

OBSTETRÍCIA

0,0053 * GA2 (R2 = 0,61) e à esquerda = 1,129-0,1413 * GA * 0,0049 GA2 (R2 = 0,57). CONCLUSÕES: O intervalo de referência do volume intraventricular cardíaco fetal por meio da US3D utilizando-se o STIC e modo VOCAL entre 20 e 33 semanas de gestação foi determinado.

Instituição: Universidade Federal de São Paulo – SP

CORIOCARCINOMA ULTRA-ALTO RISCO PÓS GESTAÇÃO A TERMO COM MÚLTIPLAS METÁSTASES PULMONARES

Autores: Sun, S.Y.; Ishigai, M.M.; Signorini, R.C.; Arcoverde, F.V.L.; Moron, A.F.; Tolentino, G.S.

Sigla: O101

INTRODUÇÃO: A neoplasia trofoblástica gestacional engloba a mola invasora, coriocarcinoma, tumor trofoblástico do sítio placentário e tumor trofoblástico epitelioide, originários do trofoblasto. Seu tratamento é realizado conforme estadiamento FIGO 2002. Para pacientes de alto risco, $\text{score} \geq 7$ ou IV-metástases disseminadas, há indicação de poliquimioterapia(QT), sendo o EMA-CO a primeira escolha, com sobrevida de 91 a 93%. Os casos com estadiamento >12 são classificados como ultra-alto risco, associando-se à falha do EMA-CO. Nestas situações alguns sugerem o esquema EP-EMA. **DESCRIÇÃO:** RCS, 26 anos, submetida a duas curetagens uterinas em 20/08 e 30/09/13 por sangramento genital volumoso, cujo material teve anatomo compatível com coriocarcinoma(CC). Teve parto termo 20 meses antes. Nega outras gestações ou atrasos menstruais. Uso regular de contraceptivo hormonal injetável. Primeiro atendimento em nosso serviço em dez/13. Exames de estadiamento: βhCG 101.103,00 mUI/mL; ecografia transvaginal: útero com formação expansiva intramio-metrial com 7,1x5,8x5,1 cm; TC tórax múltiplos nódulos pulmonares; radiografia tórax normal; revisão lâminas e imunohistoquímica confirmando CC. Estadiamento: I.12. Iniciamos QT com dois ciclos de indução EP baixa dose, (etoposida 100 mg/m² e cisplatina 20 mg/m²), seguidos por regime EP-EMA(Newlands e col. 2000) modificado segundo Michelin e col, 2007(D1 etoposida 150mg/m²+cisplatina 75mg/m² e D8 etoposida 100mg/m², metotrexate 300mg/m², actinomicina D 0,5mg, ácido folínico 15mg VO 12/12h, 4 doses). Uso profilático de Granulokine® entre três primeiros ciclos. **RELEVÂNCIA:** Relatar caso raro de coriocarcinoma originário de gestação a termo com múltiplas metástases pulmonares, caracterizado como ultra-alto risco, no qual foi optado por esquema de QT alternativo ao que consta classicamente na literatura. **COMENTÁRIOS:** Paciente realizou 4 ciclos de EP-EMA com negatização do βhCG em 06/03/14, no momento completou o último de três ciclos para consolidação do tratamento. Apresentou alopecia, episódios

de náuseas e vômitos e neutropenia, efeitos colaterais classificados como grau 2. O esquema de QT utilizado mostrou-se eficiente neste caso descrito.

Instituição: Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina – SP

INTERVALOS DE REFERÊNCIA PARA ÁREA DOS MÚSCULOS PAPILARES DO CORAÇÃO FETAL POR MEIO DE ULTRASSONOGRRAFIA TRIDIMENSIONAL

Autores: Paiato, L.C.R.; Araújo Júnior, E.; Barros, F.S.B.; Santana, E.F.M.; Nardoza, L.M.M.; Moron, A.F.

