

III Encontro

Ginecologia & Obstetrícia

12 e 13 de outubro de 2018

CHTMAD – Vila Real



Centro Hospitalar de Trás-Os-Montes e Alto Douro
Centro Hospitalar de S. João



Programa Científico

Consulte a versão
digital do programa
e aceda aos resumos

Sexta-feira 12 de outubro

07:30h Abertura do Secretariado

LOCAL: SALA DE FORMAÇÃO DO CHTMAD

08:30-13:00h **CURSO PRÉ-ENCONTRO *HANDS-ON***
DISPOSITIVOS CONTRACETIVOS
Dispositivos intrauterinos e implantes subcutâneos

Formadores:

Dra. Patrícia Alves e Dra. Inês Sá

Dr. Pedro Pinto e Dra. Filipa Malheiro

13:00-14:00h Almoço de trabalho

LOCAL: ANFITEATRO DO CHTMAD

14:15-14:30h **Sessão de Abertura**

14:30-16:00h **SESSÃO 1 – OBSTETRÍCIA**

Moderadores: Prof. Doutor Nuno Montenegro, Dra. Margarida Balsa e Dr. José João Eira

Alterações fisiológicas e laboratoriais na gravidez: Como interpretar?
Dra. Mariana Morais (*CHTMAD*)

Patologia da tiroide na gravidez
Dra. Sara Nunes (*CHTMAD*)

Diabetes gestacional – Importância da avaliação multidisciplinar
Dra. Rita Valente (*CHSJ*)

A grávida obesa – Que desafios e qual o papel dos Cuidados de Saúde Primários
Dr. Tiago Aguiar (*CHSJ*)

Vacinas na gravidez
Dra. Cristina Alves (*CHTMAD*)

16:00-16:30h Coffee-break

- 16:30-18:00h **SESSÃO 2 – GINECOLOGIA**
Moderadoras: Dra. Fan Yida, Dra. Joana Lisboa e Dra. Sara Tavares
Disfunções sexuais – Abordagem nos cuidados de saúde primários
Dra. Soraia Fernandes (*USF Régua*)
Incontinência urinária – Avaliação inicial e quando referenciar
Dra. Patrícia Alves (*CHTMAD*)
- 18:30-19:00h **Apresentação em sala de Comunicações Livres**
3 posters selecionados
Moderadoras: Dra. Elisa Bento, Dra. Patrícia Correia e Dra. Sara Tavares
- 19:00h **Encerramento do 1º dia do Encontro**

Sábado 13 de outubro

- 08:30h Abertura do Secretariado
- 09:00-11:00h **SESSÃO 3 – OBSTETRÍCIA**
Moderadores: Prof. Doutor Jorge Beires, Dr. Osvaldo Moutinho e Dra. Sónia Sousa
Abordagem inicial do casal infértil
Dra. Sara Tavares (*CHSJ*)
Terapêutica hormonal na menopausa
Dr. Pedro Pinto (*CHSJ*)
Patologia anexial e endometrial em ecografia ginecológica
– O que valorizar e quando referenciar
Dra. Inês Sá (*CHTMAD*)
- 11:00-11:30h Coffee-break

11:30-12:30h

SESSÃO 4 – OBSTETRÍCIA

Moderadores: Dr. Herculano Martins e Dr. Eurico Gaspar

Dermatoses na gravidez

Dr. Nuno Amaral (*USF Nova Mateus*)

Ecografia do terceiro trimestre – Quando deve ser realizada e o que valorizar

Dra. Rita Figueiredo (*CHSJ*)

Parto pré-termo no CHTMAD – Visão do obstetra /visão do neonatologista

Dra. Cátia Carnide e Dra. Isabel Soares (*CHTMAD*)

Medicar na amamentação – É proibido?

