



XI EMIGO

Encontro de Médicos Internos
de Ginecologia e Obstetrícia

11 e 12 de outubro de 2019
Hotel TRYP Lisboa Caparica Mar,
Costa da Caparica

Programa Científico



Sexta-feira • 11 de outubro de 2019

- 13:00h Abertura do Secretariado
- 14:00-14:30h **SESSÃO DE ABERTURA**
- 14:30-15:45h **SESSÃO DE GINECOLOGIA I**
DIP complicada e choque séptico (30 min.)
Sofia Farinha Pereira e Alice Castro (Leiria)
Hemorragia uterina anormal aguda (30 min.)
Ana Cláudia Santos e Nuno Oliveira (Aveiro)
Discussão (15 min.)
- 15:45-16:30h **SESSÃO GEDEON RICHTER I**
Esmya® na prática clínica - Otimização do tratamento dos miomas uterinos
Fernanda Águas (Coimbra)
-
- 16:30-17:00h Coffee break
-
- 17:00-18:15h **SESSÃO DE GINECOLOGIA II**
Abdómen agudo - Torção anexial, gravidez ectópica (30 min.)
Bruna Abreu e Ana Paula Pereira (Loures)
Síndrome de hiperestimulação ovárica (30 min.)
Cristina Pestana e Cláudia V. Freitas (Funchal)
Discussão (15 min.)
- 18:15-18:45h **SESSÃO GEDEON RICHTER II**
Levosert® - Uma nova geração de DLIU
Fátima Palma (Lisboa)
- 18:45-19:30h **SESSÃO DE NETWORKING**
Projetos Nacionais (PoNTOG) (15 min.)
Pedro Brandão (Guimarães)
Projetos Internacionais (ENTOG e WATOG) (30 min.)
Manuel Gonçalves-Henriques (Amadora/Sintra)
- 19:30h **ASSEMBLEIA PoNTOG**
- 20:30h **Cocktail de boas-vindas**
Sessão Interativa Hands-on Levosert®
-
- 21:30h Jantar Gedeon Richter



Sábado • 12 de outubro de 2019

08:30h

Abertura do Secretariado

09:00-11:15h

SESSÃO DE OBSTETRÍCIA

Emergências hipertensivas (30 min.)

Carolina Gomes e Elisabete Gonçalves (Faro)

E quando o feto não passa? – Distocia de ombros, retenção de cabeça última (30 min.)

Sílvia Vieira e Fátima Serrano (Lisboa – MAC)

Rotura e inversão uterina (30 min.)

Rita Sarabando e Alexandra Miranda (Braga)

Hemorragia pós-parto (30 min.)

Vera Trocado e Ana Sofia Cardoso (Viana do Castelo)

Discussão (15 min.)

11:15-11:45h

Coffee break

11:45-13:00h

SESSÃO DE TRABALHOS

Apresentação dos trabalhos

- Curso *Advanced* – Medicina baseada na evidência
- Grupos Multicêntricos da PoNTOG

13:00-14:30h

Almoço

14:30h

CURSOS HANDS-ON TRAINING

- Ginecologia – Laparoscopia
- Obstetrícia – Manobras obstétricas básicas



P 01

MIOMAS UTERINOS – 4 ANOS DE ACETATO DE ULIPRISTAL NUM HOSPITAL CENTRAL

Rita Mamede; Cristina Costa; Fernando Cirurgião
Serviço de Obstetria e Ginecologia do Hospital de São Francisco Xavier (HSFX), Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

Introdução: Os miomas uterinos são tumores benignos com elevada incidência nas mulheres em idade reprodutiva. São sintomáticos em 20 a 40% dos casos, associando-se maioritariamente a hemorragia uterina anormal, dor pélvica ou infertilidade. O acetato de ulipristal (AUP) é uma opção terapêutica perante miomas sintomáticos em alternativa à cirurgia, ou como tratamento adjuvante para minimizar os riscos operatórios. **Objetivos:** Caracterizar a população utilizadora de AUP para tratamento de miomas uterinos relativamente a dados demográficos, indicação do tratamento, duração, e resultados obtidos com esta terapêutica.

Métodos: Consulta de processos informáticos das mulheres seguidas na Consulta de Ginecologia do HSFX que utilizaram AUP para tratamento de miomas uterinos entre 2015 e 2018, e subsequente análise descritiva dos dados.

Resultados: No período estudado, 71 mulheres utilizaram AUP para tratamento de miomas uterinos, com uma idade média de 40 anos; 45% eram nulíparas. A principal indicação para AUP foi o desejo de preservação da fertilidade em mulheres com útero miomatoso sintomático (43/71), seguida por terapêutica adjuvante pré-operatória (17/71). As principais queixas referidas pelas doentes sintomáticas foram hemorragia menstrual abundante (42/57) e dor pélvica (20/57). A maioria apre-

sentava miomas múltiplos, sobretudo com componente intramural; a média da maior dimensão dos miomas foi 48 mm. A duração média do tratamento foi 3,7 meses (moda 3 meses).

Das 58 mulheres que completaram 6 meses de seguimento pós-AUP, verificou-se diminuição da maior dimensão dos miomas em metade (redução entre 2%-57%) e melhoria dos sintomas a curto prazo em 25 (43%). Das 33 mulheres inicialmente sintomáticas que usaram AUP como alternativa à cirurgia, mais de metade reportou retorno dos sintomas após o tratamento, sendo que 9 foram submetidas a histerectomia e 2 a miomectomia; uma mulher engravidou após terapêutica com AUP.

Conclusão: O acetato de ulipristal é uma opção válida no tratamento das mulheres com miomas uterinos no que concerne à diminuição das dimensões destes tumores e na redução dos sintomas associados a curto prazo.

P 02

ROTURA UTERINA – EXPERIÊNCIA DE 8 ANOS DE UM HOSPITAL CENTRAL

Natacha Sousa¹; Ana Catarina Borges¹;
Rita Sarabando¹; Cátia Correia¹; Isabel Reis¹
Hospital de Braga

Introdução: A rotura uterina (RU) é uma complicação obstétrica rara, com risco de desfechos maternos e neonatais adversos considerável. A história prévia de cesariana e a indução de trabalho de parto são dois dos principais fatores de risco.

Objetivos: Avaliar a incidência e possíveis fatores de risco para RU. Caracterizar a apresentação clínica, abordagem e desfechos maternos e neonatais.

Material e métodos: Estudo retrospectivo de

todas as RU ocorridas no Hospital de Braga entre janeiro de 2011 e agosto de 2019.

Resultados e conclusões: Dos 24.910 partos ocorridos no período considerado, verificaram-se 9 casos de RU (0,04%). A idade materna média foi de 32,8 anos e todas as mulheres eram múltiparas, sendo que a maioria tinha antecedentes de cesariana (n=7, 78%). Todas as gestações eram de termo à exceção de 1 caso que ocorreu às 13 semanas. O tempo médio desde a cesariana anterior foi de 5 anos. 3 casos (37,5%) ocorreram durante indução do parto com dinoprostona. Relativamente à apresentação clínica, o estado fetal não tranquilizador foi o sinal mais frequente (n=5, 55%), seguido de instabilidade hemodinâmica materna (n=2, 22%) e dor abdominal com subida do nível da apresentação fetal (n=2, 22%). Na maioria dos casos a rotura ocorreu no local da histerorrafia prévia (n=6, 66%) e nos restantes, 1 caso no segmento inferior, outro na parede uterina posterior e o 3º na porção cornual esquerda do útero. Num dos casos houve necessidade de realização de histerectomia subtotal por hemorragia refratária, sendo que nos restantes se procedeu à sutura da laceração. Quanto às complicações maternas, verificou-se um caso de laceração vesical, um hematoma da parede abdominal e outro de deiscência da histerorrafia com reintervenção cirúrgica. Em 3 casos houve necessidade de suporte transfusional por anemia grave. Em relação aos desfechos neonatais, a taxa de mortalidade fetal foi de 44% (n=4) e, nos restantes, o período neonatal decorreu sem intercorrências. Duas das mulheres engravidaram novamente, ambas sem intercorrências gestacionais, com cesariana pelas 37 semanas.

Neste trabalho, a história prévia de cesariana foi a condição mais frequentemente observada. Por criar uma região de fragilidade na parede uterina, esta é considerada um dos fatores mais preponderantes para RU. Ape-

sar de ser uma emergência obstétrica rara, o reconhecimento e intervenção precoces são imprescindíveis para minorar os desfechos maternos e neonatais adversos que a RU pode implicar.

P 03

INVERSÃO UTERINA – UM CASO RARO COM RESOLUÇÃO CIRÚRGICA

Natacha Sousa; Carla Monteiro; Luís Carvalho; Cátia Correia; Isabel Reis
Hospital de Braga

Introdução: A inversão uterina é uma emergência obstétrica rara, com uma incidência de 1:20000 partos, que pode condicionar sérias consequências, desde hemorragia grave até morte materna. O diagnóstico é clínico e esta pode ser classificada em 4 graus, de acordo com a extensão da inversão do fundo uterino.

Objetivo: Descrição de um caso de inversão uterina aguda após parto vaginal com necessidade de tratamento cirúrgico emergente.

Descrição do caso: Mulher de 21 anos, nulípara, com obesidade e diabetes gestacional insulino tratada, admitida no bloco de partos para indução de trabalho de parto com misoprostol, às 39 semanas de gestação. Teve um parto eutócico com episiotomia e recém-nascido feminino, com 4340g e Apgar 9/10. Por retenção placentar foi necessária a realização de dequitação manual. No pós-parto imediato iniciou quadro de perda hemática vaginal aumentada por atonia uterina, com resposta parcial à infusão de ocitocina e aplicação retal de misoprostol. Na reavaliação do canal de parto objetivou-se a protusão de uma massa pelo orifício cervical externo, compatível com inversão uterina de 2º grau. Procedeu-se à reposição manual do útero e, por manter atonia uterina, prosseguiu-se no protocolo de abordagem à hemorragia pós-parto com administração de sulprostona e introdução do balão de Bakri. Por resposta refratária e choque hemorrágico, avançou-se para laparotomia emergente. No

bloco operatório observou-se um útero atónico, com inversão fúndica e sem resposta à compressão manual e sulprostona intramio-metrial. Optou-se pela realização de suturas compressivas usando a técnica B-Lynch, com resposta favorável. Intra-operatoriamente o estudo analítico demonstrou anemia grave, trombocitopenia e coagulopatia pelo que foi ativado o protocolo de transfusão maciça. A puerpera apresentou boa evolução durante o internamento, tendo alta ao 4º dia pós-parto. Na reavaliação puerperal, às 6 semanas, apresentou-se sem queixas e com resolução da anemia.

Conclusões: A necessidade de intervenção cirúrgica é pouco comum na inversão uterina (6% dos casos). Apesar da etiologia desconhecida, no presente caso é possível identificar múltiplos fatores de risco que poderão ter contribuído para esta complicação (obesidade, nuliparidade, macrossomia fetal, dequitação manual, inserção placentar fúndica). Contudo, além de rara, esta complicação obstétrica é imprevisível, pelo que o reconhecimento e abordagem terapêutica precoces se tornam determinantes no prognóstico materno.

P 04

ACRETISMO PLACENTAR E CONSERVAÇÃO UTERINA: UM CASO DE SUCESSO

Rita Sarabando¹; Arlindo Ferreira¹; Pedro Cabrita¹; Nuno Barros¹; Pedro Enes¹;

Cristina Nogueira-Silva^{1,2,3}; Isabel Reis¹

¹Hospital de Braga; ²Escola de Medicina - Universidade do Minho; ³ICVS/3B's

Introdução: O acretismo placentar traduz-se pela invasão excessiva da parede uterina pelo trofoblasto numa área na decidualização deficitária. O diagnóstico pré-natal ecográfico é desafiante, pelo que a suspeita pode surgir apenas após hemorragia pós-parto por retenção placentar. A abordagem mais comum é a histerectomia, mas em situações raras uma abordagem conservadora poderá ser considerada.

