

cado em BIRADS 0 à mamografia. A ultrassonografia evidenciou nódulo de 3 cm às 8 h em MD, BIRADS V, além de 4 nódulos não palpáveis em mama esquerda (ME). Realizado PAAF com lesão positiva para carcinoma somente em MD. Realizado quadrantectomia em MD com esvaziamento axilar devido à pesquisa de linfonodo sentinela positivo por congelação em 29-04-2010. No mesmo tempo cirúrgico foram retirados os nódulos de mama contralateral previamente agulhados e reconstrução de mama utilizando retalho glandular. O anátomo-patológico confirmou carcinoma ductal invasivo, grau III, 2.8 cm, margens livres e metástase em 1 linfonodo dos 24 ressecados. Os marcadores imuno-histoquímicos evidenciaram: receptores de estrogênio e progesterona positivos e Cerb B2 ++++. Exames de rastreamento de outros sítios foram negativos. Na adjuvância, foi indicado quimioterapia com esquema 4 AC + 4 TH, seguido de radioterapia de mama e tamoxifeno. Atualmente a paciente está realizando terapia adjuvante. Comentários: A sobrevida das pacientes tratadas com a mastectomia e com a CC demonstrou ser a mesma, mas os benefícios psicológicos e de qualidade de vida para as pacientes com uma cirurgia menos radical são bem mais evidentes.

Instituição: Setor de Mastologia do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Santa Casa, Campo Grande - SP

GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA: UMA REALIDADE EM CRESCIMENTO

Código: 209

Sigla: G94

Autores: Guazzelli, T.F.; Lisboa, D.C.; Richetti, R.D.R.; Paula, C.F.S.; Nadai, G.M.J.; Sass, N.

Objetivo: Todos os dias 220 mil adolescentes engravidam por todo o mundo. No Brasil, a taxa de gravidez ente os 15 e 17 anos vem aumentando, 6,9% em 1996 para 7,6% em 2006, ao contrário da taxa de filhos por mulher, que diminuiu 2,73 em 1991 para 2,18 em 2001. O objetivo deste trabalho é estimar a prevalência de gestações não planejadas (GNP) em adolescentes em uma das maiores maternidades pública do nosso país, os principais motivos alegados para a GNP e comparar com o grupo de mulheres adultas Método Durante 10 meses (10 de fevereiro - novembro de 2010) todas as mulheres no puerpério no Hospital Maternidade de Vila Nova Cachoeirinha foram convidadas a responder um pequeno questionário para coletar dados sócio-demográficos, uso prévio de métodos anticoncepcionais, intenção da gestação e o conhecimento da disponibilidade do serviço de planejamento familiar gra-

tuito. **RESULTADOS** Dos 579 participantes, 22,4% (130) tinham menos de 20 anos com 13% (17) do índice de gravidez planejada contra 35,6% (160) em mulheres adultas. Cerca de 35% (46) das adolescentes tiveram apenas um parceiro e 40% (52) têm um relacionamento estável. Um total de 83,8% das adolescentes usaram métodos anticoncepcionais no passado, principalmente o preservativo (78,4%) e pilula (32,3%). O principal motivo referido para a ocorrência da GNP foi falha do método contraceptivo (29,2%), "pensar que não iria ficar grávida" (27,4%) e uso de contraceptivos de forma incorreta (23%). Apenas 0,8% (1) não tiveram acesso aos métodos. **CONCLUSÃO** Houve uma alta taxa de gravidez não planejada nesta amostra de adolescentes, especialmente se comparado com o grupo de mulheres adultas. Embora mais de 99% têm acesso aos métodos, muitas engravidaram devido falha do método contraceptivo.

Instituição: Hospital Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha, Santo André - SP

GESTAÇÃO ECTÓPICA: ABORDAGEM VAGINAL - TÉCNICA CIRÚRGICA

Código: 210

Sigla: G95

Autores: Heineck, S.C.; Jung, L.K.; Pinto, H.C.; Pinto, R.C.

Objetivo: descrever uma técnica cirúrgica minimamente invasiva, segura e facilmente reprodutível, que possa ser utilizada nos casos de gestação ectópica em que a videolaparoscopia não esteja disponível. **MATERIAL E MÉTODO:** seleção de caso de gestação ectópica com indicação de tratamento cirúrgico em que se optou pela abordagem via vaginal. Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido foi assinado pela paciente. **RESULTADO:** 1. Paciente em posição de litotomia forçada com antisepsia e campos cirúrgicos. 2. Introdução da válvula de peso curta em parede vaginal posterior e válvula de Breisky em parede anterior com preensão do colo. 3. Abertura da cavidade peritoneal através do fundo de saco vaginal. 4. Cavidade pélvica aberta. 5. Substituição da válvula de peso curta pela válvula de peso longa. 6. Introdução da válvula longa em cavidade pélvica elevando o útero e ampliando o campo cirúrgico. 7. Identificação das estruturas com isolamento da massa tumoral. 8. Preensão da massa com pinça Satinski, seguido da exérese. 9. Ligadura do anexo. 10. Fechamento do fundo de saco posterior. **CONCLUSÃO:** a abordagem vaginal pode ser uma opção minimamente invasiva naqueles casos em que não se tenha acesso à videolaparoscopia no tratamento cirúrgico da gestação