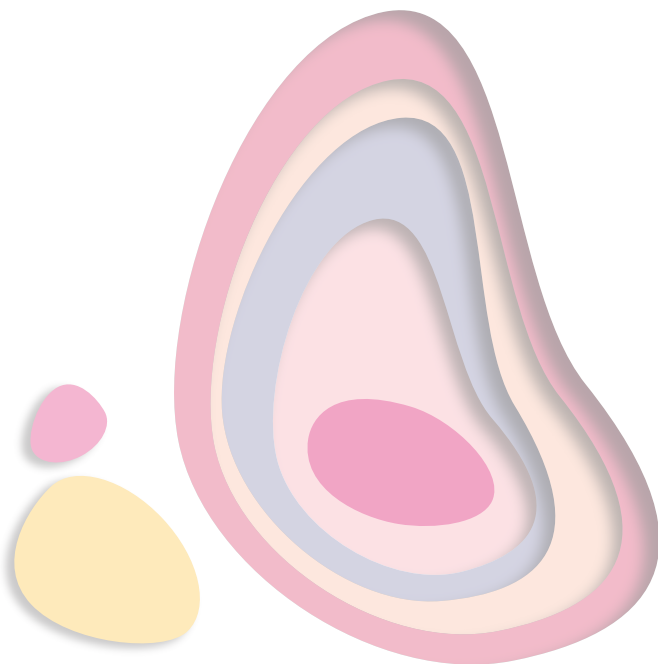
Dra. Ana Edral (*CHUA*)

Programa Nacional do Aleitamento Materno

Dra. Susana Sousa (*CHTMAD*)

13:00h

Sessão de Encerramento



P 01**Trabalho retirado****P 02****CONSUMO DE TABAGISMO DURANTE A GRAVIDEZ – ESTUDO EM 2 UNIDADES DE SAÚDE FAMILIARES**

Liliana Ferreira Mota, Ana Luís Faria, Ana Silva Marcos, Clarisse Martinho, Patrícia Sousa
USF Amanhecer Unidade de Saúde Pública do ACES Loures-Odivelas USF S.Pedro da Cova

Introdução: O tabagismo na gravidez é um problema de saúde pública, com expressão epidemiológica significativa e impacto na saúde e qualidade de vida quer da mãe quer do feto.

A prevalência de grávidas fumadoras estimada é de 22,9%. Muitas grávidas não estão devidamente conscientes do risco de fumar.

O aconselhamento por parte dos profissionais de saúde pode aumentar a motivação para parar e o sucesso da cessação. Com este estudo pretendeu-se caracterizar o consumo de tabagismo durante a gravidez em duas Unidades de Saúde Familiar (USF).

Objetivos: Avaliar a prevalência do tabagismo durante a gravidez.

Avaliar a realização de intervenções breves, o encaminhamento à consulta de cessação tabágica e a introdução de medicação nas grávidas fumadoras.

Avaliar a prevalência das mulheres que cessaram ou diminuíram o consumo de tabaco durante a gravidez.

Métodos: Estudo descritivo, transversal, retrospectivo, tendo sido estudadas todas as mulheres inscritas em duas USF cujo parto se realizou entre 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2017.

Na unidade A existiram 64 parturientes e 96 na USF B, o que perfaz um total de 160 mulheres. Para a recolha de dados foi feita consulta de da-

dos informatizados no SClínico e no PDS.

Das 160 mulheres estudadas 30 (18.75%) não tinham registo de consumo tabágico pelo que foram excluídas do estudo. Foram estudadas no total 130 mulheres grávidas.

Resultados: Das 130 mulheres grávidas, 21,5% eram fumadoras (n=28). Das 28 grávidas fumadoras, 9 (32.14%) pararam de fumar e 3 (10.71%) diminuíram o consumo.

Cerca de 32,1% (n=9) das grávidas fumadoras tiveram uma intervenção breve. Dessas, 3 pararam de fumar e 2 diminuíram a carga tabágica. Nenhuma das grávidas fumadoras foi encaminhada para uma consulta de cessação tabágica nem recebeu qualquer apoio farmacológico.

Do total de grávidas fumadoras, 10 (35.7%) não alteraram o seu percurso e 6 (21.42%) não tinham dados atualizados sobre o consumo tabágico ao longo da gravidez.

Conclusão: No nosso estudo a proporção de grávidas fumadoras foi semelhante a dados previamente descritos. A maioria (67,9%) não recebeu uma intervenção breve para a cessação tabágica e nenhuma foi orientada para consulta de cessação tabágica ou recebeu apoio farmacológico. Apenas 32,1% das grávidas deixaram de fumar e 35,7% das grávidas mantiveram os hábitos tabágicos durante a gravidez.

É importante reforçar a formação dos profissionais de saúde para este tipo de intervenção e incentivar a referenciação a consultas de cessação tabágica.

