

Feminina[®]

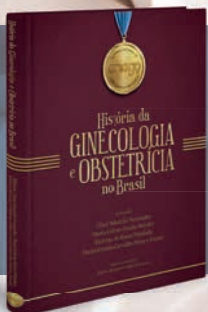
Publicação oficial da Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetrícia

Volume 52, Número 8, 2024

Aleitamento materno – Como podemos colaborar?

RESIDÊNCIA MÉDICA

**A complexidade de
ser um preceptor da
Residência Médica
de Ginecologia
e Obstetrícia**

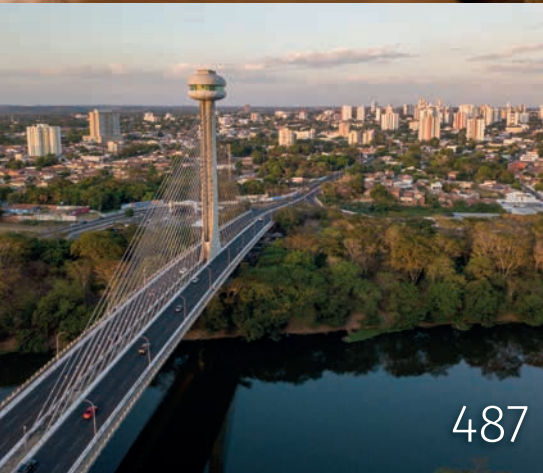


ANAGO

**Livro “História da
Ginecologia e Obstetrícia
no Brasil” marca o
primeiro ano da Academia**



475



487



489



498

473 EDITORIAL

Aleitamento materno: desafios em foco

474 *IN MEMORIAM*

Professor Aroldo Fernando Camargos

475 CAPA

Aleitamento materno – Como podemos colaborar?

478 ENTREVISTA

Agosto Dourado: a consciência sobre a importância do aleitamento materno começa no consultório

484 ANAGO

Lançamento do livro “História da Ginecologia e Obstetrícia no Brasil” marca o primeiro ano da Anago

487 FEDERADA

Uma nova Sopigo para os associados

489 RESIDÊNCIA MÉDICA

A complexidade de ser um preceptor da Residência Médica de Ginecologia e Obstetrícia. Dos atributos às estratégias de treinamento

498 DEFESA E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL

Como são feitas as leis? As etapas do processo legislativo e a importância para o médico

502 CADERNO CIENTÍFICO

FEBRASGO POSITION STATEMENT

503 **Extração fetal difícil na cesariana**

APRENDENDO COM OS ESPECIALISTAS

513 **Quando trocar a anticoncepção pela terapia hormonal?**

ARTIGO ORIGINAL

518 **Perfil epidemiológico de gestantes com sífilis**

ARTIGO DE REVISÃO

523 **Aborto induzido acima de 22 semanas de gravidez: indução de assistolia fetal e outras recomendações**

RESUMOS

529 **Prêmio Guilherme Rezende – Melhores Temas Livres apresentados no Congresso Mineiro de Ginecologia e Obstetrícia 2024**

DIRETORIA

PRESIDENTE

Maria Celeste Osório Wender (RS)

DIRETORA ADMINISTRATIVA

Roseli Mieko Yamamoto Nomura (SP)

DIRETOR CIENTÍFICO

Agnaldo Lopes da Silva Filho (MG)

DIRETOR FINANCEIRO

Marcelo Luís Steiner (SP)

DIRETORA DE DEFESA E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL

Lia Cruz Vaz da Costa Damásio (PI)

VICE-PRESIDENTE REGIÃO CENTRO-OESTE

Maria Auxiliadora Budib (MS)

VICE-PRESIDENTE DA REGIÃO NORDESTE

Olimpio Barbosa de Moraes Filho (PE)

VICE-PRESIDENTE DA REGIÃO NORTE

Hilka Flavia Barra do Espirito
Santo Alves Pereira (AM)

VICE-PRESIDENTE DA REGIÃO SUDESTE

Sergio Podgaec (SP)

VICE-PRESIDENTE DA REGIÃO SUL

Alberto Trapani Júnior (SC)

DESEJA FALAR COM A FEBRASGO?

PRESIDÊNCIA

Avenida Brigadeiro Luís Antônio, 3.421, conj.
903 – CEP 01401-001 – São Paulo, SP
Telefone: (11) 5573-4919

SECRETARIA EXECUTIVA

Avenida das Américas, 8.445, sala 711
CEP: 22793-081 – Rio de Janeiro, RJ
Telefone: (21) 2487-6336
Fax: (21) 2429-5133

EDITORIAL

Bruno Henrique Sena Ferreira
editorial.office@Febrasgo.org.br

PUBLICIDADE

Tatiana Mota
gerencia@Febrasgo.org.br

Acesse: www.Febrasgo.org.br

Femina® é uma revista oficial da Febrasgo (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia) e é distribuída gratuitamente aos seus sócios. É um periódico editado pela Febrasgo, *Open Access*, indexado na LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde).

