

Ultrassonografia em Ginecologia e Obstetrícia / Medicina Fetal

Painéis Eletrônicos

–47–

GRAVIDEZ EM HÉRNIA DE SEGMENTO UTERINO.

Keityane Rodrigues Vieira; Ábner Donato Dorazio Souza.

Hospital Santa Marcelina – São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: keityanerv@hotmail.com.

Relato de caso demonstrando gestação intrauterina com implantação do saco gestacional no local da histerorráfia, local onde ocorreu herniação de segmento uterino, também conhecida como tunelização. Através deste relato podemos conhecer esta apresentação rara, principalmente com esta associação que, devido ao local de implantação do saco gestacional, torna a gestação inviável, tanto pelo suprimento insuficiente para o embrião quanto pelo risco de ruptura uterina com morte materna. Paciente de 33 anos, grávida de xx semanas. Compareceu ao pronto-atendimento com queixa de dor abdominal e sangramento. Ultrassonografia transvaginal mostrou presença de saco gestacional com embrião compatível com xx semanas pelo comprimento crânio-caudal, implantado em região ístmica em parede anterior, dentro de volumosa herniação desta parede. Batimento cardioembrionário ausente no momento do exame. A hérnia de segmento miometrial, também conhecida como tunelização, é uma complicação pós-parto cesariano em que não ocorre a completa cicatrização do miométrio, permanecendo solução de continuidade no local da histerorráfia, tendo muitas vezes apenas o peritônio visceral como barreira entre as cavidades uterina e abdominal. É um achado ultrassonográfico relativamente comum e clinicamente apresenta-se como sangramento de pequeno volume escurecido que ocorre após a menstruação e prolonga-se por até cinco dias. Além do inconveniente sangramento, a tunelização favorece ocorrência de roturas uterinas em gestações subsequentes, perfurações uterinas em intervenções como curetagem, aspiração manual intrauterina e inserção de dispositivo intrauterino, assim como quadros hemorrágicos quando é o sítio de implantação do trofoblasto. A associação com gestação tópica implantada neste local é uma apresentação rara e nesta situação a gestação torna-se inviável, havendo necessidade de intervenção para interromper a gravidez.

–127–

DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL DE DISOSTOSE CLEIDOCRANIANA: RELATO DE CASO.

Seline Rolim Alves Ferreira¹; Antonio Gabriel da Costa¹; Ovidio Carlos Carneiro Villela¹; Julio Cesar de Faria Couto²; Mateus Henrique Baylon e Silva³; Thales Aguiar Saad²; Nilo Vieira Souza⁴; Geraldo Teodoro de Faria Filho².

¹Clinica São Judas Tadeu/Hospital Márcio Cunha – Ipatinga, MG; ²Clinica São Judas Tadeu – Ipatinga, MG; ³Hospital Márcio Cunha-FSFX/Feluma – Ipatinga, MG; ⁴SEMF – Ipatinga, MG, Brasil.

E-mail: teusma4@hotmail.com.

Introdução: Disostose ou displasia cleidocraniana (DCC) é uma desordem óssea rara, sem predileção por sexo, com prevalência de 1:1.000.000, ocorrendo por mutação espontânea em 20% a 40% dos casos, ou por transmissão autossômica dominante. Caracteriza-se principalmente por anormalidades da clavícula, crânio e dentição. A aparência clínica é marcada por baixa estatura, alterações faciais típi-

