

OBSTETRÍCIA - APRESENTAÇÃO ORAL

Avaliação da concordância interobservador do exame do toque vaginal durante o primeiro período do trabalho de parto

Mariana Silva dos Santos^{1*}, Fernanda Campos da Silva¹, Vinícius Almeida de Oliveira¹, Pedro de Britto Pereira¹, Ivy Saar Maia¹, Hugo César Pereira de Oliveira¹

¹Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

*Autor correspondente: mariana.santos@gmail.com

Objetivos: Avaliar a concordância do exame do toque vaginal entre dois profissionais obstétricos em relação à dilatação cervical, variedade de posição e altura da apresentação cefálica fetal durante o primeiro período do trabalho de parto, além de avaliar a concordância interobservador com dilatação cervical menor e maior que 5 centímetros. **Material e métodos:** Trinta mulheres com gestação a termo e em trabalho de parto na maternidade do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG) foram avaliadas por dois médicos obstetras, cegos entre si, em dois momentos distintos, e os toques vaginais de cada um foram comparados para estimativa da concordância entre eles. Foi realizado o teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov para cada variável para os dois examinadores e estabelecido o intervalo de confiança de 95% (IC95%) para todas as análises. A presença de diferença entre as médias de cada examinador foi avaliada pelo Teste *t* de Student pareado; o grau de associação entre eles foi feito por meio da correlação linear, por meio do coeficiente de correlação de Pearson; e a concordância entre os examinadores foi analisada visualmente pelos gráficos de diferenças de Bland-Altman. Como a variável variedade de posição não é numérica, foram utilizados testes não paramétricos para sua avaliação. **Resultados:** A dilatação cervical apresentou coeficiente de correlação de Pearson de 0,84 (IC95% 0,69–0,92) no tempo A e 0,92 (IC95% 0,84–0,96) no tempo B; para altura da apresentação obteve-se correlação de 0,73 (IC95% 0,50–0,86) em A e 0,85 (IC95% 0,71–0,93) em B. A variedade de posição apresentou 6,6% de concordância no tempo A e 20,0% no tempo B, sendo as variedades concordantes occípito-esquerda-anterior (OEA), occípito-direita-anterior (ODA) e occípito-esquerda-posterior (OEP). A avaliação de concordância interobservador com dilatação do colo menor ou maior que 5 centímetros não foi realizada, pois somente 5 mulheres foram avaliadas com menos de 5 centímetros de dilatação, número insuficiente para se avaliar possíveis diferenças entre os examinadores. **Conclusões:** O estudo obteve alta concordância interobservador para dilatação cervical e altura da apresentação, mas baixa concordância para a variedade de posição.

Palavras-chave: Parto obstétrico; apresentação no trabalho de parto; tocológia.

Comparação dos resultados gestacionais entre pacientes com síndrome antifosfolípídeo (SAF) trombótica e gestantes com trombose venosa profunda sem SAF

Thabata Lessa Suellen¹, Monteiro Pereira¹, Priscila Guyt Rebelo¹, Nathalia Ney¹, Guilherme Ribeiro Ramires de Jesus^{1*}, Nilson Ramires de Jesus¹

¹Departamento de Obstetrícia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

*Autor correspondente: guilhermedejesus@gmail.com

Objetivo: Comparar os resultados gestacionais de pacientes que apresentaram trombose venosa profunda (TVP) sem anticorpos antifosfolípídeos (aPL) com pacientes com síndrome antifosfolípídeo (SAF) com história de trombose vascular. **Métodos:** Foi realizado um estudo de coorte com gestantes acompanhadas em nosso pré-natal que apresentaram trombose vascular. As pacientes foram divididas em dois grupos: o primeiro consistiu em gestantes que apresentaram trombose vascular com pesquisa para SAF negativa; e o segundo consistiu em pacientes com SAF. **Resultados:** Setenta e cinco pacientes com trombose vascular foram incluídas no presente estudo, sendo 39 com história de trombose aPL negativos (Grupo 1) e 36 com aPL positivo (Grupo 2), confirmando o diagnóstico de SAF. O grupo 2 apresentou história obstétrica desfavorável em comparação com o grupo 1 (passado de 13 natimortos e 27 abortos *versus* 1 óbito