A Febrasgo, a revista *Femina* e a Modo Comunicação não são responsáveis pelas informações contidas em artigos assinados, cabendo aos autores total responsabilidade por elas.

A revista *Femina* é uma publicação de acesso livre CC-BY (Creative Commons), a qual permite a citação e a reprodução de seus conteúdos, porém protegida por direitos autorais. É permitido citar e reproduzir seu conteúdo desde que sejam dados os devidos créditos ao(s) autor(es), na maneira especificada por ele(s) em seu(s) artigo(s).

Produzida por: **Modo Comunicação**. Editor: Maurício Domingues; Jornalista: Letícia Martins (MTB: 52.306); Revisora: Glair Pícolo Coimbra. Correspondência: Rua Leite Ferraz, 75, Vila Mariana, 04117-120. E-mail: contato@modo.art.br

CORPO EDITORIAL

EDITORES

Marcos Felipe Silva de Sá
Sebastião Freitas de Medeiros

EDITOR CIENTÍFICO DE HONRA

Jean Claude Nahoum

EX-EDITORES-CHEFES

Jean Claude Nahoum
Paulo Roberto de Bastos Canella
Maria do Carmo Borges de Souza
Carlos Antonio Barbosa Montenegro
Ivan Lemgruber

Alberto Soares Pereira Filho
Mário Gáspare Giordano
Aroldo Fernando Camargos
Renato Augusto Moreira de Sá

CONSELHO EDITORIAL

Agnaldo Lopes da Silva Filho
Alberto Carlos Moreno Zaconeta
Alex Sandro Rolland de Souza
Ana Carolina Japur de Sá Rosa e Silva
Antonio Rodrigues Braga Neto
Belmiro Gonçalves Pereira
Bruno Ramalho de Carvalho
Camil Castelo Branco
Carlos Augusto Faria
César Eduardo Fernandes
Claudia Navarro Carvalho Duarte Lemos
Cristiane Alves de Oliveira
Cristina Laguna Benetti Pinto
Corintio Mariani Neto
David Barreira Gomes Sobrinho
Denise Leite Maia Monteiro
Edmund Chada Baracat
Eduardo Cordioli
Eduardo de Souza
Fernanda Campos da Silva
Fernando Maia Peixoto Filho
Gabriel Ozanan
Garibalde Mortoza Junior
Geraldo Duarte
Gustavo Salata Romão
Hélio de Lima Ferreira Fernandes Costa
Hélio Sebastião Amâncio de Camargo Júnior
Ionara Diniz Evangelista Santos Barcelos
Jesus Paula Carvalho
José Eleutério Junior
José Geraldo Lopes Ramos
José Mauro Madi
Jose Mendes Aldrighi
Julio Cesar Rosa e Silva
Julio Cesar Teixeira

Lucia Alves da Silva Lara
Luciano Marcondes Machado Nardoza
Luiz Gustavo Oliveira Brito
Luiz Henrique Gebrim
Marcelo Zugaib
Marco Aurélio Albernaz
Marco Aurelio Pinho de Oliveira
Marcos Felipe Silva de Sá
Maria Celeste Osório Wender
Marilza Vieira Cunha Rudge
Mário Dias Corrêa Júnior
Mario Vicente Giordano
Marta Francis Benevides Rehme
Mauri José Piazza
Newton Eduardo Busso
Olimpio Barbosa de Moraes Filho
Paulo Roberto Dutra Leão
Paulo Roberto Nassar de Carvalho
Regina Amélia Lopes Pessoa de Aguiar
Renato de Souza Bravo
Renato Zocchio Torresan
Ricardo de Carvalho Cavalli
Rodolfo de Carvalho Pacagnella
Rodrigo de Aquino Castro
Rogério Bonassi Machado
Rosa Maria Neme
Roseli Mieko Yamamoto Nomura
Rosires Pereira de Andrade
Sabas Carlos Vieira
Samira El Maerrawi Tebecherane Haddad
Sergio Podgaec
Silvana Maria Quintana
Soubhi Kakhale
Vera Lúcia Mota da Fonseca
Walquíria Quida Salles Pereira Primo
Zuleide Aparecida Felix Cabral

Prêmio Guilherme Rezende Melhores Temas Livres apresentados no Congresso Mineiro de Ginecologia e Obstetrícia 2024

GINECOLOGIA

Literacia em saúde: onde falha a contracepção?