Objetivo: Descrição de um caso de acretismo placentar focal com ressecação placentar e conservação uterina.

Descrição do caso: Mulher de 30 anos internada às 24 semanas após rotura espontânea de membranas pré-termo e gestação mal vigiada. Tinha como antecedentes Distrofia Miotónica tipo 1 (DM1), com cirurgias a retinoblastoma ocular, cataratas e uma cesariana por apresentação pélvica 2 anos antes. A filha nasceu com 2950g e foi o caso índice de diagnóstico de DM1, após o qual a família foi estudada.

Foi realizada amniocentese para estudo fetal, o qual revelou DM1, com fenótipo previsível grave/congénito. Ecograficamente não apresentava malformações, encontrando-se no percentil 7 e com oligo-anidrámnios. O casal solicitou interrupção médica da gravidez, que foi aceite pela comissão técnica.

No pós-parto imediato, por retenção placentar e hemorragia abundante foi realizada revisão do canal de parto no bloco operatório. Por imagem ecográfica intracavitária à esquerda (cerca 7cm), equacionaram-se os diagnósticos de acretismo placentar, malformação uterina ou leiomioma. Foi efetuada revisão manual e curetagem com saída de fragmentos placentares. Dada estabilidade hemodinâmica, sem perda hemática ativa, optou-se por perfusão de sulprostona e vigilância. Foi pedida ressonância magnética, que revelou aparente retenção placentar. No dia seguinte, por quadro de abdómen agudo, foi realizada laparotomia exploradora, constatando-se hemoperitoneu sem fonte hemorrágica ativa, perfuração da serosa uterina e placenta percreta cornual (confirmada histologicamente). Realizou-se remoção completa da placenta restante, requerendo exérese do corno uterino esquerdo e salpingectomia. No pós-operatório fez transfusão de eritrócitos e antibioterapia (contexto de febre sem foco), sem necessidade de reintervenção cirúrgica.

Conclusões: Apesar da raridade, a incidência do acretismo placentar tem vindo a aumentar, a par do crescimento da taxa de cesarianas, pela fragilidade criada na parede uterina. Este caso demonstra um caso raro de acretismo focal numa localização atípica e com sucesso na conservação uterina.

P 05

DEISCÊNCIA DA HISTERORRAFIA NO PÓS PARTO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Maria Flores Casteleiro; Rita Vasconcelos; Leonor Bivar; Joana Igreja; Ana Catarina Borges; Luísa Cardoso; Diogo Cunha; Maria José Monteiro; Fedra Rodrigues; Isabel Reis
Hospital de Braga, EPE

Introdução: As complicações da ferida operatória ocorrem em 1-2% das cesarianas primárias, maioritariamente, 4-7 dias após a cirurgia. A deiscência da histerorrafia no pós-parto, potencialmente fatal, é uma complicação rara, de incidência difícil de aferir (estimativa de 1/700-2400 das cesarianas). Como fatores de risco destacam-se: obesidade, corioamnionite, anemia, terapia anticoagulante e cesariana no 2º estadio de trabalho de parto. Geralmente, esta entidade apresenta-se como uma endometrite sem resposta ao tratamento antibiótico (ATB). Frequentemente, o diagnóstico definitivo só é feito na laparotomia exploradora e, na maioria, é necessária uma histerectomia.

Objetivos: Divulgar na comunidade científica uma patologia rara, com possíveis consequências adversas.

Material e métodos: Análise do caso clínico: puérpera de 18 anos, obesa, submetida a cesariana há 8 dias por estado fetal não tranquilizador, recorreu à urgência por dor abdominal e febre persistente, sob amoxicilina e ácido clavulânico há 5 dias. Objetivamente, verificou-se deiscência parcial da ferida operatória com drenagem purulenta. Decidiu-se internamento por infeção da ferida operatória com

necessidade de ATB endovenosa (piperacilina, tazobactam e vancomicina). Em D3 de internamento, foi drenado um abscesso subcutâneo pericicatricial. Por ausência de resposta clínica ao tratamento médico, foi realizada TC abdomino-pélvica que evidenciou, anteriormente ao útero, um abscesso de 15cm de diâmetro. Tecnicamente, a drenagem por radiologia de intervenção não foi possível e a puérpera foi submetida a laparotomia exploradora, constatando-se um abscesso pélvico e deiscência total da histerorrafia. Intraoperatoriamente, realizou-se lavagem peritoneal com instilação antibiótica e nova histerorrafia em camada única com pontos separados. Em D7, por quadro de lesão renal aguda de etiologia multifatorial (sépsis e nefrotoxicidade a vancomicina), foi substituída a ATB por meropenem e linezolida. Teve alta clínica ao D19 após resolução completa.

Resultados e conclusões: O atraso no diagnóstico de deiscência da histerorrafia pode condicionar desfechos graves. Os estudos imagiológicos poderão identificar complicações pós-cirúrgicas quando a evolução clínica não é favorável, coleções anteriores ao útero devem alertar para esta entidade. Embora não existam orientações específicas, o tratamento pode ser conservador em jovens que pretendem preservar a fertilidade, apesar desta não ser totalmente garantida, pelo risco de aderências intrauterinas.

P 06

CARDIOMIOPATIA PERI-PARTO: EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA RARA E POTENCIALMENTE FATAL COM DESFECHO FAVORÁVEL

Leonor Bivar; Ana Catarina Borges; Cátia Abreu; Isabel Reis
Hospital de Braga

Introdução: A cardiomiopatia peri-parto (CMPP) é uma causa rara de insuficiência cardíaca na grávida ou puérpera. A Sociedade

de Europeia de Cardiologia define como CMPP casos de insuficiência cardíaca idiopática no final da gravidez ou primeiros 5 meses após o parto, associada a fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) <45%. Apesar da sua etiologia não estar esclarecida, sugere-se a partilha de mecanismos fisiopatológicos com os estados hipertensivos da gravidez. À CMPP podem associar-se: prematuridade, disfunção ventricular persistente ou morte materna.

Descrição de caso: Primigesta de 36 anos, previamente saudável, com gravidez gemelar monocoriônica biamniótica foi admitida às 36 semanas e 5 dias por pré eclâmpsia sem critérios de gravidade. Às 37 semanas foi submetida a cesariana por pré eclâmpsia e apresentação pélvica fetal, sem incidentes; o puerpério imediato decorreu sem intercorrências. Doze horas após iniciou quadro de dispneia intensa, ortopneia e tonturas de agravamento progressivo e rápido. Apresentava-se taquipneica, taquicárdica, hipertensa e com saturação periférica de oxigénio de 88% sob 5L de oxigénio. À auscultação pulmonar identificavam-se crepitações basais bilateralmente. A suspeita de tromboembolismo pulmonar foi excluída por angio-TC que revelou cardiomegalia, derrame pericárdico, pleural e ascite. Apesar da resposta inicial à terapêutica diurética, a doente iniciou quadro de edema agudo do pulmão hipertensivo; no ecocardiograma objetivou-se depressão severa da FEVE por hipocontractilidade global e derrame pericárdico não compressivo. Foi admitida na Unidade de Cuidados Coronários por provável CMPP sob terapêutica vasodilatadora (levosimendan, dinitrato de isossorbida, IECA), bromocriptina e enoxaparina. Ao nono dia pós parto, teve alta assintomática e com recuperação completa da FEVE.

Conclusão: A CMPP deve ser considerada no estudo de dispneia súbita na mulher grávida ou puérpera. A sua evolução clínica e prognóstico são imprevisíveis e variáveis. Foi reportado o envolvimento da prolactina na etiopatogenia

da doença. A bromocriptina, inibidora da secreção de prolactina, é considerada terapêutica experimental apesar de alguns estudos sugerirem o seu efeito benéfico. Neste caso, poderá ter contribuído para a evolução favorável do quadro. A abordagem multidisciplinar e a terapêutica adequada são essenciais na recuperação da função ventricular – até agora apontado como principal fator preditor de recorrência numa gravidez futura.

P 07

SÍNDROME DE HELLP – QUANDO TODA ATENÇÃO É POUCA

Raquel Sousa; Daniela Melo; Fernando Costa; Paulo Moura
Serviço de Obstetria A do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: HELLP é um acrónimo que se refere a uma síndrome que pode afetar grávidas e puérperas caracterizada por hemólise, elevação das enzimas hepáticas e diminuição da contagem de plaquetas. A principal e única terapêutica efetiva durante a gravidez é o parto. No pós-parto deve-se manter uma vigilância clínica e analítica seriadas e em caso de agravamento deve ser considerada a transferência para uma unidade de cuidados intensivos (UCI).

Objetivos: Destacar a importância da organização de uma equipa multidisciplinar, em contexto de síndrome de HELLP.

Material e métodos: Consulta do processo clínico.

Resultados: Grávida de 38 anos, com antecedentes de hipertensão arterial (HTA) crónica e trombofilia. Recorreu ao serviço de urgência às 38 semanas de gestação por elevação tensional (168/114 mmHg) e proteinúria, ficando internada.

O controlo analítico do dia seguinte revelou-se compatível com síndrome de HELLP em agravamento pelo que foi decidida cesariana, tendo iniciado perfusão de Sulfato de Mag-

nésio para profilaxia de convulsões. Extração de feto, do sexo feminino, com APGAR 9/10. A hemostase foi muito difícil, por atonia uterina, tendo sido efetuada sutura de B-lynch.

Evolução normal nas primeiras 24h pós-parto. Ao segundo dia iniciou quadro de instabilidade tensional apesar de medicada, associado a vômitos, períodos de obnubilação e oligúria. Foi contactado o serviço de anestesiologia e medicina intensiva. Procedeu-se a monitorização invasiva e por persistência do quadro foi agilizado o transporte da doente para vaga hospitalar de cuidados intensivos (transporte extra-hospitalar), onde permaneceu 4 dias.

Teve alta hospitalar, acompanhada do recém-nascido ao 13º dia pós-parto com tensão arterial controlada.

Conclusão: Este caso reflete a importância da necessidade de monitorização seriada em situações de Síndrome de HELLP, cujo a evolução pode ser rápida ou inesperada no pós-parto. Realça ainda a importância de colaboração multidisciplinar em casos potencialmente graves.

P 08

PREVENÇÃO DE UMA EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA PERANTE SUSPEITA DE ACRETISMO PLACENTÁRIO

Raquel Sousa; Daniela Melo; Fernando Costa; Paulo Moura

Serviço de Obstetrícia A do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: O acretismo placentário representa um conjunto de distúrbios relacionados com invasão anormal do miométrio pelo trofoblasto. Estes resultam de implantação em áreas com decidualização defeituosa tipicamente causada por dano pré-existente na interface endométrio-miométrio. A incidência deste distúrbio tem vindo a aumentar nos últimos anos, devido ao crescente número de procedimentos cirúrgicos uterinos, incluindo múltiplas cesarianas. Clinicamente manifesta-se, na al-

tura do parto, por dificuldade ou mesmo impossibilidade de realizar dequitação, podendo originar hemorragias graves e potencialmente ameaçadoras para a vida.

Objetivos: Sublinhar a importância da abordagem multidisciplinar na prevenção de uma emergência obstétrica.

Material e métodos: Consulta do processo clínico.

Descrição do caso: Grávida de 35 anos, saudável. G2P1 (cesariana anterior por apresentação pélvica em primigesta). Gravidez complicada com diabetes gestacional, diagnosticada no 1º trimestre, medicada com metformina e insulina. Recorreu à urgência às 22 semanas de gestação por metrorragias, tendo sido visualizada na ecografia placenta baixa de aspeto heterogéneo, confirmando-se posteriormente como oclusiva, não se podendo excluir acretismo.

Novo internamento por metrorragias às 31 semanas, com realização de ecografia e ressonância magnética, “não havendo sinais claros de invasão placentário além da serosa uterina e com sinais de recobrimento do colo pela placenta, compatíveis com placenta prévia”. Manteve vigilância até às 34 semanas.