P 03

ADESÃO ÀS CONSULTAS DE PLANEAMENTO FAMILIAR – PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DE QUALIDADE

Inês Figueiredo, Fátima Cordeiro, Lara Tomás, Ana Lúcia Augusto, Cláudia Bessa, Nuno Craveiro, Ana Maria Pinto, Bruno Assunção, Carla Moreira, Julieta Ribeiro, Helena Palma, Rita Nunes
Unidade de Saúde Familiar (USF) Lusitana, ACeS Dão Lafões

Introdução: A saúde reprodutiva implica a vivência de uma sexualidade satisfatória e segura, bem como o controlo consciente da fertilidade. As consultas de Planeamento Familiar (PF) são uma componente fundamental da prestação integrada de cuidados neste âmbito. O rastreio do cancro do colo do útero (RCCU) constitui uma das principais formas de prevenção secundária nestas consultas. Este projeto foi realizado devido à noção de baixa adesão a estas consultas na unidade em estudo.

Objetivos: Aumentar a adesão às consultas de PF e RCCU.

Material e métodos: Realizou-se um estudo de melhoria de qualidade por avaliação interna e retrospectiva. Foram incluídas mulheres com idade dos 15 aos 65 anos com consulta de PF ou RCCU agendada durante os meses de junho e julho de 2017 e 2018. Avaliou-se o número de consultas agendadas, realizadas e não realizadas por falta ou desmarcação. Em maio, junho e julho de 2018, realizou-se uma campanha de sensibilização na USF, através da fixação de cartazes e distribuição de panfletos informativos sobre PF e RCCU. Simultaneamente, remodelou-se o método de convocatória das utentes pela reformulação e envio sistemático de uma carta e implementou-se um contacto telefónico prévio. Foram comparados os dois períodos em análise (2017 e 2018). Os dados foram obtidos na base de dados do SClínico® e analisados através do programa Microsoft Excel®.

Resultados e conclusões: A amostra total foi de 1063 mulheres. Na primeira e segunda fase de análise os grupos tiveram respetivamente 521 e

542 utentes, com média de idades de 42 anos em ambos os grupos. Das 521 consultas agendadas em junho e julho de 2017, 73,9% (n=385) foram realizadas. Por indisponibilidade das assistentes administrativas não foi possível realizar o contacto telefónico a todas as utentes, desconhecendo-se o número exato efetuado. Em junho e julho de 2018, foram agendadas 542 consultas, das quais 77,3% (n=419) foram realizadas. Entre as duas fases de avaliação, verificou-se uma melhoria de 3,4 pontos percentuais na adesão das utentes, com uma taxa de variação de 4,6%. Num novo ciclo de melhoria sugerimos uma nova abordagem de sensibilização que alcance todas as mulheres com indicação para realizar consulta de PF e/ou RCCU. Consideramos que o reforço do contacto prévio seria uma mais valia e, idealmente, este deveria ser realizado através de um método automático, como por exemplo através do envio de mensagem de texto.

P 04

UTILIZAÇÃO DE CONSULTAS DE PLANEAMENTO FAMILIAR – AVALIAÇÃO E MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

João Dias, Alice Jeri
USF Arca D'Água, USF Barão Nova Sintra

Introdução: As atividades de Planeamento Familiar (PF) são fundamentais para a Saúde Sexual e Reprodutiva devendo o livre acesso a consultas e meios de PF ser garantido a todos os cidadãos. A monitorização da taxa de utilização das consultas tem em conta a população de Mulheres em Idade Fértil (MIF), consideradas como as mulheres com 15-50 anos. São utilizadoras as MIF que tenham tido pelo menos uma consulta médica ou de enfermagem de vigilância em PF nos 12 meses anteriores. Os indicadores na Unidade em estudo revelam uma taxa de utilização de 55,81% (dezembro 2016), valores insuficientes considerando a centralidade das atividades de PF na saúde das populações.

Objetivos: Avaliar a taxa de utilização das con-

sultas de PF nas MIF (médicas ou de enfermagem) numa Unidade de Saúde e a eficácia de estratégias de melhoria da qualidade na realização e registo das consultas.