Vitor Neves Batista², Anne Caroline Magalhaes Oliveira², Ana Maria Guedes², Eura Martins Lage¹, Patrícia Gonçalves Teixeira¹

¹ Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. ² Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução

Apesar da disponibilidade gratuita de métodos contraceptivos e das orientações individuais e em programas educativos, mulheres brasileiras entre 16 e 45 anos já tiveram pelo menos uma gestação e mais de 60% delas não foram planejadas. Há uma lacuna entre a oferta de métodos contraceptivos, o entendimento da informação e o uso real pelas mulheres. A essência da prescrição de medicamentos é garantir a descrição correta da formulação e a posologia, garantindo a compreensão correta pelo paciente, visando à autoadministração. No entanto, erros e falhas no entendimento de prescrições são comuns e, na maioria, seriam evitáveis. Nesse contexto, a literacia em saúde, definida como a habilidade de acessar, entender e aplicar informações médicas, varia consideravelmente entre indivíduos quando levamos em conta as diferenças culturais e sociais. A efetividade do planejamento reprodutivo configura um desafio que segue os preceitos da literacia em saúde.

Objetivo

Identificar fragilidades no uso de contraceptivos e a ocorrência da gestação em curso, visando direcionar intervenções eficazes de planejamento familiar.

Métodos

Trata-se de estudo transversal realizado entre julho e dezembro de 2023, no qual foram entrevistadas 206 gestantes matriculadas no pré-natal do setor público. Utilizou-se o Formulário Google Forms com dados das gestantes, da gravidez e dos métodos contraceptivos e aceitação da gravidez. Para análise estatística, utilizou-se o MINITAB@ versão 14.

Resultados

A idade das gestantes variou de 15 a 43 anos (média de 23 anos), e a idade gestacional foi de 7 a 41 semanas. Em relação à escolaridade, consideramos para análise: ensino fundamental completo (2,4%) e incompleto (3,0%),

ensino médio completo (62,1%) e incompleto (17%) e ensino superior (15,5%). A renda familiar da maioria (72,3%) era de menos de 3 salários mínimos, e 65% estavam desempregadas ou em trabalho informal. A gravidez não foi planejada para 135 (65%), mas foi bem aceita pelas gestantes, parceria e familiares. Em relação aos contraceptivos prévios à gravidez, 63% não estavam em uso de nenhum, cerca de 20,4% consideravam estar em uso correto, 3,4% estavam em troca de método, 1,3% relatou efeitos colaterais, e a falha ocorreu em menos de 1%. Contracepção de emergência foi a opção de 68% das gestantes em algum momento e 47% fizeram essa prática por mais de duas vezes.

Conclusão

No estudo, foi notável a proporção de mulheres que alegaram ocorrência de gravidez em uso correto do método contraceptivo. A maioria das gestantes era alfabetizada e capaz de fazer reflexões e interpretações, e tinha habilidade para compreender. Os dados obtidos apontam duas prováveis falhas: viés de informação e percepção inadequada sobre o que é, de fato, o uso correto do método contraceptivo. Para melhorar a eficácia da contracepção, é essencial implementar estratégias que abordem essas deficiências na literacia em saúde e promovam melhorias na saúde reprodutiva.

Níveis de GDF-15 em mulheres com a síndrome de ovários policísticos e o uso de metformina: estudo clínico e análise *in silico* de vias biológicas

Fernanda Medeiros Vale Magalhães¹, Rodrigo Mendonça Cardoso Pestana², Cláudia Natália Ferreira³, Ieda de Fátima Oliveira Silva¹, Ana Lúcia Cândido², Flávia Ribeiro Oliveira², Fernando Marcos dos Reis², Karina Braga Gomes¹

¹ Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. ² Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. ³ Colégio Técnico, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução

A síndrome dos ovários policísticos (SOP) é uma condição endócrina comum em mulheres em idade reprodutiva. Está associada a complicações metabólicas, reprodutivas e psicológicas. O fator de crescimento e diferenciação 15 (GDF-15) é uma citocina da família do fator de transformação de crescimento beta (TGF- β) que regula o metabolismo de lipídios e glicose, aumentando a sensibilidade

à insulina. A metformina é um dos fármacos utilizados comumente no tratamento do *diabetes mellitus* tipo 2 e tem sido utilizada no tratamento da SOP.