Antecipando-nos a eventuais dificuldades, foi organizada uma equipa multidisciplinar e planeada a intervenção de urologia, contactado cirurgia geral e anestesiologia. Foi realizada uma cesariana no bloco operatório central, após cistoscopia e colocação de duplo j bilateralmente, com histerotomia corporal/fúndica e extração de feto do sexo masculino, pesando 2037g e com APGAR 9/9/9. Foi tomada opção de não proceder a dequitação e realização de histerectomia total pela via retrograda ascendente, que decorreu sem complicações. Teve alta, acompanhada do recém-nascido ao 5º dia pós-parto.

O resultado anátomo-patológico da peça operatória confirmou o diagnóstico de placenta acreta do tipo increta.

Conclusão: Este caso relata um desfecho fa-

vorável de uma situação potencialmente muito grave. Realça ainda a importância de uma abordagem multidisciplinar na prevenção de emergências obstétricas, desde a suspeita clínica, em grávidas de risco, ao planeamento do parto e à organização de uma equipa preparada para este tipo de situações.

P 09

COAGULAÇÃO INTRAVASCULAR DISSEMINADA EM OBSTETRÍCIA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Rita Vasconcelos; Maria Flores Casteleiro; Catarina Vieira; Ana Catarina Borges; Cardoso Ricardo; Diogo Cunha; Isabel Reis
Hospital de Braga, EPE

Introdução: A coagulação intravascular disseminada (CID) é uma síndrome life-threatening caracterizada pela ativação disseminada da coagulação. A sua incidência na gravidez não está bem definida, variando entre 0,03 e 0,35%. Como principais etiologias obstétricas destacam-se o descolamento prematuro da placenta normalmente inserida (DPPNI), pré-eclâmpsia com critérios de gravidade, embolia por líquido amniótico, fígado gordo agudo da gravidez, aborto séptico, morte fetal (MFIU) e hemorragia pós-parto. O diagnóstico de CID baseia-se na observação clínica e em alterações dos testes de coagulação. A melhor abordagem destes casos, é identificar as grávidas em risco e monitorizá-las tanto clínica como laboratorialmente, de forma a reconhecer, prevenir e tratar antecipadamente.

Objetivos: Alertar a comunidade médica para a identificação de grávidas em risco de CID.

Material e métodos: Descrição e análise de um caso clínico.

Caso clínico: Primigesta, 28 anos, 38 semanas de gestação, recorreu ao Serviço de Urgência por sensação de contratilidade uterina regular. À observação encontrava-se hemodinamicamente estável, sem hemorragia obstétrica e com Índice de Bishop de 2 na avaliação os-

trétrica. Ecograficamente constatou-se MFIU e oligoâmnios. Foi efetuada indução imediata do trabalho de parto com misoprostol. Analiticamente à entrada apresentava anemia, trombocitopenia e amostra coagulada sem possibilidade de determinação de tempos de coagulação. Posteriormente, inicia quadro de hipotensão, taquicardia, contratilidade uterina acentuada e hemorragia cutânea difusa no local de inserção do cateter epidural. Repetiu estudo analítico apresentando agravamento da anemia, da trombocitopenia, aumento dos tempos de coagulação e níveis baixos de fibrinogénio. Por suspeita de DPPNI com CID, foi decidida cesariana emergente e ativado o protocolo de transfusão maciça.

Resultados e conclusões: O passo fundamental é o reconhecimento precoce, sendo que geralmente as distintas etiologias obstétricas possíveis são identificadas pela história, exame físico e/ou ecografia. Embora a inexistência de hemorragia ativa visível não exclua DPPNI, no vertente caso clínico esta particularidade dificultou o diagnóstico, levando ao agravamento deste com consequente CID. Contudo, independentemente da etiologia, a terminação da gravidez é a chave do tratamento de CID, prevenindo desfechos maternos adversos nomeadamente transfusões maciças, histerectomias e mortalidade materna.

P 10

ESPECTRO DE ACRETISMO PLACENTÁRIO: UM CASO RARO

Castro, L.F.¹; Andrade, A.¹; Coroado, M.¹; Barros, T.¹; Morgado, A.²; Braga, A.²; Ferreira, L.²; Nunes, I.²; Braga, J.²

¹Centro Materno Infantil do Norte; ²Centro Materno Infantil do Norte e Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

Introdução: O Espectro de acretismo placentários (PAS) é o termo usado para descrever uma aderência anormal do trofoblasto placentário ao miométrio. Considera-se três categorias

de PAS: placenta acreta, quando as vilosidades aderem ao miométrio; placenta increta, quando as vilosidades invadem o miométrio; e placenta percreta, quando as vilosidades invadem toda a espessura do miométrio incluindo a serosa uterina e, por vezes, órgãos pélvicos adjacentes. O PAS é um dos distúrbios na gravidez com maior morbimortalidade materna, sendo uma indicação comum para histerectomia peri-parto, tanto para prevenir como controlar a hemorragia pós-parto.

Case Report: Grávida de 31 anos com 3 cesarianas prévias, HIV positiva e má vigilância da gravidez atual, foi internada no serviço de obstetria após o diagnóstico ecográfico de placenta prévia às 33 semanas. Observou-se também lacunas placentares anómalas com vascularização aberrante, ausência da zona miometrial retroplacentar hipoeoica e adelgaçamento do miométrio. Após avaliação multidisciplinar, programou-se uma cesariana para as 36 semanas de gestação. Devido ao registo de contratilidade uterina, foi realizada uma cesariana urgente no dia anterior ao agendado. Durante a laparotomia observou-se um abaulamento da parede do útero compatível com invasão da serosa uterina, sem atingimento de órgãos adjacentes, e decidiu-se a histerectomia para controlo hemorrágico. A doente foi transfundida com 6 unidades de eritrócitos e 1 unidade de plasma fresco e foi internada na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes para abordagem do choque hemorrágico.

Discussão: O fator de risco mais importante para o desenvolvimento de PAS é a combinação de cesarianas anteriores e placenta prévia. A ecografia obstétrica do 2º e 3º trimestre é o melhor exame de rastreio para PAS. Todos os ecografistas obstétricos devem ter a capacidade de detetar sinais imagiológicos sugestivos de PAS, de forma a planear uma estratégia cirúrgica para tratar adequadamente estas doentes. Neste caso particular, através dos

achados clínicos e ecográficos, os obstetras estavam cientes do alto risco de PAS, o que foi crítico para a realização de um plano pré-operatório por uma equipa multidisciplinar. Existe evidência que a programação do parto num hospital terciário de referência com uma abordagem realizada por uma equipa multidisciplinar é fundamental para reduzir com eficácia o risco de hemorragia maciça e morbidade e mortalidade maternas associadas.

P 11

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMORRAGIA PÓS-PARTO: SOONER RATHER THAN LATER

Catarina Vieira*; Natacha Sousa*; Neusa Teixeira; Cátia Correia; Isabel Reis

*As autoras contribuíram de igual forma para a realização do trabalho
Hospital de Braga

Introdução: A hemorragia pós-parto (HPP) é uma emergência obstétrica que pode complicar até 5% dos partos, representando uma das principais causas de morte materna em todo o mundo. O tratamento médico permite a sua resolução na maioria dos casos mas, numa pequena porção, a abordagem cirúrgica pode tornar-se necessária para prevenir um desfecho materno adverso.

Objetivos: Avaliar a incidência de tratamento cirúrgico de HPP, as suas causas, possíveis fatores de risco, atitudes tomadas para a sua resolução e o desfecho materno associado.

Material e métodos: Foi realizado um estudo retrospectivo que incluiu todos os casos de tratamento cirúrgico de HPP ocorridos no Hospital de Braga de janeiro de 2011 a agosto de 2019.

Resultados e conclusões: Em 24.910 partos ocorridos no período supracitado, verificaram-se 10 casos de HPP refratários ao tratamento médico.

A idade média das pacientes foi 32,5 anos. Verificou-se uma taxa de nuliparidade de 50% (n=5). Todas as gestações exceto uma eram simples e de termo. Não se registaram inter-

corrências gestacionais de relevo. Foi realizada indução do trabalho de parto em 3 casos, 2 com misoprostol e 1 com dinoprostona. O tipo de parto mais frequente foi cesariana (n=5, 50%), seguido do parto eutócico (n=3, 30%), de espátulas de Thierry (n=1, 10%) e de ventosa de Kiwi (n=1, 10%). Verificou-se macrossomia fetal num caso.

A causa mais frequente de HPP foi atonia uterina (n=7, 70%), seguido de rotura uterina (n=2) e inversão uterina (n=1). O tratamento cirúrgico incluiu a realização de suturas hemostáticas com pontos de B-Lynch modificados em 2 casos (20%) e histerectomia nos restantes 8 (80%), sendo esta subtotal em 3 e total em 5 casos. Em todos os casos verificou-se coagulação intravascular disseminada, com necessidade de ativação do protocolo de transfusão maciça. Não se verificou nenhum caso de morte materna, tendo todas as puérperas tido recuperação pós-operatória favorável.

A HPP é uma emergência obstétrica, muitas vezes ocorrendo na ausência de fatores de risco identificáveis e, portanto, imprevisível. O tratamento cirúrgico, especialmente a histerectomia pós-parto, é um evento raro, sendo um procedimento de último recurso no tratamento da HPP. No entanto, deve ser realizado sooner rather than later, dado que pode ser imprescindível para prevenção de morte materna. Torna-se essencial o diagnóstico atempado e a atuação sistematizada de modo a prevenir desfechos maternos adversos.

P 12

UM CASO DE SÍNDROME HELLP COMPLICADA COM HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPÁTICO

Ana Rolha; Ana Filipa Ferreira; Helena Gonçalves;
António Carlos Lobo; Paulo Moura
Maternidade Daniel de Matos - CHUC

Introdução: A síndrome de HELLP ocorre na gravidez e no pós-parto e caracteriza-se por hemólise, aumento das enzimas hepáticas e

trombocitopenia. As principais complicações maternas são os fenómenos hemorrágicos, incluindo o hematoma subcapsular hepático (HSH) que ocorre em menos de 2% dos casos. **Objetivos:** Apresentação de um caso clínico de Síndrome de HELLP complicado por HSH.

Material e métodos: Revisão da informação clínica e pesquisa bibliográfica.

Caso clínico: Mulher de 33 anos, com antecedentes de macroadenoma hipofisário e acromegália, submetida a exérese cirúrgica e radioterapia. Gravidez obtida através de técnica de fertilização in vitro, com evolução obstétrica normal até às 36 semanas, altura em que foi internada por pré-eclâmpsia. Na admissão, referia cefaleias e negava epigastralgias. Apresentava elevação tensional e proteinúria no teste rápido. A avaliação fetal (cardiotocografia e ecografia) foi normal. Analiticamente, tinha proteinúria (ratio proteínas/creatinina na urina 3,0) e anemia (hemoglobina (Hb) 9,9g/dL), sem outras alterações. Iniciou nifedipina 30mg id.

Nas primeiras 24 horas, assistiu-se a um agravamento clínico caracterizado por manutenção da elevação tensional apesar da terapêutica anti-hipertensora, cefaleias intensas e dor em barra nos quadrantes superiores do abdómen. Repetiu análises que mostraram alteração da função hepática (ALT/AST 432/666 UI/L), agravamento da anemia (Hb 8,6g/dL), aumento da bilirrubina total (1,9mg/dL) e trombocitopenia ligeira (Plaquetas 119 000/mm³). Dado o contexto clínico, foi decidida cesariana por Síndrome de HELLP. O recém-nascido do sexo masculino, pesava 2175g e apresentou índice de Apgar 7/8/9. A puérpera recebeu 2 unidades de concentrado eritrocitário (UCE) percesariana por hemorragia abundante e ficou internada na Unidade de Cuidados Intensivos, sob labetalol endovenoso para controlo tensional. No primeiro dia de pós-parto, por anemia (Hb 7,2g/dL) e trombocitopenia (plaquetas 48 000/mm³) realizou transfusão de 2 UCE e pla-

quetas. Apresentava-se dispneica, com saturação periférica de O₂ de 90% com aporte de 40%, tinha distensão abdominal significativa e dor intensa à palpação abdominal com sinais de irritação peritoneal. Realizou ecografia abdominal que mostrou HSH abrangendo toda a superfície ântero-superior do fígado, com uma espessura de 30mm, derrame peritoneal em todos os quadrantes e derrame pleural bilateral. Por apresentar estabilidade hemodinâmica e da hemoglobina, optou-se por uma atitude conservadora. Nas duas semanas seguintes, assistiu-se a uma evolução clínica e analítica favorável e, ecograficamente, verificou-se regressão do HSH.

