

dronização de estratificação de risco tromboembólico em gestantes, para indicar anticoagulação. Objetivo: Conhecer o perfil das mulheres com diagnóstico de embolia pulmonar ou trombose venosa profunda na gravidez, esquema de anticoagulação e resultados perinatais. Método: Realizamos um estudo retrospectivo, de 2002 a 2012, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – HCFMUSP, no Departamento de Obstetrícia e Ginecologia. Realizou-se revisão de prontuários, registrando dados em um formulário padronizado. Resultados: A idade média das pacientes afetadas era 30,1 anos no diagnóstico (intervalo, 19-40). 32 (69,5%) eram brancas, 7 tabagistas (15,2%), 13 (34,7%) com doenças associadas. A incidência foi maior em pacientes com sobrepeso e obesidade. 24 (55,8%) das pacientes apresentavam trombofilia pré-diagnosticada, 12 (26,1%) tinham antecedentes de TVP e 13 (28,3%) pacientes tinham antecedente familiar positivo. 39(84,8%) apresentaram TVP; destas, 6 (15,4%) em membro inferior esquerdo, 29 (74,4%) em membro inferior direito, 3 (7,7%) bilaterais e 1 (2,6%) ocorreu em membro superior direito. 31(68,9%) de partos cesárea, 34 (75,6%) ocorreu entre 37 e 40 semanas, 33 (73,3%) dos RN com peso adequado. No primeiro trimestre, 6(14%) receberam HBPM profilática, 13 (30,2%) receberam HBPM em dose terapêutica. No segundo trimestre, 6(13,6%) receberam HBPM em dose profilática, 26 (59,1%) receberam HBPM em dose terapêutica. No terceiro trimestre, todas pacientes foram anticoaguladas; 6 (13%) com HBPM em dose profilática, 35 (76,1%) receberam HBPM dose terapêutica e 5 (10,9%) receberam heparina sódica. Anticoagulação no puerpério foi mantida em 42 casos (95,5%). Conclusão: Os resultados materno-fetais neste estudo foram satisfatórios, demonstrando a importância da anticoagulação adequada. Conhecendo melhor os fatores de risco trombóticos, poderemos desenvolver escores de risco, e assim padronizar a anticoagulação.

Instituição: Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – São Paulo – SP

GESTAÇÃO ECTÓPICA MOLAR: CASO CLÍNICO

Código: 642

Sigla: O090

Autores: Rosa, T.S.B.; Ferreira D.C.; Almeida M.M.A.; Pitorri A.; Kenj G.; Sass N.

INTRODUÇÃO: Prenhez ectópica é a gestação que ocorre fora da cavidade uterina. Sendo causa de abdome agudo de grande relevância, responsável por 5 a 12% das mortes maternas. A gestação molar é uma

doença do trofoblasto caracterizada como placenta anormal com degeneração hidrópica das vilosidades coriônicas e graus variáveis de proliferação trofoblástica. No Brasil é responsável por 1 / 1000 gestações. **RELATO DE CASO :** RS, 39 anos, com queixa de sangramento genital moderada intensidade há 15 dias, atraso menstrual de 2 meses e de BHCG urinário positivo. É sextigesta, três partos normais, sem uso de método contraceptivo. Estável hemodinamicamente, bom aspecto geral; abdome plano, flácido, doloroso à palpação de hipogastro. Colo com consistência amolecida, orifício interno impérvio, útero em anteversoflexão com dimensões e formas normais, pouco doloroso à palpação, sangramento vaginal em pequena quantidade não fétido, anexos normopalpáveis. Ao ultrassom: útero em anteversoflexão, volume de 125cm³, eco endometrial heterogêneo de 14mm, imagem nodular, mal delimitada, heterogênea, área anecóide central de 13mm, medindo 28x27x23mm em topografia anexial esquerda, sem líquido livre em fundo de saco. O valor de BHCG inicial 13955mUI/mL. Optou-se por conduta expectante devido paciente estável hemodinamicamente. Houve declínio pouco significativa dos títulos BHCG, sendo realizada laparotomia exploradora e salpingectomia a esquerda sem intercorrências, com evolução satisfatória. O estudo histopatológico revelou gestação ectópica com alterações sugestivas de mola hidatiforme parcial em vilos coriônicas. Acompanhamento da paciente com negatização dos níveis de BHCG em 30 dias após procedimento e anticoncepção. **RELEVÂNCIA:** A presença simultânea de ambas é rara, sendo descritos apenas 40 casos na literatura de gestações ectópicas molares. **COMENTÁRIOS:** As molas hidatiformes tubáreas com frequência se rompem precocemente devido à grande proliferação do trofoblasto, mas o prognóstico é melhor que a mola intrauterina, já que a trompa é retirada completamente, eliminando-se o sítio de implantação.

Instituição: Hospital Municipal Escola “Dr. Mario de Moraes Altenfelder Silva” (Maternidade-Escola de Vila Nova Cachoeirinha) – São Paulo – SP

ACRETISMO PLACENTÁRIO: CESÁREA COM CATETERIZAÇÃO POR BALÃO DAS ARTÉRIAS HIPOGÁSTRICAS. RELATO DE CASO

Código: 643

Sigla: O091

Autores: Batista, A.C.; Barboza, I.C.; Silva, H.F.; Curi, M.V.M.; Lippi, U.G.; Lopes, R.C.G.

A incidência de acretismo placentário em gestantes portadoras de placenta prévia é cerca de 50 vezes maior. A ultrassonografia (USG) é considerada o método de escolha para o diagnóstico de acretismo, reservando-se