cas e anormalidades esqueléticas. Em alguns casos, esta síndrome permanece subdiagnosticada, devido à relativa falta de complicações médicas em relação a outras displasias esqueléticas. O diagnóstico por imagem pré-natal é possível através da avaliação ultrassonográfica da formação óssea fetal. A seguir, relatamos um caso de diagnóstico pré-natal de DCC, enfatizando os achados clínicos e de imagem. **Relato de caso:** Paciente de 35 anos, portadora de DCC, terçigesta, um aborto, sendo o primeiro filho do sexo masculino e portador de DCC, com 23 semanas de gestação, realizou ultrassonografia para acompanhamento pré-natal, que evidenciou feto único, sexo feminino, apresentando aplasia das clavículas, hipoplasia do osso nasal e alterações da ossificação do calvário, e com base nesses achados foi feita a hipótese de DCC. Radiografia do tórax e tomografia computadorizada do crânio, realizadas após o parto, confirmaram os achados radiológicos de DCC. **Discussão:** A síndrome de DCC exibe manifestação fenotípica em graus variados, por isso pode ser confundida com outras afecções ósseas ou ser subdiagnosticada na prática clínica. É causada por um defeito do gene CBFA1, presente no cromossomo 6p21. Este gene controla a diferenciação de células precursoras em osteoblastos, sendo essencial para a formação do tecido ósseo, tanto endocondral quanto membranoso, podendo estar relacionado com o retardo na ossificação do crânio, da pelve e extremidades. As principais manifestações da doença são aplasia ou hipoplasia clavicular, aumento exagerado do diâmetro transversal do crânio, com retardo no fechamento das suturas e fontanelas, hipodesenvolvimento do terço médio da face, falha na erupção dos dentes permanentes, presença de dentes supranumerários e uma variedade de outras desordens esqueléticas. A aparência clínica dos indivíduos portadores da DCC é bastante característica. De modo geral, apresentam baixa estatura e as alterações claviculares permitem que aproximem os ombros anteriormente até a linha média. A face do paciente pode parecer pequena em relação ao crânio, em razão da hipoplasia da maxila, assim como dos ossos lacrimais, nasais e arco zigomático. A abóbada craniana é aumentada, com bossa frontal e parietal pronunciadas, além de hipertelorismo e uma leve exoftalmia. A DCC é uma condição relativamente benigna, em que a inteligência e a expectativa de vida são normais. Há tendência a luxações e infecções respiratórias, conseqüentes ao estreitamento torácico. O diagnóstico por imagem pré-natal é possível, sendo a avaliação ultrassonográfica da morfologia fetal o método de escolha.

–155–

MALFORMAÇÕES UTERINAS: DIAGNÓSTICOS E REVISÃO DA LITERATURA.

Eliza Porciuncula Justo; Soraya Nogueira Stoffels; Battistelo Juliana; Priscila Sacilotto Crivellaro; Monica Wagner; Alexandre da Silveira Cima; Angela Massignan; Rodrigo Dias Duarte.

Fundação Serdil-Saint Pastous – Porto Alegre, RS, Brasil.

E-mail: lilajusto@yahoo.com.br.

Objetivo: Este trabalho tem como objetivo relatar o caso de uma paciente com útero didelfo e revisar a literatura sobre seus diagnósticos diferenciais. **Caso:** Paciente feminina, 31 anos, com história de infertilidade há dois anos e meio. Foi referenciada ao serviço para realizar ressonância magnética (RM) da pelve. Nos exames prévios, ul-

trassonografia transvaginal e histerossalpingografia, foram elaboradas como hipóteses diagnósticas útero septado ou bicornio e útero unicornio, respectivamente. A RM identificou duas cavidades endometriais e duas cérvices associadas a septo vaginal, compatível com útero didelfo. A partir desses dados revisou-se a literatura médica sobre os principais diagnósticos diferenciais e a acurácia dos exames utilizados nesta investigação. O útero septado decorre de uma falha na reabsorção do septo mediano, resultando em duas cavidades endometriais separadas por septo fibroso. Está relacionado à falha reprodutiva, sendo encontrado em 1% das mulheres inférteis. Dentre as malformações uterinas, apresenta os piores prognósticos reprodutivos, com alto risco de aborto recorrente e prematuridade. O útero bicornio ocorre devido a uma falha parcial na fusão dos ductos müllerianos, apresentando dois cornos comunicados, uma vagina e um ou dois colos. A capacidade reprodutiva, nestes casos, é preservada, porém há risco de aborto recorrente e parto prematuro. No unicornio há parada no desenvolvimento dos ductos müllerianos, formando um útero lateral e rudimentar, com um corno e um colo. Presente em 0,6% das mulheres inférteis, ele acrescenta risco de aborto espontâneo e parto pré-termo. O útero didelfo é uma falha completa da fusão dos ductos müllerianos com duas cavidades endometriais incomunicadas, duas vaginas e dois colos. Há associação com agenesia renal. **Discussão:** Tendo em vista o diagnóstico definitivo de útero didelfo, a RM, embora não indicada de rotina, tem acurácia próxima a 100% no diagnóstico de anomalias congênitas uterinas. A ecografia transvaginal e a histerossalpingografia são os exames mais utilizados para este fim, pelo baixo custo e maior acesso. Todavia, a diferenciação entre os defeitos de fusão especificamente nem sempre é possível por estes métodos. O diagnóstico correto da anomalia é fundamental para definir o tratamento a ser seguido, visto que diferem entre si.

–196–

AVALIAÇÃO UTEROPLACENTÁRIA PELA RM.