Material e métodos: Trabalho de avaliação e melhoria da qualidade técnico-científica, consistindo em 2 ciclos. Após a avaliação inicial da taxa de utilização das consultas de PF em MIF, através do estudo de amostra representativa (setembro de 2017), foram consensualizadas com a equipa e implementadas estratégias de melhoria da qualidade dirigidas aos profissionais de saúde. Foi feita uma avaliação intermédia (novembro 2017), após a qual os dados foram novamente discutidos com a equipa, permitindo identificar limitações e pontos fracos e adaptar as estratégias de intervenção, alargando a intervenção às MIF inscritas. A avaliação final decorreu em setembro de 2018. Foi realizada uma análise descritiva inferencial para aferição da eficácia das estratégias de melhoria.

Resultados e conclusões: A população inicial foi de 2339 MIF, correspondendo a uma amostra de 330. Eram utilizadoras da consulta de PF 51,52% das MIF. A avaliação intermédia encontrou uma população de 2306, sendo utilizadoras 54,85% das 330 MIF da amostra, uma melhoria não significativa. Na avaliação final, a população foi de 2305 MIF, sendo que 60,61% das 330 MIF da amostra eram utilizadoras, melhoria significativa face à avaliação inicial ($p=0.009$). Estes valores aproximam-se do valor referência de 60,18% em unidades de saúde na mesma região, sendo considerados positivos pela equipa. Espera-se que a melhoria atingida permita aumentar os níveis de qualidade dos cuidados prestados a este grupo com necessidades específicas, sendo fundamental a avaliação cíclica da sua manutenção e, se justificado, a aplicação de novos ciclos de melhoria.

P 05

GRAVIDEZ DE RISCO INESPERADO – A PROPÓSITO DE UM CASO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR NA GRÁVIDA

Diogo Moderno Costa¹, Teresa Matos Queirós²,
Cláudia Machado Silva¹

¹USF Cruz de Celas, ²USF Fernando Namora

Introdução: O Tromboembolismo pulmonar (TEP) é a principal causa de morte materna nos países desenvolvidos. Os fatores de risco para TEP são vários, sendo a gravidez um deles ao associar-se a um o desequilíbrio entre fatores pró e anticoagulantes. Contudo, existem também fatores genéticos e auto-ímmunes que podem predispor à sua ocorrência.

A clínica de TEP é inespecífica, podendo surgir sinais e sintomas como dispneia, tosse, hemoptises, dor pleurítica ou retroesternal, síncope, febre ou sinais de trombose venosa.

Objetivos: Alertar para a necessidade de avaliação constante do risco durante a gravidez e para a inespecificidade da clínica de patologia grave como a TEP.

Material e métodos: Recolha de dados com base nos registos clínicos disponíveis no *MedicineOne* e na Plataforma de Dados de Saúde.

Resultados e conclusões: Grávida de 33 anos com antecedentes de duas gestações sem intercorrências e uma gestação anembrionária, vigiada em consulta de saúde materna com exame objetivo e analítico normais até às 12 semanas de gestação. Nesta altura recorre à urgência (SU) da maternidade por dor dorsal superior esquerda com 2 dias de evolução, de agravamento noturno e irradiação para o ombro homolateral, que foi interpretada como dor musculoesquelética. Durante a permanência no SU realizou a primeira ecografia obstétrica que mostrou um feto com vitalidade, sem alterações aparentes. Todavia, detetou-se ainda a existência de um trombo na veia ilíaca comum esquerda. Foi internada e iniciou anticoagulação. Por agravamento da dor e início de dispneia, ao 3º dia de internamento

foi realizado doseamento dos D-dímeros e uma cintigrafia de ventilação/perfusão, sendo diagnosticada uma TEP e mantida a anticoagulação. A gravidez é um estado pro-trombótico que embora considerado fator de risco menor importa ter em conta. É necessário estar alerta para a inespecificidade da clínica e, perante a suspeita de TEP, iniciar precocemente a investigação. O diagnóstico e tratamento na grávida tem algumas particularidades. Apesar do processo diagnóstico comum passar geralmente pela realização de Angio-TC, devido à radiação ionizante, esta deve ser ponderada. Os D-dímeros aumentam fisiologicamente durante a gravidez e quando elevados não significam obrigatoriamente TEP. Exames não ionizantes ou com baixa radiação são preferidos. A TEP tem implicações na gravidez em curso e em gestações futuras, importando fomentar o cumprimento terapêutico e a realização de consulta pré-concepcional no futuro.

P 06

HPV – VACINAÇÃO EM MULHERES PREVIAMENTE INFETADAS, QUAL A EVIDÊNCIA?

