxa de mortalidade por câncer de colo de útero e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 2021; renda média domiciliar per capita, taxa de população não branca e taxa de analfabetismo entre mulheres de 2023; população vivendo abaixo da linha da pobreza, cobertura da vacina de HPV e densidade de médicos de 2022; idade média de iniciação sexual, cobertura por Papanicolau e planos de saúde entre mulheres de 2019; além da densidade de máquinas de radioterapia à nível das 27 UFs. Todos os dados utilizados são públicos e disponibilizados livremente pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Ministério da Saúde e Associação Médica Brasileira. A correlação entre as variáveis foi avaliada pelo teste de Spearman (ρ).

Resultados: Mulheres morrem menos de câncer do colo do útero em estados com maiores Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) ($\rho = -0,72$; $p < 0,01$) e renda domiciliar média per capita ($\rho = -0,65$; $p < 0,01$). Estados onde mais pessoas vivem abaixo da linha da pobreza ($\rho = 0,57$; $p < 0,05$), com maiores taxas de população não branca ($\rho = 0,74$; $p < 0,01$), e onde o analfabetismo é mais frequente ($\rho = 0,49$; $p = 0,01$) e as mulheres iniciam a vida sexual mais cedo ($\rho = -0,56$; $p < 0,05$) tiveram taxas de mortalidade piores. Mulheres também morrem mais pela doença em estados com menor densidade de médicos ($\rho = -0,72$; $p < 0,01$), menor densidade de máquinas de radioterapia ($\rho = -0,76$; $p < 0,01$) e menor cobertura por planos de saúde ($\rho = -0,83$; $p < 0,05$).

Em estados com menor IDH e maiores taxas de população vivendo abaixo da linha da pobreza, há menores coberturas do rastreamento pelo Papanicolau ($\rho = 0,55$ e $\rho = -0,47$; $p < 0,01$ e $p = 0,01$, respectivamente) e da vacinação para o HPV ($\rho = 0,45$ e $\rho = -0,43$; $p < 0,05$ e $p < 0,05$, respectivamente), além de menor densidade de máquinas de radioterapia ($\rho = 0,69$ e $\rho = -0,57$; $p < 0,01$ e $p < 0,01$, respectivamente).

Discussão/Conclusão: Foi evidenciado um impacto significativo dos fatores socioeconômicos, assim como dos de saúde, na mortalidade por câncer cervical em todo o Brasil, bem como no acesso a prevenção e tratamento da doença. Os resultados evidenciam a necessidade de enfrentar questões sociais mais amplas, como desigualdade de renda e racial, pobreza e educação, que amplificam o ônus da doença. Este estudo deve servir como um importante ponto crítico para o debate em relação à

necessidade de iniciativas de saúde voltadas para a igualdade, a fim de combater o câncer de colo uterino.

Referências bibliográficas:

1. **Atlas On-line de Mortalidade.** Disponível em: <<https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb>>. Acesso em: 21 abr. 2024.
2. **Cidades e Estados IBGE.** Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados>>. Acesso em: 26 fev. 2024.
3. **Cobertura do rastreamento em inquéritos nacionais.** Disponível em: <<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controlado-cancer-do-colo-do-utero/dados-e-numeros/cobertura-do-rastreamento-em-inqueritos-nacionais>>.
4. SCHEFFER, M. et al. **Demografia Médica no Brasil 2023.** São Paulo, SP: FMUSP, AMB, 2023. 344 p. ISBN: 978-65-00-60986-8.
5. **Sistema IBGE de Recuperação Automática - SIDRA.** Disponível em: <<https://sidra.ibge.gov.br/home/pms/brasil>>.

Título: Fezolinetante: o futuro promissor para o tratamento dos sintomas vasomotores no climatério

Introdução: Os sintomas vasomotores no climatério geram um grande impacto negativo na qualidade de vida das mulheres que estão passando por esta fase, sendo eles comuns e podendo durar até mais de 10 anos. A Terapia de reposição hormonal é uma opção para controle dos sintomas, entretanto, existem muitas contraindicações e medo em relação ao seu uso e medicamentos não hormonais vem sendo estudados para suprir esta demanda. O Fezolinetante, uma droga aprovada pelo FDA (Food and Drug Administration), órgão regulador dos Estados Unidos regulador, tem apresentado resultados positivos e promissores.