Conclusão: O HSH é uma complicação rara do Síndrome HELLP e o seu diagnóstico exige elevada suspeição clínica. Apresentamos um caso que se manifestou por dispneia e dor em barra nos quadrantes superiores do abdómen e que regrediu espontaneamente.

P 13

RASTREIO DE STREPTOCOCCUS DO GRUPO B: EXPERIÊNCIA DE 10 ANOS

Patrícia Gomes Ferreira¹; Ana Lima²;
Carolina Carneiro¹; Vânia Ferreira¹;
Teresa Paula Teles¹

¹*Serviço de Ginecologia e Obstetria, Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga;* ²*Serviço de Patologia Clínica, Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga*

Introdução: O *Streptococcus* do grupo B (SGB) coloniza o trato gastrointestinal inferior e o trato genito-urinário. Estima-se que a prevalência de colonização vaginal em mulheres grávidas seja de 10 a 30%, dependendo do grupo étnico, localização geográfica ou idade. O SGB permanece como principal agente de sépsis neonatal com importantes taxas de morbidade e mortalidade. O rastreio universal do SGB é a estratégia de eleição para a prevenção destes casos. As grávidas são submetidas à colheita de exsudado vaginal e retal,

para exame cultural, entre as 35 e 37 semanas de gestação. Se efectuada dentro das 5 semanas que antecedem o parto, os valores preditivos positivo e negativo das culturas para a presença de SGB no canal de parto, são de 77-87% e 95-98%, respetivamente.

Objetivos: Determinar a taxa de adesão ao rastreio materno do SGB; Estimar a taxa de colonização materna por SGB; Calcular incidência de infeção neonatal por SGB

Material e métodos: Estudo observacional descritivo, num hospital de nível II, entre janeiro de 2008 e Dezembro de 2018, que incluiu a consulta de dados referentes ao rastreio cultural de SGB em grávidas a ao isolamento de SGB no sangue, no fluido cerebrospinal ou na urina em lactentes até 1 ano de idade.

Resultados: A mediana de idades das grávidas foi de 30 anos com intervalo interquartil entre 26 e 34 anos. Em 10 anos, obtivemos uma adesão total ao rastreio de 88,2%. Em 2012, foi o ano com maior adesão, cerca de 99,7%. E a mais baixa em 2008, com 68,2%.

A taxa de colonização materna oscilou durante estes 10 anos entre os 15,9% e os 22,4%. Foi mais baixa em idade materna igual ou inferior a 20 anos, cerca de 15,5%. Verificou-se um padrão crescente na taxa de colonização materna com o avançar da idade, culminando nos 23,8% em idade igual ou superior a 41 anos.

Neste período, apresentamos 12 casos de infeção neonatal (incidência de 0,57/1000 nados vivos), sendo 6 de infeção neonatal precoce e os restantes de infeção neonatal tardia ou muito tardia. Em 66,7% (n=8) dos casos, o isolamento do SGB foi em hemoculturas.

Conclusões: Há mais de uma década que ocorreu o início da implementação sistemática do rastreio universal do SGB em todos os Serviços de Obstetria em Portugal. Os dados globais concretos de adesão são desconhecidos. No nosso serviço, a taxa de adesão melhorou significativamente a partir do ano de 2009.

A taxa de colonização materna encontra-se de acordo com o descrito na literatura. Paradoxalmente o aumento da idade materna encontrou-se associado a uma elevação da taxa de colonização materna. A incidência de infecção neonatal é sobreponível ao valor nacional.

P 14

COAGULOPATIA INTRAVASCULAR DISSEMINADA, EMERGÊNCIA EM CONTEXTO DE GRAVIDEZ – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Mariana Veiga; Ana Rita Silva; Margarida Gonzalez; Ines Azevedo; Isabel Martins; Marta Durão; Filomena Nunes
Hospital de Cascais

A coagulopatia intravascular disseminada (CID) define-se por um processo de desregulação do equilíbrio da hemóstase; é uma manifestação dum causa primária e, portanto, a sua abordagem passará pelo tratamento da causa subjacente. O diagnóstico é clínico e suportado por exames laboratoriais. A CID enquanto complicação relacionada com a gravidez tem uma prevalência inferior a 1% mas associa-se a elevada mortalidade materna.

Apresenta-se o caso de uma grávida de 33 anos, natural da Guiné, onde vigiou a atual gravidez. Com 34+4 semanas de gestação, viaja para Portugal enviada pelo médico assistente por trombocitopenia de novo (43 mil) e redução dos movimentos fetais com 4 dias de evolução. Refere, também, gengivorragias, hemorragia vaginal e contractilidade esporádica com o mesmo tempo de evolução. Á admissão verificou-se, ecograficamente, ausência de batimentos cardíacos fetais e extensa área de descolamento placentar. Encontrava-se apirética e hemodinamicamente estável; foi confirmada trombocitopenia (33 mil), verificando-se, ainda, alteração das provas de coagulação [aumento do TP, INR e aPTT; diminuição do fibrinogénio (<80)] com função hepática normal.

Tendo em conta o quadro clínico e os antecedentes obstétricos da grávida (2 cesarianas prévias), assume-se CID e opta-se pela realização de cesariana urgente com extração de nado morto com 2410g; é constatado um extenso hematoma retroplacentar. Intraoperatoriamente, foi-lhe administrada fluidoterapia (com cristaloides e coloides), realizou transfusão de plaquetas, fibrinogénio, complexo de protrombina, ácido tranexâmico e concentrado eritrocitário por agravamento analítico e perdas estimadas de 1500mL, sendo posteriormente transferida para a Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) sob perfusão de noradrenalina.

O internamento na UCI decorreu favoravelmente, sendo transferida para a enfermaria hemodinamicamente estável, com integridade de membranas e tendência para a normalização das alterações analíticas desencadeadas pela CID. A doente tem alta hospitalar 5 dias após a cesariana, clínica e analiticamente melhorada.

A identificação da causa da CID é crítica para a abordagem terapêutica. A causa obstétrica mais frequente é a placentae abruptio; situações que cursem com hematoma placentar podem estar associados a casos de CID mais severa que aquelas com hemorragia ativa.

P 15

HEMORRAGIA PÓS-PARTO – ATONIA UTERINA REFRACTÁRIA PER-CESARIANA: SUTURA UTERINA COMPRESSIVA VS BALÃO INTRA-UTERINO

Diana Castanheira; Gunes Karakus; Carla Donato Silva; Beatriz Ferreira; Diana Pissarra; Sofia Pereira; Maria Carlota Cavazza; António Santiago
Centro Hospitalar de Leiria

Introdução: Hemorragia pós-parto (HPP) precoce é definida como perda hemática ≥ 1000 ml ou perda hemática associada a sinais/sintomas de hipovolemia nas primeiras 24 horas após o parto, independentemente da via de

parto. Representa a principal causa de mortalidade materna a nível mundial. A atonia uterina é a principal causa isolada de HPP precoce, responsável por 80% dos casos.

Após aplicação de medidas conservadoras que se mostrem ineficazes, a abordagem de 2.ª linha na HPP por atonia uterina passa por: tamponamento com balão intra-uterino (BIU), abordagem cirúrgica (ex.: sutura uterina compressiva ou laqueação de vasos uterinos/ilíacos internos), embolização arterial ou, em último recurso, histerectomia.

Objetivos: Definir a abordagem mais custo-efetiva, segura e conservadora na HPP por atonia uterina refratária a tratamento farmacológico per-cesariana – BIU vs sutura uterina compressiva.

Material e métodos: Revisão bibliográfica na PubMed e consulta das guidelines obstétricas. Foram selecionados estudos que compararam a eficácia e segurança de técnicas de 2.ª linha na abordagem da HPP por atonia uterina per-cesariana.

Resultados e conclusão: BIU usado isoladamente na HPP por atonia uterina refratária mostrou-se eficaz em cerca de 80% dos casos. Similarmente, as suturas uterinas compressivas aplicadas isoladamente no mesmo contexto, apresentam uma eficácia de 60-75%.

Foram analisados dois artigos que comparam eficácia de BIU e sutura uterina compressiva (técnica de B-Lynch e Hayman), no contexto de atonia uterina refratária per-cesariana. A eficácia de ambas as técnicas no controlo da HPP foi sobreponível. A histerectomia foi evitada em 93% dos casos quando aplicada a sutura de Hayman e em 87% dos casos em que foi aplicado o BIU de Bakri.

O BIU e suturas uterinas compressivas, associados ou não a laqueação de vasos uterinos podem ser combinadas na abordagem a casos refratários, com resultados aparentemente promissores.

Concluimos que o BIU e as suturas compressivas uterinas, isoladamente ou em associação a laqueação de vasos uterinos/ilíacos internos se mostram eficazes no controlo da HPP por atonia uterina refratária a métodos farmacológicos, evitando na maioria dos casos o recurso a histerectomia. Escasseia a evidência sobre qual destas deverá ser a primeira abordagem, nomeadamente em função da via de parto, e em que casos se deve proceder diretamente à aplicação combinada destas técnicas. Assim sendo, de acordo com evidência atual, em contexto de atonia uterina per-cesariana, é legítimo optar por qualquer das abordagens para controlo da HPP.

P 16

ADMISSÕES OBSTÉTRICAS NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DO CHTMAD: QUE REALIDADE?

Isabel Fragoso; Mariana Morais; Prescillia Marques; Patrícia Alves; Yida Fan; Francisco Esteves; Osvaldo Moutinho

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução: Nos países desenvolvidos, a taxa de admissões obstétricas na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) durante a gravidez ou no período pós-parto é de 0,5 a 4 por 1000 partos, e a taxa de mortalidade global é de cerca de 2%. As duas causas mais comuns de admissões obstétricas na UCI são a hemorragia pós-parto e distúrbios hipertensivos da gravidez.

Objetivos: Caracterizar a população obstétrica admitida na UCI e os respectivos desfechos maternos e neonatais

Material e métodos: Estudo retrospectivo de todas as admissões obstétricas na UCI entre janeiro 2012 e dezembro 2018 no Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro através da consulta do processo clínico eletrónico destas pacientes. Foram analisados os antecedentes pessoais e obstétricos, diagnóstico, risco de mortalidade através da escala *Simpli-*

fied Acute Physiologic Score – SAPS II, intervenções na UCI e os desfechos obtidos.

Resultados e conclusões: Vinte e um casos foram admitidos na UCI nos últimos 7 anos, num total de 9580 partos. Não ocorreu nenhuma morte materna nem neonatal. A idade materna média foi de 32,8 anos. Apenas seis apresentavam fatores de risco conhecidos (obesidade 4 (19%) e HTA crónica 2 (9,5%)). A maioria dos internamentos verificou-se no puerpério imediato 17 (81%) e após a realização de uma cesariana 14 (70%). As duas principais causas de admissão foram distúrbios hipertensivos da gravidez 10 (47,6%) e HPP 6 (28,6%). Em cerca de metade dos casos foi realizada cesariana emergente. A duração média de internamento na UCI foi de 2,48 dias. A média do SAPSII foi de 24,71 e a estimativa da taxa de mortalidade materna foi de 12,7%. A incidência de admissões de causa obstétrica na UCI assim como a taxa de mortalidade no nosso centro, é semelhante à descrita na literatura. A atuação coordenada de uma equipa multidisciplinar de obstetras, intensivistas, anesthesiologistas e neonatologistas é fundamental.