Paulo Roberto Galbiatti Junqueira; Viviane Vieira Francisco Habib; Luiz de Abreu Junior; Lucas Rios Torres; Felipe da Costa Areas; Mario de Melo Galvão Filho.

Grupo Fleury-Hospital São Luiz – São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: mgalvaof@uol.com.br.

Introdução: As doenças uteroplacentárias constituem importantes causas de morbimortalidade materna, em especial nos casos de implantação baixa placentária, na placenta prévia e no acretismo placentário, este último consistindo em uma aderência anormal da placenta com invasão da parede miometrial uterina pelas vilosidades placentárias, sendo esta a mais comum causa de hemorragia maciça e de histerectomia de emergência no pós-parto imediato. A ultrassonografia é hoje o mais conhecido e utilizado método diagnóstico para avaliação das doenças uteroplacentárias, apresentando razoável acurácia, notadamente quando em mãos experientes. A ressonância magnética (RM) aparece atualmente trazendo importante acréscimo na avaliação morfológica por apresentar alta resolução espacial, permitindo a visualização de sutis alterações que podem passar despercebidas pelo exame ultrassonográfico ou serem causas de dúvida diagnóstica pela ultrassonografia, além da avaliação de fatores adicionais como o comprometimento transmural uterino e de estruturas pélvica adjacentes, fundamentais no planejamento operatório. **Objetivo:** Demonstrar os principais achados de imagem à RM em pacientes com doenças uteroplacentárias nas diferentes fases da gestação. **Casística e métodos:** A partir do arquivo e casuística pessoal dos autores, foram selecionados os principais achados à RM nas doenças uteroplacentárias, nas diferentes fases da gestação. **Resultados princi-**

pais: As principais alterações uteroplacentárias demonstradas pela RM foram a implantação baixa da placenta e a placenta prévia, com clara definição de suas relações com o colo uterino e, nos casos de acretismo placentário, sinais como a heterogeneidade de sinal placentário, bandas de hipossinal placentário em T2, a fina espessura miometrial, hipersinal de extensão transmural da placenta (percretismo) e a contração dos vasos placentários invadindo o miométrio nas sequências dinâmicas precoces, otimizando o diagnóstico ultrassonográfico, principalmente nos casos de implantação posterior da placenta de difícil acesso ultrassonográfico. **Conclusões:** A RM mostrou-se importante método diagnóstico na avaliação das doenças uteroplacentárias na gestação, sendo o melhor método de avaliação morfológica e de papel fundamental no planejamento operatório.

–287–

DIAGNÓSTICO ULTRASSONOGRÁFICO DA ENDOMETRIOSE OVARIANA: ACHADOS CLÁSSICOS E ASSOCIADOS.

Arildo Corrêa Teixeira; Bernardo Corrêa de Almeida Teixeira.

DAPI-Diagnóstico Avançado Por Imagem – Curitiba, RS, Brasil.
E-mail: arildocorrea@gmail.com.

Objetivo: Descrever os principais achados de imagem observados no diagnóstico da endometriose ovariana detectados na ultrassonografia transvaginal (USTV) com base numa série de 50 pacientes com confirmação diagnóstica laparoscópica e/ou histológica. **Casística:** Entre fevereiro de 2009 e março de 2011, 50 pacientes (77 ovários) com achados ultrassonográficos compatíveis com endometriose ovariana foram submetidos a cirurgia laparoscópica e análise histológica. Os achados cirúrgicos foram classificados como leves (29%), moderados (41%) e graves (28%), de acordo com a classificação da Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva. **Resultados:** O achado de imagem mais frequente foram os cistos ovarianos espessos conhecidos como endometriomas (85%), com dimensões variando de 10 a 92 mm (média de tamanho: 26 mm). Outros achados associados, como aderências ovarianas (59%), coleções perianexiais (29%) e focos hiperecogênicos nas paredes dos cistos (15%) também estavam presentes e foram relevantes para o diagnóstico nos casos duvidosos. **Conclusão:** Além dos cistos endometrióticos ovarianos clássicos observados na USTV, outros achados de imagem podem sugerir o diagnóstico de endometriose ovariana, principalmente nos casos duvidosos. Neste estudo, os achados associados observados foram as aderências ovarianas, as coleções líquidas perianexiais e os focos hiperecogênicos nas paredes dos cistos endometrióticos.

–348–

HOLOPROSENFALIA.

Bruno Nocrato Loiola.

Conferência São Jose do Avai – Itaperuna, RJ, Brasil.
E-mail: bruno.loyola@ig.com.br.