Ana Domingues, Tiago Sousa, Inês Varejão Sousa,
Ana Cristina Reis, Luís Pinheiro
USF Hygeia; USF S João do Porto

Introdução: Aproximadamente 5% dos cancros a nível mundial são atribuídos à infeção pelo papiloma vírus humano (HPV) Apesar de a maioria das infeções serem transitórias, algumas persistem ou recidivam, sendo as lesões pré-cancérgicas e os carcinomas cervicais globalmente precedidos de infeção persistente. Existem atualmente vacinas contra o HPV e apesar do conhecimento científico apontar para a maior eficácia destas em pessoas que nunca foram infetadas, é prática corrente a sua utilização como adjuvante na terapêutica da infeção pelo HPV. É objetivo desta revisão, avaliar o impacto da vacinação contra o HPV em mulheres infetadas pelo vírus, comparativamente à não vacinação. **Métodos:** Revisão baseada na evidência com

pesquisa na *MEDLINE* e outras bases de medicina baseada na evidência, de normas de orientação clínica, revisões sistemáticas e estudos originais, utilizando os termos MeSH *Papillomavirus infections, Papillomavirus vaccines* e *Female*. Foram incluídos estudos com mulheres infetadas pelo HPV, tendo como intervenção a vacinação contra o vírus, comparativamente com a não vacinação. Os resultados avaliados foram a regressão da infeção e diminuição das suas complicações. Foram excluídos artigos com data de publicação superior a dez anos, de opinião, revisões clássicas e artigos que não cumpriam o objetivo do trabalho. Para avaliação dos níveis de evidência e atribuição de forças de recomendação (FR) recorreu-se à *Escola Strength of Recommendation Taxonomy (SORT)* da *American Family Physician*.

Resultados: Da pesquisa bibliográfica realizada foram encontrados 247 artigos, dos quais 7 satisfaziam os critérios definidos. À luz da evidência atual, a vacinação potencia a resposta imune natural ao vírus e tem eficácia na prevenção de doenças associadas à infeção por outros genótipos de HPV em mulheres previamente infetadas (FR B). A vacinação nesta população não tem efeito terapêutico comprovado na regressão da infeção (FR C).

Discussão: Os ensaios clínicos publicados não estudaram prospectivamente o efeito da vacinação contra o HPV após infeção, como adjuvante terapêutico. Apesar de a vacinação ser seguramente mais eficaz em pessoas não infetadas, os resultados obtidos relativamente à administração de vacinas em pessoas infetadas são insuficientes, pelo que são necessários ensaios clínicos que avaliem o efeito a longo prazo da vacinação contra o HPV como adjuvante terapêutico após a infeção, especificamente para a vacina nonavalente, a vacina utilizada em Portugal.

P 07

VIGILÂNCIA DA GRAVIDEZ DE RISCO – QUANTAS CONSULTAS SÃO DEMAIS?

Daniela Rocha, Rita Regadas, Sílvia Madureira,
Maria João Faria

USF Aquilino Ribeiro- ACES Douro Sul

Introdução: O esquema de vigilância e conduta durante a gravidez dependem da existência de fatores de risco ou patologia. A identificação do risco é realizada através da avaliação clínica, laboratorial e imagiológica, durante a pré-conceção ou em qualquer momento da gravidez. A identificação de condições e/ou patologias que impliquem risco acrescido de morbilidade materna, fetal e/ou neonatal determina a individualização da orientação, nomeadamente a referência hospitalar. A diabetes mellitus na gravidez é sempre uma situação de risco, já que, por um lado, a hiperglicemia materna é um fator de risco para maior morbilidade fetal e, por outro, a gravidez pode levar ao agravamento das complicações da doença. É consensual que a abordagem da grávida com diabetes deve ser multidisciplinar, envolvendo várias valências e diferentes profissionais. **Objetivo:** O caso clínico apresentado propõe uma reflexão acerca da abordagem multidisciplinar da grávida de risco (diabética), nomeadamente no que diz respeito ao número de consultas, comunicação entre os profissionais envolvidos e papel do Médico de Família.

Descrição do caso: Mulher, 35 anos, residente em Moimenta da Beira, etnia cigana, casada, doméstica e analfabeta. Antecedentes de obesidade e diabetes tipo 2, insulinotratada, sem lesões de órgão alvo conhecidas. História ginecológica e obstétrica: Menarca aos 14 anos, 10G9P 1 parto gemelar. Antecedentes familiares de patologia tiroideia.