Sigla: O102

Objetivo: Estabelecer intervalos de referência para a área dos músculos papilares da mitral e da tricúspide entre 18 e 34 semanas usando o render mode pelo STIC. **Métodos:** Este estudo consistiu na análise retrospectiva e prospectiva de 310 volumes cardíacos normais por STIC coletados entre 2010 e 2013 no Departamento de Obstetrícia, Escola Paulista de Medicina/Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Os músculos papilares avaliados foram o ântero-lateral (MPAL) e póstero-medial (MPPM) na válvula mitral e ântero-superior (MPA), inferior (MPI) e septal (MPS) na válvula tricúspide. Regressões polinomiais foram ajustadas pelo coeficiente de determinação (R²) para a construção de intervalos de referência. **Resultados:** As áreas médias dos músculos papilares de mitral (MPAL e MPPM) variaram entre 0,05 e 0,05 cm² na 18ª semana para 0,18 e 0,17 cm² na 34ª semana, respectivamente. As áreas médias dos músculos papilares de MPA, MPI e MPS variaram de 0,05, 0,04 e 0,04 centímetros² na 18ª semana de 0,18, 0,16 e 0,18 centímetros² na 34ª semana, respectivamente. **Conclusão:** A identificação dos músculos papilares foi possível na maioria dos volumes avaliadas, permitindo a determinação de valores de referência para a área, viabilizando a sua aplicação em fetos com cardiopatias congênitas.

Instituição: Universidade Federal de São Paulo – SP

INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA EM MOLA PARCIAL

Autores: Watanabe, E.K.; Mendes, J.J.; Marques, R.; Utida, S.C.; Venturi, M.; Pitorri, A.

Sigla: O103

A incidência de mola hidatiforme (MH) no Brasil é de cerca de 1:1000 gestações, a mola hidatiforme parcial (MHP) corresponde a um terço. Esta apresenta tecido embrionário/fetal, hiperplasia focal do sinciciotrofoblasto, vilosidade

des coriônicas de tamanho variável, cariótipo geralmente triploide. Evolui com sangramento genital, geralmente entre o 2º/3º mês, associado à hiperêmese pelos altos níveis de gonadotrofina coriônica. Em 5-10% dos casos de MH as gestantes apresentam sintomas de hipertireoidismo pela semelhança entre o TSH e α HCG. Na MHP à ultrasonografia observa-se embrião/feto, placenta espessada com múltiplas imagens císticas e ovários com cistos teca-luteínicos. A insuficiência respiratória aguda (IRA) ocorre em 2-11% dos casos de MH, resultante da embolização trofoblástica que oclui pequenos vasos, causando hipertensão pulmonar e insuficiência cardíaca direita, complicação que surge durante ou após a evacuação uterina, ou antes, como neste caso. ABAO, 15 anos, primigesta, internada em 17/02/12 com dor abdominal e vômitos há 17 dias. Idade gestacional (IG) de 16 semanas/2 dias. EF: regular estado geral, desidratada, PA: 145/77 mm Hg, pulso 140/minuto, AU 25 cm, BCF; 144/minuto, colo impérvio. Realizada US, solicitados β HCG, T3,T4,TSH, eletrólitos, função renal, hepática, urina e RX tórax. Corrigido o distúrbio hidro-eletrolítico, prescrito antiemético. US: IG 15 semanas e 6 dias, feto único, vivo, placenta espessada, com áreas císticas. Ovários multicísticos, volume de 442 cc e 505 cc. Exames: β HCG > 100.000 mUI/ml, anemia, T3 e T4 elevados, TSH baixo. No 3º dia apresentou IRA, transferida para UTI, submetida à intubação orotraqueal. PA 160/100 mmHg, FC 150 bpm, mantida com suporte ventilatório. Indicada interrupção da gestação com 200 mcg de misoprostol via vaginal, após 4 horas expulsou feto (120 g) e placenta com vesículas (620 g), curetagem uterina após. AP confirmou MH. No dia seguinte apresentou secreção espessa e fétida pela cânula orotraqueal, prescritos ceftriaxona, claritromicina e enoxaparina, mantida com suporte ventilatório por mais 2 dias, evoluiu com PA normal. Alta da UTI após 9 dias. β HCG negativo 3 meses após o esvaziamento uterino.