fetal e 13 abortos no grupo 1). Pacientes com trombose e aPL positivo (Grupo 2) apresentaram, com maior frequência na gestação atual, crescimento intrauterino mais restrito (11x0, $p < 0,001$), parto prematuro (10 *versus* 2, $p = 0,004$), oligodramnia (7 *versus* 1, $p = 0,010$) e pré-eclâmpsia (10 *versus* 4, $p = 0,030$). O peso médio do nascimento (2.367,14±869 *versus* 3.451,11±502, $p < 0,001$) e a idade gestacional (36,24±3,7 *versus* 38,74±1,5, $p < 0,001$) no parto foram significativamente menores no grupo 2. **Conclusão:** A presença de aPL em pacientes com história de trombose está associada a piores resultados gestacionais, incluindo maior incidência de pré-eclâmpsia, parto prematuro e menor peso ao nascer; enquanto a história de TVP com pesquisa para aPL negativa apresentou resultados gestacionais favoráveis. Nosso estudo sugere que a investigação para SAF é fundamental para o acompanhamento adequado de gestante com história de trombose vascular.

Palavras-chave: trombose venosa; síndrome antifosfolípídeo; gestação.

Conduta frente à doença trofoblástica gestacional

Pamela Carolina Lima Lago^{1*}, Carolina dos Anjos Sampaio¹, Isabela Coelho Guimarães¹, Bruna Teixeira Marques¹, Ana Letícia Miyazaki da Silveira¹

¹Fundação Técnico Educacional Souza Marques – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

*Autor correspondente: pamelacarolinamd@gmail.com

Objetivos: Revisar o tratamento da doença trofoblástica gestacional e evidenciar a importância do diagnóstico precoce para obter um melhor prognóstico. **Materiais e Métodos:** Este estudo constitui uma revisão de literatura. Os artigos foram selecionados por busca nos bancos de dados SciELO e EBSCO, a partir da fonte MEDLINE, além dos periódicos da revista JCO. A pesquisa dos artigos foi realizada entre janeiro e julho de 2016. **Resultados:** A evolução da doença trofoblástica para a neoplasia é pouco frequente. No entanto, quando ocorre, o diagnóstico precoce mostrou-se como a medida mais eficaz para aumentar as chances de cura e preservar a capacidade reprodutiva. O diagnóstico é realizado por meio dos níveis de β -HCG, pela ultrassonografia e pelo exame histopatológico. A Mola Hidatiforme completa e parcial é conduzida com vacuo-aspiração e seguimento pós-molar, dosando os níveis de hCG por seis meses; e estadiamento da doença, por meio dos critérios da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) após estabilização ou elevação dos níveis. No diagnóstico de Mola Invasora ou Coriocarcinoma faz-se o estadiamento segundo os critérios FIGO. A estratificação em baixo risco determina o tratamento monoterápico com metotrexate associado ao ácido folínico, enquanto que casos de alto risco são tratados com poliquimioterapia associada ou não à cirurgia adjuvante, isto é, histerectomia e ressecção de nódulos metastáticos. **Conclusão:** O tratamento e o seguimento da doença trofoblástica gestacional sofreram importantes modificações nos últimos anos. O conhecimento da conduta frente a essa doença é relevante, visto que diagnosticada precocemente sua evolução maligna tem 90% de chance de cura. A importância no desenvolvimento de tratamentos que aumentem a sobrevida da gestante está na expectativa de que se diminuam as recidivas da doença e o risco de metástases, além de aumentar as possibilidades de que as próximas gestações dessas mulheres tratadas sejam sem intercorrências, com feto viável e mãe saudável, com ambos podendo conviver fraternamente, estabelecendo a ligação mãe-filho.

Palavras-chave: doença trofoblástica gestacional; conduta; prognóstico.

Gemelidade imperfeita, gêmeos céfalotorácopagos: relato de caso

Priscilla Veiga Pereira da Silva^{1*}, Eduardo Sertã de Souza Carvalho¹, Cristos Pritsivelis¹, Jair Roberto da Silva Braga¹

¹Maternidade Escola, Universidade Federal do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

*Autor correspondente: prisci1986@terra.com.br

Introdução: A gemelidade imperfeita é uma malformação congênita rara (1:50.000–1:200.000), provavelmente decorrente da divisão incompleta do eixo embrionário, que ocorre entre o 13º e o 15º dia após a fecundação. É fundamental determinar o local de coligação e o grau de união dos fetos para avaliar seu prognóstico, que geralmente é sombrio. **Objetivo:** Relatar o caso clínico de gemelidade imperfeita e mostrar a importância da ultrassonografia