Objetivo: Avaliar como atua e a eficácia do Fezolinetante para o tratamento dos sintomas vasomotores associados à menopausa.

Métodos: Realizada revisão sistemática através da base de dados Pubmed com pesquisa de artigos na língua inglesa, com texto completo disponível gratuito, publicados entre os anos de 2019 e 2024 com a palavra-chave: “Fezolinetant” e “Menopause”. Foram encontrados 19 resultados. Excluídos após leitura do título e resumo e selecionados 5 estudos para análise.

Resultados: Os estudos SKYLIGHT 1 e 2, demonstraram a eficácia do medicamento na redução da frequência e gravidade dos sintomas de fogacho na menopausa. SKYLIGHT 1 avaliou 522 mulheres por mais de 40 semanas e os desfechos foram a mudança média dos sintomas vasomotores graves com Fezolinetante de 30 e 45mg. O estudo NCT03192176 avaliou um grupo de 992 participantes e concluiu que o medicamento reduziu a frequência dos sintomas em 62 a 81% comparado a 39% com placebo na semana 4 e 74-87% a 55%, respectivamente, na semana 12. O estudo SKYLIGHT 4 avaliou a segurança em relação à saúde do endométrio e densidade mineral óssea (DMO) entre o Fezolinetante de 30mg, 45mg e placebo, sendo 1830 participantes, não sendo vistas diferenças nas alterações na DMO entre os grupos. Em relação à segurança endometrial apresentou 01 caso de hiperplasia endometrial em 203 pacientes com Fezolinetante 45mg, sem casos nos demais grupos e 01 caso de malignidade endometrial em 210 pacientes com Fezolinetante 30mg, sem casos nos demais grupos.

Discussão e conclusão: O centro termorregulador localizado no hipotálamo é innervado por neurônios kissepeptina/neurocininaB/dinorfina, inibidos pelo estrogênio. Com a queda do estrogênio no climatério ocorre a ativação do centro pela neurocinina 3, sem um mecanismo inibitório, causando hipertrofia dos neurônios e como consequência os sintomas de fogacho, sudorese e calafrios. O Fezolinetante é um antagonista seletivo não hormonal do receptor de neurocinina 3, que auxilia na restauração do centro termorregulador. Os estudos mostram que uma dose diária de 30 e 45mg foram eficazes para o tratamento dos sintomas vasomotores relacionados à menopausa, e não apresentam efeitos negativos na saúde do endométrio e óssea, já possuindo autorização para uso nos Estados Unidos, sendo assim uma promessa para uso futuro também no Brasil.

Referências:

Johnson KA, Martin N, Nappi RE, Neal-Perry G, Shapiro M, Stute P, Thurston RC, Wolfman W, English M, Franklin C, Lee M, Santoro N. Efficacy and Safety of

Fezolinetant in Moderate to Severe Vasomotor Symptoms Associated With Menopause: A Phase 3 RCT. *J Clin Endocrinol Metab.* 2023 Jul 14;108(8):1981-1997. doi: 10.1210/clinem/dgad058. PMID: 36734148; PMCID: PMC10348473.

Neal-Perry G, Cano A, Lederman S, Nappi RE, Santoro N, Wolfman W, English M, Franklin C, Valluri U, Ottery FD. Segurança do Fezolinetante para Sintomas Vasomotores Associados à Menopausa: Um Ensaio Controlado Randomizado. *Obstet Gynecol.* 2023 Abr 1;141(4):737-747. doi: 10.1097/AOG.0000000000005114. Epub 2023 9 de março. PMID: 36897180; PMCID: PMC10026946.

Fraser GL, Lederman S, Waldbaum A, Kroll R, Santoro N, Lee M, Skillern L, Ramael S. Um estudo de fase 2b, randomizado, controlado por placebo, duplo-cego, de dosagem do antagonista do receptor de neuroquinina 3 fezolinetante para sintomas vasomotores associados à menopausa. *Menopausa.* 2020 Abr;27(4):382-392. doi: 10.1097/GME.0000000000001510. PMID: 32102086; PMCID: PMC7147405.

DePree B. Fezolinetant: Um Tratamento Potencial para Sintomas Vasomotores Moderados a Graves da Menopausa. *touchREV Endocrinol.* 2023 Nov;19(2):69-72. doi: 10.17925/EE.2023.19.2.13. Epub 2023 15 de junho. PMID: 38187079; PMCID: PMC10769482.