Objetivo

Avaliar os níveis de GDF-15 em pacientes com SOP e a sua relação com o uso de metformina, bem como propor possíveis vias biológicas nas quais o GDF-15 pode estar relacionado à fisiopatologia da síndrome.

Métodos

Foram avaliadas 35 mulheres com SOP (grupo caso) e 32 mulheres híginas (grupo controle). Em um segundo grupo de mulheres com SOP, 7 foram tratadas com metformina e 15 não foram tratadas. Os níveis de GDF-15 foram analisados pelo *kit MILLIPLEX® MAP Human Cardiovascular Disease Magnetic Bead Panel 2*. Para uma compreensão integrada das proteínas relacionadas às vias do GDF-15 e à SOP, foram utilizadas as bases de dados SIGNOR e Pathway Commons. As proteínas reguladas pelo GDF-15 em ambas as bases foram sobrepostas no *software* STRING, que recuperou vias biológicas significativas relacionadas a essas interações (valor $p < 0,05$).

Resultados

No grupo de mulheres com SOP, a mediana dos valores de GDF-15 foi de 6,11 (intervalo interquartil – IQ = 10,35). Para o grupo controle, o valor encontrado foi de 3,62 (IQ = 5,67) ($p = 0,039$). No grupo de mulheres com SOP tratado previamente com metformina, a mediana dos valores foi de 1,89 (IQ = 2,73) e no grupo não tratado, foi de 1,18 (IQ = 0,49) ($p = 0,007$). Foi encontrada uma interação do GDF-15 com as proteínas SP1, MAPK14, EGR1, CEBPB e ATF3 ($p = 1,14e-11$). As vias biológicas que mostraram relação significativa entre essas proteínas (FDR – taxa de descoberta falsa) foram: via do estrogênio (0,0032), resposta ao estresse oxidativo (0,0049), infertilidade ovariana (0,0049), IL-18 (0,0049), IL-4 (0,0081), GE/RAGE (0,0109), leptina (0,0110), TGF-beta (0,014), adipogênese (0,0265) e sinalização da insulina (0,0335).

Conclusão

O estudo mostrou que mulheres com SOP têm níveis mais elevados de GDF-15, comparadas ao grupo controle. O uso de metformina também aumentou ainda mais seus níveis. Essa proteína está envolvida em vias biológicas relacionadas a inflamação, metabolismo da glicose, adipogênese e infertilidade, presentes na SOP. Sendo assim, pode ser um biomarcador para monitorar a eficácia do tratamento com metformina nesse grupo. Além disso, há interações do GDF-15 com diversas proteínas relacionadas a vias importantes na fisiopatologia e complicações na SOP.

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).

Tratamento da incontinência urinária oculta na correção do prolapso genital: revisão de literatura

Aline Torres Alves¹, Mariana Rodrigues Marinho de Bastos², Thiago Magela Gomes da Silva², Gabriel Lage Neves³, Eduardo Batista Candido⁴, Agnaldo Lopes da Silva Filho⁴

¹ Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP, Brasil.

² Faculdade de Medicina Atenas de Sete Lagoas, Sete Lagoas, MG, Brasil. ³ Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. ⁴ Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução

O prolapso dos órgãos pélvicos (POP) é uma condição que ocorre devido a uma perda dos níveis de sustentação do assoalho pélvico. Muitas vezes pode associar-se à incontinência urinária de esforço (IUE), definida como toda perda urinária decorrente de algum esforço físico. Ambas as condições apresentam fatores de risco semelhantes, e estudos estimam que até 62,7% das pacientes com POP apresentam IUE. Entretanto, até 80% das pacientes com POP não apresentam queixa de perda urinária, uma vez que seus sintomas se encontram ocultos em decorrência da compressão extrínseca da uretra pelo prolapso. Nesse contexto, considera-se que parte das pacientes com POP apresenta incontinência urinária oculta, condição que frequentemente só é diagnosticada após o surgimento de sintomas de IUE no pós-operatório do tratamento cirúrgico do prolapso.

Objetivo

Discutir a aplicabilidade da realização de procedimentos anti-incontinência durante a correção cirúrgica de um POP, avaliando sua efetividade na prevenção de sintomas de IUE no pós-operatório.

Métodos

O percurso metodológico utiliza o protocolo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews* (Prisma). Foi realizada uma busca nas bases de dados PubMed, BVS e UpToDate, entre os meses de março e novembro de 2020. Os termos de indexação principais foram baseados nos Descritores em Ciências da Saúde/*Medical Subject Headings* (DeCS/MeSH): “*Urinary Incontinence*” AND “*Pelvic Organ Prolapse*”. Inicialmente foram identificados 105 artigos. Foram aplicados os critérios de elegibilidade, ensaios clínicos randomizados que avaliaram a correção da IUE no mesmo tempo cirúrgico da correção do POP e a não correção para avaliar a ocorrência de IUE no pós-operatório, sendo 25 estudos incluídos na pesquisa.