Instituição: Hospital Municipal Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha Dr. Mário de Moraes Altenfelder e Silva – SP

ASSOCIAÇÃO ENTRE MOLA HIDATIFORME COMPLETA E RUPTURA DE CISTOS TECA-LUTEÍNICOS OVARIANOS, COM ABDOME AGUDO E PROGRESSÃO PARA NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

Autores: Braga Neto, A.R.; Obeica, B.; Moraes, A.; Marcolino, L.; Vasques, F.; Lozoya, C.

Sigla: O104

OBJETIVO. Relatar caso de paciente com MHC e ruptura de cistos teca-luteínicos dos ovários, evoluindo com hemoperitônio e NTG. **RELATO DE CASO.** Paciente CPF, 17 anos de idade, data da última menstruação: em 20 de

fevereiro de 2012, apresentou um sangramento vaginal em 10 de junho de 2012. Ela foi submetida a ultrasonografia, com diagnóstico de mola hidatiforme completa – MHC com presença de cistos teca-luteínicos gigantes e bilaterais. Ela foi encaminhada para Centro de Doenças Trofoblásticas no Hospital Universitário Antônio Pedro (Universidade Federal Fluminense) – CDT-HUAP/UFF, e submetido à aspiração uterina em 11 junho de 2013, com saída de 2 litros de material molar. No dia seguinte, ela desenvolveu febre, taquicardia, dor abdominal com sinais de irritação peritoneal. A ultrasonografia mostrou grande quantidade de líquido livre na cavidade peritoneal. A laparotomia foi realizada, e revelou cistos teca-luteínicos com numerosas áreas com sinais de ruptura e sangramento ativo). Sutura do ovário foi realizada e o paciente recuperou-se bem, com alta dois dias após laparotomia. Durante o acompanhamento, os níveis de hCG diminuir até julho de 2012, e, em seguida, começou a aumentar. A ultrasonografia já não mais mostrava cistos teca-luteínicos, mas exibiu imagem compatível com a invasão mio-metrial. A radiografia de tórax mostrou opacidades nodulares espalhadas no hemitórax esquerdo, confirmada pela tomografia computadorizada de tórax. A paciente foi diagnosticada neoplasia trofoblástica gestacional – NTG III: 5. Em 2 de agosto de 2012, a paciente iniciou o tratamento com methotrexate com resgate do ácido folínico (1/0,1 mg/kg), em um total de 4 ciclos, sem efeitos colaterais relatados; suficiente para determinar a remissão da NTG em outubro de 2012. Após oito meses de alta acompanhamento (junho de 2013), a paciente descontinuou o anticoncepcional e engravidou. Conclusão. Cistos teca-luteínicos podem ocorrer entre 40-70% das pacientes com MHC e é um fator de risco para a ocorrência de NTG. Apesar de rara, a ocorrência de ruptura e hemoperitônio deve ser suspeitada em casos de abdome agudo em pacientes com essas alterações ovarianas.

Instituição: Hospital Universitário Antonio Pedro – Rio de Janeiro – RJ

TUMOR TROFOBLÁSTICO DO SÍTIO PLACENTÁRIO – SÉRIE DE CASOS DO RIO DE JANEIRO

Autores: Braga Neto, A.R.; Obeica, B.; Rezende-Filho, J.; Vasques, F.; Amim Júnior, J.; Vieira, B.

Sigla: O105

Analisar o quadro clínico e tratamento de pacientes com tumor trofoblástico de sítio placentário (TTSP). Métodos. Análise retrospectiva e descritiva de prontuários de pacientes com TTSP acompanhadas nos Centros de Referência incluídos nesse estudo, acompanhadas entre 1959-2012. Resultados. Foram identificados 14 (1,1%) casos de TTSP em 1.243 pacientes com neoplasia trofo-