Pinkerton JV, Redick DL, Homewood LN, Kaunitz AM. Antagonista do Receptor de Neuroquinina, Fezolinetant, para Tratamento de Sintomas Vasomotores da Menopausa. *J Clin Endocrinol Metab.* 2023 Out 18;108(11):e1448-e1449. doi: 10.1210/clinem/dgad209. PMID: 37097747; PMCID: PMC10583986.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=fezolinetant&filter=simsearch2.fff&filter=simsearch3.fff&timeline=expanded>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36734148/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36897180/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34000049/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32102086/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38187079/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37097747/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37808928/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38320967/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38115258/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32769757/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34514552/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37276043/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38035319/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37343519/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37335635/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30975505/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38626998/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38344249/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37990323/>

Título: HER2-low e o futuro do tratamento do câncer de mama

Introdução: O câncer de mama é classificado com base na imuno-histoquímica através dos receptores hormonais de progesterona e estrogênio e do status do receptor do fator de crescimento epidérmico humano 2 (HER2), podendo então ser luminal, quando receptores hormonais positivos, HER2 positivo, ou triplo negativo, quando apresenta-se negativo para receptores hormonais e não expressa a proteína HER2. O HER2 é uma proteína localizada na membrana celular que atua no crescimento e desenvolvimento das células epiteliais e seu status avaliado pela hibridização in situ (ISH) pode indicar se há uma superexpressão da proteína e amplificação do gene HER2. HER2 classificados como ISH 3+ eram definidos como positivos e 2+ ou 1+ negativos. Entretanto, evidências atuais tem mostrado que pacientes com HER2 com baixa expressão (2+ e 1+), também chamado de HER2-low, também podem se beneficiar das terapias alvo anti-HER2, aumentando o potencial de tratamento.

Objetivo: Avaliar os estudos atuais e evidências sobre a evolução do tratamento alvo direcionado para pacientes com HER2-low.

Métodos: Realizada revisão sistemática através da base de dados Pubmed com pesquisa de artigos na língua inglesa, com texto completo disponível gratuito, publicados entre os anos de 2021 e 2024 com as palavras chaves: “Her2low”, “Breast cancer”, “Treatment”, “Biomarkers”. Foram encontrados 88 resultados. Excluídos após leitura do título e resumo e selecionados 05 estudos para análise.

Resultados: O ensaio Destiny breast-04, um ensaio de fase III, compara o uso de Trastuzumab Deruxtecan (T-DXd), um medicamento conjugado de anticorpos (ADC), em pacientes com câncer de mama HER2-low que já haviam recebido outras medicações quimioterápicas mostra que no grupo que recebeu a medicação alvo a sobrevida livre de progressão da doença foi de 10,1 meses em comparação a 5,4 meses no grupo controle, sendo a sobrevida global de 23,9 meses comparado a 17,5 meses, sendo os eventos adversos às medicações sem diferença significativa entre os grupos. Outros estudos estão em andamento para avaliação de medicações que possam ser usadas em conjunto com o T-DXd. O estudo Destiny breast-08 um estudo de fase 1b avalia o medicamento T-DXd em conjunto com Capecitabina, Durvalumab, Paclitaxel e Anastrozol, ainda em andamento. Temos também o Destiny breast-06 que avalia outro ADC direcionado ao HER2 comparado com tratamentos de escolha dos investigadores. Existem ainda estudos em andamento que avaliam casos mais avançados incluindo pacientes metastáticos com HER2-low para avaliar a efetividade do T-DXd.

Discussão e conclusão: O ensaio Destiny breast-04 trás resultados que mostram a melhora da sobrevida em pacientes com câncer de mama HER2-low, o que levou a aprovação do T-DXd nos Estados Unidos, sendo hoje a única medicação aprovada para este fim. Este estudo representa uma mudança importante no cenário do tratamento oncológico e trás novos desafios como a identificação das pacientes que seriam beneficiadas com seu uso, a disponibilidade da medicação e a possibilidade de conjugação com outros tratamentos. Com estes resultados, esperam-se novas evidências para aprimoramento cada vez maior do tratamento do câncer de mama.