Resultados

Observou-se que não há consenso na literatura acerca dos benefícios da correção da IUE concomitante

ao POP e da técnica específica que deve ser utilizada. Entre as técnicas analisadas, o *sling* retropúbico (TVT) foi a que mais reduziu a incidência de IUE no pós-operatório, e um dos autores recomendou que essa técnica só deve ser utilizada em pacientes que se encontrem sintomáticas no pré-operatório. Já a colposuspensão de Burch foi associada tanto a maiores quanto a menores taxas de IUE no pós-operatório, a depender do estudo analisado. Constatou-se também que a inserção de tipoia simultaneamente à cirurgia de POP é uma técnica questionável.

Conclusão

As evidências acerca da correção da IUE concomitante ao POP são limitadas, de forma que ainda são necessários ensaios clínicos randomizados e multicêntricos para uma avaliação precisa dos riscos e benefícios dessa correção dupla. Atualmente, recomenda-se uma abordagem multidisciplinar e individualizada, em que o aconselhamento adequado da paciente é essencial para a indicação ou não de tal correção concomitante e para a prevenção de potenciais sintomas urinários após o tratamento cirúrgico de um POP.

OBSTETRÍCIA

Avaliação de complicações maternas e feto-perinatais da dengue em gestantes

Roberta Coutinho Vasconcelos¹, Lucas Oliveira Marques², Ana Christina de Lacerda Lobato^{1,3,4}

¹ Departamento de Residência de Ginecologia e Obstetrícia, Hospital Júlia Kubitschek, Belo Horizonte, MG, Brasil.

² Departamento de Residência de Pediatria do Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. ³ Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. ⁴ Universidade Professor Edson Antônio Velano, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução

A dengue é uma doença de países tropicais e subtropicais, causada por um vírus pertencente à família Flaviviridae e transmitida por mosquitos da família Aedes. Aproximadamente, 40% da população mundial está concentrada em áreas consideradas de alto risco de contrair a infecção.^(1,2) Assim, há uma crescente preocupação sobre os riscos dessa infecção durante a gestação.^(2,3)

Objetivo

Evidenciar as complicações da infecção por dengue tanto para a saúde materna quanto para a saúde fetal e neonatal.

Métodos

Revisão sistemática realizada na base de dados PubMed utilizando os descritores dengue e *pregnancy*. A busca foi limitada pelos parâmetros de relevância (descritores presentes no título e/ou resumo), data de publicação (a partir de 2019) e a possibilidade de seu acesso na íntegra. Foram encontrados inicialmente 104 artigos. O critério de inclusão foi baseado na análise do resumo dos artigos, avaliando sua relevância com o objetivo de responder à pergunta clínica do trabalho. Além disso, foram selecionados, após leitura crítica da metodologia, apenas estudos de coorte (prospectivo ou retrospectivo) e ensaios clínicos caso-controle. Foram excluídos os artigos produzidos na forma de relato ou série de casos, revisões da literatura, os que estudaram infecção por dengue em não gestantes e os que não relacionavam os riscos da dengue para a saúde materna e/ou perinatais.

Resultados

Foram selecionados cinco artigos para a produção final. Desses, dois eram retrospectivos e três eram prospectivos. Os estudos obtiveram dados de pacientes que compareceram ao pronto-atendimento das instituições com queixa de febre, exceto um estudo, que estudou dados por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).⁽⁴⁾ Em todos os artigos, o diagnóstico de dengue foi comprovado laboratorialmente por sorologia positiva de IgM ou por detecção de antígeno NS1. Dos estudos selecionados, 80% mencionavam complicações maternas e fetais,⁽¹⁻⁵⁾ enquanto um artigo estudou apenas complicações fetais.⁽⁴⁾ Observa-se que a procura por atendimento médico foi motivada pela presença de febre. Ainda, a maior procura por atendimento foi no último trimestre da gestação.^(1,2,5)

Conclusão

As principais complicações maternas foram plaquetopenia,⁽¹⁻³⁾ hemorragia pós-parto^(1-3,5) e morte materna.^(1-3,5) Quanto às complicações fetais e perinatais, destacam-se prematuridade,⁽¹⁻⁵⁾ baixo peso ao nascer,^(1,4) crescimento fetal intrauterino restrito^(1,3,5) e oligodrômio.^(1-3,5) Ainda, foi observado um risco duas vezes maior para prematuridade e baixo peso quando a infecção por dengue se classificava como dengue hemorrágica.⁽⁴⁾ Também, observa-se alta frequência de natimortos,^(1,3,5) com risco aumentado nos fetos com idade gestacional.