P 17

DISTÓCIA DE OMBROS – QUANDO A ESPERAR? ANÁLISE CASUÍSTICA DO HOSPITAL FERNANDO FONSECA

Cristina Bragança; Ana Carolina Rocha;
Margarida Meira de Carvalho; Ana Paula Ferreira;
André Correia

*Hospital José Joaquim Fernandes; Hospital de
Santarém; Hospital Fernando da Fonseca*

Introdução: A distócia de ombros continua a ser uma complicação obstétrica muito temida. É considerada uma emergência pela elevada morbi-mortalidade, nomeadamente fetal, devido à compressão do cordão umbilical no canal de parto. A atempada identificação e resolução da situação clínica são essenciais para a prevenção das complicações.

Objetivo: Auditar os casos de distócia de om-

brós que ocorreram no Hospital Fernando da Fonseca, durante um período de 5 anos.

Material e métodos: Avaliação retrospectiva dos partos complicados por distócia de ombros, de Janeiro de 2013 a Dezembro de 2017. Foram avaliados os seguintes parâmetros: idade materna, idade gestacional, fatores de risco (paridade, obesidade, diabetes, multiparidade, 2º estadio prolongado, parto instrumentado, antecedentes de distócia de ombros e macrosomia fetal), gasimetria do cordão umbilical, tempo decorrido até resolução e complicações maternas e fetais. A análise descritiva foi realizada com o Microsoft Excel versão 2010.

Resultados e conclusões: Durante os 5 anos avaliados, ocorreram 61 partos complicados por distócia de ombros.

A idade materna média foi de 30 ± 6 anos. Não houve diferença significativa entre o número de núlparas e múltiparas. A idade gestacional média foi de 40 ± 1 semanas, sendo desconhecida num dos casos. Relativamente aos antecedentes, 92% (n=56) das mulheres apresentavam fatores de risco, no entanto, a maioria apresentava apenas um (41%, n=25). O parto instrumentado por ventosa apresentou-se como o fator de risco mais associado (56%, n=34). Não houve influência do 2º estadio do trabalho de parto prolongado nem registo de partos pós-termo. O Índice de Apgar ao 1º minuto foi inferior a 5 em 10 casos (16%), na maioria em partos assistidos por ventosa (80%, n=8). Em apenas um desses casos não foi colhido sangue do cordão para realização de gasimetria. Registaram-se complicações fetais em 26% dos partos e complicações maternas em 7%. Cerca de 80 % das distócias de ombros foram resolvidas com manobras externas.

A incidência parece ter aumentado nos últimos anos, quer pelo aumento de obesidade, diabetes e macrosomia, quer pelo aumento do rigor no seu registo. Apesar de existirem fatores de risco potencialmente associados, a

identificação individual do risco não é possível, sendo uma complicação imprevisível. Em suma, é imprescindível o desenvolvimento de equipas integradas, com comunicação efetiva e liderança, para a resolução atempada destas situações e melhoria do prognóstico obstétrico.

P 18

EXPULSÃO CERVICAL DE LEIOMIOMA UTERINO APÓS CESARIANA – CASO CLÍNICO

Ana Catarina Borges; Belisa Vides; Cátia Correia; Manuel Saleiro; Isabel Reis
Serviço de Ginecologia e Obstetria do Hospital de Braga

Introdução: Os leiomiomas uterinos são os tumores benignos do útero mais frequentes na mulher em idade reprodutiva. A sua prevalência na gravidez é variável, podendo aumentar de dimensões em até 30% dos casos. Estes podem surgir associados a desfechos obstétricos adversos e, raramente, sofrem degenerescência podendo ocorrer expulsão cervical de leiomiomas submucosos.

Caso clínico: Primigesta de 38 anos, com antecedentes de leiomiomas uterinos (tendo sido submetida a miomectomia laparotómica em novembro de 2016), engravidou espontaneamente em abril de 2018 e foi referenciada à consulta de obstetria por apresentar ecografia transvaginal (TV) de janeiro de 2018 descrevendo a presença de volumosa formação nodular transmural heterogénea com 80,6*66,9*79,7mm da parede antero-lateral esquerda. Pelas 33 semanas foi requisitada uma Ressonância magnética (RM) para caracterização do leiomioma uterino, por este apresentar dimensões difíceis de avaliar em ecografia transabdominal e para programação de parto. Na RM constatou-se a presença de volumoso leiomioma com componente intramural, prévio à apresentação fetal medindo 181*171*185 mm. Foi decidida a realização de cesariana corporal eletiva pelas 37 sema-

nas de gestação e com histerotomia corporal lateral direita para evitar a secção do mioma. A extração do feto em apresentação pélvica com 2670g e índice de Apgar 9/9, decorreu sem incidentes. A perda hemática durante a cesariana foi reduzida e não foi efetuada qualquer intervenção sobre o leiomioma. O puerpério decorreu sem intercorrências. Aproximadamente 11 semanas após a cesariana recorreu ao serviço de urgência por quadro de febre, leucorreia vaginal com cheiro fétido acompanhadas de algias pélvicas intensas. Ao exame ginecológico apresentava leucorreia purulenta abundante e colo uterino aberto tocando-se tumefação a exteriorizar-se. Foi efetuada extração manual da tumefação (180*145*50mm) sob controlo ecográfico, cuja avaliação anátomo-patológica revelou tratar-se de um leiomioma com sinais de necrose. Na ecografia TV após a expulsão, não se individualizaram lesões miometriais.

Conclusão: Durante a gravidez, o aumento da vascularização uterina pode promover o aumento das dimensões de leiomiomas. Após o parto, a acentuada diminuição do fluxo sanguíneo, as contrações uterinas e o amolecimento do colo característicos do puerpério podem estar na origem da sua degenerescência, contribuindo para a expulsão cervical de leiomiomas.

P 19

PÓLIPO BENIGNO DO COLO DO ÚTERO A MASCARAR NEOPLASIA INTRACERVICAL – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Joana Pereira¹; Marina Gomes¹; Vera Trocado^{1,2}; Ângela Santos¹; Jorge Mesquita¹; Agostinho Carvalho¹; Paula Pinheiro¹

¹Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Viana do Castelo; ²Instituto de Investigação em Ciências da Vida e Saúde, Escola de Medicina – Universidade do Minho

Introdução: Os pólipos cervicais são a neoplasia benigna mais comum do colo do útero. A presença de pólipos volumosos pode diminuir

o acesso ao canal cervical condicionando o rastreio do cancro do colo do útero.

Caso clínico: Mulher de 46 anos, não fumadora, antecedentes de bócio multinodular tóxico e artrite psoriática. História ginecológica com menarca aos 14 anos, cataménios regulares, sob contraceção oral. Antecedentes obstétricos de infertilidade com um abortamento precoce espontâneo e um parto vaginal pré-termo. Realizou citologia aos 45 anos que foi negativa para lesão intraepitelial negativa (NILM). Durante a colheita de citologia observado pólipo volumoso do colo uterino, tendo sido referenciada a consulta de Ginecologia. Ao exame objectivo apresentava pólipo cervical com cerca de 2 cm de maior diâmetro, com pedículo de base larga, condicionando o acesso ao canal cervical. Realizada polipectomia e exérese de zona de transformação (ZT) do colo, sob sedação com ansa diatérmica. No exame histológico foi descrita lesão cística com cerca de 1cm de dimensão máxima com conteúdo mucinoso e peça de conização com muito focal lesão pavimentosa intra epitelial de alto grau, com margens cirúrgicas sem lesão displásica. Na reavaliação posterior, observado colo sem lesões macroscópicas, leito de excisão de ZT cicatrizado. Realizada colheita de citologia que se revelou NILM e colheita de teste de HPV que foi negativa. Doente mantém vigilância com citologias seriadas negativas.

Conclusão: A presença de infecção por HPV é necessária para o desenvolvimento de neoplasias cervicais. O teste de HPV, como método primário de rastreio, permite uma protecção para carcinoma invasivo 60-70% superior à citologia, com um valor preditivo negativo próximo de 100%. Neste caso clínico, o acesso condicionado ao orifício cervical pela presença de um pólipo benigno, condicionou os resultados da citologia, ocultando uma lesão de alto grau.

P 20

PÓLIPO ENDOMETRIAL MALIGNO NA PÓS-MENOPAUSA

Joana Pereira¹; Marina Gomes¹; Vera Trocado^{1,2}; Jorge Mesquita¹; Agostinho Carvalho¹; Paula Pinheiro¹
¹Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Viana do Castelo; ²Instituto de Investigação em Ciências da Vida e Saúde, Escola de Medicina – Universidade do Minho

Introdução: Os pólipos endometriais representam umas das causas mais comuns de hemorragia uterina anómala (HUA) na perimenopausa e pós-menopausa. Trata-se de um crescimento hiperplásico do endométrio, constituído por estroma e glândulas. Em cerca de 0,8% a 4,8% dos pólipos excisados, são descritas lesões pré-malignas ou malignas, com maior prevalência na pós-menopausa. O risco de malignidade aumenta com a idade, anos decorridos após a menopausa, obesidade, hipertensão arterial, diabetes mellitus, uso de tamoxifeno e dimensão da lesão.

Caso clínico: Mulher de 70 anos, antecedentes médicos de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, dislipidemia e obesidade. Múltipara, menopausa aos 55 anos, sem terapia hormonal de substituição. Observada em consulta de Ginecologia por dois episódios de perda hemática vaginal escassa. Sem alterações no exame ginecológico. Ecografia transvaginal com endométrio de 5mm de espessura, visualizando pólipo na parede anterior do útero, com 7x5mm, confirmado por histerossonografia. Realizada histeroscopia que revelou cavidade uterina ocupada por pólipo volumoso, pediculado, vascularizado, inserido no fundo uterino, sendo realizada polipectomia completa. Resultado histológico revelou pólipo endometrial com dilatações glandulares císticas e área de neoplasia endometrióide intra-epitelial (8mm), com foco de invasão estromal. A doente foi submetida a histerectomia total abdominal e salpingooforectomia bilateral com exame extemporâneo do útero que revelou ausência de malignidade. Resultado

anatomopatológico definitivo revelou presença de pequeno foco de adenocarcinoma endometrióide bem diferenciado na base de pólipos endometrial no fundo uterino, invasão focal da porção superficial da primeira metade do miométrio, sem invasão vascular, margens cirúrgicas sem evidência de neoplasia. Estruturas anexiais sem alterações. Pós-operatório sem intercorrências. A doente é vigiada em consulta hospitalar de Ginecologia Oncológica, sem evidência de recidiva até à data.

Conclusão: Na menopausa a presença de pólipos endometriais, associa-se a maior risco de malignidade. Este risco aumenta na presença de sintomas, nomeadamente HUA. A polipectomia via histeroscópica permite um diagnóstico e tratamento precoces, associado a um baixo nível de morbidade para a doente.

P 21

GRAVIDEZ CORNUAL – UMA APRESENTAÇÃO RARA DE GRAVIDEZ TUBÁRIA

Cristina Bragança; Ana Carolina Rocha;
Margarida Meira de Carvalho; Elizabeth Ferreira;
Ana Paula Santos
Hospital José Joaquim Fernandes; Hospital de Santarém; Hospital Fernando Fonseca

Introdução: A gravidez de localização cornual é uma forma rara de apresentação da gravidez ectópica, correspondendo a cerca de 2% dos casos. Apresenta certa dificuldade diagnóstica, pela baixa sensibilidade e especificidade da clínica e dos resultados nos exames imagiológicos. Não existe uma abordagem padronizada nem consensual, pelo que, cada caso, deve ser orientado de forma individualizada. O tratamento cirúrgico consiste na excisão da gravidez com resseção cornual ou cornuotomia para controlo da hemostase. A elevada mortalidade deve-se a um diagnóstico mais tardio e ao quadro de hemorragia aguda após rotura.