Referências:

Modi S, Jacot W, Yamashita T, Sohn J, Vidal M, Tokunaga E, Tsurutani J, Ueno NT, Prat A, Chae YS, Lee KS, Niikura N, Park YH, Xu B, Wang X, Gil-Gil M, Li W, Pierga JY, Im SA, Moore HCF, Rugo HS, Yerushalmi R, Zagouri F, Gombos A, Kim SB, Liu Q, Luo T, Saura C, Schmid P, Sun T, Gambhire D, Yung L, Wang Y, Singh J, Vitazka P, Meinhardt G, Harbeck N, Cameron DA; DESTINY-Breast04 Trial Investigators. Trastuzumab Deruxtecan in Previously Treated HER2-Low Advanced Breast Cancer. *N Engl J Med*. 2022 Jul 7;387(1):9-20. doi: 10.1056/NEJMoa2203690. Epub 2022 Jun 5. PMID: 35665782; PMCID: PMC10561652.

Schlam I, Tolaney SM, Tarantino P. How I treat HER2-low advanced breast cancer. *Breast*. 2023 Feb;67:116-123. doi: 10.1016/j.breast.2023.01.005. Epub 2023 Jan 12. PMID: 36669993; PMCID: PMC9982266.

Shirman Y, Lubovsky S, Shai A. HER2-Low Breast Cancer: Current Landscape and Future Prospects. *Breast Cancer (Dove Med Press)*. 2023 Aug 14;15:605-616. doi: 10.2147/BCTT.S366122. PMID: 37600670; PMCID: PMC10439285.

Molinelli C, Jacobs F, Marchiò C, Pitto F, Cosso M, Spinaci S, de Azambuja E, Schettini F, Agostinetto E, Lambertini M. HER2-Low Breast Cancer: Where Are We? *Breast Care (Basel)*. 2022 Dec;17(6):533-545. doi: 10.1159/000527391. Epub 2022 Oct 6. PMID: 36590146; PMCID: PMC9801403.

Zhang H, Peng Y. Current Biological, Pathological and Clinical Landscape of HER2-Low Breast Cancer. *Cancers (Basel)*. 2022 Dec 25;15(1):126. doi: 10.3390/cancers15010126. PMID: 36612123; PMCID: PMC9817919.

COMPARAÇÃO DOS FATORES IDADE X QUALIDADE EMBRIONÁRIA NO RESULTADO DO PGT-A
E TAXA DE IMPLANTAÇÃO APÓS TRANSFERÊNCIA DE EMBRIÃO ÚNICO.

AMARAL, NCA¹; da SILVA, MLPC¹; BRITO, SG¹; SOUZA, AS¹; LAMAITA, RM^{1,2,3}

- 1- Reprodução Humana Mater Dei
- 2- Departamento de Ginecologia e Obstetrícia UFMG
- 3- Departamento de saúde da Mulher FCMMG

Introdução: A infertilidade tem se tornado cada vez mais frequente na vida dos casais, muito devido a fatores masculinos, mas em grande parte decorrente do adiamento da maternidade para idades mais avançadas. As técnicas de reprodução assistida (RA) aumentam as chances de gestação e têm auxiliado muitos os casais, mas há fatores, como a idade materna e a qualidade dos gametas que interferem inclusive na taxa de sucesso da RA. **Método:** Estudo transversal retrospectivo a partir dos registros do laboratório e de prontuários de pacientes submetidas a RA entre 2015 e 2024. Análise de 341 embriões biopsiados, avaliados quanto a qualidade e idade na época da punção folicular; bem como dados de 64 transferências de embrião único. **Objetivo:** Comparar entre os fatores idade e qualidade embrionária, qual apresenta maior relevância em predizer o resultado do teste genético pré implantacional para aneuploidias (PGT-A) e do sucesso da transferência embrionária. **Resultados:** A idade da mulher se mostrou importante fator preditor no resultado do PGT-A, uma vez que a taxa de embriões euploides versus aneuploides no grupo até 36 anos foi de 59,8% e 29,6% respectivamente; e no grupo com idade igual ou superior a 37 anos essas taxas foram de 40,1% e 70,3%. Também foi importante no resultado da transferência embrionária, uma vez que as taxas de positivo x negativo no grupo até 36 anos foi de 69,2% e 42,1%; e no grupo maior ou igual a 37 anos as taxas foram 30,8% e 57,9%; ou seja, houve queda nas taxas com o aumento da idade. Tal relevância não foi observada na análise da qualidade embrionária, uma vez que os desfechos dos resultados do PGT-A e das transferências apresentaram taxas semelhantes nos subgrupos analisados. **Discussão:** Os resultados deste estudo reforçam a importância da idade da mulher como fator prognóstico em ciclos de RA, principalmente se igual ou superior a 37 anos. A pior qualidade oocitária parece ser o fator preponderante para esta redução da fertilidade, o que justifica mulheres mais jovens com maior taxa de gravidez confirmada após transferência embrionária. O PGT-A representa um método de avaliação da qualidade embrionária, e traz informações sobre alterações que comprometam e retardam o sucesso e os resultados dos procedimentos de RA. Neste estudo, foi feita análise de 64 transferências pós PGT-A, com taxa geral de gestação de 40,6%. Tal método auxilia na escolha de embriões euploides, reduzindo o número de transferências que culminariam em aborto por aneuploidias. O declínio da fertilidade

