

vascularização. Radiografia de tórax mostrava múltiplas imagens nodulares radiopacas bilaterais a maior medida 3,7 cm. Nesta ocasião a paciente apresentava um beta-hCG de 282445mUI/m, TSH de 0,05μIU/mL e T4L de 2,08ng/dL, sem manifestação clínica de hipertireoidismo. Nos exames para estadiamento, as tomografias de crânio e abdômen eram normais. Devido ao risco de rotura uterina e prole constituída foi optada por histerectomia total, realizada sem intercorrências. No exame anatomo-patológico foi confirmado diagnóstico de coriocarcinoma com extensão até terço externo do miométrio com margens. Paciente recebeu 9 ciclos de metotrexate e 1 ciclo de actinomicina D com boa resposta. Paciente evoluiu bem, com negatificação do beta-hCG no seguimento. O recém-nascido foi avaliado com dosagens seriadas beta-hCG, todas negativas. Comentários: Coriocarcinoma após gestação normal, por trata-se de doença rara, é difícil diagnóstico, sendo de grande valia a análise histopatológica das placentas nestes casos. Acometimento fetal é muito raro, apesar de seu comportamento ser mais agressivo daqueles precedidos por molas hidatiformes. O diagnóstico precoce é fundamental para o tratamento adequado dessas pacientes.

Instituição: Divisão de Clínica Obstétrica do HC-FMUSP – SP

DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO DA MOLA HIDATIFORME PARCIAL – RELATO DE CASO

Autores: Moreira, M.F.S.; Maesta, I.; Consonni, M.; Ramirez, L.A.C.; Dufloth, R.

Sigla: O112

Introdução. No rastreamento ultrassonográfico de rotina pré-natal, a visualização de placenta espessada contendo múltiplos cistos é sinal de triploidia fetal. A triploidia pode ser de origem diândrica ou digênica (80% e 20% dos casos, respectivamente). Embora raro (risco de 0,5-5%), a triploidia diândrica (mola hidatiforme parcial) pode evoluir para neoplasia trofoblástica, necessitando de acompanhamento específico. Descrição do caso. Paciente de 31 anos de idade, nulípara, com desejo reprodutivo, procura obstetra após 9 semanas de atraso menstrual. Em ultrassonografia de rotina de primeiro trimestre foi visualizado embrião único com batimentos cardíacos presentes e uma placenta espessada com áreas císticas. Durante seguimento ultrassonográfico, diagnosticou-se morte embrionária, aumento da área placentária com pequenas vesículas e cistos de ovário tecaluteínicos > 6 cm. A paciente foi encaminhada ao nosso centro com suspeita de mola parcial. Na admissão, ela queixava-se de náuseas e aumento do volume abdominal maior que o esperado para a idade gestacional, sendo o tamanho uterino compatível com 18 semanas de gravidez. O nível sérico do hCG foi de 391.106 mUI/mL e a função tireoi-

diana estava dentro dos parâmetros de normalidade. Aspiração uterina a vácuo foi guiada por ultrassonografia e a paciente fez seguimento ambulatorial para monitoramento dos títulos de hCG. Seguindo o esvaziamento uterino, o valor do hCG teve queda para 6.737 em uma semana, e com 15 semanas passou a 5,0 mUI/mL. Imuno-histoquímica e análise molecular completa incluindo cariótipo dos genitores foi realizado sendo ambos normais. O cariótipo do tecido placentário identificou triploidia 69XXX no estudo de FISH (Hibridização Fluorescente in Situ). Análise de marcadores polimórficos de microssatélites revelou presença de um alelo materno e um alelo paterno. Comentários. Como a origem genética não pôde ser claramente determinada neste caso de triploidia, a paciente foi considerada como apresentando mola parcial. Assim, acompanhamento ambulatorial com a utilização de contracepção eficiente foi feito, o que levou a postergar os planos de uma nova gravidez e influenciou a vida reprodutiva do casal.

Instituição: Universidade Estadual Paulista – Botucatu – SP

RELATO DE CASO: GESTAÇÃO GEMELAR COM MOLA HIDATIFORME PARCIAL

Autores: Toloni, L.H.D.; Madlum, C.M.; Lima, L.C.; Koiffman, A.C.F.; Mezzacappa, M.S.; Magahama, G.

Sigla: O113

INTRODUÇÃO: A mola hidatiforme é infrequente, porém pode causar complicações se o seguimento não for realizado de forma adequada. Há duas entidades de mola: completa ou parcial. Esta é resultado de fecundação de um óvulo e dois espermatozoides ou um espermatozoide diplóide. Aquela se origina de óvulo com núcleo inativo fecundado, ou seja, todo conteúdo genético é paterno. Sendo que a mola parcial é ligada a triploidias. Assim sendo, é de grande importância o diagnóstico precoce para diminuir o risco de doença persistente e demais complicações inerentes. **RELATO DE CASO:** L.A., 29 anos, parda, natural e procedente de São Paulo, dona de casa. Gestante de 13 semanas, quintigesta, quartípara, sem acompanhamento de pré-natal, procurou nosso serviço com queixa de sangramento vaginal e dor em abdome inferior. Ao exame físico: bom estado geral, altura uterina de 17 cm, batimento cardíaco fetal presente e ao exame especular sangramento coletado em fundo de saco em pequena quantidade. Solicitada ultrassonografia que revelou dois sacos gestacionais: um contendo embrião com 76 mm de CCN e translucência nual 14 mm; e outro saco gestacional anembrionado com conteúdo sugestivo de degeneração trofoblástica. Inicialmente proposta conduta expectante, porém paciente evoluiu com sangramento aumentado, anemia e eliminação espontânea de material heterogêneo e do feto após dois dias. Realizada