A holoprosencefalia é caracterizada por um complexo de deformidades hemisféricas causadas por falha na divisão do prosencefalo, que é a parte mais cranial do tubo neural, e divide-se em telencefalo e diencefalo. Essa divisão acontece entre a quarta e a oitava semana de gestação. Do telencefalo desenvolvem-se hemisférios cerebrais, ventrículos, putâmen e núcleos caudados. Do diencefalo desenvolvem-se o terceiro ventrículo, tálamos, hipotálamo e globo pálido lateral. Predomina no sexo feminino, na proporção de 3:1, na maioria dos casos é esporádica e de etiologia desconhecida, podendo estar associada a aberrações cromossômicas, sendo as mais comuns as trissomias do 13, do 15 e do 18. A holoprosencefalia pode sofrer grada-

ções conforme o grau de severidade, em que a forma mais grave não apresenta separação do telencéfalo nos hemisférios (alobar), até a menos grave, com separação parcial das faces dorsais do cérebro lobar e semilobar. Associam-se vários graus de dismorfia facial, incluindo cicloopia (olhos parcialmente ou completamente fundidos), etmocefalia probóscide, que separa olhos muito juntos, arrinia e microftalmia, cebocefalia (hipotelorismo ocular, nariz achatado e lábio leporino), agenesia pré-maxilar e outras menos severas. Além das malformações faciais, os pacientes apresentam clinicamente: episódios apneicos, crises convulsivas, pecilotermia, déficit de crescimento e falha no desenvolvimento neuropsicomotor. O prognóstico varia de acordo com o tipo de malformação, sendo que os pacientes que apresentam holoprosencefalia alobar são deficientes mentais severos, com anemia e não sobrevivem à fase de lactente, e os pacientes com a forma semilobar e lobar são menos severamente atingidos quanto ao desenvolvimento mental e têm expectativa de vida maior, mas raramente chegam a ter grau de inteligência que lhes permitam viver em sociedade. O diagnóstico é feito após o nascimento, pelos sinais somatoscópicos, dismorfismo faciais e malformações associadas. Os autores descrevem relato de caso de paciente do sexo masculino com holoprosencefalia, demonstrando achados ultrassonográficos que sugerem o diagnóstico.

–621–

GRAVIDEZ ECTÓPICA GEMELAR TUBÁRIA UNILATERAL: RELATO DE CASO.

Rodolfo Rodrigues Silva; Luiza Neves Alexandre; Alvaro Moreira Salomão; Cassio Renato Takaoka; Thiago Reskalla Amaral; Matthew Riddell Millar Neto; Alair Augusto Sarmet Moreira Damas dos Santos.

Hospital de Clínicas de Niterói (HCN) / IPGMCC – Niterói, RJ, Brasil.
E-mail: rodolfo.med@hotmail.com.

Define-se gravidez ectópica (GE) como a implantação do ovo fora da cavidade endometrial (tubas, ovários, locais anômalos do útero e sítios extrauterinos). A incidência é de 0,3% a 3% das gestações. A gravidez ectópica unilateral gêmea é uma condição rara, seguido-se pela gestação múltipla tubária e intrauterina. Dentre os fatores de risco para gravidez ectópica, o mais importante é a doença inflamatória pélvica, além de trauma operatório, anomalias congênitas, tumores e aderências, resultando em trompas de Falópio anatomicamente distorcidas. A tuba uterina é o local mais comum (95%), sendo, em ordem decrescente, nas regiões ampular (73%), ístmica (24%) e intersticial (3%). A tríade clássica compreende dor abdominal, irregularidade menstrual (atraso menstrual em 40% dos casos) com ou sem sangramento vaginal e massa anexial. Os achados ecográficos são: presença de saco gestacional extrauterino com vesícula vitelínica ou embrião, independente da vitalidade (diagnóstico de certeza), anel tubário (específico), massas anexiais complexas ou sólidas (menos específico), líquido livre em cavidade peritoneal e hemoperitônio. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de gestação ectópica gemelar tubária unilateral, em uma paciente de 32 anos, que foi atendida no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Niterói, RJ, referindo atraso menstrual e dor pélvica aguda, sem sangramento vaginal, com idade gestacional (data da última menstruação) de 9 semanas e 5 dias, sendo submetida a ultrassonografia transvaginal que demonstrou: nódulo leiomiomatoso na parede corporal anterior, massa na região anexial esquerda, dois sacos gestacionais íntegros, duas vesículas vitelínicas e dois embriões, com batimentos cardiocelulares presentes, achados compatíveis com gestação ectópica gemelar dicoriônica diamniótica com fetos vivos. Realizada salpingectomia esquerda, visualizada massa de 6,0 cm na tuba uterina. Anatomopatológico confirmou: prenhez ectópica tubária esquerda, embriões em desenvolvimento.