com o avançar da idade também pode ser explicado por uma redução da reserva ovariana que acarreta menor resposta após estimulação ovariana. Ademais, uma menor qualidade de ooócitos está também relacionada a maior taxa de aneuploidia. **Conclusão:** O sucesso da RA é multifatorial e bastante complexo, mas diante dos dados do presente trabalho, bem como da revisão de literatura, observa-se de fato que a idade é fator de suma importância e relevância, uma vez que está diretamente relacionado com a qualidade oocitária.

TÍTULO: DISSECÇÃO CORONARIANA ESPONTÂNEA EM GESTANTES : UMA REVISÃO DE LITERATURA.

INTRODUÇÃO

A dissecção coronariana espontânea (DCE) é a separação não traumática das camadas da parede arterial coronariana, com formação de um hematoma intramural e consequente compressão do lúmen, levando a isquemia e infarto agudo do miocárdio (IAM). O quadro é um fenômeno raro, com etiologia, fisiopatologia e manejo pouco compreendidos; entretanto, acredita-se que está associado com alterações na regulação neuro-hormonal e na arquitetura vascular. Nesta perspectiva, há um potencial risco de DCE nos períodos de parto e pós-parto, sendo os principais fatores de risco a multiparidade, condições inflamatórias sistêmicas, estresse mental e alterações hormonais. A real prevalência da DCE é imprecisa, por se tratar de uma doença subdiagnosticada e com quadro clínico variável, podendo ocasionar desde síndromes coronárias agudas (SCA) até morte súbita.

OBJETIVO

Analisar os fatores de risco, apresentação e desfechos da dissecção coronariana espontânea em gestantes.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, conduzida a partir do levantamento de dados das bases PubMed, Scielo e NCBI, entre 2019 a 2024, utilizando-se os descritores “Pregnancy”, “Myocardial infarction”, “Dissection” e “Coronary artery disease”. Houve ao total 24 artigos, dos quais 5 foram selecionados como relevantes para o presente estudo.

RESULTADOS

A análise dos artigos selecionados revela incidência incerta de DCE em gestantes, com diversas apresentações clínicas, variando desde casos assintomáticos ou eventos cardiovasculares graves, como infarto agudo do miocárdio e morte súbita. Estudos mostram que o diagnóstico precoce é fundamental para o manejo eficaz da DCE, o qual deve ser feito por meio de métodos de imagem, como angiografia coronariana por tomografia computadorizada e ressonância magnética cardíaca. Por fim, ter um plano de cuidado multidisciplinar é de suma importância, refletindo diretamente no prognóstico, saúde e bem-estar das gestantes.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

A DCE surge da formação de um hematoma intramural, sem associação com doença aterosclerótica, cursando clinicamente com dor torácica e dispneia. Embora seja considerado um evento raro, é a principal causa de IAM relacionado ao ciclo gravídico-puerperal, superando, em alguns estudos, a doença aterosclerótica. Estudos demonstram que o alto nível de progesterona gestacional pode estar associado à DCE devido a sua atuação na fragilidade na parede das artérias, por meio da substituição de

fibras elásticas e redução da síntese colágeno, soma-se a isso, o aumento do débito cardíaco e do volume plasmático durante a gravidez podem causar alterações estruturais na aorta e expandir para as artérias coronárias. Dessa forma, trata-se de uma doença grave, subdiagnosticada, que pode resultar em morte súbita. Apesar da angiografia coronariana ser considerada padrão-ouro para o diagnóstico, sua disponibilidade é limitada em muitos centros de emergência. A DCE ainda é pouco compreendida, com registros limitados na literatura. A sua etiopatogenia, prognóstico e abordagem terapêutica são subdimensionados, sendo crucial estudos robustos para delinear essa afecção de forma mais abrangente.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