curetagem uterina e verificou-se que a placenta do feto também apresentava características de degeneração molar. Paciente encaminhada para seguimento ambulatorial. **RELEVÂNCIA:** Este relato de caso tem como objetivo salientar a importância do diagnóstico precoce em casos de mola e diferenciar seus tipos clínicos. A presença de feto vivo em casos de mola parcial não muda o curso clínico da doença. **COMENTÁRIO:** O manejo da gestação gemelar com feto vivo e mola hidatiforme deve ser baseado na condição clínica da paciente, no desejo de manutenção da gestação e na vitalidade fetal, podendo ter conduta expectante. É importante salientar o alto risco de desenvolvimento de tumor trofoblástico gestacional nesses casos, daí a importância de um seguimento rigoroso.

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

MORTE MATERNA POR CORIOCARCINOMATILHÕES APRENDIDAS

Autores: Vasconcellos, B.O.; Reis, A.M.N.; Gomes T.D.J., Gomes, T.D.J.; Braga, A.; Caputo, A.; Gonçalves Júnior, G.A.

Sigla: O114

OBJETIVO. Apresentar relato de caso clínico de paciente que evoluiu para morte materna devido à coriocarcinoma metastático. **RELATO DE CASO.** Paciente de 22 anos, com última regra em dezembro de 2012, procurou uma maternidade municipal na cidade do Rio de Janeiro em março de 2013 com queixa de sangramento transvaginal. Após exame físico e ultrassonográfico, diagnosticou-se interrupção da gestação no primeiro trimestre e a paciente foi submetida à curetagem uterina sem intercorrências. Foi o produto uterino encaminhado para estudo histopatológico. No dia 22 de maio de 2013, a paciente deu entrada no serviço de ginecologia de um hospital geral da cidade do Rio de Janeiro com queixa de copioso sangramento transvaginal. Ao exame pélvico observou-se massa tumoral sangrante acometendo colo do útero e terço superior da vagina. Ao toque percebeu-se útero aumentado de tamanho com massa anexial bilateral, também sentida à palpação abdominal. Foi realizado uma biópsia da massa tumoral vaginal, com consequente hemorragia incoercível, controlada após tamponamento vaginal com inúmeras compressas. Decidiu-se por uma laparotomia exploradora a fim de melhor avaliar o caso e proceder à ligadura da artéria iliaca interna para cessar o sangramento. Ao inventário da cavidade foi encontrado cistos tecaluteínicos bilaterais (Figuras 1, 2, 3) e o útero aumentado de tamanho, amolecido. Foi realizado histerectomia total (conservando-se os ovários) e do terço superior de vagina, sem dificuldades (Figuras 4, 5). Ainda assim, a paciente continuava sangrando pela massa tumoral vaginal

remanescente, sendo necessário proceder à ligadura da artéria iliaca interna, com melhora da hemorragia (Figuras 6, 7). **CONCLUSÕES** Todo sangramento transvaginal após abortamento pode ser caso de neoplasia trofoblástica gestacional – NTG (uma singela dosagem de hCG faria esse diagnóstico). Não se deve biopsiar lesões tumorais em vagina quando há suspeita de NTG. As pacientes com NTG devem ser precocemente encaminhadas para Centros de Referência a fim de receber tratamento antineoplásico apropriado e cursar com bom prognóstico.

Instituição: Hospital Universitário Antônio Pedro – RJ

EARLY INDICATORS OF CERVICAL INSUFFICIENCY ASSESSED WITH MAGNETIC RESONANCE IMAGING OF THE CERVIX DURING PREGNANCY

Autores: Francisco, V.V.; Faggion, D.; Sun, S.Y.; Ajzen, S.A.; Mattar, R.

Sigla: O115

Goals: Cervical MR (CMR) is a promising method for evaluating the stromal zone, periendocervical area, allowing the understanding of the physiological and non-physiological changes occurring to the uterine cervix during pregnancy. **Methods:** In this study, we investigated how useful CMR is in evaluating CI. We analyzed 59 pregnant women (49 women with CI and 10 without) and developed a novel high-resolution and rapid Turbo SPIN sequences at MRI to this study. The sequences were performed as TSE and Turbo FISP in the three planes. The sequences used were defined in high resolution and fast acquisition for adequate evaluation of the cervix during pregnancy. CMR evaluation was performed by identifying the uterine cervix in the most central cross section where it was possible to characterize the endocervical canal in the localizers. **Results:** We found that women with CI had an anatomical biometric of 3.6 cm, while the mean functional biometric was 2.8 cm, significantly lower than that in women without CI. The main signals in CMR are hyposignals in the stromal zone in 85,4% (icc patients) in the Turbo FISP sequence and undefined periendocervical area in 78% (icc patients). No women without CI presented this signals. **Conclusion:** In this study, we found that anatomical and functional biometric values are significantly lower in pregnant women with CII, if compared to women without CII and that MRI is a suitable technique for evaluating cervical insufficiency isthmian. In this case, the main signals in CMR are hyposignals along the internal orifice in the Turbo FISP sequence and undefined periendocervical area and functional biometric values lower than anatomic biometric.

Instituição: Escola Paulista de Medicina- UNIFESP – SP