Embora os avanços na medicina diagnóstica e terapêutica possibilitem melhores resultados, a gestação ectópica ainda representa uma causa importante de morbimortalidade e infertilidade materna. A etiologia da gestação ectópica gemelar ainda é desconhecida.

–740–

TRANSPOSIÇÃO DOS GRANDES VASOS CORRIGIDA: RELATO DE CASO.

Andréia Rolim Soares; Tiago Pedrosa Tavares; Nathália de Aguiar Vidiagal; Mariana Bodelao; James de Brito Corrêa; Elizabeth Asuncion Sanchez de Ayub; Carlos Henrique Mascarenhas; Juliana Moyses Abdalla Leite.

Instituto de Pesquisa e Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais / Hospital Mater Dei – Belo Horizonte, MG, Brasil.

E-mail: tiago.017@gmail.com.

Introdução: A transposição de grandes vasos corrigida congenitamente é uma anomalia cardíaca com conexão ventriculoarterial e atrioventricular discordante. O átrio direito conecta-se com o ventrículo morfologicamente esquerdo, e o átrio esquerdo conecta-se com o ventrículo morfologicamente direito. Essa condição pode apresentar-se com *situs solitus* ou com *situs inversus*. Apesar da dupla discordância existente, ambas as circulações, pulmonar e sistêmica, ocorrem numa sequência eficaz. Contudo, é o ventrículo direito que suporta a circulação sistêmica. É extremamente rara, aparece em menos de 0,5% dos doentes com cardiopatia congênita. A clínica depende dos defeitos cardíacos associados. Os mais comuns são a comunicação interventricular, a estenose pulmonar valvular ou subvalvular e as anomalias da válvula sistêmica. O diagnóstico pode ser realizado por ecocardiograma fetal, mas é mais frequente realizar após o nascimento com base nos sinais clínicos e ecocardiografia. O diagnóstico também pode ser feito mais tarde na vida quando o doente apresenta bloqueio cardíaco completo ou insuficiência cardíaca. **Descrição:** O presente estudo trata-se de paciente de 40 anos, gestante, 32 semanas, que compareceu à consulta para realizar ultrassonografia morfológica. Neste exame, foi detectada uma alteração nas vias de saída dos grandes vasos. Encaminhada ao ecocardiograma fetal, para complementar a propedêutica, que evidenciou conexão atrioventricular discordante associada a conexão ventrículo arterial discordante (vasos saem em paralelo), levando ao diagnóstico de transposição corrigida das grandes artérias. Com 35 semanas a paciente foi submetida a cesariana de urgência, devido a ruptura prematura de membrana. O procedimento foi realizado sem intercorrências. O ecocardiograma pós-natal confirmou a anomalia cardíaca observada no exame intraútero. **Discussão:** O presente estudo faz-se necessário para alertar o diagnóstico precoce, a fim de que o tratamento clínico e/ou cirúrgico mais efetivo seja instituído em tempo hábil, mudando dessa forma a história natural da doença.

–757–

AGENESIA PARCIAL DO VERMIS CEREBELAR: RELATO DE CASO COM ACHADOS DE IMAGEM AO ULTRASSOM E À RESSONÂNCIA MAGNÉTICA.

Bruno Marino Schiocchet Monarim; Camilo Dallagnol; Pedro Vinícius Staziaki; Ivan Caznok Lima; Sérgio Antônio Antoniuk; Patrícia Santana Ribeiro; Letícia de Fátima Helpa; Kátia Aceti Oliver.

Hospital de Clínicas da UFPR – Curitiba, PR, Brasil.

E-mail: c_dallagnol@hotmail.com.