(USG) para o acompanhamento pré-natal e o desfecho da gestação adequados. **Desenvolvimento:** Paciente A.C.S., sexo feminino, 37 anos, gestante GII P0 AI, sem comorbidades, encaminhada por unidade básica de saúde para avaliação e possível acompanhamento pelo setor de Medicina Fetal (MF) da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) após iniciar pré-natal tardiamente — com 21 semanas de gestação —, quando realizou USG obstétrica que evidenciou gestação gemelar imperfeita, com junção dos polos cefálicos. Ingressou no pré-natal do setor da MF em 20 de abril de 2016, realizou USG obstétrica com diagnóstico de gêmeos acolados céfalotoracópagos. Seguiu acompanhamento pré-natal no serviço de MF da UFRJ, onde realizou nova USG, que evidenciou gestação gemelar imperfeita com 23 semanas e 5 dias, com dois fetos unidos pela cabeça, pelo tórax e pelo abdome, sendo as cabeças unidas pela parte frontal, sem visualização das faces. Após manifestar desejo de interrupção da gestação, a paciente foi orientada a procurar a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, levando o laudo da USG assinado por dois médicos do Serviço de USG da instituição, além de um parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Em 10 de maio de 2016, a paciente recebeu o alvará judicial, deferindo o pedido. Em 12 de maio de 2016 foi realizada injeção intracardíaca de KCl a 10%, no curso da 28ª semana de gestação, induzindo parada cardíaca do feto. Foi iniciada indução de trabalho de parto com misoprostol 50 mcg via vaginal de 6/6 h no mesmo dia. Deu à luz via parto vaginal sem intercorrências, no dia 14 de maio de 2016, às 01h00, a gêmeos femininos, mortos, unidos pelo tórax, pelo abdome e pela cabeça, com face única e peso 1.425 g. A placenta foi enviada para análise histopatológica cujo laudo foi compatível com gestação no 2º trimestre sem alterações significativas. A paciente recebeu alta hospitalar no dia 14 de maio de 2016. **Conclusão:** Esse relato de caso é um exemplo de gemelidade imperfeita acompanhada em um serviço de saúde universitário. O diagnóstico pré-natal precoce, por USG obstétrica, é fundamental para a conduta adequada e a orientação ao casal.

Palavras-chave: doenças em gêmeos; gêmeos unidos; gêmeos monozigóticos.

Gestação ectópica com feto vivo de 11 semanas e 3 dias

Mayara Caroline Feitosa^{1*}, Wellington Rodrigues Rigon¹, Monalisa de Miranda Silva Peralta¹, Alexa Loyola Araújo², Claudia Fidelis Bernacchi³, Eliana Alves Mazzaro³

¹Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

²Universidade Estácio de Sá – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³Hospital Municipal Miguel Couto – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

*Autor correspondente: mayaracfeitosa@hotmail.com

Objetivo: Relatar o caso de uma gestação ectópica prontamente diagnosticada e tratada com sucesso na emergência da maternidade do Hospital Municipal Miguel Couto (HMMC). **Métodos:** As informações foram obtidas por meio de anamnese, exames laboratoriais, ultrassonografia (USG) transvaginal e acompanhamento clínico-obstétrico e cirúrgico. **Resumo do caso:** V.S.F., 31 anos, G3PN1A1, 11 semanas e 2 dias de idade gestacional segundo a DUM (05 de fevereiro de 2017), buscou atendimento na emergência da maternidade do HMMC devido à intensa dor em baixo ventre, ao vômito e ao sangramento transvaginal. Relatou gestação tubária há dois anos, sendo realizada laparotomia. Negou disúria, diarreia e febre. Ao exame apresentava-se hipocorada (2+/4+), com abdome flácido e doloroso à palpação, altura uterina de 9 cm, FC=94 bpm, FR=20 irpm e Tax=36,3°C. Ao toque vaginal: colo uterino posterior, fechado, amolecido e longo; útero globoso; e sangramento transvaginal discreto. O exame laboratorial mostrou eritrócitos (ERIT)=2,39 milhões/mm³; hemoglobina (HB)=7,4 g/dL; hematócrito (HCT)=21,4%; e plaquetas (PLQ)=195.000/mm³. A USG transvaginal evidenciou gestação ectópica em anexos à direita contendo feto único com vitalidade (BCF=150 bpm), CCN=46,7 mm, IG=11 semanas e 3 dias e moderado hemoperitônio. Foi encaminhada à laparotomia. Na cirurgia observou-se tuba uterina direita íntegra, com congestão vascular e massa anexial medindo 9 cm; hemoperitônio moderado; ovário direito com cisto de corpo lúteo