Caso clínico: Mulher de 37 anos, nulípara, sem antecedentes relevantes, recorreu ao serviço de urgência por dor abdominal de iní-

cio recente, localizada na região suprapúbica, com posterior irradiação à região torácica e cervical. Sem outras queixas associadas. A avaliação analítica revelou uma hemoglobina de 10,2 g/dl e um teste imunológico da gravidez positivo. A ecografia pélvica endovaginal detetou um útero normodimensionado, com endométrio fino e regular. A área anexial esquerda não foi visualizada com segurança, pela presença de uma imagem heterogénea, sugestiva de sangue e múltiplos coágulos. O valor de β hCG foi de 2002 U/l, o que confirmou a suspeita de gravidez tubária. Pelo agravamento da sintomatologia e a presença de sangue e múltiplos coágulos, a doente foi submetida a laparotomia exploradora por suspeita de rotura da gravidez ectópica. Constatou-se gravidez cornual à esquerda e foi realizada uma incisão em cunha de porção do corno uterino esquerdo, com controlo da hemostase. A doente teve alta ao 2º dia após a cirurgia, sem queixas e clinicamente estável.

Conclusão: A gravidez cornual é rara, mas é uma forma de apresentação grave pelo elevado risco de hemorragia massiva com choque hipovolémico. A ecografia é essencial para diagnosticar precocemente esta forma de gravidez, especialmente no início da mesma. O reconhecimento desta entidade permite uma suspeição durante a realização dos exames imagiológicos e consequentemente um diagnóstico e intervenção mais atempados.

P 22

CORIOAMNIONITE E SÉPSIS PUERPERAL: UMA ASSOCIAÇÃO TENEBROSA EM OBSTETRÍCIA

Dora Antunes^{1,2}; Iolanda Ferreira¹; Sofia Cabrita¹; Maria São José Pais¹; António Carlos Lobo¹; Paulo Moura^{1,2}

¹*Serviço de Obstetria A, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE;* ²*Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra*

Introdução: A sépsis puerperal é uma das emergências mais temidas em Obstetria, dadas as repercussões catastróficas associadas, tanto obstétricas como neonatais. Define-se pela existência de manifestações de resposta inflamatória sistémica na presença de uma infeção suspeita ou confirmada, sendo a corioamnionite uma das principais etiologias.

Objetivos: Reconhecer a sépsis materna como uma emergência obstétrica – diagnóstico, fatores de risco, tratamento e prognóstico.

Material e métodos: Descrição de um caso clínico imprevisível e revisão da literatura.

Caso clínico: Grávida de 31 anos, G2P1, com antecedentes de rotura prematura de membranas pré-termo (RPM-PT) e parto pré-termo às 36 semanas de gestação, vigiada na consulta de Obstetria/Endocrinologia por diabetes mellitus tipo 1 com bomba infusora de insulina. Evolução obstétrica sem intercorrências até às 27 semanas e 2 dias, altura em que recorreu ao Serviço de Urgência por RPM-PT. Realizou protocolo de maturação pulmonar fetal e antibioterapia profilática durante 7 dias, mantendo perdas escassas de líquido amniótico e parâmetros analíticos estáveis durante o internamento. Às 29 semanas e 1 dia iniciou subitamente um quadro de febre (38,2°C), bradicardia fetal e trabalho de parto imparável que culminou num parto vaginal – RN do sexo feminino, 1490g, IA 2/6/8, com morte neonatal nas primeiras horas de vida. Os parâmetros biológicos maternos eram normais 8 horas antes do parto. Apesar da puerpera ter iniciado, de imediato, antibio-

terapia empírica com cefoxitina e metronidazol ev, nas 24h que sucederam o parto verificou-se um agravamento progressivo do estado geral, com febre, hipotensão refratária à fluidoterapia e oligúria, associadas a agravamento da função renal e hepática, leucocitose marcada e elevação dos parâmetros inflamatórios, pelo que foi transferida para a UCCI por choque séptico. A antibioterapia foi alterada para meropenem e metronidazol ev que realizou durante 7 dias. As hemoculturas, o estudo bacteriológico dos lóquios e a urocultura foram negativos. Teve alta ao 7º dia pós-parto, clinicamente estável. O estudo bacteriológico da placenta revelou infeção por *Escherichia coli* (*E. coli*), *Proteus mirabilis* e *Bacteroides thetaiotaomicron*. As culturas colhidas ao recém-nascido confirmaram também infeção por *E. coli*.

Conclusões: A sépsis materna é uma emergência obstétrica grave, responsável por uma elevada taxa de mortalidade materna e neonatal. A RPM-PT e a Diabetes mellitus são fatores de risco conhecidos para sépsis, sendo a corioamnionite por *E.coli* uma das principais etiologias. Dada a dificuldade no diagnóstico e a evolução rápida, esta entidade representa uma das principais emergências em Obstetria.

P 23

PROLAPSO DO CORDÃO UMBILICAL: ESTUDO RETROSPECTIVO DE 3 ANOS NO CENTRO HOSPITALAR DO TÂMEGA E SOUSA

Maria Coelho; Fabiana Castro; Joana Carvalho; Odete Figueiredo; Olímpia Carmo
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

Introdução: Define-se prolapso do cordão umbilical como a existência de uma ansa de cordão prévia à apresentação fetal, após rotura de membranas. A incidência reportada desta emergência obstétrica é de 1-6/1000 partos (0.14-0.62%), atingindo 1% nas apresentações pélvicas.

Objetivos: Identificação da incidência e fatores de risco associados ao prolapso do cordão

umbilical; análise da atuação clínica após o diagnóstico e do desfecho neonatal.

Métodos: Estudo retrospectivo descritivo dos casos de prolapso do cordão umbilical que ocorreram no Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa (CHTS) entre 1/06/2016 e 30/06/2019.

Resultados: Durante o período estudado ocorreram 7184 partos no CHTS e verificaram-se 10 casos de prolapso do cordão umbilical, correspondendo a uma incidência de 1.39/1000 partos (0.14%). 80% das mulheres eram primíparas. A idade média das grávidas foi de 29 anos. A idade gestacional média foi de 39 semanas.

Verificou-se a presença de apresentação pélvica em 10% e hidrâmnios em 20%. 40% dos casos foram precedidos de indução do trabalho de parto e 80% de amniotomia.

Em todos os casos foi confirmada a vitalidade fetal pré-parto e o parto ocorreu por cesariana, com um tempo decisão-extração fetal inferior a 30 minutos. O peso médio ao nascer foi de 3401g, sendo que um recém-nascido (RN) apresentou peso < 2500g. 20% dos RN apresentaram índice de Apgar ≤ 7 ao 5º minuto e necessitaram de internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. Não ocorreram mortes neonatais. De referir que da população estudada, o caso com pior desfecho perinatal decorreu de prolapso do cordão em contexto extra hospitalar.

Conclusões: A incidência desta emergência obstétrica na população estudada é compatível com a descrita na literatura. Os principais fatores de risco para a ocorrência de prolapso do cordão são as apresentações fetais anómalas, o hidrâmnios, a multiparidade, a gestação múltipla, a prematuridade, o baixo peso ao nascimento, a placenta de inserção baixa, a indução do trabalho de parto e a amniotomia. Destes, os mais frequentemente identificados na amostra estudada foram a amniotomia e a indução do trabalho de parto.

O diagnóstico precoce e atuação atempada

permitem diminuir a percentagem de hipóxia fetal aguda grave associada a esta emergência obstétrica de 25-50% para 3-16%. No entanto, mantém-se uma causa importante de elevada morbimortalidade perinatal.

P 24

PEQUISA DE HPV APÓS EXCIÇÃO DE ZONA DE TRANSFORMAÇÃO: O MELHOR PREDITOR DE DOENÇA RESIDUAL

Marina Sousa Gomes¹; Joana Araújo Pereira¹; Vera Trocado^{1,2}; Ângela Santos¹; Jorge Mesquita¹; Paula Pinheiro¹

¹*Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Unidade Local de Saúde do Alto Minho;* ²*ICVS's / Escola de Medicina – Universidade do Minho, Braga*

Introdução: A excisão de zona de transformação (ZT) é considerado um procedimento com potencial curativo em lesões displásicas do colo. Contudo, 23-34% das doentes submetidas a este procedimento vão ter doença residual. A presença de margens atingidas é um importante fator de prognóstico, sendo que 7 a 85% destas doentes apresentam doença residual. Contudo, mesmo na presença de margens livres pode ocorrer doença recorrente.

Objetivo: Os autores apresentam três casos de mulheres com doença residual apesar de excisão de ZT com margens livres.

Casos clínicos: Caso 1: Mulher de 30 anos, referenciada por HSIL e HPV16+. Submetida a excisão de ZT, HSIL com margens livres. Após um ano, persistência de HPV16 e citologia ASC-H. Nova excisão de ZT, HSIL com margens livres. Após dois anos, por persistência de HPV16, terceira excisão de ZT que revelou HSIL com margens livres. Após 4 anos, HPV negativo e citologia normal. Caso 2: Mulher de 34 anos referenciada por ASC-H e HPV16+. Submetida a excisão de ZT, HSIL com margens livres. Após um ano, persistência de HPV16 e citologia ASC-H. Nova excisão de ZT, HSIL com margens livres. Após 2 anos, HPV negativo e citologia normal. Caso 3: Mulher de 51 anos

referenciada por HSIL e HPV16. Nessa altura excisão de ZT mostrou carcinoma *in situ*, margens livres. Após um ano, persistência de HPV16 e citologia “presença de células neoplásicas compatível com carcinoma epidermoide”. Nova excisão de ZT, carcinoma *in situ*, margens livres. Após 4 anos, HPV negativo e citologia normal.

Conclusão: A presença de margens livres após excisão de ZT não é suficiente para prevenir a presença de doença residual. O papel do vírus HPV na gênese do cancro do colo do útero está bem estabelecido e a pesquisa de HPV após excisão de ZT parece ser o melhor preditor de doença residual.

P 25

UM CASO ATÍPICO DE FEBRE PUERPERAL

Luísa Cerqueira; Beatriz Teixeira; Marina Moucho
Centro Hospitalar e Universitário de São João

Introdução: A miomatose não está habitualmente associada a complicações durante a gravidez. A ocorrência de degenerescência, causada pelo crescimento rápido dos miomas e diminuição de perfusão, levando a isquemia e necrose, é uma das possíveis complicações. **Objetivos:** Descrição de um caso de degenerescência de mioma após parto por cesariana no Serviço de Obstetrícia no Centro Hospitalar e Universitário de São João.

Material e métodos: Foram consultados o processo clínico e meios complementares de diagnóstico realizados à doente durante o internamento.

Caso clínico: Grávida de 39s+2d, 34 anos, obesidade classe 2, com gravidez complicada com diabetes gestacional, foi submetida a cesariana programada por cirurgia uterina prévia (miomectomia ressectoscópica), apresentação fetal anómala e volumoso mioma com cerca de 14 cm localizado no segmento inferior. Puerpério complicado por urosépsis por *Serratia Marcescens* ao 4º dia, tendo tido alta ao 11º dia de puerpério, com melhoria clínica e analítica. Ao

14º dia de puerpério inicia um quadro de febre sem foco infeccioso identificável após rastreio séptico. Após ecografia e tomografia computadorizada abdomino-pélvicas foram excluídas complicações locais da cesariana. Durante todo o internamento manteve-se febril e sem outras queixas. Foi realizada uma ressonância magnética com alterações compatíveis com degenerescência vermelha de um dos miomas uterinos. Ao 24º dia de puerpério teve alta com melhoria clínica e analítica.

Conclusão: Nas mulheres com miomatose, perante um quadro de febre sem foco aparente, o diagnóstico de degenerescência vermelha deve ser considerado.