REFERÊNCIAS

1. Brar R, Sikka P, Suri V, Singh MP, Suri V, Mohindra R, et al. Maternal and fetal outcomes of dengue fever in pregnancy: a large prospective and descriptive observational study. *Arch Gynecol Obstet.* 2021;304(1):91-100. doi: 10.1007/s00404-020-05930-7
2. Mulyana RS, Pangkahila ES, Pemayun TG. Maternal and neonatal outcomes during dengue infection outbreak at a tertiary national hospital in endemic area of Indonesia. *Korean J Fam Med.* 2020;41(3):161-6. doi: 10.4082/kjfm.18.0154

3. Sagili H, Krishna RS, Dhodapkar R, Keepanasseril A. Maternal & perinatal outcome of fever in pregnancy in the context of dengue – A retrospective observational study. *Indian J Med Res.* 2022;156(4&5):619-23. doi: 10.4103/ijmr.IJMR_414_20
4. Paixão ES, Campbell OM, Teixeira MG, Costa MC, Harron K, Barreto ML, et al. Dengue during pregnancy and live birth outcomes: a cohort of linked data from Brazil. *BMJ Open.* 2019;9(7):e023529. doi: 10.1136/bmjopen-2018-023529
5. Sinha R, Datta MR. Dengue in early pregnancy: a neglected problem? *Cureus.* 2023;15(5):e38740. doi: 10.7759/cureus.38740

Relato de caso: rotura uterina antes de trabalho de parto com protrusão de bolsa amniótica e membro inferior fetal, desafio diagnóstico e tratamento

Renata Garcia Abrão Pereira¹, Camilla Alves Muratori Albuquerque de Lima¹, Fernanda Valério Henriques¹, Letícia Paula Oliveira Cabral¹, Ana Clara Maia de Carvalho¹, Flávia Caren Andrade Vieira¹

¹Complexo de Saúde São João de Deus, Divinópolis, MG, Brasil.

Introdução

Rotura uterina é uma emergência obstétrica rara, com alta morbimortalidade materna e fetal, tendo como principal fator de risco cirurgias uterinas prévias. O quadro clínico é inespecífico e deve ser suspeitado em toda gestante com dor abdominal intensa, sendo o tratamento a cesariana de urgência.

Caso clínico

Gestante de 32 anos, G4Pn2A1, idade gestacional de 25 semanas e 3 dias, deu entrada em pronto-atendimento com dor abdominal intensa em FID associada a náuseas, vômitos e febre há cerca de quatro dias; no exame físico, BCF positivo, movimentação fetal ativa, ausência de perdas vaginais e dinâmica uterina ausente. Solicitadas USG abdominal e revisão laboratorial; todas sem alterações. Realizada TC de abdômen no dia 13/04/2024, com achado sugestivo de rotura uterina em região fúndica lateral direita através da qual havia herniação parcial de bolsa amniótica e membro inferior fetal. A paciente foi encaminhada para cesariana, na qual foi identificada bolsa amniótica íntegra contendo membro inferior de feto exteriorizando da cavidade uterina através de orifício cicatrizado de aproximadamente 4 cm, configurando lesão antiga. Extraído feto vivo e, após, realizada histerorrafia em incisão de cesariana. Durante revisão de região de rotura, foi identificada trompa direita adentrando a cavidade uterina, fortemente aderida à região endometrial; realizadas salpingectomia direita e rafia de rotura uterina, com material enviado para anatomopatológico.

O caso teve evolução benigna para a mãe, e o recém-nascido (RN) foi encaminhado para CTI neonatal. A mãe teve alta hospitalar dois dias após o ato cirúrgico e o RN evoluiu para óbito, decorrente de complicações da prematuridade. Como fator de risco, foi identificada a realização, em janeiro de 2022, de curetagem uterina 20 dias pós-parto normal devido à hemorragia puerperal.

Discussão

O principal fator de risco é a presença de cicatriz no útero causada por cesariana prévia ou procedimentos cirúrgicos uterinos. Existem várias classificações para a ruptura uterina, entre elas a completa e a incompleta; a primeira é considerada a ruptura de todas as camadas uterinas e, na segunda condição, a camada serosa se mantém íntegra, podendo progredir para uma ruptura completa. Uma cesariana de urgência é necessária para a extração fetal, seguida de inspeção da cavidade abdominal. A decisão entre histerorrafia e histerectomia depende das condições das paredes uterinas lesadas, da localização da ruptura, das condições de choque da paciente, assim como da idade e paridade.