íntegro medindo 4 cm; a tuba esquerda não foi visualizada (salpingectomia há 2 anos por gravidez ectópica); e ovário esquerdo sem alterações. Foi realizada a lavagem da cavidade abdominal com 1.500 mL de soro fisiológico, e foram aspirados 650 mL de coágulos. Após a salpingostomia direita com retirada de feto vivo em bolsas ovulares íntegras, foi realizada salpingectomia total direita, revisão da cavidade e da hemostasia e fechamento da cavidade por planos anatómicos. Evoluiu com bom estado geral, porém permaneceu hipocorada e apresentou hemoglobina de 6,0 g/dL. Foi realizada reposição volêmica e de hemoderivados. Recebeu alta hospitalar, com orientações gerais, após 48 horas do procedimento cirúrgico. **Discussão:** A gestação ectópica é uma condição de alta morbimortalidade, sendo importante o rápido manejo clínico-obstétrico associado a exames complementares. A USG transvaginal permite sua confirmação e determinação do seu local de implantação, proporcionando imediato plano de tratamento ou acompanhamento, com a diminuição das complicações e a redução da morbimortalidade.

Palavras-chave: gravidez ectópica; abdome agudo; laparotomia.

Peritonite não infecciosa como complicação no pós-operatório de cesariana: relato de caso

Cristiano Salles Rodrigues^{1*}, André Caldas Passos¹, Rafael de Castro Freitas², Lara Soares Morales Bitencourt Emmanuel Matias², Carlos Alexandre Ribeiro Goulart², Bernardo Tostes Linhares Soares¹

¹Hospital Unimed Costa do Sol – Macaé (RJ), Brasil.

²Universidade Federal do Rio de Janeiro – Macaé (RJ), Brasil.

*Autor correspondente: sallesro@bol.com.br

Objetivo: Destacar a importância do conhecimento da peritonite não infecciosa como diagnóstico diferencial no pós-operatório de cesariana, evitando, assim, procedimentos invasivos desnecessários. **Método:** Levantamento de dados clínicos, dados laboratoriais, exames de imagem e revisão bibliográfica pelas fontes PubMed e SciELO. **Resultado:** Peritonite é uma inflamação do peritônio, membrana serosa que reveste parte da cavidade e das vísceras abdominais. Pode ser localizada ou generalizada, e resulta, frequentemente, de uma infecção ou, raramente, de um processo inflamatório não infeccioso. Os autores apresentam dois casos de peritonite não infecciosa simulando quadro de abdome agudo no pós-operatório de cesariana. No período de 6 meses, 2 pacientes entre o 4º e o 15º dia de pós-operatório de cesariana deram entrada no Hospital Unimed Costa do Sol (HUCS), em Macaé, Rio de Janeiro, com fortes dores e distensão abdominal. O abdome mostrava-se globoso, distendido e difusamente doloroso (“blumberg” positivo). As mulheres apresentavam, ainda, útero involuído, cicatriz cirúrgica em bom estado e lóquios fisiológicos. Leucograma normal e eritograma com hematócrito de 24,9 e 27,8%, respectivamente. A tomografia de abdome total com contraste demonstrava moderada quantidade de líquido livre intraperitônio. A primeira paciente foi submetida à videolaparoscopia com achado de moderada quantidade de líquido amarelo citrino, sem sinais de sangramento ou infecção ativa. Foi realizada a lavagem da cavidade, e a paciente recebeu alta em 48 horas. Na segunda, foi adotada uma conduta conservadora diante da história, quadro clínico e exames semelhantes, com hidratação cristalóide, uso de analgésicos e anti-inflamatórios não esteroidais e, devido à hipotensão ortostática, taquicardia e taquipneia. A paciente foi transfundida, apresentando melhora progressiva com alta três dias após a internação. **Conclusão:** Além da peritonite infecciosa, outros diagnósticos devem ser lembrados na avaliação das complicações abdominais no pós-operatório de cesariana. A peritonite não infecciosa é mais rara, muito provavelmente por ser subestimada clinicamente. Ainda assim, a peritonite não infecciosa deve ser considerada diagnóstico de exclusão, e requer extensa avaliação clínica em busca de causas alternativas da ascite. O prognóstico é geralmente bom, e o tratamento baseia-se na analgesia e no uso de hidratação e anti-inflamatórios não hormonais. Para casos refratários, medidas alternativas individualizadas são indicadas.

Palavras-chave: peritonite; ascite; cesariana.