P 26

FÍSTULA ARTERIOVENOSA UTERINA – UMA EMERGÊNCIA EM GINECOLOGIA

Inês Azevedo; Vera Cunha; Ana Brandão;
Filomena Nunes; Joana Cominho Mariana Veiga;
Rita Silva; Margarida González
Hospital de Cascais

Introdução: As fistulas arteriovenosas uterinas são conexões vasculares anormais, que podem ser congénitas ou adquiridas, manifestando-se como hemorragia vaginal irregular ou profusa – sendo esta última manifestação uma emergência ginecológica.

Esta entidade é uma condição rara, apesar de subdiagnosticada, estando atualmente apenas cerca de 100 casos publicados na literatura. O diagnóstico é baseado na suspeita clínica e no estudo ecográfico ginecológico com Doppler, confirmado, posteriormente, por avaliação histopatológica.

O tratamento depende da estabilidade hemodinâmica da doente e do seu desejo de manter a fertilidade. As opções de tratamento mais consensuais são: atitude expectante para os casos menos graves, embolização das artérias uterinas para doentes hemodinamicamente estáveis com desejo de manter a fertilidade e por fim, a Histerectomia.

Objetivos: Com este caso clínico, temos por objetivo abordar esta condição rara, que deverá fazer parte dos diagnósticos diferenciais numa mulher com hemorragia vaginal profusa.

Caso clínico: Mulher de 32 anos admitida no Serviço de Urgência do Hospital de Cascais por hemorragia vaginal abundante com 40 minutos de evolução, acompanhada de dores pélvicas ligeiras.

A doente tinha conhecimento que era portadora de uma fistula arteriovenosa uterina, diagnosticada há meses numa ecografia ginecológica realizada por rotina no exterior, e que deveria recorrer imediatamente ao Serviço de Urgência caso tivesse clínica de hemorragia vaginal superior ao habitual. Tratava-se de uma mulher saudável e com antecedentes obstétricos e ginecológicos relevantes a salientar 2 partos eutócicos, o último há 3 anos, após o qual fez curetagem e aspiração uterina na sequência de hemorragia tardia do puerpério.

Após estabilização realizou-se ecografia ginecológica com doppler no Hospital de Cascais, que suportou a presunção diagnóstica de fistula arteriovenosa uterina.

Em discussão clínica e tomando em conta as expectativas da doente, dentro das várias condutas terapêuticas, foi decidido realizar histerectomia total com salpingectomia bilateral por laparotomia 3 dias após a admissão. A cirurgia decorreu sem intercorrências, com alta 72 h após a cirurgia.

Histologicamente confirmou-se malformação vascular com acentuada ectasia e espessamento da parede venosa e fistula arteriovenosa desde a parede externa na região do paramétrio esquerdo à região ístmica, prolongando-se na espessura da parede para a região anterior e posterior do miométrio.

Conclusões: As fistulas arteriovenosas uterinas habitualmente adquiridas, apresentam-se após trauma uterino, em média 1 mês a 7 anos antes do diagnóstico, à luz da evidência científica e reportada atualmente disponível.

Apesar de já terem sido relatados casos de fistulas arteriovenosas após carcinoma endometrial, doença do trofoblasto, parto vaginal, as causas mais comuns são cirurgias uterinas como cesariana, miomectomia e curetagem uterina – como no presente caso, 3 anos antes deste episódio.

O sintoma mais comum é hemorragia vaginal com diferentes graus de gravidade, sendo mandatário a realização de uma ecografia vaginal com Doppler antes de uma curetagem uterina realizada por hemorragia vaginal, de etiologia desconhecida, quer em mulheres férteis quer após a menopausa. A suspeição diagnóstica é suportada pela realização de ecografia, que demonstre a presença de áreas sinuosas anecogénicas no miométrio com sinal Doppler positivo.

Embolização da artéria uterina tem uma taxa de sucesso de 93 %, e permite preservar a fertilidade em doentes hemodinamicamente estáveis, estando a gravidez atualmente contra-indicada em mulheres com esta patologia. No presente caso, a nossa doente não desejava ter mais filhos, tendo sido a histerectomia a melhor opção terapêutica.

P 27

EDEMA AGUDO DO PULMÃO – UMA COMPLICAÇÃO REAL DA PRÉ-ECLÂMPSIA

Rocha, A.C.¹; Bragança, Cr.²; Bragança, C.³; Matos, T.⁴; Azevedo, L.⁴; Matos, F.⁵

¹Interna de Formação Específica de Ginecologia-Obstetrícia, Hospital de Santarém; ²Interna de Formação Específica de Ginecologia-Obstetrícia, Hospital Fernando da Fonseca; ³Interna de Formação Específica de Ginecologia-Obstetrícia, Hospital José Joaquim Fernandes; ⁴Assistente Hospitalar Graduada de Ginecologia-Obstetrícia, Hospital Fernando da Fonseca; ⁵Assistente Hospitalar Graduada Sênior de Ginecologia-Obstetrícia, Hospital Fernando da Fonseca

Introdução: A pré-eclâmpsia (PE) é uma doença multissistémica progressiva, caracterizada pelo aparecimento de novo de hipertensão e proteinúria ou hipertensão com disfunção de ór-

ção, com ou sem proteinúria. Embora em 80% dos casos tenha um bom prognóstico materno e fetal, tanto a mãe como o feto continuam a ter um risco aumentado de morbidade e/ou mortalidade. O edema agudo do pulmão (EAP) é uma complicação rara da PE, com uma incidência de 3% e uma etiologia multifatorial como a sobrecarga hídrica, o aumento da pressão hidrostática pulmonar e o aumento da permeabilidade capilar, por diminuição da pressão oncótica. Apresenta uma mortalidade de 11%, nomeadamente por falência respiratória aguda. **Caso clínico:** M.C, 37anos, natural da República Democrática do Congo, primípara, grávida de 37s+5d, sem antecedentes pessoais relevantes, recorre ao serviço de urgência por algias pélvicas. Apresentava edema da face e dos membros, perfil tensional elevado (média de 178/119 mmHg) e CTG de categoria I. Analiticamente destacava-se uma hemoglobina (Hb) de 7,6mg/dl, sem alteração da função hepática, exceto D Dímeros 4111, fibrinogénio de 4,4 e proteinúria 4+.

Decide-se internamento para indução de trabalho de parto e terapêutica com sulfato de magnésio e labetalol (ambos em bólus e dose de manutenção). Após duas horas, mantinha um perfil tensional elevado e inicia quadro de agitação psicomotora, sudorese, polipneia e sensação de mal-estar geral. A auscultação pulmonar evidenciava fervores crepitantes em ambas as bases, um quadro compatível com EAP hipertensivo. Decide-se cesariana emergente sob anestesia geral. Após a indução anestésica verificou-se bradicardia com hipotensão, sem resposta à administração de atropina. No momento em que ocorre a extração fetal, constatou-se a ausência de pulso central, assumindo-se atividade elétrica sem pulso e iniciaram-se compressões torácicas, com recuperação após 3 ciclos de suporte avançado de vida (SAV). Destacam-se ainda, como intercorrências, inversão uterina resolvida com manobras mecânicas e atonia uterina

pós-operatória resolvida com perfusão de oxitocina e misoprostol rectal. O recém-nascido apresentava o peso de 3635g, com o índice de Apgar de 3/5/10.

De imediato foi transferida para a unidade de cuidados intensivos. Após duas horas, a puérpera desenvolveu movimentos mioclonais pelo que realizou TC-CE e electroencefalograma, ambos sem alterações. Imagiologicamente destacou-se, no ecocardiograma, uma insuficiência mitral grave, mantendo-se medicada com 5 classes de anti-hipertensores. Realizou um total de 4 unidades de concentrado eritrocitário e 1 unidade de carboximaltose férrica, com estabilidade hemodinâmica. Foi extubada ao segundo dia pós-operatório, com desmame progressivo da necessidade de oxigenoterapia e de diurético. É transferida para a Obstetria em dia 5 do pós-operatório.

Desenvolveu uma infeção urinária nosocomial por Ecoli ESLB, pelo que cumpriu antibioterapia com piperacilina e tazobactam. A urocultura de controlo foi negativa.

Teve alta do Puerpério ao 18º dia de internamento, clinicamente estável, perfil tensional adequado, com indicação para seguimento em consulta de Cardiologia, Medicina Interna e Imunoterapia. Na anatomia patológica da placenta, destacam-se alterações isquémicas do parênquima, trombos intervilositários e vilosidades com o aumento do número de vasos, aspectos sugestivos de hipoxia uteroplacentar.

Conclusão: O EAP é uma complicação rara, mas para o qual se deve ter um elevado nível de suspeição clínica. A paragem cardio-respiratória numa grávida está associada a uma elevada mortalidade materna e/ou fetal. A sobrevivência de ambos depende de diversos fatores, incluindo a etiologia, a rapidez nos esforços de ressuscitação e a diferenciação da equipa obstétrica e anestésica.

Em suma, num quadro de emergência obstétrica, é essencial o apoio multidisciplinar e o trabalho em equipa, pelo que deve ser pro-

movida a formação dos profissionais de saúde nesta área.

P 28

ANÁLISE RETROSPECTIVA DOS CASOS DE DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMALMENTE INSERIDA: FATORES DE RISCO E OUTCOMES OBSTÉTRICOS E PERINATAIS

Fabiana Castro; Maria Liz; Carla Marinho; Olimpia Carmo
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

Introdução: O descolamento prematuro de placenta normalmente inserida (DPPNI) é uma patologia com impacto significativo na morbimortalidade materno-fetal, afetando 0,5-1% das gestações. Consiste na separação parcial ou total da placenta normalmente implantada antes do nascimento do feto, podendo manifestar-se por hemorragia vaginal, dor abdominal e contratilidade uterina dolorosa. Dos fatores de risco associados ao desenvolvimento de DPPNI destacam-se: idade materna avançada (IMA), multiparidade, baixo índice massa corporal (IMC) materno, tabagismo, consumo de cocaína, antecedentes de DPPNI, patologia hipertensiva da gravidez, restrição crescimento fetal, hidrâmnios, corioamionite, rotura prematura de membranas (RPM) ou trauma abdominal.

Das possíveis complicações maternas decorrentes do DPPNI, destacam-se a anemia e hemorragia pós-parto; das perinatais destacam-se a hipóxia fetal aguda.

Objetivos: Identificação da incidência de DPPNI, análise dos fatores de risco, desfechos maternos e perinatais associados.

Material e métodos: Análise retrospectiva dos casos de DPPNI decorridos no Centro Hospitalar de Tâmega e Sousa entre junho de 2016 e junho de 2019. Os dados foram obtidos através da consulta dos processos clínicos (Sclinico e Obscare).

Resultados e conclusões: Nos 7184 partos no período de estudo foram observados 23 casos

de DPPNI, correspondendo a uma incidência de 0,3%. Da amostra, 22% das grávidas tinham mais de 35 anos, 9% eram multiparas, 13% eram fumadoras e nenhuma grávida apresentava IMC < 18kg/m². 21% das gestações foram complicadas de corioamionite, 13% apresentaram RPM e 4% hidrâmnios. Nenhum dos casos reportados apresentava antecedentes de DPPNI. 90% dos casos manifestaram-se sob a forma de metrorragia abundante, tendo-se realizado cesariana emergente em 83% dos casos. A idade gestacional média no momento do diagnóstico foi de 35 semanas. A anemia moderada foi a complicação materna mais comum, em 30% das puérperas. As complicações mais frequentes nos recém nascidos foram a prematuridade (17% e o síndrome de dificuldade respiratória aguda (13%) . Foram reportados 2 casos com Índice de Apgar ≤ 7 ao 5º min. Portanto, a incidência de DPPNI encontrada está de acordo com o descrito da literatura atual. Os fatores de risco mais prevalentes na população observada foram a IMA e corioamionite. Não foram observadas complicações maternas major no pós-parto e a principal complicação neonatal foi a prematuridade, o que se poderá relacionar com uma rápida decisão terapêutica após o diagnóstico preventivo de DPPNI.