APOSTOLOVIĆ, Svetlana; IGNJATOVIĆ, Aleksandra; STANOJEVIĆ, Dragana; *et al.* **Spontaneous coronary artery dissection in women in the generative period: clinical characteristics, treatment, and outcome—a systematic review and meta-analysis.** *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, v. 11, n. 11:1277604, 2024.

CAMPBELL, Katherine H.; TWEET, Marysia S. Coronary disease in pregnancy: myocardial infarction and spontaneous coronary artery dissection. **Clinical obstetrics and gynecology**, v. 63, n. 4, p. 852-867, 2020.

MERLO, Andrea Carlo; ROSA, Gian Marco; PORTO, Italo. Pregnancy-related acute myocardial infarction: a review of the recent literature. **Clinical Research in Cardiology**, v. 111, n. 7, p. 723-731, 2022.

ZEVEN, K. Pregnancy-Associated Spontaneous Coronary Artery Dissection in Women: A Literature Review. PubMed, 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36993873/>. Acesso em: 12 Abr de 2024.

ROHIT, S. *et al.* Coronary Events in the Pregnant Patient: Who Is at Risk and How Best to Manage? **Canadian Journal of Cardiology** (CJC), 2021. Disponível em: [https://onlinecjc.ca/article/S0828-282X\(21\)00727-3/fulltext](https://onlinecjc.ca/article/S0828-282X(21)00727-3/fulltext). Acesso em: 14 Abr de 2024.

Descritores: “Pregnancy”, “Myocardial infarction”, “Dissection” e “Coronary artery disease”

MANEJO DE NEUROSSÍFILIS NA GESTAÇÃO DIAGNOSTICADA TARDIAMENTE

INTRODUÇÃO: A sífilis é uma doença infecciosa e crônica, causada pelo *Treponema pallidum*. Mesmo sendo curável, é responsável por mais de 900 mil novos casos no Brasil, tendo 80% de consequências graves para a gravidez em casos congênitos. Considerando a transmissão vertical, 25% evoluem como natimortos ou abortos espontâneos, enquanto outros 25% dos recém nascidos tem maior risco de morte perinatal pelo baixo peso ou pelo quadro de infecção grave. Portanto, dentro do pré-natal de alto risco, observa-se um tema de saúde pública.

DESCRIÇÃO DO CASO: G1, 23 anos, apresentou diagnóstico tardio de gestação durante tratamento de neurosífilis por neurite óptica associado ao aumento de Venereal Disease Research Laboratory (VDLR). O tratamento prévio ao diagnóstico da gravidez consistiu em ceftriaxona endovenosa por 14 dias. Além disso, foi realizada investigação neurológica com exames de ressonância magnética de crânio e de coluna cervical, não sendo encontrada quaisquer alterações relacionadas ao quadro de neurosífilis. A punção lombar realizada teve como resultado: glicose 64, proteínas 28, células leucocitárias 120 e VDRL NR. Após final da antibioticoterapia, a titulação apresentada foi 1:16. Após um mês do fim da terapia medicamentosa, foi encaminhada ao serviço com diagnóstico de gestação com 21 semanas e 3 dias associado ao aumento de titulação de VDLR, o qual se encontrava 1:128. A partir disso, a paciente foi internada na maternidade, para início do esquema de benzilpenicilina endovenosa por 14 dias.