Introdução: Malformações cerebelares são comumente encontradas durante o rastreio ultrassonográfico pré-natal. O diagnóstico

pré-natal preciso, no entanto, pode ser difícil, porque existe um vasto espectro de malformações encontradas na fossa posterior, as quais eram antigamente chamadas de variantes de Dandy-Walker. Quando existe agenesia do vermis cerebelar, há um aumento do espaço de fluido retrocerebelar comunicante com o quarto ventrículo, mas o tentório mantém posição normal. **Descrição:** Paciente com diagnóstico ultrassonográfico intrauterino de tetralogia de Fallot e suspeita de síndrome de Dandy-Walker. A mãe, de 31 anos, tabagista de 2 cigarros por dia por 15 anos, teve pré-natal completo e sem intercorrências. Após o nascimento, foi encaminhado à UTI neonatal estável. Foi realizada ultrassonografia transfontanela com 1 dia de idade, que mostrou discreta dilatação da cisterna magna. Ressonância magnética de crânio realizada aos 22 dias de vida mostrou severa hipoplasia do cerebelo, com ausência da região inferior do vermis cerebelar e quarto ventrículo aberto que se comunicava com volumosa formação cística isointensa ao liquor na fossa posterior, compatível com malformação cerebelar com agenesia parcial do vermis cerebelar. Recebeu alta da UTI neonatal com 1 mês de idade e acompanhamento ambulatorial com neurologia pediátrica e cardiologia pediátrica. **Discussão:** É importante notar que a imagem de ultrassonografia transversal é insuficiente para a diferenciação entre síndrome de Dandy-Walker, persistência do cisto da bolsa de Blake e agenesia pura do vermis cerebelar. O que faz a diferenciação é a imagem sagital mediana que verifica a posição do tentório cerebelar e pode visualizar o vermis cerebelar completamente. Nos três casos, existe uma anatomia cerebelar anormal. O que garante o diagnóstico de agenesia parcial do vermis cerebelar é a detecção de uma comunicação anormal entre o quarto ventrículo e o espaço retrocerebelar aumentado, com tentório cerebelar em altura e inserção normais e agenesia completa ou parcial do vermis cerebelar.

–763–

AGENESIA BILATERAL DE FÊMUR: RELATO DE CASO.

Maria Fernanda Borges Abreu¹; Fernando Freitas Mota²; Mayra Ireneo Mota²; Rafael Vilas Boas²; Gilson Caldeira de Souza Junior².

¹Santa Casa de Belo Horizonte – Belo Horizonte, MG; ²Hospital Dilson Godinho – Montes Claros, MG, Brasil.

E-mail: mariafernandaabreu@hotmail.com.

Introdução: A agenesia bilateral de fêmur (ABF) é uma anomalia rara, sendo documentados até o momento apenas seis casos, três com agenesia bilateral de fêmur isolada e os demais associados com alterações faciais, que possivelmente se enquadram na síndrome fêmoro-facial (SFF). Trabalhos demonstram que o diabetes gestacional parece estar relacionado de com tal síndrome. Remotos casos publicados indicaram que não há variações cromossômicas que apontam para uma aberração genética como causa da síndrome, entretanto, alguns casos sugerem um modo de herança autossômico dominante transferido de pai para filha. **Objetivos:** Relatar um caso clínico de ABF isolada evidenciada ao acaso em ultrassonografia de rotina em gestante na 34ª semana de gestação. **Método:** Estudo de caso clínico de ABF diagnosticado por meio de exames de imagens realizados em um serviço de imagem privado na cidade de Montes Claros, MG. **Resultado:** No caso relatado, a recém-nascida não apresentava, além da anomalia femoral, alterações compatíveis com a SFF, tornando o assunto ainda mais obscuro. **Conclusão:** Esta publicação relata o primeiro caso de agenesia bilateral de fêmur simples em um recém-nascido do sexo feminino, sem intercorrências gestacionais, no norte de Minas Gerais, no Brasil.

–772–

GESTANTE DE 25 ANOS COM CÂNCER DE PULMÃO: PRINCIPAIS ACHADOS DE IMAGEM AO LONGO DA DOENÇA E NO SEU TRATAMENTO.

Fernanda Calixto Abdalla; Camila Grasielle Lopes Silva; Paulo Biaso Villar do Valle; Claudia Cristina Camisã; Ana Maria Tarsitano Massa; Luciana Emery Siqueira Pinto; Tatiana Autran.

Casa de Saúde São José – Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: nandacalixto@hotmail.com.

