

Conclusão: A gestação na adolescência é considerada de risco devido à fatores biológicos, psicológicos e sociais. As adolescentes apresentaram vulnerabilidade social devido à baixa adesão escolar, ao alto percentual de meninas solteiras e gestações não planejadas. Apesar da maioria eutrófica, o CA desequilibrado favoreceu o GPG inadequado, elevando o risco de intercorrências durante e após a gestação.

Instituição: Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, São Paulo - SP

COMPARAÇÃO ENTRE DOIS CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO PARA IMC PRÉ-GESTACIONAL EM ADOLESCENTES

Código: 76

Sigla: O36

Autores: Pereira, A.M.; Pádua, E.C.R.; Vasconcelos, G.M.; Amaral, J.F.A.; Sampaio, I.P.C.; Guazzelli, C.A.F.

Comparação entre dois critérios de classificação para IMC pré-gestacional em adolescentes. **Objetivo:** Comparar a classificação para IMC pré-gestacional de adolescentes pelos critérios do IOM (2009) e do CDC (2000). **Método:** Acessamos dados de prontuário de 90 gestantes (10-19) que realizaram o pré-natal na Casa da Saúde da Mulher (Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP). Na primeira consulta, a estatura foi aferida (estadiômetro de parede Seca®) e o peso pré-gestacional (PPG), referido. Aferiu-se o peso em todas as consultas (balança eletrônica Filizola®). O IMC pré-gestacional (IMC-pré) foi classificado de acordo com os critérios do IOM (2009) para gestantes adultas e do CDC (2000) para adolescentes não grávidas. Determinou-se o ganho de peso gestacional (GPG) pela diferença entre o PPG e o peso final. O GPG e o IMC final (IMCf) foram classificados de acordo com o IOM (2009). **Resultados:** Considerando os critérios do IOM, 15,5% das adolescentes apresentaram baixo peso (BP), 75,5%, eutrofia (E) e 8,8%, excesso de peso (EP). De acordo com o CDC, 10% apresentavam BP, 80%, E e 10%, EP. Dessa forma, 5,5% das eutróficas pelo critério CDC, apresentavam BP segundo a referência para adultas. Observamos GPG inadequado em 72,1% delas (37,7% insuficiente/34,4% excessivo). Em relação ao IMCf, a maioria com BP concluiu a gestação eutrófica, as eutróficas permanecerem com IMC normal (38%) ou com EP (34%) e a maioria com EP permaneceu nessa condição. **Discussão/Conclusão:** Os parâmetros do IOM (2009) são utilizados para adolescentes, pois não existem critérios específicos para essa faixa etária. Observamos que este superestima a classificação de BP pré-gestacional em relação

ao CDC (2000) e, portanto, sugere um GPG superior ao necessário, aumentando a chance de retenção do peso pós-parto. Encontramos maior ocorrência de GPG insuficiente devido à classificação errônea do IMC-pré, além disso, a determinação do estado nutricional durante a gestação também é comprometida pela ausência de um critério específico para adolescentes.

Instituição: Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, São Paulo - SP

ABCESSO TUBO OVARIANO: COMPLICAÇÃO RARA DO 3º TRIMESTRE DA GESTAÇÃO

Código: 77

Sigla: O37

Autores: Zicardi, L.M.; Brooke, M.S.; Aguem, A.; Matos, A.C.; Szejnsznajd, R.A.; Kenj, G.

Introdução: Abscesso tubo-ovariano é uma complicação obstétrica rara que cursa com alta morbimortalidade materna e fetal. **Relato de caso:** paciente C.M.A.C., 25 anos, G5P2A2, procurou nosso serviço com fortes dores abdominais e três internações com hipótese de trabalho de parto prematuro. Em sua última internação com idade gestacional de 35 semanas realizou ultrassonografia a qual visualizou formação complexa anexial à direita medindo 12,6 X 10,5 X 9,3cm (volume de 642 cm³). Paciente evoluiu para parto normal prematuro no oitavo dia de internação, RN pesando 2.685 g, apgar 2/8, com sepse neonatal. A paciente persistiu com muita dor no pós-operatório imediato e sinais clínicos de peritonite aguda, sendo indicado laparotomia exploradora 8 horas após o parto. Aspirado da cavidade peritoneal 2 litros de líquido purulento livre. Em fossa ilíaca direita havia intenso bloqueio de alças intestinais e epiplon, delimitados pelo útero medialmente e parede abdominal e pelve lateralmente. Após a liberação das aderências observado volumoso abscesso com paredes espessas com formação tubular supurada em seu interior aderida ao intestino e útero, sendo ressecados. Na avaliação do ceco visualizado apêndice íntegro, optado por apendicectomia profilática. Devido à atonia uterina e endometrite realizado histerectomia total. A anatomia patológica confirmou o diagnóstico de abscesso tubo-ovariano. No sétimo pós-operatório a paciente evoluiu com saída de urina pelo dreno abdominal sendo reoperada onde foi detectado lesão ureteral por ligadura e isquemia, junto aos vasos uterinos direitos. O ureter foi reimplantado na bexiga por técnica intra vesical. **Discussão:** Durante a gestação, o diagnóstico e manejo

desta complicação são pouco descritos na literatura. A etiologia é incerta, porém uma hipótese aceita é de que seja a reativação de uma doença inflamatória pré-existente.