Conclusão

O caso descrito é uma raridade no meio obstétrico, pois a lesão uterina ocorreu na ausência de trabalho de parto, sendo uma lesão uterina cicatrizada previamente à gestação atual, configurando em exteriorização de bolsa amniótica e membro fetal, reforçando o fator de risco de procedimentos cirúrgicos uterinos.

Gestação ectópica em istmocele associada à malformação arteriovenosa: relato de caso

Gustavo Henrique Dornela de Souza¹, Beatriz Lopes da Costa¹, Mariana Seabra Leite Praça^{2,3,4}, Fernanda Magalhães Menicucci², Augusto Henriques Fulgêncio Brandão^{2,3}, Mário Dias Corrêa Júnior^{2,3}

¹ Faculdade de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. ² Rede Mater Dei de Saúde, Belo Horizonte, MG, Brasil. ³ Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. ⁴ Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução

O Brasil ocupa o segundo lugar entre os países que mais realizam cesarianas no mundo, o que nos alerta para o aumento das complicações associadas a essa cirurgia, que implicam alta morbimortalidade materna e neonatal. Uma delas é a ocorrência de istmocele, um defeito em forma de cunha, com descontinuação miometrial, localizado na parede uterina anterior, ao nível do istmo, topograficamente relacionado à incisão uterina de

cesariana prévia. A gestação ectópica em istmocele (GEI) é a forma mais rara e potencialmente grave de gestação ectópica, em função do risco de sangramento e ruptura uterina. Com isso, este estudo visa relatar um caso de gestação ectópica em cicatriz de cesariana em paciente com diagnóstico ecográfico prévio de istmocele. A singularidade do caso relatado ocorre pela suspeita de malformação arteriovenosa (MAV) associada à topografia da implantação, o que levou à opção de tratamento farmacológico com doses múltiplas de metotrexato (MTX).

Descrição do caso

Paciente de 37 anos, G5PC1A2GE1, 5 semanas de idade gestacional. Portadora de adenomiose, histórico de salpingectomia à direita por gestação ectópica e duas perdas gestacionais. Apresenta-se com queixa de sangramento vaginal e queda da curva de dosagem sérica de beta-hCG (BHCG), inicialmente em ascensão. No primeiro ultrassom obstétrico, visualizam-se saco gestacional na transição corpo/cervical e ausência de embrião, sugerindo abortamento retido (*missed abortion*). Em nova ultrassonografia realizada com seis semanas e um dia, confirmou-se interrupção da gestação pela ausência de BCE, mas com visualização do saco gestacional de 27,4 mm de diâmetro médio em topografia de cicatriz de cesariana prévia com exuberante captação ao Doppler. A vascularização e o fluxo profuso sugeriram associação com MAV. Pelo maior risco de sangramento abundante e visando à melhor efetividade no processo, optou-se pela administração de múltiplas doses (0, 2, 4, 6) de MTX, alternadas com ácido folínico (1, 3, 5, 7) e seguimento com desogestrel 75 mg após a negativação do BHCG, obtido em 23 dias (4.175,8 mUI/mL → 8,6 mUI/mL). Em rigoroso seguimento clínico e ultrassonográfico, observou-se involução completa do saco gestacional e da suspeita de MAV na ultrassonografia após 88 dias do início do tratamento, sugerindo resolução completa da gestação ectópica. Ao final do seguimento, houve persistência de imagem heterogênea e triangular, de descontinuidade miometrial, em região de cesariana prévia, compatível com istmocele.

Conclusão

A GEI é uma complicação obstétrica rara, mas em crescente incidência – 1:2.000 gestações e 6% de todas gestações ectópicas pós-cesarianas –, que pode evoluir com importantes danos obstétricos se não identificada e abordada ainda no primeiro trimestre. A administração sistêmica de MTX é uma estratégia terapêutica em gestações de até oito semanas sem batimento cardiofetal, bem descrita em diversos estudos. No caso descrito, além da GEI, pela provável associação com MAV, optou-se pela realização de múltiplas doses de MTX visando reduzir o risco de sangramento abundante. Ademais, observa-se que a contribuição da istmocele nas perdas gestacionais da paciente é incerta.