Introdução: Este trabalho tem o objetivo de relatar um caso de uma paciente com 25 anos, gestante, com diagnóstico de adenocarcinoma bronquioloalveolar, metastático para pleura, ossos pélvicos, gânglios e cérebro, enfatizando as principais alterações no exame obstétrico. **Descrição:** Câncer de pulmão na mulher grávida é extremamente raro e dramático, com prognóstico ruim. O tratamento depende da idade gestacional e das condições clínicas da paciente. Apresentamos um caso de uma gestante com adenocarcinoma bronquioloalveolar metastático que abriu o quadro com tosse e dispneia em torno da 16ª semana de gestação. Realizada radiografia de tórax, que demonstrou atelectasia no lobo superior direito. Evoluiu com piora do quadro clínico, sendo evidenciado derrame pleural à direita e realizada toracocentese com saída de líquido sero-hemático. A broncoscopia confirmou, através de biópsia brônquica, o diagnóstico de adenocarcinoma moderadamente diferenciado infiltrando tecido pulmonar. O tratamento foi iniciado com carboplatina e paclitaxel semanal a partir da 20ª semana de gestação. **Discussão:** Acompanhada com ultrassonografia obstétrica e dopplerfluxometria, foi evidenciada redução do líquido amniótico a partir da 24ª semana e a interrupção da gestação ocorreu no curso da 27ª semana, quando a paciente abriu um quadro de parestesia em todo o dimídio esquerdo e um episódio de convulsão. A ressonância magnética do crânio confirmou a possibilidade de um implante secundário mostrando área arredondada de hipersinal em T2 e FLAIR na porção central da ponte. A descrição do caso tem como objetivo correlacionar os achados encontrados na ultrassonografia obstétrica na paciente em vigência de quimioterapia.

Tema Livre

–40–

EDEMA OVARIANO MACIÇO: RELATO DE CASO E CORRELAÇÃO COM A ANATOMIA PATOLÓGICA.

Adham do Amaral e Castro; Diogo André Douat; Edson Tetsuya Nakatani; Wagner Haese Barros; Eduardo Andreazza Dal Lago; Fábio Sala; Lutero Marques de Oliveira; Alexandre Kaue Sakuma.

Hospital Universitário Evangélico de Curitiba – Curitiba, PR, Brasil.

E-mail: adham.castro@gmail.com.

Introdução: O edema ovariano maciço (EOM) é uma condição rara que mimetiza tumores ovarianos, sendo também um importante diagnóstico diferencial da torção de ovário. O presente caso descreve o EOM, seus achados à ultrassonografia (US) e à ressonância magnética (RM), e os correlaciona com a anatomia patológica. **Descrição sucinta:** Paciente do sexo feminino, 12 anos, com dor abdominal difusa, hiporexia e náusea há três dias. Ao exame notaram-se pilificação aumentada em face, abdome distendido, doloroso à palpação difusa, com massa palpável englobando todo o hemiabdomen esquerdo. À US evidenciaram-se ambos os ovários com grande aumento de seu vo-

lume, cápsulas bem definidas, imagens císticas periféricas e fluxo vascular presente ao estudo com Doppler. Na RM eles se apresentaram com hipersinal nas sequências ponderadas em T2 e hipossinal nas ponderadas em T1, com realce central mais exuberante após injeção de contraste paramagnético. A paciente foi submetida a salpingo-ooforectomia bilateral, e o diagnóstico de EOM foi confirmado com a anatomia patológica. **Discussão resumida:** O EOM é atribuído à torção parcial ou intermitente do órgão, levando à sua obstrução venosa e linfática, com aumento ovariano subsequente. Sua apresentação mais comum é unilateral, à direita, em mulheres jovens (idade média de 21 anos), que podem apresentar sinais de virilização, devido ao excesso de secreção de androgênios por células luteínico-*like* do ovário edematoso. Sua apresentação clínica principal é a de dor intermitente de longa data, massa pélvica palpável e hiperandrogenismo ou distúrbios

menstruais. A aparência edematosa do ovário acometido, com suas dimensões aumentadas, presença de fluxo vascular e apresentação de folículos periféricos constituem os parâmetros mais importantes para a suspeição diagnóstica nos exames de imagem, diferenciando-os de seus principais diagnósticos diferenciais: as neoplasias ovarianas e torção de ovário. À anatomia patológica, nota-se edema difuso central do órgão, com proliferação de células estromais e folículos circundados por edema do estroma. O tratamento pode ser conservador, com confirmação diagnóstica por congelação e preservação do ovário (com a realização de detorsão, quando necessário, e gonadopexia bilateral) ou remoção do ovário acometido, como em casos nos quais a congelação não está disponível. O manejo conservador é preferido, uma vez que o EOM é mais comum em mulheres jovens, mantendo-se assim as suas funções reprodutivas e hormonais.

Ultrassonografia Geral

Painéis Eletrônicos

–125–

O IMPACTO DO PROJETO DE LEI Nº 3.661/2012 NA ULTRASSONOGRAFIA.