Na consulta de diabetes (15-05-2017) solicitou realização de TIG após suspensão de contraceptivo oral por iniciativa própria, cujo resultado foi positivo. DUM: 05-04-2017 (IG 8 semanas). Contacto telefónico com serviço de obstetria do hospital de referência e agendada consulta para 18 maio.

Manteve insulino terapia e iniciou ácido fólico.

1ª consulta de Obstetria em maio, fez ecografia endovaginal que mostrou saco gestacional irregular, a exigir controlo ecográfico, foi referenciada à consulta de Patologia endócrina da gravidez.

1ª consulta de Patologia endócrina da gravidez em início de julho, com referência à consulta de Nutrição e Oftalmologia, pedido de registo de glicemias capilares (6/dia) e exames complementares.

Durante a gravidez teve 12 consultas no centro de saúde; 14 consultas marcadas de Patologia endócrina da gravidez, em Vila Real, das quais faltou a 6 (última às 25 semanas e 3 dias); 4 consultas de Nutrição marcadas, tendo faltado a 2; 11 consultas de Obstetria marcadas, em Lamego, faltando a 5 (última às 39 semanas e 4 dias).

Parto eutócico, com distocia de ombros, às 39 semanas e 6 dias. RN macrossómico (5685 g), com necessidade de internamento na Neonatologia. Puerpério sem registo de complicações e sem necessidade de insulino terapia. Alta após colocação de implante subcutâneo, orientada para a consulta de Ginecologia (para laqueação tubar) e para consulta de reclassificação de diabetes, sem prescrição terapêutica.

Discussão/Conclusão: É consensual que não há um programa modelo igual para todas as gravidezes. A gravidez e os riscos associados são dinâmicos e devem ser reavaliados em cada consulta, com conseqüente reajuste do esquema de vigilância. A falta ou falha da comunicação predispõe para o erro, multiplica gastos e subaproveita recursos. Neste caso, a grávida teve no total 41 consultas marcadas, entre o local de residência, Lamego e Vila Real, sem que com isso se conseguisse controlar a diabetes, rastrear a retinopatia diabética, melhorar hábitos nutricionais e de atividade física, nem programar adequadamente o parto, com implicações prognósticas para a mãe e a criança. Talvez o Médico de Família, mais próximo da utente, tanto geograficamente, como socialmente, pudesse

ter um papel de pivot entre os diferentes intervenientes, mediante canais de comunicação eficazes e protocolos conjuntamente definidos, assim otimizando recursos e zelando pela qualidade dos cuidados prestados.

P 08

BIÓPSIA DAS VILOSIDADES CORIÓNICAS E MOSAICISMO PLACENTAR

M. Souto¹, P. Botelho¹, Sara Nunes², M. Martins³, O. Moutinho², R. Pinto Leite¹

¹Laboratório de Genética, Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, ²Serviço de Ginecologia/Obstetrícia, Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, ³Consulta de Genética, Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real

Introdução: O mosaicismo placentar (MP) consiste na presença de uma ou mais linhas celulares na placenta que podem não estar presentes no feto. Estas linhas celulares podem ser aneuploidias (como uma trissomia 16 que são confinadas à placenta), ou, por exemplo, alterações na estrutura dos cromossomas originando trissomias parciais. Os riscos inerentes ao MP dependem da fase do desenvolvimento embrionário em que apareceu a linha celular alterada, do cromossoma e alteração em causa.

Material e métodos: Uma grávida de 33 anos foi encaminhada para a realização de amniocentese, às 17 semanas de gestação, após ser detetada trissomia do cromossoma 18, em mosaico, na biópsia das vilosidades coriônicas.

Aplicou-se a técnica de hibridação *in situ* por fluorescência (FISH) para um despiste rápido das aneuploidias mais comuns, utilizando sondas de sequência única para os cromossomas 13, 18 e 21 e sondas centroméricas para os cromossomas X e Y.

A cultura do líquido amniótico (num total de três culturas) foi realizada de acordo com os protocolos estabelecidos no laboratório e a análise citogenética seguiu as guidelines internacionalmente aprovadas.