DISCUSSÃO/CONCLUSÕES: A neurosífilis é uma complicação grave da sífilis, que afeta o Sistema Nervoso Central; ocorre em qualquer estágio da doença, sendo, principalmente, na fase tardia. As manifestações clínicas variam de acordo com a fase da doença e da área acometida. De forma geral, há cefaleia, crises convulsivas e distúrbios visuais. Com a progressão da sífilis, há piora do quadro, podendo haver distúrbios mnemônicos, disartria, paralisia e demência. Quando associada à gravidez, a taxa de transmissão alcança até 100% em mulheres não tratadas nos estágios primários e secundário, caindo para 30% na fase terciária. O diagnóstico é desafiador por não haver um exame padrão ouro. Em 2022, o esquema terapêutico prescrito foi inadequado ou não realizado em 81% das mães das crianças com sífilis congênita, perdendo-se a oportunidade de evitar a transmissão vertical. O percentual de tratamento prescrito adequadamente para sífilis em gestantes teve um aumento de 11,8%, em relação a 2021. No entanto, para eliminar a sífilis congênita, faz-se necessário envidar esforços para alcançar a cobertura de tratamento materno adequado igual ou superior a 95%, de acordo com recomendações da Opas e da Organização Mundial da Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e ambiente. Boletim Epidemiológico de Sífilis - Número Especial | Out. 2023. Brasília, DF.

Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep 2021;70(No. RR-4):1–187. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.rr7004a1>.

Ropper AH. Neurosyphilis. N Engl J Med. 2019 Oct 3;381(14):1358-1363. doi: 10.1056/NEJMra1906228. Erratum in: N Engl J Med. 2019 Oct 31;381(18):1789. Erratum in: N Engl J Med. 2023 Nov 9;389(19):1828. PMID: 31577877.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Brasília, DF. 2022.

O USO DE PESSÁRIOS NO PROLAPSO DE COLO UTERINO NA GESTAÇÃO: UM RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO: Os pessários, dispositivos feitos de borracha ou silicone, são utilizados como tratamento alternativo em casos de Prolapso de Órgãos Pélvicos (POP), pois dão suporte estrutural e apoio a órgãos como útero, vagina, bexiga e reto. O prolapso uterino é uma condição rara vista na gestação com incidência de 1 para até 15.000 partos. A etiologia é multifatorial, porém, devido à alteração hormonal, a gestação por si só pode ser a causa desse prolapso. Antigamente, o tratamento conservador consistia em repouso na posição de Trendelenburg porém, nos dias atuais, a colocação de pessários após a redução do prolapso é recomendada, a fim de evitar edema, ulceração e ressecamento do colo do útero.

DESCRIÇÃO DO CASO: TCF, 35 anos, G2PN1A1, IG 32+5 semanas, sem comorbidades. Encaminhada do PNRH devido a prolapso e hipertrofia de colo uterino iniciado desde a 24ª semana de gestação. Em exame físico: presença de hipertrofia de colo uterino exteriorizando pelo introito vaginal (prolapso grau 4) com dilatação de 3 centímetros. Optado pela inserção de pessário Donut nº 5, após redução de colo uterino com boa tolerância da paciente. Dois dias após, a mesma retorna relatando expulsão do pessário, não sendo tolerada uma nova colocação. Com a evolução da gestação, paciente iniciou quadro de constipação intestinal e dificuldade para urinar. Indicado cesariana com idade gestacional de 37 semanas e 4 dias. Em doze horas após o parto, já não se observava a exteriorização do colo uterino pela vagina e, com 22 dias de pós-parto, ao exame especular, o colo uterino encontrava-se de tamanho normal, sem hipertrofia ou prolapso, mesmo após manobra de valsava.

CONCLUSÃO: A aplicação de pessários vaginais pode ser benéfica em casos como o descrito acima, uma vez que ele reduz o prolapso de colo uterino que está associado a complicações obstétricas como trabalho de parto prematuro, ruptura de membranas ovulares, infecções genitais e urinárias, dentre outras. Ademais, o pessário em anel pode prevenir protrusão tecidual sem qualquer parada ou prolongamento do trabalho de parto em casos de prolapso isolado. No caso relatado, a cesárea foi indicada devido a hipertrofia importante do colo uterino associada, a fim de evitar distócia cervical, trabalho de parto prolongado e infecção uterina. Apesar de não haver consenso quanto ao tratamento de prolapso de órgãos pélvicos na gestação, condutas conservadoras estão sendo cada vez mais adotadas.

ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO CEREBELAR ISQUÊMICO APÓS PARTO CESÁREA EM GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

INTRODUÇÃO: Os acidentes vasculares encefálicos (AVE) impactam negativamente a vida dos pacientes, podendo levar a incapacidades permanentes ou mesmo ao óbito. O período pós-parto é um momento de risco aumentado para AVE, por situações intrínsecas ao ciclo gravídico puerperal. Deve-se objetivar a prevenção, quando possível, um diagnóstico preciso e um tratamento adequado. **DESCRIÇÃO DO CASO:** E.C.G, mulher, 25 anos, grávida de 35 semanas e 5 dias, G4PC1A2 . Gestação de alto risco devido à obesidade, hipotireoidismo, hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) gestacional. Internada para controle pressórico devido à pré-eclâmpsia sobreposta. Após 2 dias de admissão, foi submetida à cesárea devido alterações no ducto venoso. No pós-operatório, apresentou prostração, hipotensão, taquidispneia, diplopia, disfagia, sonolência, omalgia, fala escandida, parestesia em membro superior esquerdo e dismetria à esquerda. Recebeu, mediante tomografia computadorizada (TC) de crânio e tórax, o diagnóstico de AVE Cerebelar Isquêmico e pneumonia. Tratamento iniciado com ácido acetilsalicílico (AAS) e clopidogrel e ceftriaxona associado a clindamicina, seguido de transferência para o Centro de Terapia Intensiva. Após um dia, apresentava-se consciente, taquipneica leve e estável hemodinamicamente, tendendo a hipertensão. Mediante controle pressórico, 8 dias após o parto, recebeu alta, ainda que com sequelas (parestesia). **DISCUSSÃO:** AVE cerebelares isquêmicos podem ser causados por aterosclerose, e em menor frequência por embolias. HAS, DM, dislipidemia e tabagismo são fatores de risco. Dissecção ou trombose vertebral/basilar demandam maior atenção devido à rápida progressão. No pós-parto, complicações como descolamento da placenta ou embolia amniótica podem aumentar o risco, sobretudo se houver pré-eclâmpsia (caso da paciente) ou distúrbios de coagulação. Sendo que, a critério clínico, a profilaxia anticoagulante com heparina de baixo peso molecular, 6-12 horas após cesariana, pode ser indicada (não foi feita no caso da paciente). O diagnóstico inclui avaliação clínica e exames de imagem. TC craniana é rápida, diferenciando isquêmico e hemorrágico. RM oferece detalhes vasculares e anatômicos da fossa posterior, útil na investigação de lesões estruturais. Angiografia cerebral é indicada em pacientes jovens ou com suspeita de lesões estruturais como causa do quadro. Tratamento e recuperação incluem anticoagulação para o controle da agregação plaquetária, sendo o AAS a droga de primeira escolha. Tratar sequelas é crucial para manter a qualidade de vida, o acompanhamento multidisciplinar melhora questões como disfagia e deambulação. Ainda, podem ser necessárias intervenções invasivas, como introdução de via alimentar

alternativa. Considerando o puerpério da paciente, período de alta demanda materna, a recuperação e a rede de apoio devem ser reforçadas. **CONCLUSÃO:** O AVE cerebelar isquêmico demanda profilaxia sempre que indicada, sendo essa a chave para redução de sua ocorrência, além de abordagens diagnósticas e terapêuticas precisas, visando à recuperação funcional e à melhoria da qualidade de vida da paciente.

Referências bibliográficas:

BAUER, Kenneth A., LOCKWOOD, Charles J. **Use of anticoagulants during pregnancy and postpartum.** UPTODATE. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/use-of-anticoagulants-during-pregnancy-and-postpartum/abstract/8>

Correia, J. P., Figueiredo, A. S., Moniz Costa, H., Barros, P., & Veloso, L. M. (2022). Investigação Etiológica do Acidente Vascular Cerebral no Adulto Jovem. **Medicina Interna**, 25(3), 213–223. <https://doi.org/10.24950/rspmi/revisao/200/3/2018>

Furtado Alves, L. ., Panuce de Oliveira, K. ., Barros Sousa, E. ., Barros da Silva, F. ., Magalhães Alves da Mata Fernandes, K. ., & Rodrigues Fernandes, C. (2022). Lesão cerebelar: uma abordagem anatomo-funcional em urgência e emergência. **JBMEDE - Jornal Brasileiro De Medicina De Emergência**, 1(1), e21005. <https://doi.org/10.54143/jbmede.v1i1.1>

MARTINS, Sheila Cristina Ouriques et al. Diretrizes para tratamento do AVC isquêmico agudo: parte II: tratamento do AVC. **Arquivos de neuropsiquiatria** , v. 70, p. 885-893, 2012.