Gestação gemelar com mola completa: um caso raro

Isabela Safar Paim¹, Sarah Tereza Siqueira¹, Roberta Pamplona Frade Madeira¹, Luisa Vianna Cançado¹, Rogéria Andrade Werneck¹, Maria Amélia Sarmiento¹

¹Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução

A gestação gemelar de uma mola hidatiforme completa e um feto com placenta normal é uma entidade clínica rara e com poucos casos descritos na literatura. Estima-se que a incidência seja de 1 caso a cada 20.000-100.000 gestações.⁽¹⁾ Está relacionada a diversas complicações materno-fetais como abortamento, parto prematuro, hemorragia, pré-eclâmpsia grave, hiperêmese, crises tireotóxicas e transformação maligna.⁽²⁾

Descrição do caso

Paciente de 28 anos, primigesta, sem comorbidades, encaminhada ao Ambulatório de Doença Trofoblástica Gestacional do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, em 23/10/23, com idade gestacional (IG) de 20 semanas e 1 dia, por suspeita de mola hidatiforme parcial. Apresentou ultrassonografia (USG) de 18/10/23 evidenciando cavidade amniótica com padrão vesiculoso, sem fluxo ao Doppler, e beta-HCG, de 18/10/23, de 220.742 mUI/mL. Repetida USG no serviço em 23/10/23, que evidenciou provável gestação gemelar, sendo uma mola completa e um feto sem alterações morfológicas. Submetida à amniocentese em 30/10/23, a fim de excluir mola parcial, que teve como resultado cariótipo 46 XY. Diante da estabilidade clínica e laboratorial e após orientação sobre riscos e benefícios da manutenção da gestação do feto normal, foi decidido, em conjunto com o casal, seguir acompanhamento em pré-natal de alto risco. Em 26/12/2023, com IG de 29 semanas e 2 dias, evoluiu com sangramento vaginal volumoso e hipertonia uterina. Devido à hemorragia, foi submetida à cesariana de urgência, com extração de

recém-nascido único, com Apgar 3/8, encaminhado para neonatologia. Identificadas duas placentas: uma normal e outra com múltiplas vesículas. O resultado do estudo anatomopatológico confirmou a hipótese diagnóstica de uma placenta compatível com terceiro trimestre gestacional sem alterações histológicas relevantes e outra com achados histopatológicos sugestivos de mola hidatiforme completa. A paciente recebeu alta em 28/12/23, em boas condições clínicas. Mantém seguimento com beta-HCG, obtendo o primeiro resultado normal em 23/01/24 e o último HCG normal em 23/03/24. O recém-nascido teve alta em boas condições em 20/02/24.

Conclusão

A gestação molar concomitante a uma gestação viável é uma condição obstétrica rara que exige acompanhamento por especialista em centro de referência, devido às suas potenciais complicações graves. O caso descrito possui particularidades interessantes que tornaram o diagnóstico e a conduta desafiadores. Os principais diagnósticos diferenciais são mola hidatiforme parcial e displasia mesenquimal placentária.⁽¹⁾ Neste caso, o cariótipo normal foi de suma importância para a decisão de manter a gestação. No entanto, a conduta deve ser baseada na estabilidade clínica e na presença ou não de complicações, em decisão compartilhada com a paciente. O seguimento puerperal/pós-molar deve ser realizado até seis meses após o parto, pelo risco de evolução para neoplasia trofoblástica gestacional (NTG). A literatura, até o momento, não demonstrou maior risco de NTG para esses casos.⁽¹⁾ O presente relato abre novas perspectivas ao tema, diante do bom desfecho materno e perinatal obtido, dentro dos limites da prematuridade extrema.

REFERÊNCIAS

1. Braga A, Obeica B, Werner H, Sun SY, Amim Júnior J, Rezende Filho J, et al. A twin pregnancy with a hydatidiform mole and a coexisting live fetus: prenatal diagnosis, treatment, and follow-up. *J Ultrason*. 2017;17(71):299-305. doi: 10.15557/JoU.2017.0044
2. Sebire NJ, Foskett M, Paradinis FJ, Fisher RA, Francis RJ, Short D, et al. Outcome of twin pregnancies with complete hydatidiform mole and healthy co-twin. *Lancet*. 2002;359(9324):2165-6. doi: 10.1016/S0140-6736(02)09085-2



**FEITO
PARA ELA**

A plataforma de saúde
integral da mulher.



Siga o nosso Instagram:
@feitoparaelaoficial

febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetria

CONHEÇA NOSSOS CANAIS E ÍNDIQUE PARA SUA PACIENTE!

Aqui **ELA** encontra informações seguras sobre saúde,
bem-estar e qualidade de vida.

Acompanhe nossos conteúdos:

 feitoparaela.com.br

 [@feitoparaelaoficial](https://www.instagram.com/feitoparaelaoficial)