Resultados: O FISH em amniócitos não cultiva-

dos revelou um padrão normal, nas 15 células analisadas, tendo-se observado dois sinais para os cromossomas 13, 18 e 21 e um sinal para o cromossoma X e Y.

A análise citogenética das células do líquido amniótico evidenciou um cariótipo de 46,XY, num total de 138 metafases analisadas, provenientes das três culturas.

Discussão e conclusão: No presente caso verifica-se uma discordância entre o cariótipo obtido a partir da biópsia das vilosidades coriônicas e o obtido a partir do líquido amniótico. O tecido placentar apresenta uma trissomia 18 em mosaico enquanto o tecido fetal é de constituição cromossômica normal. Trata-se de um mosaicismo confinado à placenta. Os estudos descritos na literatura referem que apenas 20 a 30% das anomalias citogenéticas detetadas nas vilosidades coriônicas foram confirmadas por amniocentese ou em tecidos fetais, o que implica que 70 a 80% dessas anomalias estão confinadas à placenta. Este caso vem realçar a importância de, no caso de um cariótipo anormal na análise das vilosidades coriônicas, confirmar ecograficamente as implicações clínicas desse resultado ou confirmar o resultado pela análise do líquido amniótico.

P 09

O FISH RÁPIDO EM DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL E SUAS LIMITAÇÕES: A PROPÓSITO DE UM CASO

P. Botelho¹, M. Souto¹, R. Almeida², M. Martins³, O. Moutinho², R. Pinto Leite¹

¹Laboratório de Genética, Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, ²Serviço de Ginecologia/Obstetrícia, Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, ³Consulta de Genética, Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real

Introdução: No diagnóstico pré-natal, a técnica de hibridação *in situ* por fluorescência (FISH) em amniócitos não cultivados é um procedimento habitual para detetar as aneuploidias mais comuns, que envolvem os cromossomas 13, 18, 21, X e Y. É uma técnica de fácil execução, não necessita de cultura celular, e, sobretudo, permi-

te resultados em menos de 24 horas.

Os autores apresentam um caso de diagnóstico pré-natal cujo feto apresentava múltiplas anomalias, nomeadamente cardiopatia, fêmur curto e mãos cerradas.

Material e métodos: Primeira gravidez de um casal jovem, saudável e não consanguíneo, com uma história familiar normal. A amniocentese foi realizada às 19 semanas de gestação e foi aplicada a técnica FISH, em amniócitos não cultivados.

Resultados: A técnica FISH revelou um padrão normal, com dois sinais para o cromossoma 13, 18, 21 e um sinal para o cromossoma X e Y- feto do sexo masculino sem nenhuma das aneuploidias pesquisadas. Na análise citogenética do líquido amniótico detetou-se uma translocação desequilibrada envolvendo os cromossomas 11 e 18, com deleção da banda 11q24-qter e trissomia de 18q11.2-qter

Discussão e conclusão: O feto apresentava uma trissomia parcial do ramo longo do cromossoma 18 e as várias anomalias ecográficas detetadas eram compatíveis com o fenótipo da trissomia do cromossoma 18.

O FISH rápido em pré-natal é uma ferramenta importante uma vez que permite detetar, de forma rápida, as aneuploidias mais comuns, mas tem várias limitações, nomeadamente, a impossibilidade de detetar rearranjos cromossômicos. Esta técnica não deve ser usada como uma tecnologia independente, mas como um complemento da análise citogenética clássica para um correto diagnóstico clínico.

Organização



ASMUTAD

Associação pela Saúde da Mulher
de Trás-os-Montes e Alto Douro

Comissão Organizadora

Dra. Ana Castro
Dra. Cristina Alves
Dra. Inês Sá
Dra. Mariana Morais
Dra. Patrícia Alves
Dra. Sara Nunes

Comissão Científica

Dra. Cátia Moreira
Dra. Joana Guerra Lisboa
Prof. Doutor Jorge Beires
Dra. Marlene Andrade
Prof. Doutor Nuno Montenegro
Dr. Osvaldo Moutinho
Dra. Patrícia Correia
Profa. Doutora Teresa Rodrigues
Dra. Fan Yida

Major Sponsor



Since 1901

Sponsors



Secretariado
admedic+

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS

Calçada de Arroios, 16 C, Sala 3 1000-027 Lisboa
T: +351 21 842 97 10 F: +351 21 842 97 19
E: paula.cordeiro@admedic.pt
W: www.admedic.pt