P 29

INFECÇÃO PERSISTENTE A HPV EM MULHER JOVEM VACINADA

João Pinto, Carmo Cruz, Amália Pacheco, José Viana
Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Introdução: A persistência de uma infeção por HPV alto risco (HPV-AR) leva a progressão e desenvolvimento de neoplasia intraepitelial cervical 2-3 (CIN) ou doença invasiva.

A Sociedade Americana de Coloscopia e Patologia Cervical (ASCCP) recomenda terapêutica ablativa ou excisional em mulheres com diagnóstico CIN 2-3 para eliminar a lesão e a infeção por HPV. No entanto algumas pacien-

tes permanecem infetadas por HPV-AR após tratamento.

A ASCCP recomenda como *follow-up* citologia, cotest e ou colposcopia em intervalos 3-12 meses.

Objetivo: Descrição de caso clínico de uma paciente de 26 anos foi referenciada à unidade de patologia do colo por citologia ASC-US / HPV-HR.

Material e métodos: Nuligesta, saudável, sem hábitos tabágicos ou outras substâncias aditivas, vacinada, no PNV (quadrivalente)

A colposcopia inadequada por vaginose bacteriana, tendo sido medicada e reagendada-se nova. Colposcopia passados 2 meses adequada, ZT tipo 1, com achados colposcópico grau 1. Optou-se por realizar citologia e biópsia. Citologia ASC-US e histologia CIN II sem envolvimento glandular.

Perante o diagnóstico histológico decide-se excisão da ZT. O diagnóstico histológico CIN I margens livres.

Follow-up 6 meses, citologia NILM, 12 meses Coteste NILM e HPV-AR (Colposcopia normal), 24 meses coteste ASC-US HPV AR (Colposcopia normal), 36 meses coteste ASC-US HPV AR (Colposcopia normal) e CinTec Plus negativo (Colposcopia normal), 48 meses Cotest NILM -HPV AR.

Aos 54 meses foi prescrito Papilocare®, aos 60 meses coteste NILM HP-AR.

Conclusão: De acordo com a literatura é expectável uma taxa de persistência de 27%, 3 meses 21% aos 6 meses, 15% aos 12 meses e 10% aos 24 meses pós tratamento. A taxa de persistência de HPV-AR após excisão da zona de transformação é 7%.

A persistência é influenciada por idade, tabagismo, tipo de HPV, método de deteção e forma de tratamento.

Este caso demonstra a persistência de infeção por HPV numa mulher jovem vacinada, sem fatores de risco.

P 30

EM BUSCA DO DIU PERDIDO

Rita Silva¹; Filipa Alpendre²; Madalena Tavares¹; Marta Gomes Melo¹; Mariana Lourenço¹; Adriana Franco¹; Rui Costa¹

¹Hospital Vila Franca Xira; ²Maternidade Alfredo da Costa - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

Introdução: O dispositivo intra-uterino (DIU) é um método contraceutivo de longa duração, reversível, seguro e muito eficaz. No entanto, não está isento de complicações entre as quais se destacam a perfuração uterina, a expulsão e a infeção. De acordo com a literatura a taxa de perfuração é de 0,06-1,6:1000 inserções, sendo esta maior no momento da colocação.

Caso clínico: Mulher de 40 anos de idade, multipara (1 parto distócico há 4 anos), sem antecedentes pessoais de relevo e sem história prévia de cirurgias abdominais, recorreu ao serviço de urgência com a suspeita da presença de DIU (dispositivo de levonorgestrel intra-uterino) na cavidade abdominal. Da história clínica a referir a presença de algias pélvicas e metrorragias desde a introdução do dispositivo há cerca de 1 ano atrás. Ao exame objetivo os fios do dispositivo não foram visualizados e ecograficamente apenas a referir útero e anexos sem alterações, sem evidência da presença do dispositivo no endométrio ou endocolo. Foi realizada radiografia do abdómen que confirmou a presença do dispositivo no escavado pélvico à esquerda. A doente foi então submetida a laparoscopia diagnóstica, onde se verificou a presença útero e anexos sem alterações, nenhum sinal de perfuração evidente, sem sinais de inflamação ou infeção. Constatou-se a presença do dispositivo, em localização aderente ao epíploon tendo sido retirado sem intercorrências. Verificou-se boa recuperação pós-operatória, sem complicações tendo tido alta às 48 horas referenciada a consulta de Ginecologia.

Conclusões: A perfuração uterina é uma complicação rara associada à utilização de DIU no entanto deve de haver elevado grau de sus-

peição na presença de mulheres sintomáticas em que ao exame objetivo não são observados os fios e não é visualizado o DIU na cavidade endometrial ecograficamente. A laparoscopia deve ser a abordagem cirúrgica de eleição para a sua remoção devendo ser programada logo que possível após o diagnóstico de forma a evitar complicações.

P 31

DIP – CHOQUE SÉPTICO SEM RUTURA DE ABCESSO TUBO-OVÁRICO

João Pedro Pereira; Milene Rodrigues; Luís Canelas; Alcides Pereira
Hospital Garcia de Orta, EPE

Introdução: A doença inflamatória pélvica (DIP) é uma infeção aguda ou subclínica do trato genital superior feminino. A maioria dos casos (85%) são causados por microorganismos sexualmente transmissíveis e menos de 15% por microorganismos entéricos ou respiratórios que colonizam o trato genital. O diagnóstico mantém-se essencialmente clínico e o principal fator de risco parece ser história de DIP no passado. A peri-hepatite (Síndrome de Fitz-Hugh Curtis) ocorre em cerca de 10% das DIP correspondendo a uma inflamação da cápsula hepática e superfícies peritoneais anteriores ao quadrante direito de fígado, manifestando-se essencialmente por dor no hipocôndrio direito e transaminases normais ou ligeiramente aumentadas. Uma complicação da DIP é o abscesso tubo-ovárico, ou seja, uma massa inflamatória que envolve as trompas de Falópio, ovários e ocasionalmente outras órgãos pélvicos adjacentes. Este pode manifestar-se como um complexo tubo-ovárico (aglutinação das estruturas envolvidas). Estes abscessos são normalmente encontrados em mulheres em idade fértil, necessitando de terapêutica médica/cirúrgica agressiva, podendo a rutura do abscesso culminar em choque séptico.

Objetivo: Expor um caso de choque séptico em doente com abscesso tubo-ovárico na au-

sência de rutura do mesmo.

Metodologia: Selecionado caso do serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG) do Hospital Garcia de Orta, EPE, de DIP com abscesso tubo-ovárico e complicada de choque séptico e síndrome de Fitz-Hugh Curtis.

Resultados: Mulher de 44 anos, recorreu ao SUOG por dor supra-púbica, náuseas e febre (temperatura máxima de 38.6°C) com 4 dias de evolução. Apresentava-se hemodinamicamente estável. Após realização de ecografia ginecológica e exames laboratoriais, constatou-se aumento dos parâmetros inflamatórios massa anexial à direita com 63x60 mm sem líquido livre no fundo de saco de Douglas, tendo sido colocada a hipótese diagnóstica de DIP complicada por abscesso tubo-ovárico. A doente ficou internada, e iniciou antibioterapia endovenosa. Doze horas depois, inicia quadro de dor abdominal intensa e súbita, taquicardia, hipotensão e alteração do estado de consciência. Constatou-se aumento dos parâmetros inflamatórios face aos registados na admissão e foi colocada a hipótese diagnóstica de choque séptico em provável contexto de rutura de abscesso tubo-ovárico. Realizou laparotomia exploradora, não se confirmando rutura do abscesso. Em exame microbiológico do exsudado purulento colhido isolou-se uma *Escherichia coli* multi-sensível. As hemoculturas e urocultura foram negativas. Ao sétimo dia de internamento objetivou-se um ligeiro aumento das transaminases acompanhado de dor intensa no hipocôndrio direito. Foi efetuada ecografia abdominal que revelou aumento ligeiro das dimensões hepáticas. Estes achados foram atribuídos a um possível Síndrome de Fitz-Hugh Curtis. Realizou mais 10 dias de antibioterapia de largo espectro tendo alta assintomática.

Conclusões: A maioria das mulheres com abscessos tubo-ováricos são candidatas a terapêutica com antibioterapia de largo espectro, não sendo necessária intervenção cirúrgica. A dimensão do abscesso parece ser preditiva do

sucesso da terapêutica médica, sendo esse sucesso particularmente elevado em abscessos com menos de 70 mm de diâmetro. A rutura de um abscesso tubo-ovárico ocorre em cerca de 15% dos casos e é uma emergência life-threatening que requer uma intervenção cirúrgica imediata. A sépsis complica 10 a 20% dos abscessos tubo-ováricos, mas é mais frequente nos casos em que existe rutura, do que em abscessos/complexos bem contidos e delimitados. Assim, apresentamos um caso em que a evolução clínica não foi a esperada: a doente apresentava-se hemodinamicamente estável e o abscesso tubo-ovárico tinha dimensões inferiores a 70 mm e não apresentava sinais de rutura, sendo estes fatores preditivos de uma boa resposta a terapêutica médica. Para além disso, o caso em questão complicou-se em choque séptico e Síndrome de Fitz-Hugh Curtis.

P 32

A ESCOLHA CONTRACETIVA EM MULHERES COM IDADE IGUAL OU INFERIOR A 18 ANOS

S. Bernardes da Cunha¹; C. Carneiro¹; M. Martins¹; I. Reis¹; Rodrigues C.¹; C. Rasteiro^{1,2}; T. Teles¹

¹Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, Santa Maria da Feira; ²Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Covilhã

Introdução: Dos 14 899 processos de interrupção voluntária da gravidez (IVG) realizados em Portugal no ano de 2017 9,73% ocorreram em mulheres com menos de 19 anos.

A IVG em idade jovem é um importante momento de educação para a saúde e aconselhamento sobre os métodos adequados às necessidades de cada mulher. Nas adolescentes, os métodos long acting reversible contraception (LARC) são uma opção dada a sua elevada eficácia, segurança, taxa de continuação e satisfação.

Objetivos: Analisar as características da população jovem que procura a IVG em comparação com as mulheres de idade adulta com

foco nas escolhas contraceptivas após o procedimento.

Métodos: Foram selecionadas mulheres que recorreram à consulta de IVG do nosso hospital entre 2015-2018 e divididas em dois grupos. Grupo 1 com idade inferior ou igual a 18 anos e grupo 2 com mais de 18 anos. Foram avaliadas características sociodemográficas, dados da gravidez e método contraceptivo antes e após o procedimento.

Resultados: Foram selecionadas 36 mulheres no grupo 1 e 487 mulheres no grupo 2. Previamente ao procedimento havia 30,6 % no grupo 1 e 35 % de mulheres no grupo 2 sem nenhum método contraceptivo, sendo que esta diferença não foi estatisticamente significativa ($X^2=0,83$; $p=0,65$). Em ambos os grupos o método mais utilizado antes era a pílula oral combinada em 36% e 40,5% respetivamente. Após o procedimento os métodos Larc foram escolhidos em 5,6% das mulheres com menos de 18 anos em oposição a 30 % das mulheres do grupo 2, esta diferença é estatisticamente significativa ($X^2=12,4$; $p=0,002$). Verificou-se uma diminuição das mulheres sem nenhum método antes versus após o procedimento em ambos os grupos estudados sendo esta diferença não estatisticamente significativa entre os dois grupos ($X^2=0,50$; $p=0,77$). A pílula oral combinada continua a ser o método mais utilizado após os procedimentos em 58% do grupo 1 e em 35% do grupo 2.

Conclusões: As mulheres mais jovens na nossa população parecem preferir os métodos orais tanto antes como após o procedimento. A diminuição das mulheres sem nenhum método transversalmente aos grupos mostra a importância da educação para a saúde. Os LARC foram uma escolha secundária após IVG, em detrimento da CHC, continuando a ser menos escolhidos pela população mais jovem. Este estudo mostra a pertinência da desmitificação da sua adequabilidade dos Larc na população mais jovem aumentando a sua adesão.

Organização



Patrocínios Científicos



Patrocínio Exclusivo



Secretariado

admédic+

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS

Calçada de Arroios, 16C 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