Instituição: HOSPITAL MUNICIPAL ESCOLA "DR MARIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA" (MATERNIDADE ESCOLA DE VILA NOVA CACHOEIRINHA), São Paulo - SP

ANÁLISE DA POSIÇÃO DA ORELHA FETAL ATRAVÉS DA ULTRASSONOGRAFIA TRIDIMENSIONAL NO MODO REINDERIZADO UTILIZANDO UM NOVO MÉTODO: O ÍNDICE DA ORELHA

Código: 78

Sigla: O38

Autores: Rolo, L.C.; Hatanaka, A.R.; Mattar, R.; Nardozza, L.M.M.; Araujo Jr., E.; Moron, A.F.

Objetivos: Determinar a reprodutibilidade do índice da orelha na avaliação da posição da orelha fetal utilizando a ultrassonografia tridimensional no modo reinderizado (3D) e determinar a correlação deste novo modelo com a idade gestacional, diâmetro biparietal (DBP) e comprimento do fêmur (CF). **Método:** Trata-se de estudo transversal envolvendo 53 gestantes com idade gestacional entre 18 e 24 semanas e 2 dias. A idade materna média foi de $31,7 \pm 3,6$ anos (21 a 40 anos). Foi utilizado o aparelho Voluson (730 version Expert, GE Medical Systems, Zipf, Austria) equipado com transdutor volumétrico transabdominal (4-8 MHz). A imagem tridimensional foi obtida a partir de corte coronal bidimensional da orelha e a ROI área de interesse foi posicionada na direção sagital. Utilizando a imagem reinderizada uma linha transversa foi traçada a partir da linha da comissura ocular fetal, dividindo a orelha em duas partes: superior (S) e inferior (I). Duas medidas separadas por uma semana foram realizadas pelo mesmo examinador, utilizando o software 4DView. Para determinar a correlação entre o índice da orelha (relação S dividido por I) com a idade gestacional, DBP e fêmur, foram construídos gráficos de dispersão e calculado o índice de correlação de Pearson (r). Para calcular a variação intra-observador, utilizamos o índice de correlação intraclasse (ICC). **Resultados:** Foi observada uma fraca correlação entre S/I e a idade gestacional, DBP e fêmur com $r = 0,099, 0,161$ e $0,173$, respectivamente e uma boa reprodutibilidade intra-observador com ICC: $0,880$ (95% [0,792,0,931]). **Conclusão:** O índice S/I parece ter boa reprodutibilidade quando analisamos a variação intra-observador. Parece não haver correlação entre o índice S/I com a idade gestacional e índices biométricos entre 19 e 24 semanas e 2 dias. Há

necessidade de estudos futuros com maior casuística e comparando com o resultado neonatal para comprovar sua utilidade na detecção de aneuploidias.

Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, São Paulo - SP

RELATO DE CASO: "MIOMA GIGANTE EM PRIMIGESTA COM TRAÇO FALCÊMICO E HIDRONEFROSE DESCOMPRIMIDA POR CATETER DUPLO J, DESFECHO FAVORÁVEL.

Código: 80

Sigla: O39

Autores: Melo, N.A.B.; Groppa, C.R.B.; Silva, H.F.; Carvalho, E.B.; Garcia, S.A.L.; Lopes, R.G.C.

Introdução: A relação entre leiomioma uterino e gestação geralmente está associada a desfechos favoráveis. Contudo, apresenta-se caso clínico em que o volume do útero miomatoso associado à hidronefrose e anemia materna mostraram-se como fatores de grande risco materno-fetal. **DESCRIÇÃO DO CASO:** Primigesta, negra, 26 anos, deu entrada no Pronto Socorro por atraso menstrual e aumento do volume abdominal. Ao exame, a altura uterina era de 14cm e o colo uterino impérvio. A ultrassonografia (USG) diagnosticou gestação tópica de 7 semanas; útero aumentado com mioma gigante subseroso fúndico e volume de 2.323 cm³. Iniciado pré-natal de alto risco. Com 12 semanas de gestação, paciente foi internada por intenso quadro álgico abdominal (mioma subseroso com áreas de degeneração e volume de 3.511 cm³ à USG). Prescrito progesterona via vaginal. A paciente re-internou 4 semanas após com queixa de lombalgia à esquerda, sendo diagnosticado hidronefrose à esquerda, nesta ocasião foi inserido cateter duplo J em ureter esquerdo. Apresentou anemia (Hb:8,2) diagnosticada como traço falcêmico. A Ressonância Nuclear Magnética, com 21 semanas de gestação, evidenciou efeito compressivo significativo do mioma subseroso (24x22cm) sobre o útero. Administrado corticoterapia profilática com 28 semanas de gestação (mioma subseroso com 6.202 cm³ ao USG). A paciente apresentou rotura de membranas ovulares com 33 semanas e 5 dias de gestação (altura uterina de 47 cm). Realizado parto cesáreo com oclusão bilateral das artérias hipogástricas com balão intravascular. Mesmo assim, foi necessário a histerectomia subtotal puerperal por sangramento incoercível (útero miomatoso com 8.490g). Paciente recuperou-se do choque hipovolêmico. Recém-nascido vivo, sexo feminino, 2.040g, apgar 9/9. **COMENTÁRIOS / RELEVÂNCIA:** Apesar dos importantes efeitos compressivos e hemorragia intra-parto exercidos