Eleci Vaz Ferreira.

Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Porto Alegre, RS, Brasil.

E-mail: elecivaz@terra.com.br.

Objetivo: Análise da repercussão na área médica, especificamente no campo da ultrassonografia, dos principais pontos do Projeto de Lei Nº 3.661 de 2012, de autoria original do senador Paulo Paim, do Partido dos Trabalhadores (PT) do Rio Grande do Sul, atualmente tramitando na Câmara dos Deputados, sob a liderança da Deputada Federal Benedita da Silva, do PT do Rio de Janeiro, que visa atualizar a Lei 7.394 de 1985, com a formação do Bacharel em Ciências Radiológicas e a inclusão do Tecnólogo em Radiologia na área de Diagnóstico por Imagem, entre outros aspectos. **Material e métodos:** Foi avaliado do ponto de vista médico e jurídico o impacto a ser gerado pelo referido Projeto de Lei, mediante a análise da experiência norte-americana, onde os radiologistas são os legalmente responsáveis pelo exame, mesmo quando as imagens em tempo real são obtidas pelo tecnólogo em radiologia, e a comparação com o que é feito atualmente na Europa e no Brasil. **Resultados:** Em abril de 2012, o Congresso Nacional decretou que a lei 7.394, de outubro de 1985, dispoondo sobre o exercício das profissões de Técnico e Tecnólogo em Radiologia, passou a vigorar com a seguinte alteração, entre outras: “Artigo 1º, inciso II – imagenologia: obtenção de imagens por ressonância magnética, ultrassonografia e outros métodos que não utilizam fontes ionizantes. CONCLUSÕES: a Ultrassonografia é uma área altamente competitiva e muitos profissionais, dentro e fora da Medicina, almejam incorporá-la a sua rotina de trabalho, porém nem todos apresentam a habilidade de realizar o exame e interpretar adequadamente as imagens. Além disso, a demanda por exames de ultrassom tem crescido vertiginosamente nas últimas décadas. A Radiologia, como especialidade médica, está enfrentando, portanto, uma situação arriscada, pois, se aprovado, o Projeto de Lei 3.661/2012, nos temos amplos e inescapáveis empregados, ampliará o leque de profissionais habilitados à

realização de ultrassonografia, incluindo aqueles não médicos, em que pesem as manifestações do Conselho Nacional de Técnicos em Radiologia negando tal intuito, e a aprovação, ainda pendente de sanção presidencial, da Lei do Ato Médico.

–135–

INFARTO PÓS-TRANSPLANTE HEPÁTICO.

Ariston Felipe Codato Ferreira¹; Helena Slongo; Walmir Walmor Ferreira Filho; Marco Antonio Sandrin; Marina Portioli Hoffmann; Diego Adrian Pucci de Araujo; Mathias Bohn Bornhausen; Bernardo Corrêa de Almeida Teixeira.

Hospital de Clínicas da UFPR – Curitiba, PR, Brasil.

E-mail: jonathasdovale@hotmail.com.

Introdução: Complicações vasculares pós-transplante hepático estão associadas a altos índices de morbidade e mortalidade. A trombose de artéria hepática é a complicação mais frequente, seguida de estenose de artéria hepática. Tromboses de veias supra-hepáticas não são comumente relatadas. **Objetivo:** Descrever o caso de trombose de veias supra-hepáticas direita e esquerda pós-transplante hepático. **Método:** Para o acompanhamento e diagnóstico foi realizada ultrassonografia (US) com auxílio de Doppler e colangiorressonância. **Relato de caso:** Paciente feminina, 61 anos, diagnóstico de hepatite C através de exames laboratoriais de rotina há 13 anos. Feito acompanhamento ambulatorial mediante dosagem de alfa-fetoproteína e US de abdome total, em 2012, identificou-se um nódulo suspeito de hepatocarcinoma. Na ressonância magnética apresentava lesão nodular expansiva, captante de contraste nos segmentos hepáticos II e III, medindo 34 × 20 mm de diâmetro. Sinais de hepatopatia crônica caracterizada por hipertrofia dos lobos esquerdos, além de intensidade de sinal discretamente heterogêneo e contornos microlobulares. US Doppler revelou veia porta sem sinais de trombose, fluxo monofásico centrípeto. Tomografia computadorizada não identificou metástase em crânio, tórax e abdome. Em março de 2013 foi realizado transplante hepático. No pós-operatório a paciente exacerbou quadro de confusão mental pré-existente e apresentou dispneia por derrame pleural